

302925

4
2ed.

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.**



**FIN DE ANALISIS
EN EL PSICOANALISIS FREUDIANO.
REVISION BIBLIOGRAFICA.**

**TESIS
QUE PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTAN:
GABRIELA FRIAS PATIÑO
DEYANIRA TORRES MARTIN**

DIRECTOR DE TESIS: Dr. JESUS QUINTANAR MARQUEZ

MEXICO, D.F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

217829



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.

I.- CONCEPTOS GENERALES DE PSICOANALISIS.

1.1. Definiciones de Psicoanálisis.	2
1.2. El poder de la Palabra.	7
1.3. Los Sueños.	11
1.4. La Transferencia.	15
1.5. La Importancia de la Sexualidad.	21
Índice de citas del capítulo I	28

II.- SOBRE LA TECNICA ANALITICA.

2.1. La Duración del Tratamiento.	32
2.2. La Resistencia y Represión.	35
2.3. El Síntoma.	37
2.4. El Analista y la Técnica.	40
Índice de citas del capítulo II	41

III.- LOS CASOS DE FREUD.

3.1. Introducción.	48
3.2. El Caso Dora.	49
3.3. Fobia de Un Niño de Cinco Años.	58
3.4. El Hombre de las Ratas.	66
Índice de citas del capítulo III	73

IV.- EL FIN DE ANALISIS.

4.1. Primeras Aproximaciones.	77
4.2. El Síntoma y el Fin de Análisis.	79
4.3. La Destrucción de la Transferencia.	83
4.4. El Yo, la Represión y el Fin.	85
4.5. No Todo Paciente Puede Llegar al Fin.	88
4.6. El Analista y el Fin de Análisis.	89
4.7. ¿Qué se puede esperar de un fin de análisis?	92
4.8. La Sexualidad y el Fin de Análisis.	94
Índice de citas del capítulo IV	98

V.- OTROS AUTORES Y EL FIN DE ANALISIS.	
5.1. Introducción.	101
5.2. Un Buen Inicio para un Final Inteligente.	102
5.3. El Inconsciente es Infinito.	104
5.4. Los Sueños en la Fase de Terminación.	106
5.5. Aspectos Sobre la Terminación.	108
5.6. La Destransferencia.	111
5.7. Nunca Encontramos la Tierra Prometida.	114
5.8. Otras Aportaciones.	116
Índice de citas del capítulo V	119
CONCLUSIONES.	122
BIBLIOGRAFIA.	130

INTRODUCCION

En el campo de la psicología existen una infinidad de corrientes y métodos de trabajo, de tal suerte que el egresado de la carrera se enfrenta a un mundo de posibilidades así como de marcos teóricos en los cuales apoyar su futuro trabajo. El psicoanálisis es uno de los campos más importantes en la clínica, sin embargo, dicha labor representa una de las más difíciles tareas para los psicólogos clínicos.

Una vez que el pasante de psicología define su campo de acción, debe definir también su marco teórico, la corriente a la cual piensa pertenecer y que se convertirá en la causa principal de estudio. Las egresadas que presentan esta tesis se interesan fundamentalmente en el psicoanálisis, en su estudio, en la aplicación del método y en sus bases teóricas.

Después de casi cien años de psicoanálisis, dicha corriente sigue siendo una de las más importantes para la psicología clínica en la actualidad. Su máximo exponente, Freud, dejó un invaluable legado para la ciencia y para la humanidad. El padre del psicoanálisis estudió y descubrió conceptos que son la base de la psicología actual, y sin duda su obra sigue siendo válida e importante para todo aquel que se interese en la psicología. Es por eso que existiendo infinidad de teóricos de la corriente psicoanalítica, las titulares de este trabajo deciden estudiar las obras de Sigmund Freud directamente.

Una vez que se decide el área de trabajo, la corriente teórica, el egresado se enfrenta a muchos aspectos que parecerían no tener respuesta. Uno de los enigmas del psicoanálisis ha sido el fin de análisis, y aún los más

importantes y reconocidos psicoanalistas de nuestros días se siguen preguntando: ¿qué es el fin de análisis? ¿existe? ¿bajo qué criterios se puede decir que el análisis llegó a su término? Las respuestas pueden estar encerradas en las obras completas de Sigmund Freud.

Esa es la justificación principal de la presente tesis, ya que surge como una necesidad teórica el conocer los planteamientos existentes sobre el fin de análisis y es por ello que se intentan integrar en este trabajo.

El presente estudio no pretende ser un modelo que rijan el flujo cambiante de la experiencia, pero sí la unidad armónica complementaria para un mejor desenlace. Creyendo firmemente en el psicoanálisis como un método de estudio de la psique, y como un tratamiento analítico o psicoterapéutico, el fin de análisis no puede ser dejado a criterio del analista, sino que deben existir lineamientos generales para dar por terminado un análisis; y bajo esta lógica se realiza la tesis aquí presentada, elaborada de acuerdo a los lineamientos del manual para la realización de tesis de la Universidad del Valle de México.

Esta tesis pretende estudiar a fondo los planteamientos que hace Freud al respecto y llegar a conclusiones que permitan abordar el problema de una manera clara y objetiva.

La revisión bibliográfica abarcará diversos puntos de las Obras de Freud para que de éste modo sea lo más completa posible. Sin pretender hacer un estudio de toda la obra, que llevaría años, se escogieron los temas más relevantes sobre el fin de análisis.

En primer término, en ésta tesis se hace una revisión sobre lo que Freud planteó como análisis o psicoterapia psicoanalítica, para dar un panorama general del marco teórico en el cual se basa el estudio, abarcando definiciones y conceptos principales del psicoanálisis.

Como segundo punto se revisan diversos artículos en los cuales Freud aborda los planteamientos teóricos sobre la técnica analítica. En el capítulo tres, se hace una revisión sobre tres casos de Freud, pretendiendo contrastar la teoría sobre la duración del análisis con la práctica y tratando de explicar cuáles fueron los criterios bajo los que dio por terminados dichos análisis.

En el capítulo cuatro se revisa a fondo el artículo “Análisis terminable o interminable”, en donde Freud de alguna manera resume su opinión sobre el fin de análisis y se incluirán las citas encontradas en la revisión de las obras, sobre el fin de análisis. Por último, en el capítulo cinco se analizan algunos autores que dentro del contexto freudiano hacen aportaciones sobre el fin de análisis.

Las conclusiones a las que aquí se llegan son un importante aporte para todos los estudiantes de psicología, y sobre todo, las egresadas lograron su objetivo, que es el conocer los planteamientos de Freud sobre el fin de análisis, convirtiéndose esto en una invaluable herramienta de trabajo.

Dentro de los hallazgos más importantes a los que se llega en esta tesis se encuentran los siguientes puntos:

- No hay una definición única y total en las obras de Freud sobre el fin de análisis.
- La eliminación del síntoma no es el fin de análisis.
- El fin de análisis del paciente estará condicionado al fin de análisis del analista.
- El síntoma, la transferencia y la sexualidad son los conceptos principales dentro del fin del tratamiento.
- Para dar por terminado un tratamiento la transferencia debe ser resuelta.
- La sexualidad en relación con la castración (envidia del pene en la mujer y angustia de castración en el hombre) constituye la roca viva en el fin de análisis freudiano.
- 100 años después, los psicoanalistas freudianos no han llegado a un acuerdo sobre los criterios para considerar terminado un análisis.

I CONCEPTOS GENERALES DE PSICOANÁLISIS.

1.1 Definiciones de Psicoanálisis.

El psicoanálisis se define como un sistema dinámico desarrollado por Freud que atribuye la conducta a factores reprimidos. Originalmente sólo se le conocía un fin: el de comprender algo de la naturaleza de las enfermedades nerviosas llamadas funcionales. Posteriormente lo importante fue el reconocimiento de la existencia de los fenómenos inconscientes, de allí que todos los esfuerzos se dirigieran hacia dicho concepto, que prevalece hasta el final de las obras de Freud.

“En sus inicios el psicoanálisis sustituyó la hipnosis por la asociación libre, teoría que procura la información suficiente de la génesis, el sentido y la intención de los síntomas neuróticos. La terapéutica analítica intenta descubrirlo a través de emerger clara y precisamente y suprimirlo después, actuando como un proceso quirúrgico”.¹

Esta teoría adoptó la premisa de que los procesos psíquicos no coinciden con lo consciente y que por lo tanto son inconscientes. El psicoanálisis estudia los elementos inconscientes que intervienen en la subjetividad y conducta del analizado. El psicoanálisis es una teoría de los procesos psíquicos más profundos e inaccesibles a la consciencia. Mediante el análisis, se busca un beneficio, una mejora en el estado general del paciente, de tal forma que sus conflictos psíquicos disminuyan, se retarden, o desaparezcan. Busca que el sujeto alcance un desarrollo o maduración, de acuerdo a sus propios potenciales, en donde estén

presentes los sentimientos, las emociones, las percepciones, los pensamientos y los deseos que pertenecen al individuo.

“Resultado de veinticinco años de intensa labor ha sido que los fines próximos de la técnica psicoanalítica sean hoy muy otros que los de su principio. En los albores de nuestra técnica el médico analítico no podía aspirar a otra cosa que a adivinar lo inconsciente oculto para el enfermo, reunirlos y comunicárselo en el momento debido. El psicoanálisis era ante todo una ciencia de interpretación. Mas dado que la cuestión terapéutica no quedaba así por completo resuelta, apareció un nuevo propósito: el de forzar al enfermo a confirmar la construcción por medio de su propio recuerdo. En esta labor la cuestión principal se hallaba en vencer las resistencias del enfermo, y el arte consistía en descubrirlas lo antes posible, mostrárselas al paciente y moverle por un influjo personal sugestión actuante como transferencia, a hacer cesar las resistencias. Hizoce entonces cada vez más claro que el fin propuesto, el de hacer consciente lo inconsciente, no podía tampoco ser totalmente alcanzado por este camino. El enfermo puede no recordar todo lo en él reprimido, puede no recordar precisamente lo más importante y de este modo no llegar a convencerse de la exactitud de la construcción que se le comunica, quedando obligado a repetir lo reprimido, como un suceso actual, en vez de -según el médico desearía- recordarlo cual un trozo del pasado. Esta reproducción, que aparece con fidelidad indeseada, entraña siempre como contenido un fragmento de la vida sexual infantil y, por tanto del complejo de Edipo y de sus ramificaciones y tiene lugar siempre dentro de la transferencia; esto es, de la relación con el médico. Llegado a este punto el tratamiento, puede decirse que la neurosis primitiva ha sido sustituida por una nueva neurosis de transferencia”.²

Sin embargo, el psicoanálisis ha tenido un recorrido histórico, ha formulado hipótesis que más tarde va a desechar adoptando nuevos caminos hacia los cuales dirigir sus esfuerzos. Tanto la teoría como la técnica analítica se han visto modificadas al paso del tiempo, pero algunas cosas quedaron establecidas y reforzadas. En la obra de Freud, se va construyendo poco a poco la teoría psicoanalítica.

El proceso psicoanalítico se compone de dos partes: la que el analista observa, escucha y comunica al sujeto, y la elaboración que el paciente ha logrado realizar por medio de su mismo discurso. A la labor por medio de la cual se hace llegar lo reprimido a la consciencia del sujeto, se le da el nombre de psicoanálisis.

“¿Por qué análisis es el término que significa descomposición y disociación y hace pensar en las semejanzas con la labor que el químico realiza en el laboratorio con los cuerpos que la naturaleza ofrece? Porque en realidad los síntomas y las manifestaciones patológicas son como todas sus actividades anímicas de naturaleza compuesta. Los elementos de ésta composición son motivos o impulsos instintivos y es el analista el descubridor de los mismos. El psicoanálisis procura al enfermo aquella representación consciente provisional que le permite hallar en sí por analogía la representación reprimida inconsciente, ayuda intelectual que le facilita el vencimiento de las resistencias entre lo consciente y lo inconsciente”.³

Existe el prejuicio de que los psicoanalistas van a influir en la moral, en la toma de decisiones, y que en resumen van a actuar con sus palabras como

un remedio sugestivo para llevar al sujeto a que se comporte bien, a que se adapte a las normas establecidas por la sociedad. Pero el psicoanálisis no agrega nada nuevo, sólo permite encontrar una salida a las fuerzas emocionales veladas que están en conflicto, y el que las debe de dirigir es el paciente.

“Por más que el analista se vea tentado a convertirse en maestro, modelo e ideal de los demás, por más que le seduzca crear seres a su imagen y semejanza, deberá recordar que no es ésta su misión en la relación analítica y que traiciona su deber si se deja llevar por tal inclinación. Con ello no haría sino repetir el error de los padres, que aplastaron con su influjo la independencia del niño, y sólo conseguiría sustituir la antigua dependencia por otra nueva”.⁴

Cuando se habla de psicoanálisis se habla del proceso que se constituye a través de la escucha, tanto del analista como del sujeto analizado. El psicoanalista no da la razón ni la niega; no juzga, sólo escucha el discurso que los pacientes expresan con sus palabras habituales y hace las intervenciones oportunas.

Dichas intervenciones son formuladas muchas veces en forma de preguntas, ya que a través de estas, el sujeto logra articular nuevas asociaciones que tal vez no habría logrado formular por sí mismo. Así es el psicoanálisis, un camino en donde el analista es el acompañante del sujeto, en un viaje al inconsciente en el cual va a reconstruir su propia historia.

“Lo que el psicoanálisis ha hecho ha sido no limitarse a afirmar abstractamente las dos tesis, tan ingratas al narcisismo, de la importancia psíquica de la sexualidad y la inconsciencia de la vida anímica, sino que las ha demostrado con su aplicación a un material que a todos nos atañe personalmente y nos fuerza a adoptar una actitud ante estos problemas”.⁵

El inconsciente y su relación con la sexualidad representan el nódulo de la teoría, de donde parten la mayoría de los principios postulados por el psicoanálisis.

La teoría de Freud va a constituir un parteaguas para la psiquiatría y psicología, va a cuestionar los principios expuestos hasta ese momento. Conceptos como el de realidad, sexualidad, enfermedad van a tomar un nuevo estatuto a partir de la aparición del psicoanálisis.

Por todo lo anteriormente expuesto, el psicoanálisis es una teoría psicológica, un método psicoterapéutico y algunos lo consideran como una filosofía en donde Freud expuso premisas sobre la humanidad y sus conflictos internos. En esta tesis, el psicoanálisis se toma como una teoría aplicada a un método psicoterapéutico, y como tal será estudiada para hacer los planteamientos referentes al tema que nos ocupa; el fin de análisis.

1.2. El Poder de la Palabra.

En el apartado anterior se describió al psicoanálisis y se dieron algunas definiciones intentando abordarlo de manera general. Freud dio un sinnúmero de definiciones y ejemplos del psicoanálisis. Así por ejemplo: “El paciente habla, relata los acontecimientos de su vida pasada y sus impresiones presentes, se queja y confiesa sus deseos y sus emociones. El médico escucha, intenta dirigir los procesos mentales del enfermo, le aconseja, da a su atención determinadas direcciones, le proporciona toda clase de esclarecimientos y observa las reacciones de comprensión o incomprensión que de esta manera provoca en él.”⁶

Según esta definición sobre la mecánica del psicoanálisis, el trabajo principal del paciente es hablar y a la vez escuchar, al igual que el analista escucha para después hacer sus interpretaciones. Si se habla de psicoanálisis, entonces se habla de la palabra, del lenguaje y de sus fabulosos enredos por medio de los cuales un hombre encuentra la verdad dentro de la misma mentira, dentro del mismo absurdo. En psicoanálisis, se trabaja con la palabra y es por ello que en esta tesis se le da un valor primordial.

De hecho, Freud dijo alguna vez que la palabra era la herramienta principal en el análisis: “...las palabras son, en efecto, los instrumentos esenciales del tratamiento analítico”.⁷ Finalmente, lo que se analiza es lo que dice el analizado se analizan las frases, las palabras que el sujeto emite casi sin querer, palabras que con urgencia vienen a su mente y las dice, sin saber muchas veces por qué o qué significan.

Dentro de los conceptos más significativos en las definiciones de psicoanálisis se encuentran el inconsciente, el consciente, y el síntoma. El inconsciente ocupa un lugar primordial dentro de estos conceptos. ¿De qué manera se expresa el inconsciente si no es por medio de la palabra? Se sabe que el inconsciente se deja ver en los lapsus, la negación, en los actos fallidos, en los sueños, en la lectura simbólica de los síntomas y en el mensaje oculto dentro del discurso cotidiano del sujeto.

Freud tiene infinidad de escritos al respecto, pero la importancia que se le da en este apartado a dichos conceptos tiene que ver con su relación con la palabra. Los lapsus son meramente fallas verbales, así que su relación es fácil de encontrar. Los lapsus se encuentran también bajo la categoría de acto fallido, ya que se dice una cosa por otra. Freud fue muy insistente en el hecho de que la palabra que sustituye a la que se quería decir y no se dijo, tiene que ver con el inconsciente del sujeto y que no es mera casualidad. En análisis son muy importantes estos errores verbales, ya que constituyen un evidente elemento inconsciente.

Sobre la negación Freud señala: “Negar algo en nuestro juicio equivale, en el fondo, a decir: esto es algo que me gustaría reprimir”.⁸ Que es cuando el sujeto niega una ocurrencia que él mismo tuvo y que no puede aceptar. La negación es un proceso natural en el análisis y se da frecuentemente, aportando valiosos datos al analista y al mismo sujeto. Esto es 100% lenguaje. “La prueba más rotunda de que un análisis ha llegado al descubrimiento de lo inconsciente es que el analizado reaccione él mismo con las palabras: En eso no he pensado jamás”.⁹

Freud describe distintos tipos de actos fallidos, “se producen cuando una persona dice una palabra por otra, (equivocación oral), escribe cosa distinta de lo que tenía que escribir, (equivocación en la escritura), lee en un texto impreso o manuscrito algo distinto de lo que en el mismo aparece, (equivocación en la lectura o falsa lectura), u oye cosa diferente de lo que se dice, (falsa audición)”.¹⁰ Entonces los actos fallidos son equivocaciones al hablar, escribir, leer, u oír. Son manifestaciones inconscientes muy comunes en todo sujeto y tienen que ver con palabras en sus diferentes presentaciones.

Los sueños son un lenguaje en sí mismo, son historias que definitivamente pasan por el lenguaje. No se puede conocer lo que no se puede nombrar. Lo han dicho de un modo o de otro distintos teóricos. La lectura simbólica de los síntomas es un proceso más complicado en el análisis pero que definitivamente se nombra, se describe y se analiza mediante las palabras.

El discurso corriente del sujeto se entrecruza con el discurso inconsciente, y aunque el sujeto no se dé cuenta de ello, gran parte del trabajo en análisis tiene que ver con escuchar ese discurso y darle sentido.

“La comunicación del secreto ha atacado la ecuación etiológica, de la cual surgen las neurosis, en su punto más vital; ha hecho ilusoria la ventaja de la enfermedad y en consecuencia, el resultado final de la modificación introducida por la indiscreción del médico no puede ser más que la desaparición de la enfermedad”.¹¹

Aunque no se está equiparando la desaparición de la enfermedad con el fin de análisis, ya que son dos cosas diferentes pero cercanas, es muy importante ver cómo Freud señala que en el proceso de hablar y comunicar hay una modificación, y que la cura tiene que ver con este proceso.

¿Por qué darle esta importancia al lenguaje? Por que finalmente, si se quiere llegar a la comprensión de las aportaciones de Freud sobre el fin de análisis, se piensa que éste va a tener que ver con el cambio en el discurso del analizado, con algunas palabras que nombrará, en donde reconocerá ciertas cosas para que el análisis llegue entonces a su fin.

1.3 Los Sueños.

Desde tiempos remotos, los sueños han despertado interés, siendo causa de gran misterio para quienes pueden resolverlos, haciendo una interpretación de ellos.

Las razones por las que el hombre no le ha dado el peso necesario a este tema, dejándolo en meras opiniones, se remonta a que cada cual trata de generalizar sus propios sueños, creando una especie de diccionario popular, además de que las personas interesadas en el tema son poco serias e incapaces de ocuparse de algo creíble y sobre todo objetivo y científico.

Para Freud el panorama anterior era complicado y su concepción del sueño se tomaba distinta al concepto popular. Creía que “los sueños poseen un sentido y pueden ser interpretados”.¹² Además de que “los sueños debían poseer su sentido propio”.¹³

Freud pensaba que en los sueños, la persona sujeta a los mismos, atravesaba por diferentes periodos y procesos en el transcurso de la noche, que se iban traslapando gradualmente. La censura durante estos periodos van deformando al sueño para que el durmiente cuando despierte no sepa nada de su vida inconsciente.

Posteriormente descubrió que esa aparente deformación no era ningún impedimento para el análisis de los sueños pues esas personas: “Quieren dar alimento a sus pasiones sin tener en cuenta la situación real”,¹⁴ dejándonos entrever que justamente no se le da interpretación porque

simplemente el paciente no quiere saber nada sobre ellos. No es que no pueda interpretar, sino más bien no quiere tener consciencia de su significado.

Los sueños adquieren gran importancia porque son los puntos claves para llegar a comprender más sobre la naturaleza del analizado: “Los sueños de los neuróticos nos sirven de igual modo que sus actos fallidos y sus asociaciones libres para penetrar en el sentido de los síntomas”.¹⁵ A través de ellos se llega a aspectos del inconsciente siendo ésta una vía de acceso.

Es importante mencionar que hay dos tipos de interpretaciones que se deben de evitar: las interpretaciones exhaustivas no son favorables pues hacen que la represión aumente a medida que se revela lo oculto, provocando que se abandone la terapia. Mas cuando la interpretación es sumamente ligera, los sueños posteriores a ésta se irán complicando, haciéndose cada vez más difícil su interpretación. Por tanto la Freud propone otra manera de abordarlos:

“¿Cómo utilizar entonces la interpretación onírica en el tratamiento analítico? Nos contentaremos con la interpretación que podamos lograr en una sola sesión, sin que nos preocupe no haber llegado a desentrañar por completo un sueño”.¹⁶

Los sueños siempre tienen un fundamento así como una razón de ser, por lo que su relación con los sucesos anteriores de la vida del paciente no son casuales sino se entretajan y revelan la vida misma del sujeto. El paciente aborda al sueño mismo, como un escape y una realización de deseos. “La circunstancia de ser el deseo el estímulo del sueño y su realización el

contenido del mismo constituye uno de los caracteres fundamentales del fenómeno onírico”.¹⁷ Es decir, los deseos, que por su contenido no pueden ser expresados ni mucho menos realizados en la vida consciente, son almacenados o relegados a lo ininteligible e ilógico.

A través de los sueños que pueden reportar los pacientes, podemos saber qué tan avanzados se encuentran en un tratamiento y qué puntos se pueden resolver, ya que en éstas imágenes alucinatorias que reporta el durmiente vemos la manifestación inconsciente que necesita ser resuelta.

Por lo tanto, se concluye que existen tres razones importantes para pensar que el tratamiento y los sueños tienen que ver directamente; Primeramente, que por medio de los relatos de los sueños del paciente el analista se da cuenta del nódulo de conflicto. “El estudio de los sueños puede ser considerado como el camino más seguro para la investigación de los más profundos procesos anímicos.”¹⁸

En segundo lugar una vez que el paciente ha aprendido a analizar sus sueños, los podrá descifrar por sí mismo.

Y por último que los sueños, hacia el fin de análisis, se modifican considerablemente. Es decir a medida que se resuelve el problema estos, por ende, tienen que cambiar, además de recordarnos que no pueden dejar de existir pues pertenecen a la rama de los síntomas.

El estudio de los sueños es extenso y complicado, por lo tanto no se abordan sus aspectos más sobresalientes, por no ser éste el objeto de estudio del presente trabajo, pero sí se enfatiza su relación con el analista

para diseñar el rumbo que tomará el tratamiento. Por medio de los sueños, como ya se mencionó, el analista tomará consciencia de los conflictos latentes aún sin resolver y se los comunicará al paciente, ya que ésta es una pantalla directa del inconsciente, que finalmente es con lo que se trabaja.

1.4 La Transferencia.

Uno de los elementos más importantes dentro del psicoanálisis es la transferencia. A través de este largo proceso se tropieza con un mecanismo de defensa, la resistencia, que impide alcanzar las raíces más profundas del inconsciente del paciente.

El término transferencia se utilizó cuando por primera vez, al darse cuenta Freud de su intento de provocar las asociaciones verbales en los pacientes, el objetivo era que descubriera a través de su discurso y reacciones emocionales el enlace entre sus síntomas y sentimientos presentes por un lado, y sus experiencias pasadas por el otro. Partió de la idea de que uno de los factores principales en la génesis de las neurosis es la permanencia de las experiencias del pasado y los sentimientos del estado consciente a ellas vinculadas.

Notó que en el curso del análisis se modificaba la actitud del paciente hacia el analista y que estos cambios, que incluían elementos emocionales podían hacer que se interrumpiera el proceso de la asociación verbal, dando origen a obstáculos insalvables para el tratamiento. Un paciente se asusta por comunicar a la persona del médico las penosas representaciones mentales que van aflorando en el contenido del análisis.

A tales sentimientos se les denomina transferencia, y se producen como resultado de un enlace entre el paciente y el analista, cuando conecta deseos del pasado con vivencias del presente y las proyecta sobre él.

El analista se plantea una serie de obstáculos inherentes a la personalidad del paciente, los cuales tiene que resolver. Uno de los más importantes es abolir la represión, pero cuando se logra este proceso se tiene la posibilidad de fracasar nuevamente.

Esto implica que la transferencia es un arma de dos filos implícitos en la situación terapéutica y que han de conceptuarse y percibirse como procesos suficientemente intensos para abrir paso hacia el inconsciente y producir cambios en él.

¿Pero, cómo es que ocurren estos cambios y qué clase de relación es la que puede lograr el resultado? “El medio de vencer la transferencia es demostrar al enfermo que sus sentimientos no son producto de la situación del momento, no se refieren en realidad a la persona del analista sino que se producen de una situación anterior de su vida, de este modo le forzamos a remontarse al recuerdo de los sucesos originales y una vez conseguido, la transferencia cariñosa y hostil que parecía amenazar gravemente el éxito del tratamiento, proporciona ahora un fácil acceso a los más íntimos sectores de la vida psíquica”.¹⁹

En toda situación terapéutica, la transferencia es manejada por el analista en forma de espejo, es decir, el terapeuta sólo podrá reflejar y dar a conocer aquellos aspectos que le fueron revelados por el mismo paciente y volverlos a proyectar hacia el paciente para que éste tenga consciencia y sepa que fue lo que dijo o hizo, ya que seguramente su conducta es tan estereotipada que no se percatará de tal acontecimiento, y que al darse cuenta de ello se producirán cambios favorables y avances en el tratamiento.

El analista debe ser muy cuidadoso ya que de no tener una clara imagen de lo que es la transferencia, y como manejarla, comenzará a proyectar aspectos suyos que seguramente mezclará con los del paciente. Ya no mostrará aquel espejo sino también fantasías, conflictos y deseos propios, de los que no se dará cuenta y en consecuencia se romperá la transferencia, valiosa arma para el analista.

“...en donde los sentimientos hostiles surgen con posterioridad a los amorosos pero a veces aparecen también simultáneamente ofreciéndonos entonces una excelente imagen refleja de aquella ambivalencia sentimental que domina la mayor parte de nuestras relaciones íntimas con los demás”.²⁰

Todas estas impresiones provienen de la época de la infancia y el destino de éstos puede considerarse como desplazable. “Trataríase pues de una transferencia de sentimientos sobre el profesional pues no creemos que la situación creada por el tratamiento pueda justificar la génesis de los mismos”.²¹ La derivación de un proceso anímico saturado de afecto, que corresponde a una nueva expresión de las emociones más intensas, es a lo que llamamos transferencia, considerando que el estado consciente está influenciado por el inconsciente, que permanece desconocido para el sujeto.

En el análisis, los contenidos inconscientes aparecen siempre en primer lugar proyectados sobre las personas y circunstancias exteriores. Muchas de esas proyecciones se integran en el individuo a merced del conocimiento de sus vinculaciones subjetivas, pero otras no se pueden

integrar, sino que, aún cuando se desprenden de sus objetos originarios, se transfieren al analista que realiza el tratamiento, y esta proyección se produce con su intensidad originaria.

“Hallamos después la influencia de los sucesos infantiles, influencia a la que atendemos preferentemente en el análisis. Estos sucesos infantiles pertenecen al pasado y nada puede ya borrarlos.”²²

Se menciona que se obtiene un resultado decisivo del trabajo cuando se crea dentro de la relación con el analista en la transferencia una reedición de los antiguos conflictos, en los que el enfermo tiende a comportarse como se comportó en otro tiempo.

En lugar de la enfermedad del paciente a causa de la transferencia, surge la enfermedad creada por la resistencia dando lugar a múltiples objetos irreales tomando como el objeto igualmente fantástico a la persona del terapeuta. Existen motivos para dudar que la transferencia sea siempre un producto artificialmente creado, puesto que este fenómeno se presenta también fuera del tratamiento analítico y muy a menudo surge como suceso natural. Puede que no exista casi ninguna relación de cierta intimidad entre seres humanos sin que deje de surgir la transferencia en forma estimulante o perturbadora.

Con frecuencia existe la transferencia en toda su potencia antes de que el paciente tenga ocasión de abrir la boca. La interpretación de la transferencia es válida en la medida en que esta neurosis no es nueva, ni artificial, ni creada, sino que es la misma neurosis antigua, y la única

novedad consiste en que ahora se encuentra involucrado en ella también el analista, más como la víctima que como creador.

“La ocasión de establecerla ha surgido en el curso evolutivo del psicoanálisis, cuyo primer objeto fueron las psiconeurosis o, más precisamente, aquel grupo de psiconeurosis a las que damos el nombre de neurosis de transferencia (la histeria y la neurosis obsesiva), estudio que nos llevó al conocimiento de que en la raíz de cada una de tales afecciones existía un conflicto entre las aspiraciones de la sexualidad y las del Yo”.²³

Como en todos los conceptos psicoanalíticos, la transferencia también va a tener un recorrido histórico, es decir, lo que era la transferencia en 1905, es conceptualizado en forma diferente en 1930. Un cambio importante fue esta concepción de neurosis de transferencia, en donde aquí ya no se trata de un impedimento para el análisis, sino de la posibilidad de cura por medio de la transferencia.

“Los enfermos han retrocedido con sus síntomas y las consecuencias que de los mismos se deriva a un periodo de su vida pretérita, eligiendo casi siempre una fase muy precoz de la misma, su primera infancia”.²⁴

Para que una reacción sea considerada como transferencia debe presentar como principal característica que “No tardamos en advertir que la transferencia no es por sí misma más que una repetición y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado”.²⁵ Es decir, toda serie de vivencias psíquicas anteriores es revivida no como algo pasado, sino como un vínculo actual con la persona del médico, pero esta vinculación alcanza a

veces tal intensidad que se puede hablar de una combinación, ya sea de manera positiva o negativa, surgiendo entonces la contratransferencia que es una reacción emocional del analista hacia sus pacientes y viene a representar un pilar muy importante para las identificaciones. El analista puede contaminar la terapia con sus actitudes emocionales, irracionales e infantiles a menos que tenga consciencia del problema y pueda enfrentar sus tendencias inconscientes anteriores.

Tanto la transferencia como la contratransferencia pueden dar claves inestimables sobre las fantasías básicas de un paciente, sobre sus principales defensas inconscientes, sobre sus deseos, amores, odios y la forma en que expresan su realidad psíquica y finalmente, el arma más poderosa e indispensable para llevar a cabo un tratamiento.

1.5 La Importancia de la Sexualidad.

Social e históricamente la sexualidad ha sido el mayor tabú de la humanidad. Sexualidad que tiene que ver con el género (femenino o masculino), sexualidad que tiene que ver con el poder, con el falo, sexualidad que tiene que ver con coito, genitales, reproducción, y por lo tanto, con las normas y leyes que organizan a una sociedad y que afectan de distinto modo a cada individuo.

Cuando se habla de sexualidad en psicoanálisis, la referencia no es exclusiva a la idea del coito, y eso es algo que ha sido difícil de entender de esta teoría. “Tomando como punto central el acto sexual en sí mismo, podría calificarse de sexual todo lo referente a la intención de procurarse un goce por medio del cuerpo. Considerando la procreación como el nódulo de la sexualidad, se corre el riesgo de excluir del concepto definido una gran cantidad de actos, tales como la masturbación ó el mismo beso, que, presentando un indudable carácter sexual, no tiene la procreación como fin”.²⁶

Freud plantea que todos los seres humanos son perversos polimorfos, y que la adquisición de las leyes y normas en el complejo de Edipo, por medio del Super Yo, definiría su estructura y su objeto de satisfacción. Los hombres y las mujeres son entes sexuados, tratando de asexuarse lo más posible para ajustarse a las reglas de la sociedad. Todo esto tiene consecuencias psíquicas, que en el menor de los casos se llamarán neurosis, y que comúnmente se desencadenan en forma de síntomas.

“Pues bien: el tratamiento psicoanalítico puede ser considerado como una segunda educación, encaminada al vencimiento de las resistencias internas. En los nerviosos, la necesidad de esta segunda educación se hace sentir especialmente en cuanto al elemento anímico de su vida sexual. En ningún lado han producido la civilización y la educación daños tan graves como en este sector, en el cual hallamos las etiologías principales de la neurosis”.²⁷

Este es el peso que Freud le da a la sexualidad, “la etiología de las neurosis”, y la reeducación de la que habla, sería, pues, el psicoanálisis mismo.

Es importante mencionar que para Freud, la energía con la que los seres humanos son capaces de ejecutar cualquier acción es una energía primordialmente sexual, que se transforma mediante diferentes mecanismos. A esta energía le llamó libido.

“Con respecto a estas últimas, las transferencias positivas, demuestra el análisis que proceden de fuentes eróticas, y así hemos de concluir que todos los sentimientos de simpatía, amistad, confianza, etc., que entrañamos en la vida, se hallan genéticamente enlazados con la sexualidad, y por muy puros y asexuales que nos los representemos en nuestra autopercepción consciente, proceden de deseos puramente sexuales, habiendo surgido de ellos por debilitación del fin sexual. Primitivamente no conocimos más que objetos sexuales, y el psicoanálisis nos muestra que las personas meramente estimadas o respetadas de nuestra realidad pueden continuar siendo, para nuestro psiquismo inconsciente, objetos sexuales”.²⁸

Como se ve en esta cita, las relaciones amistosas o afectuosas están cargadas de energía sexual, comprobando una vez más que cuando se habla de sexualidad no se está hablando de coito específicamente.

Según la teoría psicoanalítica, el individuo recién nacido no cuenta ni con un Yo ni con un Super Yo, sino simplemente con un Ello que es meramente pulsión y que no tiene dirección específica, ni objeto de satisfacción determinado. El objeto es un concepto muy discutido por los psicoanalistas contemporáneos de Freud, y post-freudianos, y principalmente la dificultad tiene que ver con que el sujeto no tenga objeto predeterminado, idea harto innovadora e importante para el psicoanálisis.

Ya que no hay objeto, se plantean cuatro destinos para la pulsión: la primera es la represión, que es el mecanismo propio de la neurosis y que a pesar de ser un mecanismo adaptativo y necesario, no siempre tiene un desenlace exitoso y es por eso que en la neurosis se crean tantos síntomas. El segundo destino de la pulsión es cuando vuelve hacia el propio Yo, así que éste en realidad no tiene salida y se queda atrapado en el sujeto sin posibilidad de escapar. El tercer destino es la inhibición, también propio de la neurosis. Y el cuarto destino es la sublimación, que es el mecanismo que posibilita la creación, el arte, el trabajo. “La sublimación es un proceso que se relaciona con la libido objetual y consiste en que el instinto se orienta sobre un fin diferente y muy alejado de la satisfacción sexual”.²⁹

Freud se atrevió a decir algo que era evidente pero que nadie se atrevía a declarar como una teoría psicológica y científica: El ser humano es un ser sexuado. La condición de ser hombre o ser mujer es definida como el sexo de cada persona, y desde ahí se desencadenan una serie de consecuencias en cuanto a la personalidad de un individuo. Esa es la diferencia básica, lo primero que un ser humano obtiene al nacer, incluso antes del nombre.

Se plantea una diferencia en cuanto al género. “Feminidad y masculinidad se usan, en efecto, unas veces como equivalentes a las ideas de actividad y pasividad; estas significaciones son las esenciales y las únicas utilizables en el psicoanálisis”.³⁰ La actividad y pasividad serían las posturas de los géneros ante la descargas libidinales, pero el mismo Freud aclara que no existe una persona completamente masculina ni una totalmente femenina.

Otra de las diferencias planteadas es que mientras en la mujer hay “una castración realizada, en el hombre hay una mera amenaza de castración”.³¹ Es decir, la castración, que es un complejo sufrido tanto por hombres como por mujeres, se vive de modo distinto en ambos sexos.

“Mientras que el complejo de Edipo del varón se aniquila en el complejo de castración, el de la niña es posibilitado e iniciado por el complejo de castración. Esta contradicción se explica considerando que el complejo de castración actúa siempre en el sentido dictado por su propio contenido: inhibe y restringe la masculinidad, estimula la feminidad”.³²

La función del complejo de castración también es distinta en los dos sexos, y muchos de los síntomas que se originan en las neurosis tienen

que ver con este complejo. El miedo que se origina en este complejo se puede convertir en un miedo a la muerte, a la pérdida del amor del objeto amado y a la pérdida de un objeto específico. El complejo de Edipo ocupa un lugar primordial en la teoría, ya que allí se confirman y se ponen en juego muchas funciones psíquicas. En el complejo de Edipo se estructura el Super Yo, se adquieren las leyes y las normas, se define gran parte de la orientación sexual que el sujeto tendrá, y se empiezan a entrecruzar muchos significantes que posteriormente se revelaran en forma de síntomas.

“El psicoanálisis se alza sobre el mismo terreno que la biología al aceptar como premisa una bisexualidad original del individuo humano. El psicoanálisis tiene que contentarse con descubrir los mecanismos psíquicos que han determinado la decisión de la elección de objeto y perseguir los caminos que enlazan tales mecanismos con las disposiciones instintivas”.³³

La elección de objeto de amor se juega en el complejo de Edipo, y depende de cómo se atraviere éste, de las identificaciones que se logren hacer con el padre o la madre, y de la estructura resultante, se definirá el género sexual del objeto ya sea hombre o mujer. Porque el sexo del objeto de satisfacción sólo está determinado socialmente, pues no hay ningún elemento en el interior del individuo al nacer que le indique tal elección.

Freud decía que dada una vida sexual normal, es imposible la neurosis, pero resulta que la vida sexual “normal” es imposible de definir y tal vez imposible de vivir por la propia naturaleza de la sexualidad y las

diferencias entre los individuos. Es por eso que en psicoanálisis lo más cercano a la normalidad es la neurosis. Lo cierto es que las primeras conductas sexuales de un individuo son reprimidas y que esto trae consecuencias y correspondencias directas con la estructura que ese sujeto formará posteriormente.

“La neurosis como negativo de perversión”.³⁴ El perverso transgrede la ley, el neurótico se apega a ella; el perverso niega la castración, el neurótico la reprime. De igual manera sucede con la sexualidad: el perverso lleva sus fantasías a la realidad mientras que el neurótico reprime de tal modo que llega al punto en donde la sexualidad se vuelve un displacer, y esta represión se convierte en un mecanismo para no cometer ese acto que tanto le angustia.

“La forma de la enfermedad es determinada por el modo en que el individuo haya reconocido la trayectoria evolutiva de la fijación sexual, o como nosotros decimos, por las fijaciones que su libido haya experimentado en el curso de su evolución”.³⁵ Se plantean cinco etapas de desarrollo psicosexual, la primera es la etapa oral, la segunda la anal, la tercera la fálica, seguida de la latencia y por último la etapa genital que llega en la adolescencia.

Todas las etapas son importantes, pero el complejo de Edipo y el de castración ocupan un lugar preponderante en la formación psíquica del individuo. “Pretender que los niños no tienen vida sexual, excitaciones sexuales, necesidades sexuales y una especie de satisfacción sexual, y que esta vida despierta en ellos bruscamente a la edad de doce o catorce años, es cerrar los ojos ante evidéntísimas realidades y además algo tan

inverosímil como lo sería afirmar que nacemos sin órganos genitales y que carecemos de ellos hasta la pubertad”.³⁶

Es importante señalar que hasta ahora se ha hecho especial hincapié en las neurosis y no en las perversiones ni en las psicosis. Esto se debe a que Freud estudió principalmente las neurosis y que su teoría esta basada en ellas. El fin de análisis no se plantea desde otra estructura. Por lo menos en esta tesis, el fin de análisis se refiere básicamente a las neurosis. “Los instintos sexuales entrañan máxima importancia para la comprensión de las enfermedades neuróticas y las neurosis, son, por decirlo así, las enfermedades específicas de la función sexual”.³⁷ Aunque la sexualidad es importante en todas las estructuras, por lo antes mencionado, en este caso cobra una especial atención.

INDICE DE CITAS DEL CAPITULO I

FREUD, S. (1967). Obras Completas. Traducción de Luis López Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1967.

- ¹ (1917). La Terapéutica Analítica. Tomo II. pag. 384.
- ² (1920). Más Allá del Principio del Placer. Tomo I. pag. 1102.
- ³ (1918). Los Caminos de la Terapia Psicoanalítica. Tomo III. pag.449.
- ⁴ (1949). La Técnica del Psicoanálisis. Tomo III. pag. 1036.
- ⁵ (1917). Una Dificultad de Psicoanálisis. Tomo II. pag. 1112.
- ⁶ (1916). Introducción al Psicoanálisis. Tomo II. pag. 153.
- ⁷ (1905). Psicoterapia (Tratamiento por el Espíritu 2). Tomo III. pag. 449.
- ⁸ (1925). La Negación. Tomo II. pag. 1134.
- ⁹ Idem pag. 1136.
- ¹⁰(1916-18). Los Actos Fallidos. Tomo II. pag. 157.
- ¹¹(1910). El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica. Tomo II. pag. 406.
- ¹²(1912). El Delirio y los Sueños en la Gradiva de W. Jensen. Tomo I. pag. 585.
- ¹³(1917). Los Sueños. Tomo II. pag.188.
- ¹⁴(1912). La Dinámica de la Transferencia. Tomo II. pag. 418.
- ¹⁵(1917). La terapéutica Analítica. Tomo II. pag. 387.

- ¹⁶(1912). El Empleo de la Interpretación de los Sueños en el Psicoanálisis. Tomo II. pag.411.
- ¹⁷(1917). Los Sueños Infantiles. Tomo II. pag. 213.
- ¹⁸(1920). Más Allá del Principio del Placer. Tomo II. pag. 1100.
- ¹⁹(1917). La Transferencia. Tomo II. Pag. 380.
- ²⁰(1917). Introducción al Psicoanálisis. Tomo II. pag. 330.
- ²¹ Idem. pag. 379.
- ²²(1917). La Transferencia. Tomo II. pag. 373.
- ²³(1913-17). Los Instintos y sus Destinos. Tomo II. pag. 1038.
- ²⁴(1917). La Fijación al Trauma. Lo Inconsciente.
Tomo II. pag. 292.
- ²⁵(1914). Recuerdo, Repetición y Elaboración. Tomo II. pag. 439.
- ²⁶(1916-18). La Vida Sexual Humana. Tomo II. pag. 307.
- ²⁷(1904). Sobre Psicoterapia. Tomo II. pag. 401.
- ²⁸(1912). La Dinámica de la Transferencia. Tomo II. pag. 416.
- ²⁹(1914). Introducción al Narcisismo. Tomo I. pag. 1092.
- ³⁰(1916-18). Diferenciación de los Sexos. Tomo I. pag. 811.
- ³¹(1925). Algunas Consecuencias Psíquicas de la Diferencia Sexual Anatómica. Tomo III. pag. 490.
- ³² Idem.

- ³³(1920). Sobre la Psicogénesis de un Caso de Homosexualidad Femenina. Tomo I. pag. 1017.
- ³⁴(1906). La Sexualidad en la Etiología de las Neurosis. Tomo I. pag. 940.
- ³⁵(1917). Una Dificultad en Psicoanálisis. Tomo II. pag. 1109.
- ³⁶(1916-18). La Vida Sexual Humana. Tomo II. pag. 309.
- ³⁷(1917). Una Dificultad en Psicoanálisis. Tomo II. pag. 1109.

CAPITULO II

SOBRE LA TECNICA ANALITICA.

“Ante los ojos de la ley, un curandero es aquél que trata a los pacientes sin poder mostrar un título médico oficial. Yo preferiría otra definición: un curandero es una persona que hace un tratamiento sin poseer los conocimientos y la capacidad para ello”.

Freud, 1926.

II SOBRE LA TÉCNICA ANALÍTICA.

2.1 La Duración del Tratamiento

La duración del tratamiento es una de las críticas que se le hacen al psicoanálisis, siendo este un factor primordial para establecer el momento de llegar al fin del mismo. A continuación se expondrá lo dicho por Freud al respecto.

El tratamiento se inicia prácticamente desde el momento que se concerta una cita. Posteriormente, “una vez iniciado el caso, el psicoanalista lo tendrá a prueba por dos semanas para ver si se puede encargarse de él o no. Es decir, decidir si le es aplicable o no el psicoanálisis”.³⁸ Y el análisis formal propiamente dicho, se inicia cuando se deja “hablar preferentemente al enfermo y no suministrándole más explicaciones que las estrictamente indispensables para la continuación de su relato”.³⁹

En 1913, Freud plantea que se debe trabajar diariamente seis días a la semana, aproximadamente una hora por sesión, con excepción de los domingos y las fiestas muy señaladas. En los casos leves o en la continuación de un tratamiento muy avanzado, pueden bastar tres horas semanales, ya que una labor más espaciada, impediría seguir paso a paso la vida actual del paciente y la cura correría el peligro de perder su contacto con la realidad y desviarse por caminos laterales. De cuando en cuando, a algún paciente se le tendrá que dedicar más de una hora diaria, dependiendo del caso.

“Al principio del tratamiento suelen también dirigir los enfermos al médico una pregunta ¿cuánto habrá de durar el tratamiento? y ¿qué tiempo necesita usted para curar mi enfermedad? Contestamos, pues, al enfermo como Esopo al caminante que le preguntaba cuánto tardaría en llegar al fin de su viaje; esto es, invitándole a echar a andar y le explicamos tal respuesta alegando que antes de poder determinar el tiempo que habrá de emplear en llegar a la meta necesitamos conocer su paso”.⁴⁰

El paso de cada persona, como lo aclara Freud en la cita, es diferente y dentro del mismo caso habrá oscilaciones en el avance, ya que dependiendo del punto que se toque, el analizado podrá detenerse o seguir el camino, por lo que dificulta el determinar la duración del tratamiento.

Sin embargo, dada la insistencia y la presión de los interesados en el psicoanálisis a principios de siglo, Freud trató de aproximar el tiempo de la duración. “Freud señala como duración del tratamiento un periodo muy amplio, de seis meses a tres años; pero hace constar que por diversas circunstancias, fácilmente adivinables, sólo ha podido probarlo en casos muy graves, en enfermos muy antiguos, llegados ya a una plena incapacidad funcional, que se han visto defraudados por todos los demás tratamientos y acuden, como último recurso, al discutido método psicoanalítico. En casos menos graves, la duración del tratamiento habría de ser mucho menor y se alcanzaría una mayor garantía de curación para el porvenir”.⁴¹

En otro lugar Freud señaló un periodo de duración del análisis, en donde señala que oscila desde seis meses hasta un año cuando menos, por lo que

nunca dijo exactamente qué tiempo se necesita, dejando abierta la duración.

Aunque habría que considerar que si en aquel entonces Freud planteó como mínimo una hora diaria, viendo al paciente por lo menos tres veces a la semana por un periodo de seis meses, entonces esto implica 80 horas de tratamiento. Se hace esta aclaración, porque actualmente un tratamiento que se lleve a cabo una vez a la semana, lo que es común, por un periodo de un año, es equivalente a 50 horas de trabajo, aproximadamente. Es decir, para aproximarse a la duración mínima estimada por Freud, se necesita un año y medio de sesiones semanales.

“Por otra parte rehusamos a los pacientes a seguir el tratamiento durante un periodo determinado y les permitimos abandonarlo cuando él quiera, aunque sin ocultarle que la interrupción de la cura iniciada excluye todo posible resultado positivo y puede provocar un estado insatisfactorio, como una operación no llevada a término”.⁴²

Independientemente de los comentarios de Freud, y los esfuerzos de él mismo para señalar una duración aproximada, parecería que no hay posibilidad de dar un lapso exacto., por lo que se concluye que la duración del tratamiento está determinada por el caso particular que se trata, sin poder hacer generalizaciones al respecto.

2.2 La Resistencia y la Represión.

La duración del tratamiento se ve también afectada por la resistencia del paciente. “A esta resistencia, que perdura durante todo el tratamiento, renovándose con cada nuevo avance del análisis, la llamamos, un tanto incorrectamente, resistencia de la represión”.⁴³

Una de las preguntas que se podría formular acerca de dicha resistencia es: ¿a qué se resiste el paciente? Al parecer, se resiste a tocar material inconsciente, es decir, material que lo afecta de cierto modo pero del cual no se sabe nada con claridad. “Si intentamos penetrar en nosotros mismos (nuestro inconsciente), experimentamos la clara sensación de una defensa que ha de ser vencida, y cuando nos lo proponemos con un paciente, advertimos signos inequívocos de aquello que denominamos resistencia”.⁴⁴

¿Y de dónde viene dicha resistencia? “Desde que admitimos la existencia en el Yo de una instancia especial que representa las exigencias restrictivas y prohibitivas -del Super Yo-, podemos decir que la represión es obra de este Super Yo, el cual la lleva a cabo por sí mismo o por medio del Yo, obediente a sus mandatos”.⁴⁵ Por lo que se puede concluir que esta resistencia tiene que ver con mantener una imagen de sí mismo, una imagen superyóica que no se vea afectada por los nuevos descubrimientos del análisis, conseguidos mediante la asociación del material inconsciente.

“El tratamiento analítico impone al médico y al enfermo penosos esfuerzos que tienden a vencer resistencias, pero una vez dominadas éstas queda la vida psíquica del paciente modificada de un modo duradero

transportado a un grado evolutivo superior y protegida contra toda nueva posibilidad patógena”.⁴⁶ Cabe señalar que es imposible acceder a todo el material inconsciente, ya que es inagotable. Y la resistencia es un proceso natural de defensa en el individuo, que para bien o para mal, le permite tener una imagen de sí mismo. Queda la pregunta de si realmente es posible vencer la resistencia en su totalidad.

Por otra parte, las resistencias, tienen una relación muy estrecha con la represión, mecanismo primordial en las neurosis. Es como si las resistencias fueran parte de esta represión, la resistencia es sólo una manifestación de la represión.

“Todo lo reprimido tiene que permanecer inconsciente; pero queremos dejar sentado desde un principio que no forma por sí sólo todo el contenido de lo inconsciente. Lo reprimido es, por tanto, una parte de lo inconsciente. ¿Cómo llegar al conocimiento de lo inconsciente? Sólo lo conocemos como consciente, esto es, después que ha experimentado una transmutación o traducción a lo consciente. La labor psicoanalítica nos muestra cotidianamente la posibilidad de tal traducción”.⁴⁷

Ahora bien, lo reprimido es inconsciente, es parte de este gran inconsciente de cada uno de los seres humanos neuróticos, pero lo inconsciente no es en sí pura represión. Se hace esta aclaración ya que resulta muy difícil separar lo inconsciente de la represión, pero el mismo Freud aclara que no son equiparables, sin señalar cuál es ese otro material inconsciente diferente al reprimido.

2.3 El Síntoma.

El síntoma constituye otro de los conceptos primordiales en el psicoanálisis. “El síntoma sería, pues, un signo y un sustitutivo de una inlograda satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de la represión”.⁴⁸ Cuando un paciente llega a solicitar un tratamiento, se observa que lo que manifiesta como “problema” o “motivo de consulta” es precisamente un síntoma. Un síntoma que de alguna manera está interrumpiendo su funcionamiento en alguna de sus áreas. El síntoma toma diferentes caminos y tiene distintas intensidades.

Al paciente se le aborda en un tratamiento analítico, por sus síntomas, ya que: “Todo síntoma, posee un sentido y se haya estrechamente enlazado a la vida psíquica del enfermo”.⁴⁹ Por medio del síntoma se llega a esas partes ocultas del individuo, a lugares desconocidos tanto para él, como para el analista. Por medio del síntoma se accede al inconsciente del sujeto. “Los síntomas son manifestaciones de ideas inconscientes”.⁵⁰

El síntoma es una respuesta a la represión, una vía de escape para la libido del sujeto, un paciente puede llegar a consulta con un tic nervioso o con una depresión que no se puede explicar, por lo que en algunos casos es un fenómeno adaptativo, cuando no hay capacidad de sublimar dicha energía libidinal. A través del síntoma, el sujeto puede manifestar aquello para lo cual no tiene palabras, y sí actos involuntarios que hablan de esa verdad, de la cual poco quiere saber.

Por otro lado, estos síntomas corren el peligro de convertirse en un desgaste de energía importante para el sujeto, es decir, en algunos casos,

toda su energía está dirigida hacia estos síntomas, dejando al sujeto imposibilitado para realizar otras actividades.

“...podemos decir que todos somos neuróticos, puesto que todos, hasta los más normales, llevamos en nosotros las condiciones de la formación de síntomas”.⁵¹ La disposición de cualquier individuo hacia el síntoma es constitutiva, es inherente a su personalidad. Es importante ver cómo Freud señala en esta cita, que no hay sujeto completamente sano debido al síntoma.

En el análisis, el trabajo tiene que ver con el síntoma la mayor parte del tiempo. Sin ser lo único de lo que se trata en el análisis: “Habremos de preguntarnos cómo, por qué caminos y en virtud de qué motivos llegan los enfermos a adoptarlo”.⁵²

Otra de las cuestiones tiene que ver con el sufrimiento o el goce que el sujeto vive ante este síntoma. Las llamadas “ganancias secundarias” se refieren a estas gratificaciones que el sujeto obtiene por medio de su síntoma., como aquel enfermo que recibe la atención de toda su familia, convirtiéndose en el centro de atención y que nunca sana, ya que en el síntoma está el goce.

“ La misión terapéutica consiste pues, en desligar la libido de sus ataduras actuales, sustraídas al Yo, y ponerla nuevamente al servicio de este último, la libido del neurótico se halla adherida a los síntomas, los cuales procuran al sujeto una satisfacción sustitutiva, la única por el momento posible”.⁵³

Por este motivo parecería que el análisis de los síntomas apuntaría a que el sujeto encuentre otras vías de satisfacción, diferentes a las que hasta ese momento ha experimentado y que sean menos desgastantes y patológicas.

“... el paciente logra lo que de otro modo le sería imposible: abandona sus síntomas y se cura aparentemente; todo esto, simplemente por amor al analista”.⁵⁴

“Para el profano, son los síntomas lo que constituye la esencia de la enfermedad, y por tanto, la considerará curada en el momento en que las mismas desaparezcan, pero la desaparición de los síntomas no significa en modo alguno la desaparición de la enfermedad”.⁵⁵

Aunque el síntoma constituye una parte esencial del análisis, se puede ver cómo esto no lo es todo, y cómo el fin del análisis no es equivalente a la “curación” de los síntomas.

Queda por analizar la movilidad del síntoma y su relación con el fin del análisis y la pregunta de si realmente hay posibilidad de que un ser humano se encuentre enteramente libre de síntomas.

2.4 El Analista y la Técnica.

Con el fin de contar con elementos suficientes para entender los distintos “fines de análisis” o el término de los cuatro casos que en el capítulo posterior se revisarán; en este apartado se comentarán los puntos más sobresalientes sobre la técnica analítica de Freud.

En 1912 Freud, señala que la memoria del analista debe ser un requisito indispensable para llevar a cabo el trabajo analítico, ya que los pacientes darán un sinnúmero de fechas, nombres, lugares y acontecimientos importantes, que posteriormente el analista tendrá que reproducir, y a partir de estos datos, hacer las intervenciones oportunas.

Siguiendo esta lógica, se menciona que no es adecuado hacer anotaciones, ya que esto implicará una selección del material, y aquí se explica un fenómeno muy particular que Freud llamó “atención flotante”.

“...esta técnica es muy sencilla y consiste simplemente en no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo con una igual atención flotante”. (Freud 1912).⁵⁶

El analista tendrá que escuchar el discurso del sujeto, leer entre líneas lo que está diciendo, y tratar de dar un significado a aquello que se le dice. La manera de escuchar no es como una plática común, por lo que no deberá preocuparse por lo que retiene o no retiene. “La norma de la conducta del médico podría formularse como sigue: debe evitar toda influencia consciente sobre su facultad retentiva y abandonarse por completo a su memoria inconsciente. O en términos puramente técnicos:

Debe escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras”.⁵⁷ Esto es lo que hace posible que el analista interprete el material inconsciente del sujeto, más que aprender su historia como si esta fuera lineal y verídica.

“En cambio, obtendremos los mejores resultados terapéuticos en aquellos otros en los que actuamos como si no persiguiéramos fin ninguno determinado, dejándonos sorprender por cada nueva orientación y actuando libremente sin prejuicio alguno”.⁵⁸ El problema del prejuicio y de la moral, es algo de lo que se habla constantemente en las obras de Freud. A diferencia de otras orientaciones, el psicoanalista no es un juez, no es un modelo moral, no es quien dice si el paciente está bien o mal, aunque el sujeto se empeñe en ponerlo en ese lugar.

Con respecto al fin del análisis, no hay manera de seguir en una sólo dirección, tratando de llegar a determinado lugar, ya que el sujeto en análisis encontrará sus propias vías, los caminos de los cuales él poco sabe. Y el analista se encuentra en la misma situación. No se puede determinar ni predecir con exactitud el camino inconsciente del paciente.

Se plantea en la técnica analítica el problema del análisis personal del analista. “Es indiscutible que la resistencia de estos defectos no vencidos por un análisis previo descalifican para ejercer el psicoanálisis, pues, según la acertada expresión de W. Stekel, a cada una de las represiones no vencidas en el médico corresponde a un punto ciego en su percepción analítica”.⁵⁹

INDICE DE CITAS DEL CAPITULO II

FREUD, S. (1967). Obras Completas. Traducción de Luis López Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1967.

³⁸(1913). La Iniciación del Tratamiento. Tomo II. pag. 426.

³⁹Idem. pag. 427.

⁴⁰Idem. pag. 430.

⁴¹(1904). El Método Psicoanalítico de Freud. Tomo II. pag. 393.

⁴²(1913). La Iniciación del Tratamiento. Tomo II. pag. 428.

⁴³(1940). La Técnica Psicoanalítica. Tomo III. pag. 418.

⁴⁴(1913-17). Algunas Observaciones Sobre el Concepto de lo Inconsciente en el Psicoanálisis. Tomo I. pag. 418.

⁴⁵(1932). La División de la Personalidad Psíquica. Tomo II. pag. 911.

⁴⁶(1917). La Terapéutica Analítica. Tomo II. pag. 384.

⁴⁷(1913-17). Lo Inconsciente. Tomo I. pag. 1051.

⁴⁸(1925). Inhibición, Síntoma y Angustia. Tomo II. pag.33.

⁴⁹(1916-17). El Sentido de los Síntomas. Tomo II. pag. 282.

⁵⁰Idem. pag. 283.

⁵¹(1916-17). Modos de Formación de los Síntomas. Tomo II. pag. 336.

⁵²(1917). La Fijación al Trauma. Lo Inconsciente. Tomo II. pag. 292.

⁵³(1916-17). La Terapia Analítica. Tomo II. pag. 385.

⁵⁴(1940) La Técnica Psicoanalítica. Tomo III. pag. 415.

⁵⁵(1916-17). Modos de Formación de los Síntomas.
Tomo II. pag. 335.

⁵⁶(1912). Consejos al Médico en el Tratamiento Psicoanalítico.
Tomo II. pag. 418.

⁵⁷ Idem.

⁵⁸ Idem. pag. 419.

⁵⁹ Idem. pag. 420.

⁶⁰ Idem. pag. 421.

⁶¹ Idem.

⁶² Idem.

CAPITULO III

LOS CASOS DE FREUD.

“El hombre no puede permanecer eternamente niño; tiene que salir algún día a la vida, a la dura *vida enemiga*, esta sería la *educación para la realidad*. ¿Habré de decirle todavía que el único propósito del presente trabajo es señalar la necesidad de tal progreso?”.

Freud, 1927.

III LOS CASOS DE FREUD.

3.1 Introducción.

En el siguiente capítulo se abordarán tres casos de Freud estudiando básicamente el fin de análisis de los mismos, es decir, se analizará el caso desde el punto de vista de su final, del rompimiento, del punto en donde Freud consideró que terminaba el caso, o el momento en que el paciente abandona el tratamiento.

Una de las consideraciones más importantes estará relacionada a si Freud dio por terminado el análisis y en qué punto, cuándo Freud da de alta a un paciente y cuáles son los motivos. También se revisará lo relacionado a la duración de los distintos análisis y cuáles eran las condiciones terapéuticas en los diversos casos.

Se espera que el estudio de estos casos arroje algún indicio de lo que era el fin de análisis para Freud en lo teórico y en lo práctico, por lo menos en el momento de cada caso en particular. La técnica se desarrolla, avanza durante la obra de Freud, por lo que el fin de análisis en 1905, puede ser distinto al fin de análisis de 1912.

Los casos a revisar son: Dora, análisis fragmentario de una histeria, el caso Juanito, que se trata de una fobia infantil, y el caso del hombre de las ratas, diagnosticado como neurosis obsesiva, teniendo así un panorama de las tres principales divisiones en la neurosis.

3.2 El Caso Dora.

El caso Dora es el primero de Freud, el primero sobre el cual escribe un historial y lo publica, al cual le hace una revisión en 1923 y una introducción en 1925. Es importante destacar esto, ya que en esas adiciones hace algunas aclaraciones que modifican, de modo sustancial, el análisis del caso.

Desde el inicio se sabe que este caso no llegó a su fin, ya que la paciente abandonó el tratamiento por voluntad propia, antes de que Freud lo diera por terminado; sin embargo, es un caso muy importante para el psicoanálisis, que dio origen a una serie de planteamientos que más tarde se convertirían en la base de la técnica analítica.

Freud se pregunta por años cuál fue el motivo por el que Dora abandona el tratamiento, encontrando algunas respuestas que más tarde se mencionarán en esta tesis. Aquí no hay fin de análisis propiamente dicho, hay rompimiento y esto lleva a la inevitable pregunta de a dónde debió haber llegado Dora para dar el tratamiento por terminado, y por qué no llegó a su fin.

Dora era una joven de 18 años que padecía de síntomas físicos y de carácter que daban la impresión de ser provocados por una histeria. Su padre la lleva a Freud y se atiende durante un periodo de tres meses. Las sesiones eran diarias y cada sesión duraba una hora. El tratamiento se llevo a cabo desde el mes de octubre hasta el 31 de diciembre de 1900, con una sesión anterior, en el verano del 98 y una posterior al

rompimiento, en abril de 1902. Efectivamente Freud la diagnostica como histérica.

“Por entonces, el análisis partía de los síntomas y se proponía, como fin, ir solucionándolos uno tras otro. Posteriormente he abandonado esta técnica por parecerme inadecuada a la estructura sutil de la neurosis”.⁶³ Así se llevó a cabo el tratamiento, abordando cada síntoma por separado, y analizando el material onírico de la paciente. En estos análisis fragmentarios, como el mismo Freud los llama, hay dos vertientes importantes, la sexualidad y la transferencia; al fin y al cabo, dichos tópicos son los pilares del psicoanálisis.

El padre de Dora la lleva al consultorio, es decir, ella no pide ir con el Dr. Freud, sino que accede ante la exigencia de su padre para atenderse. “Así, para que Dora acudiera a mi clínica fue necesario que su padre se lo impusiera”.⁶⁴ El padre de Dora había sido paciente de Freud seis años antes, en 1894. Freud y el padre de Dora hablaban del caso, el padre le proporcionaba información a Freud. Esto llama la atención sobre el inicio del tratamiento, y la transferencia, ya que el hecho de que su padre la lleve a análisis, de manera casi forzosa, pone un tanto en duda su deseo real de librarse de aquellos síntomas que la aquejaban.

En los sueños, transferencialmente la imagen de Freud estaba entremezclada afectivamente con el padre de Dora y con el Sr. K., como fue el ejemplo que pone Freud del humo de tabaco, en donde Dora introduce en su sueño uno de los factores comunes que tenían su padre, Freud y el mismo Sr. K, que era el hecho de fumar. Otro factor común era la edad del padre de Dora y de Freud. Ambos tenían alrededor de 40

años. Por lo que se pensó que para Dora resultaba fácil transferir los sentimientos y la imago que tenía de su padre, hacia la figura de su analista.

En un primer momento, la transferencia de Dora fue una transferencia positiva, de amor hacia Freud, hasta llega a fantasear con que Freud la besara. Y el mismo Freud aclara que por su edad, Dora lo identificaba con su padre.

Dora adoraba a su padre, era una figura sumamente importante en su vida y en algunos aspectos se identificaba con él, específicamente en la somatización, en el estar constantemente enfermos, ya fuera de una cosa o de otra. Durante el análisis, Freud y Dora se percatan de que ella ve a su padre como impotente. Esta impotencia no se reduce a lo sexual, a la incapacidad de llevar a cabo relaciones sexuales, y en el mismo análisis se deja ver que también se refiere a la incapacidad en general de ese hombre, incapaz de hacer feliz a su madre, a la señora K y a la misma Dora, un hombre enfermizo y débil, completamente pasivo. “Esto podía tener tan sólo una interpretación sexual, o sea la de que el padre era impotente”.⁶⁵ Aquí se encuentra la cita en donde Freud le interpreta a Dora su imago paterna.

Más tarde, cuando Dora le hace saber a su analista que esa es su última sesión, Freud se plantea lo siguiente: “En efecto ¿qué venganza mejor para el enfermo que mostrar en su propia persona cuán impotente e incapaz es el médico?”.⁶⁶ Cuando Freud da esta explicación, recae toda la responsabilidad sobre Dora, y él lo interpreta como una transferencia de

los afectos hacia el Sr. K. que estaban siendo volcados a su persona. Pero podría existir otra interpretación.

Resulta increíble cómo Freud utiliza la misma palabra “impotente” en una interpretación para el padre de Dora y más tarde para él mismo, sin darse cuenta de ello. Para Dora, Freud, al igual que su padre, era impotente, estaba castrado, era imperfecto y eso lo baja del lugar de supuesto saber tan necesario para seguir en la labor analítica. Ante los ojos de Dora, Freud no era capaz de saber lo que a ella le pasaba, ni porqué, así que se puede interpretar que este fenómeno transferencial constituye una de las razones importantes para que Dora abandone el tratamiento.

Durante el curso del caso, existen varias explicaciones respecto al motivo por el cual Dora deja el tratamiento, algunas que da Freud en 1905, y otras, en la revisión de 1923. Según la cita anterior, Dora es responsable del abandono, pero en la siguiente cita, la responsabilidad recae sobre Freud. “No conseguí adueñarme a tiempo de la transferencia”.⁶⁷ Este fue un paso muy importante para la técnica analítica, que dio origen al desarrollo de la relación transferencial entre analista y analizado. En el caso Dora, ocupa un lugar primordial el hecho de que Freud admita que se dijeron cosas que él no alcanzó a escuchar, como por ejemplo, lo de la impotencia.

“La inesperada interrupción del tratamiento, cuando mis esperanzas de éxito habían adquirido ya máxima consistencia, destruyéndolas así de golpe, constituía por su parte un indudable acto de venganza y satisfacía al propio tiempo la tendencia de la paciente a dañarse a sí misma”.⁶⁸

Aquí hay otra explicación, poniendo todo el peso en la conducta estereotipada de la misma Dora.

“Los síntomas no desaparecen durante el desarrollo de la labor analítica, pero sí una vez terminada ésta y disueltas las relaciones del paciente con el médico. El retraso de la curación o del alivio tiene, efectivamente, su causa en la propia persona del médico”.⁶⁹ Freud se empieza a preguntar sobre la transferencia de Dora, comienza a explorar el porqué del abrupto término del tratamiento, llegando a la conclusión de que el retraso de la cura sólo puede estar de parte del analista, ya que era su labor descifrar aquellas claves que la paciente le proporcionó, metafóricamente, antes de abandonarlo.

Si se le da el peso suficiente a esta cita, entonces se puede plantear que Dora abandona el tratamiento por que hay un cambio a nivel transferencial, del amor que Dora le profesaba a Freud; por algún motivo cambia su afecto y lo delata como incapaz, le dice que ya no puede seguir así, que ya no puede esperar, y Freud no se percata a tiempo de la situación.

“Me interesaba también demostrar que la sexualidad no interviene como un deus ex machina, (improvisadamente), emergente una sola vez en el curso de los procesos característicos de la histeria, sino que constituye la fuerza impulsora de cada uno de los síntomas y de cada una de las manifestaciones de los mismos. Los fenómenos patológicos constituyen la actividad sexual de los enfermos. Un sólo caso no podrá jamás demostrar un principio tan general; pero toda mi experiencia en la materia me fuerza a repetir que la sexualidad es la clave del problema de las

psiconeurosis y neurosis. Nadie que no lo reconozca llegará jamás a solucionarlo”.⁷⁰

Esta cita nos demuestra cómo la sexualidad era primordial en el análisis de una neurosis, y en este caso, de una histeria, por lo que el fin de análisis de Dora hubiese tenido que ver forzosamente con algún aspecto sexual de su vida intrapsíquica.

Primero se encuentra esta disposición al síntoma, a la identificación con las enfermedades de los demás. ¿Qué sostenía Dora con dichos síntomas? “Como si hasta entonces hubiera sido un chico y luego se hubiese convertido en chica. Realmente, hasta el primer acceso de asma, había sido extraordinariamente traviesa y rebelde, haciéndose después modosa y tranquila. Aquella enfermedad constituyó en Dora la frontera entre dos fases de la vida sexual, de carácter masculino la primera, y femenino la segunda”.⁷¹

Es decir, por medio del síntoma, Dora logra identificarse con el sexo femenino, como si ser mujer estuviera relacionado con esa tranquilidad que le proporcionaba el estar enferma. Aquí aparece esta dicotomía entre la sexualidad de Dora y sus fantasías sobre lo que era ser mujer para ella.

Durante el curso del análisis, pareciera que Freud le cambia de objeto de deseo contantemente. Primero le nombra como objeto amoroso al Sr. K. “Su conducta para con los niños, tal y como hubo de quedar explicada por su relato del comportamiento de la institutriz para con ella, imponía la misma secuencia que su tolerancia silenciosa de las relaciones de su padre con la mujer de K. Al expresarle yo esta deducción mía no obtuve su

confirmación, pero en el acto me comunicó que también otras personas (por ejemplo, una prima suya que había pasado con ellos una temporada en B.) la había acusado de hallarse perdidamente enamorada de aquel hombre, aunque por su parte no recordaba ella haber abrigado jamás tal sentimiento”.⁷²

Después, antes y durante el análisis del primer sueño, Freud cambia de curso el análisis nombrándole como objeto amoroso a su padre. “No cabía duda de que Dora perseguía un fin que esperaba alcanzar por medio de su enfermedad; tal fin no podía ser otro que el de separar a su padre de aquella mujer”.⁷³

“La conducta de Dora iba más allá de su condición filial. Sentía y obraba más bien como mujer celosa, tal y como hubiera parecido comprensible que obrase su madre. Con el dilema que a su padre planteaba –“esa mujer o yo”-, los reproches que le dirigía y su amenaza de suicidio, se situaba claramente en el lugar de la madre, pero al mismo tiempo, si la fantasía en que se basaban sus accesos de tos ha sido exactamente reconstruida por nosotros, resultará que se identificaba en ella con la mujer de K. Se identificaba, pues, con las dos mujeres a quienes su padre había amado. Hemos de concluir, por tanto, que obraba como si ella misma supiera o estuviera dispuesta a reconocer que se hallaba enamorada de su padre”.⁷⁴

La necesidad de identificarse con personas de su mismo sexo constituye en Dora una de las claves más importantes de su síntoma. Como si finalmente su pregunta estuviera relacionada a ¿qué es ser mujer? ¿cómo se es mujer? ¿qué tengo que hacer para ser mujer? Dichas preguntas no llegaron a plantearse abiertamente en el análisis, el tratamiento estaba

dirigido al objeto de amor de Dora, en una triada hombre-mujer-hombre, en donde Dora trataba de encontrar un lugar.

“Cuanto más pasa el tiempo que me separa del término de este análisis, más me voy convenciendo de que mi error técnico consistió en la omisión siguiente: Omití adivinar a tiempo, comunicándoselo a la sujeto, que su impulso amoroso homosexual (ginecófilo) hacia la mujer de K, era la más poderosa de las corrientes inconscientes de su vida anímica. Hubiera debido adivinar que sólo la mujer de K. podía ser la fuente principal de sus conocimientos en materia sexual, la misma persona que luego la había acusado de abrigar un excesivo interés por tales cuestiones. El segundo sueño me lo reveló así. El ansia de venganza que este sueño exteriorizaba era máximamente adecuada para encubrir la corriente antitética, la generosidad con que la sujeto perdonó la traición de la mujer amada y ocultó a todos haber sido esta misma la que le había hecho las revelaciones cuyo conocimiento habían constituido luego la base de su acusación. Antes de descubrir la importancia de una corriente de sentimientos homosexuales en los psiconeuróticos, me veía en una total confusión o en detención de muchos tratamientos”.⁷⁵

Esta es la conclusión final de Freud, después de hacer varias hipótesis al respecto, veinte años más tarde, concluye que Dora ocultaba una corriente de amor homosexual hacia la señora K y que Freud equivocó el camino nombrándole otro objeto de deseo. Freud aprendió en el camino, y todavía no llegaba al tema de la homosexualidad en aquel entonces. Faltó la pregunta de Dora, la que nunca llegó a formularse: ¿qué soy, hombre o mujer?

En este momento, a principios de siglo, Freud estaba inclinado a resolver el tratamiento por medio del significado del síntoma. “Pero la interrupción del análisis no me permitió, desgraciadamente, perseguir hasta agotarlos todos los cambios de sentido de los síntomas en el transcurso del tiempo, ni tampoco aclarar el orden de sucesiones y la coexistencia de tales distintos sentidos. A un análisis completo sí pueden plantearse estas exigencias”.⁷⁶ Por lo que en este momento, el fin de análisis se hubiese relacionado con la explicación final del síntoma de Dora, encontrando la significación y los motivos más profundos, relacionados con la sexualidad.

Más tarde Freud, (1925) dice: “...se asombrará de que en tres meses no nos fuese posible llevar a su última solución siquiera los síntomas sobre los cuales convergió la investigación”.⁷⁷ Cuando dice “siquiera” quiere decir que eso era lo menos que podía plantearse, lo que hace pensar que hay más, que el fin de un tratamiento tiene que ver con algo más que con la desaparición de los síntomas principales o aparentes. Este planteamiento cambió, pero sin dejar muy claro cual era el nuevo, cual era el objetivo del análisis cuando la desaparición del síntoma ya no era el principal.

Aquí hay que hacer una diferencia: la desaparición del síntoma no es lo mismo que el descubrimiento del sentido del síntoma. El síntoma puede desaparecer, como la tos de Dora, a capricho de muchos otros elementos, pero el sentido del síntoma seguramente implica otras cosas, como los deseos inconscientes del sujeto. Por lo pronto hay tres conceptos con los que se relaciona el fin de análisis, el sentido del síntoma, la transferencia y la sexualidad.

3.3 Fobia de un Niño de Cinco Años

El caso Juanito es la publicación de Freud de 1909 acerca del análisis de un niño de cinco años, al cual se le detectó una fobia hacia los caballos. El caso despertó un gran interés al mismo tiempo que indignación, por ser sujeto de estudio un niño al que se acusa de poca inocencia, a tan temprana edad y de una vida sexual infantil, ya que el conocimiento popular afirmaba que no existía tal.

En este análisis, Freud da de alta al pequeño paciente, del que posteriormente hiciera aclaraciones sobre su caso en “Tres ensayos para una Teoría Sexual” de 1929, rectificando así algunas de sus observaciones iniciales y cambiando de apreciación otras.

El caso presenta una especial singularidad, por el hecho de que el análisis se halla llevado a cabo en forma indirecta, y que Freud manifestara que hubiese sido inadecuado en otras condiciones ya que sólo por los requisitos reunidos se pudo llevar a cabo satisfactoriamente

“El historial de un paciente infantil no constituye en rigor una observación directa mía, dirigí desde luego, en conjunto, el plan del tratamiento, e incluso intervine en él una vez personalmente pero quien llevó adelante el tratamiento fue el padre del enfermo”.⁷⁸

El papá de Juanito estaba completamente convencido de las teorías de Freud, del mismo modo que compartía sus prejuicios, por lo que

desde el inicio del tratamiento la transferencia que surgió entre el papá de Juanito y Freud fue positiva.

El tratamiento fue llevado hasta su fin por medio de correspondencia que mantenía el padre de Juanito con Freud, en la que mencionaban las largas conversaciones que sostenían padre e hijo acerca de la “tontería” (como Freud sugirió que le llamaran a la fobia del niño), y de lo que podría estar ligada a ella.

“En el curso del análisis hubo que decirle al padre desde luego, muchas cosas que él no sabía decir espontáneamente, facilitarle ideas de las cuales, no se habían manifestado aún en él indicio ninguno y orientar su atención hacia aquellos caminos por los que el padre esperaba ver acercarse nuevos elementos”.⁷⁹

Freud es puesto en un lugar privilegiado por la familia y en especial para Juanito, pues éste de antemano comprendía que lo que su padre le mencionaba no era producto o ideas originales de él, sino que existía un tercero. Lo que se mencionaba eran las ideas de Freud en boca de su padre.

No se pone en claro cómo era esta correspondencia. Probablemente se mandaba un informe semanal por parte del padre, quien había observado a su hijo desde que aún no había cumplido los tres años.

El análisis comienza cuando Juanito tiene cuatro años nueve meses en 1908 y termina el dos de mayo de ese año. En el transcurso el 9

de enero, se presentó una irrupción de fobia que pudo ser analizada.

Juanito era un niño de cuatro años que presentaba trastornos nerviosos y su síntoma era el miedo a que un caballo le mordiera en la calle.

Ambas cosas parecen ser el principio de una angustia por esa gran ternura expresada a su madre y por el hecho de querer mantener reprimido ese cariño hacia ésta. Freud diagnostica el caso como un niño fóbico.

Durante el análisis, al pequeño Juanito nunca se le preguntó, ni mucho menos se le pidió opinión en su nivel de niño, sobre si quería ser sujeto de análisis o no, iniciándose éste sólo por decisión de su padre.

Es importante hacer destacar que antes de manifestarse su fobia Juanito se interesaba por la diferencia de sexos y particularmente por el tamaño de su pene, “la cosita de hacer pipí”, existiendo muchas razones por las que se sentía particularmente atraído. Juanito partía de la hipótesis de que todo el mundo, hombres y mujeres, poseían un pene y que en la medida que va aumentando la persona en edad, su pene también aumentará de tamaño.

“Juanito observó ya en edad muy temprana, el pene desmesurado del caballo, y dedujo, por entonces, que su madre siendo tan mayor debía tener una cosita de hacer pipí como la de un caballo”.⁸⁰

En aquella búsqueda incesante trataba de encontrar aquella respuesta que para él sería decisiva para la asunción de su futura identidad sexual.

Aunado a esto se presenta el fenómeno del autoerotismo y es sorprendido por su madre tocándose, lo cual para ella era intolerable mientras que para él era natural y satisfactorio. Ella pensó que una amenaza grave evitaría esa conducta como aparece en lo siguiente:

“El interés de Juanito por la cosita de hacer pipí no es exclusivamente teórico, como era de esperar, le incitaba también al tocamiento del miembro, teniendo tres años y medio le sorprendió su madre con la mano en el pene y le amenazó: Si haces eso, llamaré al doctor A. para que te corte la cosita y entonces, ¿Con qué vas a hacer pipí?”⁸¹

Por éste y otros motivos que más adelante se relatarán, durante el análisis afloró claramente el complejo de castración, causante de la angustia de Juanito en donde tiene dificultades especialmente en el poner límites a sus intensos deseos sexuales hacia el progenitor del sexo contrario, creando una situación triangular que se desarrolla entre su madre, su papá y él. Posteriormente en el análisis, Freud ocuparía un lugar por transferencia en esa triangulación.

Tanto aquellas inquietudes de Juanito, como los deseos inaceptables que probablemente serían castigados, prohibidos

(según él), son llevados fuera de la consciencia, pero hay que recordar que el inconsciente ejerce su influencia.

Su gran temor a los caballos propicia que los evite, como medio rudimentario de resolver su problema, que se puede decir, es de carácter irreal, pero tratando de darles una explicación lógica, argumentando que los caballos muerden “los dedos” sin llegar a reconocer que esto sólo oculta su angustia, observándose que dentro de sus fantasías, a lo que se teme inconscientemente, es al castigo por el deseo prohibido. Es decir, Juanito cambia los impulsos incestuosos y su posible castigo, por un peligro externo del que se huye con facilidad, haciendo tangible aquello a lo que no hay palabra, ni actos comprensibles. “Juanito ha echado de menos a su madre durante la noche, ha deseado sus caricias y ha venido en busca de ellas a nuestra alcoba”.⁸²

Con el nacimiento de su hermana, Juanito en una ocasión observa mientras la bañan, mencionando que Hanna tiene una cosita muy “chiquituca”, pensando que a medida que crezca, paralelamente le crecerá. Esta concepción cambia al descubrir que en lo referente a lo femenino no existía una cosita igual a la suya.

Como existen seres que no tienen cosita, Juanito presenta angustia y miedo, porque entonces concebía que la amenaza era real. “Juanito se hallaba en esos momentos bajo la acción de miedo a perder aquella tan preciada parte de su Yo”.⁸³ Si su madre estaba castrada, a él le podría suceder lo mismo.

Al parecer, el padre no es una figura lo suficientemente fuerte como para poder dar corte a aquellas relaciones edípicas fantaseadas por Juanito que consistían en el amor hacia su madre, ya que con su padre o sin él, Juanito era igualmente acogido en la alcoba por ella.

Al anochecer crea toda una serie de trastornos que justifiquen su participación de compartir la alcoba con sus padres, alimentando su deseo de ser único, desaparecer a Hanna y en relación con su padre, surge la fantasía de que muriera, o que se marchara lejos y no regresara nunca. El padre refiere a Freud lo siguiente: “El amor de Juanito hacia su madre le lleva a desear que yo desaparezca para ocupar mi puesto al lado de ella”.⁸⁴

En la primera y única ocasión en que Juanito es llevado a consulta, Freud se da cuenta que las explicaciones antes dadas, de que a su madre la quería mucho, no habían disminuido en modo alguno el miedo hacia los caballos, además de que lo que se sabía en relación al caso resultaba insuficiente.

Freud al escuchar el relato de Juanito y su padre, comprendió que una parte importante de la interpretación se le había escapado: la de explicar que en realidad el miedo del niño a los caballos era miedo a su padre por el cariño que le tenía a su madre.

Freud creía que Juanito pensaba que él y su padre se encontraban en una supuesta rivalidad a muerte y por ello le tenía miedo. Cuando el padre interviene y le pregunta a Juanito que por qué está

enfadado y que si alguna vez le ha pegado, el niño responde que sí, que en la mañana de ese día, cuando viajaban en el tren, él le había pegado, (lo cual sí ocurrió como una reacción refleja a otro golpe involuntario que Juanito antes le había propinado en el estómago). Este pensó que dicha reacción era una hostilidad de su padre hacia él, dándole un castigo. Inconscientemente Juanito estaba aceptando el supuesto castigo, pensando que por fin esto pondría un límite entre él y su madre.

A través del suceso anterior, Juanito estaba por terminar la etapa edípica, la cual se concluye con dos fantasías que tuvo: en ambas piensa que un fontanero le procura un nuevo pene.

La aceptación de que su relación con su madre es imposible hace que la fobia desaparezca finalmente. Entonces es cuando es dado de alta, y tal parece que lo que Freud pretendía hacer en este caso, es que se asimilara el complejo de Edipo de la mejor manera, para dar paso a la latencia, es decir, a la siguiente etapa del desarrollo.

Freud decidió que el análisis tenía que terminar, cuando el complejo de Edipo quedara resuelto, ya que no se podía hacer más análisis con un niño tan pequeño, aunque a reservas de esto, mencionó que siempre quedan cosas sin resolver, y que después de todo, no existe individuo totalmente sano.

Se han hecho varias críticas de dicho análisis, si surtió efecto o no, y si se desarrolló en las condiciones apropiadas. El mismo Freud también se preguntó lo mismo acerca del uso de la técnica,

mencionando por ello lo siguiente: “Un niño se deja siempre sugestionar fácilmente y más por su propio padre que por cualquier otra persona”.⁸⁵

Posteriormente a estos comentarios la aseveración de Freud sobre si un niño se deja siempre sugestionar cambió y él agrega al historial que “A pesar de todo esto, nuestro pequeño paciente ha demostrado independencia suficiente para absolverle de toda acusación de sugestión”.⁸⁶

Finalmente el cometido se cumplió, quitarle la fobia a Juanito, quien posteriormente en 1929, (21 años después) visitara a Freud, mencionando ser aquel Juanito al que se le veía en aquel entonces como un niño desequilibrado emocionalmente, y que ahora aparecía como un joven sano.

3.4 El Hombre de las Ratas.

Este historial se escribe en 1909, y existen algunas notas de 1923, sin que esto signifique que el caso se revisara en su totalidad. El tratamiento inicia el 1 de octubre de 1907 y se le da fin once meses después, en septiembre de 1908.

El hombre de las ratas era un joven con formación universitaria que se decide a ir a análisis con Freud por una serie de manifestaciones compulsivas, presentes desde los cuatro años, y por ideas obsesivas tales como la de cortarse el cuello con una navaja y en ocasiones matar a otras personas.

La técnica seguida por Freud fue la que perduró hasta el final de sus días, el análisis por asociación libre, en la que el paciente debe comunicarle al analista todo lo que viniera a su mente, sin importar la coherencia de los pensamientos, o lo agradable o desagradable del contenido del discurso.

“Preguntando por qué razón ha iniciado la anamnesis con informes sobre su vida sexual, explica haberlo hecho por saber que así correspondía a mis teorías. Fuera de esto, ni ha leído ninguna de mis obras, y sólo muy recientemente, al hojear una de ellas, encontró la explicación de ciertas asociaciones verbales que le recordaban la elaboración mental a la que él mismo sometía sus ideas y le decidieron a acudir a mi consulta”.⁸⁷

Esta cita es importante, ya que nos ofrece una descripción de la transferencia inicial de Pablo con Freud. Pablo lee un pasaje de Freud que le resulta lo suficientemente creíble como para acudir a consulta con él, es

decir, desde el inicio del tratamiento Freud ocupa un lugar de saber importante ante Pablo.

Por otro lado, el hecho de que llegara exponiendo su vida sexual, parece indicar que Pablo esperaba que Freud le respondiera sus incógnitas sobre aquella verdad de la que él aparentemente no sabe nada, pero que finalmente es la primera que aparece, la sexualidad.

En la transferencia también se refleja la relación ambivalente amor-odio que Pablo sostenía con el mundo externo. Dicha contrariedad se convierte en uno de los temas centrales en este análisis. También durante la transferencia se dejan ver sentimientos de miedo al castigo, miedo a esa autoridad castigadora a la que él tanto teme. "...al final de esta segunda sesión el sujeto se conducía como aturdido y enajenado, llamándome repetidamente -mi capitán-, sin duda por que al principio de la sesión le había dicho que yo no era un hombre cruel como el capitán de su historia, y no tenía la menor intención de atormentarle innecesariamente".⁸⁸

El hecho de que lo llamara "mi capitán" manifiesta dos cosas; por un lado, que Freud es de un rango superior a él, es decir, que lo respeta y que lo ve como autoridad, pero al mismo tiempo al tener autoridad, se convierte en alguien que lo puede castigar.

Se puede ver claramente como en la transferencia se reflejan los sentimientos e impresiones hacia el mundo externo, y como solucionándola, por medio de la interpretación del analista y las asociaciones del paciente, se solucionan también conflictos importantes del sujeto.

“El conflicto patológico era, en esencia, una lucha entre la voluntad superviviente del padre y la inclinación amorosa del paciente”.⁸⁹

En la transferencia, Pablo deja ver su relación con la autoridad, que se puede interpretar como una posición completamente pasiva, sumisa y alienada ante la ley. Una ley que no lo deja actuar, que no lo deja desear, como si fuera una prohibición el tener deseos propios. De su relación con esta ley se desprende todo el sintoma alrededor del padre, que constituía una ley inflexible e irrompible. La transferencia permitió dar paso a otra cosa, por medio de ella se analizó su relación con la ley y con la sexualidad.

“En nuestro enamorado se libra un violento combate entre el amor y el odio, orientados ambos hacia la misma persona, y este combate queda plásticamente representado en el acto obsesivo, importante también como símbolo, de apartar del camino la piedra y anular luego aquel acto amoroso, llevando de nuevo el peligroso obstáculo al lugar que ocupaba, para que el coche de su amada tropiece en él y vuelque”.⁹⁰

En el historial clínico de este paciente, se describen una serie de fantasías parecidas a ésta, en donde el hombre de las ratas deja aparecer su doble sentimiento hacia la misma persona supuestamente amada.

“Estos conflictos sentimentales de nuestro paciente no son independientes entre sí, sino que se hallan soldados por parejas. El odio contra su amada hubo de sumarse a su adhesión al padre, e inversamente. Pero las dos corrientes contrapuestas subsiguientes después de esta simplificación, o sea, la pugna entre el padre y la amada y la antítesis de amor y odio

existente en la relación del sujeto con cada una de tales personas, no tiene nada que ver una con otra, ni por su contenido ni por su génesis. El primero de ambos conflictos corresponde a la vacilación normal entre el hombre y la mujer como objetos de la elección amorosa, vacilación que es provocada en el niño por primera vez con la famosa pregunta habitual: -¿a quién quieres más: a papá o a mamá?-, y que luego le acompaña a través de toda la vida, a pesar de todas las diferencias individuales en cuanto a la intensidad de los sentimientos y la fijación de los fines sexuales definitivos”.⁹¹

Con respecto a la sexualidad del hombre de las ratas, su indecisión tiene que ver con que su objeto de amor, y su tendencia sexual, no se encuentran claramente definidos. Tenía que escoger, o su padre, o su novia y ante la incertidumbre crea todo un gran síntoma alrededor para de este modo no tener que elegir. O la ley o la sexualidad, o los hombres o las mujeres; ese era el dilema. Son evidentes las tendencias homosexuales no manifiestas pero sí latentes en el sujeto, constituyendo una importante fuente de conflicto para él.

Cierto capitán al que Pablo temía por su inclinación hacia la crueldad y al castigo, en alguna ocasión les contó a los oficiales una anécdota que había leído: se trataba de un castigo que se aplicaba en Oriente en donde el condenado era atado, se le adaptaba a las nalgas un recipiente y se le metían en él unas cuantas ratas, que luego se le iban introduciendo por el ano. En eso consistía el famoso tormento de las ratas, que se volvió después en el síntoma primordial del sujeto.

“Una palabra todavía sobre la interpretación del contenido de la sanción:

-Si no sufrirán los dos el tormento de las ratas-. Tal sanción reposa en dos teorías sexuales infantiles, de las que ya hemos hablado en otro lugar. La primera de estas teorías es la de que los niños son paridos por el ano, y la segunda deduce, lógicamente, de tal posibilidad que los hombres pueden tener también niños como las mujeres. Según las reglas técnicas de la interpretación de los sueños, el hecho de surgir por el ano puede ser representado por el hecho contrario de penetrar en el ano (como en el castigo de las ratas), y viceversa.”⁹²

Si su relación con la ley era sumisa y pasiva, su relación con la sexualidad era idéntica. Lo anal en este caso constituye una posición extremadamente femenina frente a la sexualidad, pero por otro lado también existían deseos masculinos, los cuales el paciente trataba de negar, como si no le estuviera permitido sentir deseo en esa forma.

“No nos es posible esperar, para tan graves ideas obsesivas, soluciones más sencillas, ni tampoco lograrlas por medios distintos. Con la solución que el análisis nos procuró quedó desvanecido el delirio de las ratas”.⁹³

El delirio de las ratas, que da nombre al caso, fue uno de los síntomas principales. El hecho de que quedara resuelto, o que desapareciera el síntoma, no quiere decir que fuera el objetivo principal del análisis, por lo menos no para Freud, sino que por medio de este gran síntoma y de la transferencia, se dio pauta a analizar la relación de Pablo con la ley y con la sexualidad, simbolizadas en el síntoma de las ratas.

Es decir, la importancia del síntoma en el psicoanálisis radica en que por medio de él se llega al conflicto principal del sujeto, se descubre la verdad de la cual no se quería hablar, ni saber, nada.

En este caso, el tratamiento sigue su curso hasta llegar al fin, en donde Freud da de alta al paciente “cuyo tratamiento prolongado a través de un año entero, consiguió reconstruir completamente la personalidad y suprimir las inhibiciones”.⁹⁴ Esto es lo que afirma Freud al principio del caso. Pero más tarde, se encuentra la cita siguiente: “Debo reconocer, en efecto, que todavía no he conseguido desentrañar sin residuo alguno la complicada estructura de un caso grave de neurosis obsesiva y también que no me sería posible evidenciar, a través de los estratos del tratamiento y con la exposición detallada del análisis, tal estructura, analíticamente descubierta o sospechada, pues la resistencia de los enfermos y la forma en que se exteriorizan hacen difícilísima semejante labor expositiva”.⁹⁵

Por un lado, Freud dice haber reconstruido completamente la personalidad del paciente, y por otro dice no haber podido desentrañar sin residuo alguno la complicada estructura; una primera lectura de estas dos citas podría ser que se contradice de una página a otra.

Una segunda lectura sería que son dos cosas diferentes, lo que significaría que se puede reconstruir ó modificar una personalidad sin haber llegado hasta las últimas consecuencias de la estructura, en este caso, obsesiva.

De aquí se desprende una tercer lectura, que deja una pregunta en el aire, ¿es posible llegar hasta el fondo o núcleo de la estructura de un sujeto? Tal vez la respuesta es no, pero, ¿y si eso fuera posible? ¿qué se

INDICE DE CITAS DEL CAPITULO III

FREUD, S. (1967). Obras Completas. Traducción de Luis López Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1967.

⁶³ (1925). Historiales Clínicos. D)Introducción. Tomo II. pag. 603.

⁶⁴ (1905). Análisis Fragmentario de una Histeria. Tomo II. pag. 609.

⁶⁵ Idem. pag. 622.

⁶⁶ Idem. pag. 657.

⁶⁷ Idem. pag. 655.

⁶⁸ Idem. pag. 651.

⁶⁹ Idem. pag. 654.

⁷⁰ Idem.

⁷¹ (1923). Análisis Fragmentario de una Histeria. Tomo II. pag. 637.

⁷² (1905). Análisis Fragmentario de una Histeria. Tomo II. pag. 616.

⁷³ Idem. pag. 619.

⁷⁴ Idem. pag. 626.

⁷⁵ (1923). Análisis Fragmentario de una Histeria. Tomo II pag. 656.

⁷⁶ (1905). Análisis Fragmentario de una Histeria. Tomo II pag. 638.

⁷⁷ (1925). Análisis Fragmentario de una Histeria. Tomo II. pag. 603.

⁷⁸ (1909). Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años. Tomo II. pag. 658.

⁷⁹ Idem. pag. 698.

⁸⁰ Idem. pag. 665.

⁸¹ Idem. pag. 659.

⁸² Idem. pag. 672.

⁸³ Idem. pag. 670.

⁸⁴ Idem. pag. 674.

⁸⁵ Idem. pag. 697.

⁸⁶ Idem. pag. 698.

⁸⁷ (1909). Análisis de un Caso de Neurosis Obsesiva.
Tomo II. pag. 717.

⁸⁸ Idem. pag. 721.

⁸⁹ Idem. pag. 734.

⁹⁰ Idem. pag. 731.

⁹¹ Idem. pag. 748.

⁹² Idem. pag. 741.

⁹³ Idem.

⁹⁴ Idem. pag. 715.

⁹⁵ Idem. pag. 716.

FALTA PAGINA

No. 76

IV EL FIN DE ANALISIS

4.1 Primeras Aproximaciones

Durante los 40 años, aproximadamente, en los que Freud hace y rehace su teoría psicoanalítica, se ven diferentes posturas y opiniones con respecto al tratamiento y al fin del mismo. Algunos conceptos que en un inicio se tomaron como angulares, pasaron a segundo término, sin desecharse completamente; y otros que no se consideraban como primordiales, después ocupan un primer plano, modificando la teoría.

En un primer momento Freud se aboca al estudio de la histeria, por lo que sus definiciones sobre el fin de análisis están matizadas por este contexto. Ya se había desechado la hipnosis como método terapéutico y entonces el estudio del inconsciente por medio del abordaje de las amnesias histéricas, fue el eje principal.

“Puede decirse que el fin del tratamiento es suprimir las amnesias. Una vez cegadas todas las lagunas de la memoria y aclarados todos los misteriosos afectos de la vida psíquica, se hace imposible la persistencia de la enfermedad e incluso todo nuevo brote de la misma. Puede decirse también que el fin perseguido es el de destruir todas las represiones, pues el estado psíquico resultante es el mismo que el obtenido una vez cegadas todas las amnesias. Empleando una fórmula más amplia, puede decirse también que se trata de hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, lo cual se logra con el vencimiento de la resistencia. Pero no debe olvidarse en todo esto que semejante estado ideal no existe tampoco en el hombre normal y que sólo raras veces se hace posible llevar tan lejos el

tratamiento. Del mismo modo que entre la salud y la enfermedad no existe una frontera definida y sólo prácticamente podemos establecerla, el tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce”.⁹⁶

En esta cita se abordan varios conceptos. Al parecer, para Freud en este momento, el psicoanálisis debería destruir por completo las represiones para cegar todas las lagunas de memoria, y con ello aclarar todos los misterios de la vida psíquica; en resumen, hacer consciente todo lo inconsciente.

Pero en esta misma cita se explica como esto es casi imposible, conformándose con dar como fin de análisis la curación del enfermo y el restablecer la capacidad de trabajo y de goce.

La ambigüedad de tal definición sólo remite a la pregunta de ¿qué significa curar al enfermo? Tal vez aquí se refiera a lo que más tarde se convertirá en el tema central de su investigación, el síntoma.

4.2 El Síntoma y el Fin de Análisis

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

De curar las amnesias se pasa a curar o eliminar el síntoma, y así lo expuso en sus casos en infinidad de ocasiones. Es difícil separar cronológicamente las etapas de Freud, ya que al mismo tiempo que se aborda el síntoma también la transferencia ocupa un lugar importante en sus escritos, aunque esto sucede un poco después, ya que con el caso Dora se empieza realmente a abordar el tema de la transferencia, y este trabajo se publica hasta 1905. Sin embargo, para lograr una coherencia metodológica en esta tesis, se abordara en primer lugar el síntoma, sin dejar de mencionar que este concepto sigue ocupando un lugar privilegiado en las obras completas de Freud, hasta el final de sus días.

Ya en el apartado 2.3 de esta tesis, se aborda el concepto de síntoma y se hacen algunas aclaraciones sobre su relación con el fin de análisis. En este momento sólo se analizará el síntoma desde el punto de vista del fin de análisis, complementando lo expuesto anteriormente.

“Hemos hallado, en efecto y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediatamente y definitivamente en cuanto se conseguía del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente, con el mayor detalle posible, dicho proceso, dando expresión verbal al afecto”.⁹⁷

En este punto, para Freud, la curación de la histeria se lograba totalmente cuando desaparecía el síntoma mediante la verbalización del afecto escondido u oculto en el paciente. Hasta aquí llegaba el tratamiento, una vez logrado esto, se daba de alta al sujeto y terminaba el análisis, “... pues

en la terapia se persigue un fin práctico: la supresión del estado patológico en su totalidad,...”⁹⁸.

La supresión del estado patológico se relaciona evidentemente con el síntoma, por lo que esta cita confirma la aseveración hecha en el párrafo anterior. Es importante considerar la palabra “totalidad” ya que esto cambia en el transcurso del tiempo y Freud se pregunta si realmente se puede conseguir esto.

En el caso Juanito, el síntoma principal, o sea la fobia a los caballos, desaparece en determinado momento, momento que Freud aprovecha para darlo de alta. En el caso del hombre de las ratas, sucede lo mismo, el fin de análisis coincide con la desaparición del síntoma, sin embargo, hubo muchos otros factores, que aunque Freud no enunciara como tal para finalizar el tratamiento, se abordaron modificando la conducta del analizado.

Dichos conceptos, en estos dos casos, se relacionan especialmente con la sexualidad y con la posición de los pacientes frente a ella, por lo que deja en duda si la desaparición del síntoma principal era lo que ocasionaba los cambios importantes en la personalidad de los sujetos.

Lo que no queda claro es cómo desaparece el síntoma, qué otros elementos influyen para tal fin y cuántos elementos intrapsíquicos se modifican al mismo tiempo que se destruye el síntoma. En este periodo, Freud aborda muchos conceptos que años más tarde serán retomados y analizados, pero que no se aclaran completamente.

Sin embargo su concepción de síntoma cambia, ya que no se trabaja sólo con el síntoma aparente, como ocurría anteriormente, sino que se incluyen muchos otros tan representativos e importantes como el que conscientemente afecta al sujeto que acude a su consulta.

Freud se da cuenta de algo fundamental después de estos casos, “para el profano son los síntomas lo que constituye la esencia de la enfermedad, y por tanto, la considerará curada en el momento en que los mismos desaparezcan, pero la desaparición de los síntomas no significa en modo alguno la desaparición de la enfermedad”.⁹⁹

Aquí el síntoma ocupa otro lugar dentro del fin de análisis, ya no es el objetivo principal del tratamiento, pero no se esclarece cuál es su nuevo lugar dentro de la teoría, ni cuál es el factor curativo preponderante.

“Esto sucede cuando se han cumplido más o menos por completo dos condiciones: primera, que el paciente no sufra ya de sus síntomas y haya superado su angustia y sus inhibiciones; segunda, que el analista juzgue que se ha hecho consciente tanto material reprimido, que se han explicado tantas cosas que eran ininteligibles y se han conquistado tantas resistencias internas, que no hay que temer una repetición de los procesos patológicos en cuestión”.¹⁰⁰

Al final de las obras, el síntoma adquiere un significado dentro del fin de análisis, y aunque no constituye el único factor para dar por terminado el tratamiento, es uno de los principales. En esta cita se aclara que puede haber material reprimido que no se refleje en un síntoma aparente, pero que sí influya en la psique del individuo.

4.3 La Destrucción de la Transferencia

“Mientras la transferencia sea positiva, nos sirve admirablemente: altera toda la situación analítica, deja a un lado el propósito racional de llegar a curar y de librarse del sufrimiento. En su lugar aparece el propósito de agradar al analista, de conquistar su aplauso y su amor, que se convierte en el verdadero motor de la colaboración del paciente; el débil Yo se fortalece, y bajo el influjo de dicho propósito el paciente logra lo que de otro modo le sería imposible: abandona sus síntomas y se cura aparentemente; todo esto, simplemente por amor al analista”.¹⁰¹

Es decir, en el transcurso del análisis la transferencia positiva logra avances, el “Yo se fortalece”, pero en determinado momento se convierte en un espejismo, en un engaño que el analista debe poder detectar, ya que la cura es sólo aparente; por lo que en un fin de análisis real se debe esperar una disolución de la transferencia.

Para abordar el fin de análisis hay varios factores que se puede ver como medulares en la teoría freudiana: el síntoma, la sexualidad y la transferencia. Si algo queda claro en los casos y en los escritos de Freud, es la importancia de la transferencia para dar por terminado un tratamiento.

En algunos de los casos analizados por Freud, la destrucción de la transferencia queda en duda. En el caso Dora específicamente, Freud señala que no se destruyó la transferencia, que ésta se mantuvo a pesar de que el tratamiento se discontinuó.

Al parecer hay un intento de Freud por deshacer la transferencia en una visita que Dora le hace tiempo después. “No sé que clase de auxilio quería demandarme, pero le aseguré que le había perdonado haberme privado de la satisfacción de haberla libertado más fundamentalmente de sus dolencias”.¹⁰²

En este caso no hubo fin de análisis, pero es importante mencionarlo ya que de aquí se parte para teorizar con respecto a la transferencia.

En el caso de Una Neurosis Infantil, “En una nota añadida a la historia clínica de este paciente en 1923, ya señalaba yo que me había equivocado. Cuando hacia el final de la guerra volvió a Viena como refugiado y en la miseria, tuve que ayudarle a dominar una parte de la transferencia que no había quedado resuelta”.¹⁰³

La transferencia constituyó para Freud una piedra angular en su teoría y un punto débil en sus casos, ya que en varios de ellos dijo no haber podido darla por terminada.

“Por último, el final de todo tratamiento analítico debe ser la destrucción de la misma transferencia. De este modo, el éxito de nuestra labor no reposa sobre la sugestión pura y simple, sino sobre los resultados obtenidos merced a la misma, o sea sobre la supresión de las resistencias interiores y sobre las modificaciones internas del enfermo”.¹⁰⁴

Se expone claramente que la destrucción de la transferencia es un requisito indispensable para llegar a el fin de análisis.

4.4 El Yo, la Represión y el Fin.

Para el fin de análisis, el Yo es abordado por Freud como un descubrimiento importante, por que le permitió visualizar los conflictos primarios desde otra perspectiva. Propone que mediante un equilibrio de las instancias (Yo, Ello, Super Yo), y dando el peso correspondiente de energía libidinal a cada una de ellas, se tendrá como resultado un fortalecimiento del Yo.

Freud observó que los sujetos analizados tendían a experimentar determinadas conductas, que al ser inapropiadas tenían que ser guardadas y excluidas de la consciencia, es decir, reprimidas en el inconsciente. Y que aunque éstos impulsos querían salir, tenían que ser reprimidos causando con ello un gran desgaste psíquico.

“La finalidad del tratamiento puede concretarse en procurar al sujeto, por medio de la supresión de las resistencias y el examen de sus represiones, la más completa unificación y el máximo robustecimiento posible de su Yo, ahorrarle el gasto psíquico exigido por los conflictos internos, hacer de él lo mejor que se pueda con arreglo a sus disposiciones y capacidades y hacerlo así, capaz de rendimiento y goce”.¹⁰⁵

Se propone que en un análisis los sujetos, por medio de la revisión de sus represiones, hacen posible la devolución de la energía psíquica disponible, utilizada hasta ese momento en síntomas y en conflictos internos, para sus múltiples actividades. Al hacer esto, los recursos de la energía de la que dispone el Yo, obtendrá ventajas, pues hará un sujeto sano, capaz de lograr sus metas acordes a su potencial.

“Sin embargo, el psicoanálisis permite al Yo que ha alcanzado mayor madurez y fuerza, emprender una revisión de esas antiguas represiones; unas pocas son destruidas, mientras otras son reconocidas, pero reconstruidas con un material más sólido”.¹⁰⁶

El robustecimiento Yoico, sólo se logrará cuando halla sido liberado de los compromisos con otras instancias, claro está que sin dejar de integrarse como un todo. El Yo, una vez que ha adquirido fuerza, logrará manejar sus impulsos de otra manera, algunos impulsos adquirirán un sentido distinto, se les dará otro cauce, mientras que otros pocos lograrán desaparecer y finalmente algunos se reconocerán dejando de causar el mismo desgaste psíquico.

Se puede ver un cambio en la concepción de Freud con respecto a las represiones; ya que anteriormente señalaba que ésta tendría que ser eliminada en su totalidad, y después se dice que en el análisis se tendría que hacer una “revisión” de las mismas., por lo que parecería que no hay posibilidad de eliminarlas completamente.

“Nuestra aspiración no será borrar toda peculiaridad del carácter individual en favor de una “normalidad” esquemática ni exigir que la persona que ha sido -psicoanalizada por completo- no sienta pasiones ni presente conflictos internos. El papel del psicoanálisis es lograr las condiciones psicológicas mejores posibles para las funciones del Yo; con esto ha cumplido su tarea”.¹⁰⁷

Teniendo en cuenta que el individuo no perderá su esencia del ser, el análisis no cambiará su condición por que en él existe y existirá siempre

la posibilidad de cometer errores. Para Freud, un individuo que se ha sometido a un psicoanálisis seguirá teniendo conflictos, pero ahora con un mayor conocimiento de su persona y con mayor energía libidinal disponible.

Es un requisito para dar por terminado un tratamiento, el haber hecho una revisión a profundidad de las represiones del sujeto y haber conseguido con ello el fortalecimiento de su Yo, en la medida de lo posible.

4.5 No Todo Paciente Puede Llegar al Fin

Freud aclara que el fin de análisis estará condicionado a la constitución inherente del sujeto analizado, y hace algunas observaciones al respecto.

“Solamente cuando un caso es de origen predominantemente traumático podrá hacer el psicoanálisis lo que es capaz de hacer de un modo superlativo; sólo entonces, gracias a haber reforzado el Yo del paciente, logrará sustituir por una solución correcta la inadecuada decisión hecha en la primera época de su vida”.¹⁰⁸

Freud decía que no todos los individuos podían ser sujetos de un psicoanálisis y también mencionó que de aquellas personas que si pudieran sujetarse a un tratamiento, no todas lograrían llegar hasta el fin.

El estudio estructural y topográfico de la personalidad, cuyos lineamientos parecen presentar una cierta generalización, responden a preguntas tales de cómo y porqué el sujeto es lo que manifiesta o cómo llega a ser lo que es.

Se intenta explicar que los casos a los que sí se puede aplicar un psicoanálisis son aquellos en donde las fijaciones, y por consiguiente los traumas originados, no han perjudicado al Yo de manera irreversible y sólo en estos casos se podrá dar un fin. Por lo que será un error pensar que un análisis exhaustivo, con aquellas personas que no son candidatas para ello, logrará llegar hasta el fin. Se podría decir que en estos últimos casos, la única alternativa sería discontinuar el tratamiento que quedará por lo tanto incompleto, pues no hay mucho que hacer al respecto.

4.6 El Analista y el Fin de Análisis

Hay algunas definiciones sobre el fin de análisis en donde la evaluación de momento preciso para dar término al tratamiento se deja al buen juicio del analista.

“El otro significado de “terminación” de análisis es mucho más ambicioso. En este otro sentido lo que preguntamos es si el analista ha tenido una influencia tal sobre el paciente que no podrían esperarse mayores cambios en él aunque se continuara el análisis”.¹⁰⁹

¿Cómo saber cuándo el paciente no podrá experimentar más cambios?
¿Existe esa posibilidad en algún ser humano? Tal vez la respuesta más sencilla es: cuando deja de hablar, cuando ya no hay avances en un periodo considerable de tiempo. Pero esto se torna bastante subjetivo, dando pocos elementos reales para la técnica.

“Todo analista ha tratado unos pocos casos que han tenido este satisfactorio resultado. Ha logrado hacer desaparecer los trastornos neuróticos que no han reaparecido ni han sido reemplazados por ningún otro”.¹¹⁰

Los trastornos neuróticos han cesado, entonces se da de alta al paciente. Queda claro que para Freud, esta cuestión es enteramente del analista, o por lo menos la decisión final. ¿Qué atributos debe tener un analista para lograr un fin de análisis? La respuesta freudiana apunta hacia el análisis mismo del analista.

“Pero ¿dónde y cómo adquirirá el pobre diablo las calificaciones ideales que ha de necesitar en su profesión? La respuesta es; en un psicoanálisis didáctico, con el que empieza su preparación para sus futuras actividades. Por razones prácticas este análisis sólo puede ser breve e incompleto.”¹¹¹

Esto ya se había abordado anteriormente, y se comentó la importancia de que el analista pase por el diván antes de atender a otros pacientes en su consultorio.

“Todo analista debería periódicamente, a intervalos de unos cinco años someterse a un nuevo análisis sin sentirse avergonzado de dar este paso.”¹¹² Esta es una de las opciones que Freud da para borrar los puntos ciegos y para mantener la escucha clínica objetivamente. Pero esto querría decir que el análisis del analista quedaría siempre interminable. “...su propio psicoanálisis se transformaría desde una tarea terminable en una tarea interminable. Aquí, sin embargo, hemos de prevenir contra un malentendido. No quiero decir que el análisis sea algo que nunca termina. Cualquiera que sea la posición teórica de uno hacia este problema, pienso que la terminación de un análisis es una cuestión de práctica”.¹¹³

Es cuestión de práctica, es cuestión de técnica, es cuestión del analista, de su preparación y de su análisis personal. Al parecer a Freud mismo le costó bastante trabajo llegar a este punto, con ese “no quiero decir que el análisis nunca termina”, está implícito que se da cuenta de su contradicción, porque renglones antes había dicho lo contrario.

Porqué no decir que el analista se deberá someter a un análisis hasta llegar a sus últimas consecuencias, hasta llegar a lo más profundo posible. A un

análisis completo no se tendrá que volver con otro analista, pero da la impresión que Freud se olvida de que los analistas mismos son sujetos como cualquier otro, y que su análisis concluso o inconcluso, se llevará a cabo con los mismos elementos que otro análisis cualesquiera y con la misma técnica.

Finalmente el analista también tiene un pasado, una historia, conflictos intrapsíquicos, pasó por el complejo de Edipo y se constituyó como cualquier otro ser humano. ¿Por qué su análisis debería de ser de otro modo?

Una vez más no se dice todo acerca de esto en las obras de Freud. Pero queda como punto fundamental la conclusión a la que se había llegado anteriormente: el análisis del analizado llegará tan lejos como el analista haya llegado en su propio análisis.

4.7 ¿Qué se puede esperar de un fin de análisis?

Por otro lado, Freud habla acerca de lo que puede esperar un sujeto que se analiza. Estas aseveraciones, aunque indirectamente, también sirven como referencia para la técnica.

“El nervioso curado se ha transformado, en efecto, en otro hombre; pero en el fondo sigue, naturalmente, siendo el mismo; esto es, el que hubiera podido ser independientemente del tratamiento, en condiciones más favorables, y esto ya es mucho”.¹¹⁴

Efectivamente, no se puede esperar otra cosa que la que se es, la esencia sigue igual, pero ahora se sabe algo más de dicha esencia. El psicoanálisis no es como una cirugía estética en donde se puede elegir que nariz se quiere tener, y el tamaño de los ojos, en el psicoanálisis se escoge dentro de las posibilidades que tiene el sujeto, de lo que ya tiene constitutivamente. No se puede esperar hacer superhombres perfectos de cada analizado, ya que se es quien se es.

“... terminado el tratamiento, recobra su independencia y se decide por su propia voluntad, en favor de una solución intermedia entre la vida sexual sin restricciones y el ascetismo absoluto. ... y puede permitirse tener para su uso particular una escala de valores morales muy diferentes de la admitida por la sociedad”.¹¹⁵

“Decide” tal vez sea la palabra clave, ya en el “Malestar de La Cultura” habló de la imposibilidad que tiene la humanidad para decir que es la felicidad para todo el mundo, por lo que las soluciones y decisiones

tendrán que ser subjetivas, por parte del analizado y no por parte del analista. Hay una imposibilidad para nombrar los objetos de deseo del otro, ya que sin duda serán distintos a los del analista y estarán marcados por su historia personal.

“El designio de ser felices que nos impone el principio del placer es irrealizable; más no por ello se debe - ni se puede - abandonar los esfuerzos por acercarse de distintos caminos. ...Ninguna regla al respecto vale para todos; cada uno debe buscar por sí mismo la manera en que pueda ser feliz. Su elección del camino a seguir será influida por los más diversos factores. Todo depende de la suma de satisfacción real que pueda esperar del mundo exterior y de la medida en que se atribuya a sí mismo para modificarlo según sus deseos. Ya aquí desempeña un papel determinante la constitución psíquica del individuo, aparte de las circunstancias exteriores”.¹¹⁶

Tal vez el analizado no consiga la felicidad tan anhelada, en un análisis, pero quizá encontrara los caminos personales para buscarla; al fin de cuentas, en la búsqueda misma se podría encontrar satisfacción.

4.8 La Sexualidad y el Fin de Análisis

En 1904 Freud dice: “Pues bien: el tratamiento psicoanalítico puede ser considerado como una segunda educación, encaminada al vencimiento de las resistencias internas. En los nerviosos, la necesidad de esta segunda educación se hace sentir especialmente en cuanto al elemento anímico de su vida sexual. En ningún lado han producido la civilización y la educación daños tan graves como en este sector, en el cual hallamos las etiologías principales de la neurosis”.¹¹⁷

Después en 1917; “La forma de la enfermedad es determinada por el modo en que el individuo haya reconocido la trayectoria evolutiva de la función sexual o como nosotros decimos por las fijaciones que su libido haya experimentado en el curso de su educación. Los instintos sexuales entrañan máxima importancia para la comprensión de las enfermedades neuróticas y que las neurosis son, por decirlo así, las enfermedades específicas de la función sexual”.¹¹⁸

Si hay algo que sorprende en el artículo “Análisis Terminable o Interminable”, es lo que respecta a la sexualidad. Siendo la teoría de Freud una teoría eminentemente sexual, llega a un punto en donde pareciera un tanto tímido en sus aportaciones con respecto al resto de su obra. Las citas anteriores muestran como basa su teoría de la neurosis en elementos sexuales, por lo que se esperaría que esto constituyera un punto básico en el fin de análisis.

“Como se ve por lo que he dicho, en ambos casos es la actitud apropiada para el sexo opuesto la que ha sucumbido a la represión. Ya he señalado

en otro lugar que fue Wilhelm Fliess el que llamó mi atención sobre este punto. Fliess se hallaba inclinado a considerar la antítesis entre los sexos como la causa verdadera, la fuerza motora y el motivo primigenio de la represión. Sólo estoy repitiendo lo que entonces dije al expresar mi disconformidad con su opinión, cuando me niego a sexualizar la represión de este modo: es decir, a explicar por motivos biológicos en lugar de por motivos puramente psicológicos”.¹¹⁹

Se niega a sexualizar la represión de ese modo y él considera las teorías tanto de Fliess como de Ferenczi como excesivas y basadas en la biología. Pero no da una explicación psicológica de como influyen estos complejos, el de castración y la envidia del pene, en el fin de análisis. En otro lugar había mencionado que había que darle su lugar a estas teorías, pero no aparece claramente cuál es su lugar en esta teoría.

¿Qué se reprime? Básicamente los deseos que se consideran prohibidos. ¿De dónde vienen esos deseos? de una energía eminentemente de origen sexual. Sin duda la sexualidad ocupa un primer plano en toda la obra de Freud, y si de algo se hace una revisión a lo largo de un psicoanálisis es de la vida sexual y de la concepción de sexualidad que tiene un sujeto determinado.

“La gran importancia de estos dos temas -en las mujeres el deseo de un pene y en los varones la lucha contra la pasividad- no escaparon a Ferenczi. En el trabajo leído por él en 1927, consideraba como un requisito para todo psicoanálisis realizado con éxito que esos dos complejos hubieran sido dominados. Me gustaría añadir que según mi propia experiencia, pienso que al pedir esto pedía demasiado”.¹²⁰

Al decir “sería pedir demasiado”, Freud le está dando un peso grandísimo a este requisito que Ferenczi pedía, cómo si llegar hasta ese punto fuera casi imposible, como si fuera la mayor represión en el ser humano, inaccesible y poco dispuesta al cambio.

“Con frecuencia tenemos la impresión de que con el deseo de un pene y la protesta masculina hemos penetrado a través de todos los estratos psicológicos y hemos llegado a la roca viva, y que por tanto nuestras actividades han llegado a su fin. Esto es probablemente verdad, puesto que para el campo psíquico el territorio biológico desempeña en realidad la parte de la roca viva subyacente”.¹²¹

Es decir, abordar dichos complejos sería fundamental, y tal vez abordándolos se llegará a lo más profundo y primitivo del sujeto. Freud acepta la importancia de estos conceptos, pero habría que hacer una distinción entre revisar dichos complejos y solucionarlos lo cual sería pues “mucho pedir”.

“Sólo podemos consolarnos con la certidumbre de que hemos dado a la persona analizada todos los alientos necesarios para reexaminar y modificar su actitud hacia él”.¹²² Parece que para Freud el fin de análisis incluirá una revisión de la posición frente a la sexualidad, sin esperar solucionar completamente el conflicto.

Como si el psicoanálisis llegará a un límite, a un lugar que está más allá de las soluciones, por ser el motivo principal de la disfunción del sujeto, y por estar demasiado ligado a su esencia de ser: la sexualidad en relación

con la castración. Quien sepa leer, puede ver que hasta aquí llegó Freud, y que en los últimos años de su vida se preguntaba acerca de este problema que no alcanzó a aclarar y que quedó como callejón sin salida para todos los futuros seguidores de su teoría analítica.

“Es tan poco lo que la ciencia nos dice sobre la génesis de la sexualidad, que puede compararse este problema con unas profundísimas tinieblas, en las que no ha penetrado aún el rayo de luz de una hipótesis”.¹²³

INDICE DE CITAS DEL CAPITULO IV.

FREUD, S. (1967). Obras Completas. Traducción de Luis López Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1967.

⁹⁶ (1904). El Método Psicoanalítico de Freud. Tomo II. pag. 393.

⁹⁷ (1893). Charcot. Tomo I. pag. 27.

⁹⁸ (1893). Psicoterapia de la Histeria. Tomo I. pag. 103.

⁹⁹ (1916-17). Modos de Formación de Síntomas.
Tomo II. pag. 335.

¹⁰⁰ (1937) Análisis Terminable e Interminable. Tomo III. pag. 543.

¹⁰¹ (1940). La Técnica Psicoanalítica. Tomo III. pag. 415.

¹⁰² (1905). Análisis Fragmentario de una Histeria. Tomo II. pag. 657.

¹⁰³ (1937) Análisis Terminable e Interminable. Tomo III. pag. 541.

¹⁰⁴ (1917). La Terapéutica Analítica. Tomo II. pag. 385.

¹⁰⁵ (1910). Esquema de Psicoanálisis. Tomo II. pag. 120.

¹⁰⁶ (1937) Análisis Terminable e Interminable. Tomo III. pag. 550.

¹⁰⁷ Idem. pag. 570.

¹⁰⁸ Idem. pag. 544.

¹⁰⁹ Idem. pag. 543.

¹¹⁰ Idem.

¹¹¹ Idem.

¹¹² Idem. pag. 568-69.

¹¹³ Idem. pag. 569.

¹¹⁴ (1917). La Transferencia. Tomo II. pag. 375.

¹¹⁵ Idem.

¹¹⁶ (1930). El Malestar en la Cultura. Tomo III. pag.16.

¹¹⁷ (1904). Sobre Psicoterapia. Tomo II. pag. 401.

¹¹⁸ (1917). Una Dificultad en Psicoanálisis. Tomo II. pag. 1109.

¹¹⁹ (1937) Análisis Terminable e Interminable. Tomo III. pag. 571.

¹²⁰ Idem.

¹²¹ Idem. pag. 572.

¹²² Idem.

¹²³ (1920). Más Allá del Principio del Placer. Tomo I. pag. 1122.

CAPITULO V

OTROS AUTORES Y EL FIN DE ANALISIS

“La impresión evidente es que el manejo de la última fase del tratamiento es en su totalidad un asunto de índole individual. Muy poco se ha escrito sobre el tema, y los jóvenes analistas carecen de guía, y sólo pueden tener como ejemplo la terminación de su propio análisis o están forzados a tener que experimentar con sus pacientes”.

Lorand, 1950.

V OTROS AUTORES Y EL FIN DE ANALISIS

5.1 Introducción.

Con el objetivo de lograr una investigación más completa y actualizada, se buscó material sobre otros autores, psicoanalistas freudianos en su mayoría, que hablaran sobre el fin de análisis, sobre su concepción, características y probabilidad.

Se aclara que no es objeto de esta tesis el realizar un análisis exhaustivo de las teorías de estos autores, ya que el objetivo principal se basa en las aportaciones que Freud pudo haber hecho en sus obras y que sólo se buscan otros autores en la medida que esto enriquezca las conclusiones de esta tesis.

5.2 Un Buen Inicio para un Final Inteligente.

En 1965 los Dres. Ramón Parres y Santiago Ramírez publican un estudio titulado “Terminación de Análisis”, sobre el artículo de Freud, “Análisis Terminable e Interminable” de 1937, en donde hacen un revisión de dicho artículo y proponen algunas cuestiones.

Señalan que en el artículo mencionado “Freud termina haciendo suyas las conclusiones de Ferenczi (1927), en las que establece que todo análisis eficaz debe terminar con la envidia fálica de la mujer y la rebelión contra la actitud pasiva en el hombre”.¹²⁴

Esto se podría cuestionar, ya que en esta tesis aparece que Freud “critica” dicha teoría de Ferenczi, lo que es diferente a “hacerla suya”. De hecho Freud, dice que esto sería “mucho pedir”, y que se “niega a sexualizar la represión de esa manera”.¹²⁵

Se podría decir que hay diversas posturas al respecto. Algunos autores, como los Dres. Parres y Ramírez en este artículo, consideran que las hizo suyas; otros como Lacan, opinan que éste fue “el límite del análisis para Freud”, y que la envidia fálica y la angustia de castración constituyen un callejón sin salida que “deja a hombre y mujer con las ganas”¹²⁶, es decir, sin posibilidades, sin salida al conflicto.

Hay dos citas que claramente ejemplifican sus conclusiones sobre las líneas generales para dar fin al tratamiento: “...es muy difícil si no imposible, establecer reglas generales para calificar el proceso de terminación”.¹²⁷

“...las contribuciones de la escuela inglesa no aportan ninguna pauta general aplicable a la terminación del análisis, de su lectura se puede concluir que existen tantas modalidades de terminación, como analistas hay”.¹²⁸

Por lo que las aportaciones de los autores revisados en su trabajo sobre la terminación del análisis no concluyen con algo definido, más bien dejan claro que hasta ese momento era muy difícil el integrar una concepción única.

Su aportación personal es la siguiente: “Pensamos que lo que empieza bien, termina inteligentemente, y lo que se inicia mal, está abocado a un final caótico. También pensamos que la adquisición de identidad en todos sus niveles, sexual, religioso, ético, etc., es una meta substantiva. Una vez más expresamos: es necesario “adquirir rostro” y con Lamp de Grotte, pensamos que el conflicto es inherente a la compleja y elevada estructura jerárquica del ser humano; todo sujeto sano o enfermo, elige el hábitat que le brinda la solución o perpetuación del conflicto. Es de particular importancia que antes de terminar el análisis se logre una evaluación adecuada de los elementos propiciadores de la salud o de la enfermedad, si el paciente no ha propiciado elementos que autorretroalimenten experiencias de salud, la recaída será inevitable; como señala Ruesch”.¹²⁹

Un buen inicio para un final inteligente, la adquisición de identidad en diferentes niveles y la valoración de elementos propiciadores de salud, y la retroalimentación de experiencias de salud, serían en resumen sus líneas a seguir para dar por terminado el análisis.

5.3. El Inconsciente es Infinito .

A continuación trataremos el fin de análisis según los doctores Luis Feder y Francisco González, psicoanalistas mexicanos, que publican “Terminación de análisis”, en la revista “Cuadernos de psicoanálisis”, en el año de 1965.

“ Por lo menos en un sólo punto la revisión de la literatura demuestra casi total concordancia. La terminación del análisis es equivalente al proceso de duelo. Llámesele angustia de separación, finalidad sinónima de muerte, pérdida del objeto, o de otra manera, la concordancia parece ser uniforme en este punto”.¹³⁰

Se observa que cada autor, según su corriente, es como puede dar nombre al término del tratamiento. Mientras que para uno es la angustia de separación, para otro es la pérdida del objeto.

Cabe señalar que estos autores únicamente hacen una descripción meramente fenomenológica del fin de análisis, identificándolo con el duelo, aunque es un intento de buscar nuevas líneas a seguir.

“Terminación será siempre el fin de la relación analítica-clínica pero no será, ni se quiere decir que sea, la terminación del análisis. El inconsciente es infinito”.¹³¹

Según la cita anterior la terminación del análisis reposa sobre los acontecimientos que pueden resolverse al fin del mismo, pero eso no quiere decir que el fin de un tratamiento sea definitivo, ni que una persona

que antes estuvo analizada no vuelva a presentar conflictos o que no pueda enfermar nuevamente.

Lo que el fin de análisis sí garantiza, es que el antiguo analizado puede darse cuenta que ahora él mismo, de acuerdo a sus conocimientos adquiridos en análisis, puede resolver sus problemas.

En una buena terminación de análisis : "...el Yo observador se llena de cordialidad, se pone al servicio de la mejoría y se divorcia de la resistencia, de la omnipotencia y cuando el analista comprende que la subsiguiente elaboración está en las adecuadas manos del aprendiz de brujo".¹³²

Como el sujeto ya sigue por sí solo su análisis sin ayuda del analista, esto quiere decir que el análisis se vuelve interminable.

Estos analistas hicieron una revisión general desde Freud hasta los autores más contemporáneos, intentando buscar las raíces de una terminación de análisis. Como no encontraron algo concluyente quisieron completar dicha teoría afirmando que la terminación del análisis es equivalente al proceso del duelo.

Una definición aproximada sobre el proceso de duelo es la muerte que representa, la separación de la persona del analista para el analizado; otra podría ser el haber enterrado los conflictos anteriores y posiblemente también, el duelo que representa para todos los analizados el separarse del analista y enfrentar con total independencia una nueva etapa.

5.4. Los Sueños en la Fase de Terminación del Análisis.

Ahora nos referiremos a las opiniones del psicoanalista Richard M. Waugaman :

Cuando un paciente está próximo a finalizar un tratamiento, experimenta grandes cambios intrapsíquicos: "...Va renunciando a su relación con el analista, integra lo que ha aprendido y establece conexiones no sólo entre su vida actual y su niñez lejana, sino también entre el momento presente del tratamiento y el pasado compartido con el analista. Los sueños de esta fase de terminación brindan abundantes oportunidades para explorar el cambio psíquico producido gracias al análisis".¹³³

Es decir, los sueños en esta fase ya no presentan las lagunas y disfraces que solían tener al principio, sino que revelan dichos cambios psíquicos relatados.

El analizado, como ya se mencionó anteriormente, continúa su propio análisis una vez terminado el tratamiento, pues éste lo capacita para reconocer sus resistencias ya que son los principales obstáculos para percatarse de lo que realmente adolece.

"Uno de los objetivos del tratamiento analítico es el desarrollo de la capacidad del paciente para el autoanálisis".¹³⁴

Siguiendo a este autor , el autoanálisis no se refiere únicamente a la vida consciente, o exclusivamente a aquellos actos registrados por la consciencia, sino también a los que no son propios de la vigilia, como

son los sueños. Los sueños son una vía directa infalible para llegar a descifrar el inconsciente.

El autor concluye al igual que Freud, que los sueños son de gran importancia en el análisis de ésta época. El propone que el analista debe fomentar en el analizado la interpretación continua de sus sueños, procurándole descubrimientos sobre su vida emocional, continuando por este medio a un autoanálisis y considerando que cada nuevo asombro que cause su propia interpretación, hará que un problema más quede resuelto.

5.5. Otros Aspectos Sobre la Terminación del Análisis.

En este apartado se van a examinar algunas opiniones del psicoanalista Horacio Etchegoyen quien señala:

“Un análisis no termina cuando un paciente no viene más sino mucho tiempo después o tal vez antes”.¹³⁵

Etchegoyen abordando nuevamente la transferencia como fenómeno angular del fin del tratamiento. Sabemos que dar término a ésta en el momento preciso es casi imposible, ya que por lo general continúa aún después de haber finalizado el tratamiento. En otras palabras, no hay problemas para iniciar la transferencia, pero al intentar darle término, es difícil saber cuando hacerlo por que no hay lineamientos que nos indiquen que ya ha culminado.

“...Porque un análisis que verdaderamente termina se prolonga , un tiempo apreciable después de la última sesión”.¹³⁶

Los pacientes cuando regresan a tratamiento enfrentan diferencias con el terapeuta, lo cual por lo general indica que la transferencia no está resuelta.

El autor propone que hay que considerar la posibilidad de continuar muy esporádicamente con algunas sesiones posteriores al término, pues gracias a esta medida se podrán descifrar aquellos fragmentos de su vida que quedaron aislados, aún sin resolver.

“Antes de plantearse que un análisis pueda terminar hay que comprobar que los síntomas por los cuáles comenzó y otros que puedan haber surgido durante su desarrollo se modificaron suficientemente”.¹³⁷

Esto quiere decir que la resolución del síntoma no significa en modo alguno la finalización del tratamiento.

Como ya es bien conocido, el psicoanálisis freudiano considera inconclusa una relación analítica en el momento en que el terapeuta da de alta al paciente, sólo por la resolución del síntoma principal. Sin embargo esto ya se considera como una curación y al proceso llevado a su término se le denomina terminación del análisis.

La modificación del síntoma o la desaparición del mismo, afirma el autor, debe ser la pauta que nos indique si un tratamiento debe terminar o no.

“La disminución de la angustia y la culpa son, desde luego, indicadores importantes, aunque no se trata de que falten por completo sino que se les pueda enfrentar y manejar”.¹³⁸

El autor indica que la angustia, así como la culpa, desgastan a un individuo y lo mantienen de manera casi permanente ensimismado y repitiendo la misma acción, por lo que cuando un psicoanalista avanza sobre ellas tienden a desaparecer casi por completo, sin que dejen de existir; ya que según el autor, forman parte de nuestra propia naturaleza.

El autor hizo una revisión general sobre los aspectos más importantes de la terminación del análisis como la transferencia y la resolución del

síntoma principal. Concluye al respecto que el paciente debe hacer algunas citas posteriores al término del tratamiento, proponiendo con esto una nueva aportación al psicoanálisis: la del post análisis.

5.6. La Destransferencia.

Este trabajo realizado en 1981 por el Dr. Hernán Solís Garza hace una extensa recolección de definiciones e ideas sobre el fin de análisis. Varios de los autores que se incluyen en su estudio. Se revisan también en la presente tesis, como sería Féder y González, Parres y Ramírez., Ferenczi, y el mismo Freud. Pero también se incluyen importantes autores como los son Balint, Bion, Fenichel, Firestein, Hartmann, Klein, Lacan, Rank, entre muchos otros.

Aquí queda muy claro que hay tantos fines de análisis como analistas existen. Las concepciones son tan distintas, y parten desde tantos enfoques diferentes que dejan la pregunta de ¿qué es el psicoanálisis y cuál es su objeto de estudio?

Dentro de esta diversidad de opiniones se encuentra la de Klein que se refiere al fin de análisis como: “Todo ello trae consigo heterosexualidad normal, capacidad amorosa, satisfacción en el trabajo, generosidad, predominio de realidad externa sobre fantasía inconsciente, defensa psíquicas adecuadas, buena síntesis yoica, y como corolario: estabilidad mental”.¹³⁹

Es decir, para esta autora sí existe el fin de análisis y éste tiene que ver con la capacidad de goce genital, con alcanzar la última etapa del desarrollo psicosexual, postura que comparten varios autores más, como serían Glover, Reich y Balint. que de alguna manera pertenecen a una misma línea de pensamiento.

Sin embargo existen otros autores que no comparten del todo esta opinión, “Si se establece como meta del análisis una comprensión total de la vida psíquica, tanto normal como patológica de una persona y una reconstrucción completa del desarrollo de su personalidad, ese análisis nunca podrá terminarse, por la razón además, de que la vida sigue su curso durante el tratamiento analítico y diariamente se acumula experiencia nueva que no se ha evaluado enteramente en la consciencia”.¹⁴⁰ Es decir, para Waelder no existiría tal fin de análisis y los tratamientos simplemente quedarían inconclusos.

“La impresión evidente es que el manejo de la última fase del tratamiento es en su totalidad un asunto de índole individual. Muy poco se ha escrito sobre el tema, y los jóvenes analistas carecen de guía, y sólo pueden tener como ejemplo la terminación de su propio análisis o están forzados a tener que experimentar con sus pacientes”.¹⁴¹ Lorand, tiene otra concepción sobre la técnica analítica dándole todo el peso al análisis del analista como lo mencionó Freud, en “Análisis Terminable o Interminable”.

El estudio del Dr. Solís se centra principalmente en un sólo concepto que se revisa alrededor del fin de análisis: la destransferencia .

“En relación al neologismo destransferenciación, diremos que, hace cuestión de cuatro años, supervisando uno de los casos, con el Dr. Antonio Mendizábal, surgió de pronto, el término, como resultado interaccional; el vocablo, pues, tiene doble pertenencia. Con el mismo, queremos abarcar, el polémico fenómeno, ya estudiado por múltiples autores y bautizado con diferentes nombres: resolver, solucionar, disolver,

abolir, liquidar, deshacer o minimizar la neurosis o psicosis de transferencia, o, como bien llamara Freud, en el caso de Dora: las transferencias”.¹⁴²

Lo relevante para los fines de este estudio, es la importancia que le dan un gran número de autores, a la transferencia y a su disolución, para dar por terminado un tratamiento. Solis, “Al releer el material de los cinco historiales, y compararlo con otras finalizaciones, reafirmamos nuestra posición freudiana, de que el Edipo sigue siendo piedra angular en la destransferencia”.¹⁴³

Se aborda el aviso de terminación, en donde existen tres posibilidades : el analista pone la fecha, el analizado debe fijarla o ambos se ponen de acuerdo. Según el autor, la última modalidad es la más común actualmente., pero se aclara que esto dependerá del tipo de paciente, así por ejemplo un paciente simbiótico no podrá tomar la iniciativa, por lo que el analista marcará la fecha en esos casos. La respuesta a la fecha marcada será un elemento que también se tome en cuenta para dar por terminado o no un caso.

“Bisexualidad, envidia fálica, Edipos positivos y negativos, angustia de separación, duelo, fobias, regresiones defensivas, falsas progresiones, intentos transitorios de seducción, elaboración sublimatoria de instintos sexuales y agresivos, reparaciones depresivas, etc.; todo ello fue visto en el término analítico; más, en la última sesión...”¹⁴⁴

Por lo que en conclusión, para este autor la terminación de la transferencia es básica para pensar un fin de análisis.

5.7. Nunca Alcanzamos la Tierra Prometida.

Este artículo lo escribe Harold P. Blum, entonces presidente de la Asociación Psicoanalítica Americana, APA. y se leyó en la reunión anual de la asociación en Canadá en mayo de 1987.

Este escrito estudia a fondo el recorrido cronológico del concepto analítico de terminación de análisis, y especialmente revisa “Análisis Terminable e Interminable” de Freud. Es un sorprendente trabajo que toca muchos puntos incluidos en esta tesis.

“Freud dejó atrás un magnífico edificio psicoanalítico, pero uno que tenía que ser completado por las sucesivas generaciones de psicoanalistas. Generalmente no se tiene en cuenta que una de las áreas que quedaron sin concluir fue la conclusión de la clínica psicoanalítica, tal como se da por hecho hoy en día”.¹⁴⁵

Pocos autores se atreven a declarar con tanta elocuencia que el trabajo que Freud dejó no está completo, y que en cuanto al fin de análisis se refiere, no concluyó del todo.

En las primeras líneas del artículo se remite a la importancia del análisis del analista, diciendo que por supuesto este es un modelo a seguir y que influye en las ideas que se tienen sobre la terminación.

Dentro de estos puntos se toma en cuenta el concepto de neurosis de transferencia, que para el autor viene a cambiar de manera relevante todo lo que Freud había dicho hasta el momento, 1917, sobre la técnica

analítica, ya que ahora, gracias a este concepto, el fin tenía que ver con una neurosis creada por el proceso analítico y no con la neurosis original.

También habla sobre el autoanálisis, y se cuestiona sobre el análisis del mismo Freud, en donde concluye de alguna manera que es imposible el autoanálisis y que éste sólo será una consecuencia del análisis clínico. Esto es muy interesante, ya que el autoanálisis no se toma como el fin, sino como la consecuencia subsecuente, como lo inevitable posterior al análisis.

Sobre la propuesta de Freud de retomar un análisis cada cinco años, advierte que no resulta favorable, ya que “los análisis cortos, como los de seis o doce meses, difícilmente permiten algo más que iniciar una fase de apertura; el análisis cierra justo cuando comienza a abrir”.¹⁴⁶

Sus conclusiones se resumen en los siguientes puntos:

- 1.- No podemos conocer la situación ideal de un fin de análisis.
- 2.- La terminación se convirtió en la máspreciado de un análisis completo, después de un largo periodo en donde los análisis se practicaban sin una fase terminal que los caracterizara. Es decir, el fin de análisis como concepto es post-Freud.
- 3.- “De alguna manera la terminación empieza el día que el análisis comienza. La selección del paciente adecuado y la fase introductoria van a influir en la terminación”.¹⁴⁷
- 4.- Las aportaciones de Freud, dejaron el análisis interminable e ilimitado, “nunca alcanzamos la tierra prometida”.¹⁴⁸

5.8 Otras Aportaciones.

En el siguiente apartado se abordará el fin de análisis de una manera general, a partir de lo que opinan los psicoanalistas, aclarando que algunos son freudianos, mientras que otros no lo son.

Uno de ellos es Lawrence Kubie, quien opina que un análisis está terminado cuando “El paciente habrá obtenido y logrado una comprensión de sí mismo y de aquellos que entran en contacto con él, obtendrá una comprensión más profunda de sus hijos y sus necesidades, se encontrará capacitado para dar energía, tiempo e interés al mundo en general, a sus negocios y a sus relaciones : habrá aprendido muchas cosas acerca de sí mismo que muchos de sus amigos pudieron haberle expresado, pero que antes de su análisis no era capaz de comprender”.¹⁴⁹

El autor propone que el adecuado conocimiento del sí mismo, y de los demás, así como de la adaptación del individuo a su entorno, es uno de los requisitos que nos pueden indicar que un tratamiento está terminado o que está a punto de concluir. Es decir: la armonía y el equilibrio en todos los aspectos. El sujeto va a proporcionar satisfacción, alegría y un vivo interés a quienes lo rodean.

Para Otto Kernberg, el tratamiento debe concluir cuando : “Se ha obtenido (1) Una solución adecuada del síntoma y, (2) un cambio significativo de la personalidad de tal suerte que se haya resuelto la difusión de la identidad, haya aumentado la fuerza del Yo y se hayan alcanzado los objetivos iniciales del tratamiento”.¹⁵⁰

A diferencia del autor anterior, el Dr. Kernberg opina que lo importante va mas allá del entorno y de su relación con éste, para él es la transformación de la personalidad comenzando por el cambio del síntoma como base fundamental del tratamiento, aparte de que a nivel estructural, se haya recuperado la energía necesaria para cada instancia psíquica como el Yo, Ello y Super Yo. Es importante mencionar que el autor aplica esta definición de fin del tratamiento en torno a pacientes limítrofes.

Observamos que también algunos psicoanalistas, al inicio del tratamiento trazan conjuntamente con el paciente, los objetivos primordiales que se deben ir cumpliendo conforme avanza el análisis.

Por otra parte Angel Garma afirma que el tratamiento debe concluir cuando: "...La carencia de síntomas y la capacidad de gozar instintivamente, de realizar bien el trabajo que desea y de relacionarse con verdadera satisfacción con su ambiente, se puede afirmar psicoanalíticamente su curación".¹⁵¹

Para él, la culminación del tratamiento es en el momento en que tanto los aspectos internos y los externos están equilibrados. Por un lado que la dolencia del síntoma desaparezca y por el otro que el medio ambiente no impacte al sujeto de tal forma que lo deteriore.

Y por último para Erwin Singer: " Los aspectos formales de la terapia son terminables, pero el auto examen esforzado es un proceso de toda la vida y por tanto, interminable".¹⁵²

A Singer le parece que el fin de tratamiento es interminable, pues el autoexamen debe formar parte de uno mismo y de las tareas que constantemente se tienen que realizar, enfrentando tanto a las situaciones incómodas como a los que causan placer para que el sujeto guarde un reposo psíquico.

Cabe señalar que en todas estas aportaciones la desaparición del síntoma es esencial, sin llegar a considerarse como el fin último alcanzado. Hay que recordar que un paciente acude a consulta fundamentalmente por la molestia de un síntoma determinado.

Por otro lado se observa que la diversidad de las opiniones tratadas hace ver que lo que es importante para un autor, no lo es para otro, o simplemente que cada uno dirige su atención a otros aspectos, a los que seguramente considera relevantes.

INDICE DE CITAS DEL CAPITULO V.

¹²⁴ PARRES, R. y RAMIREZ, S. (1965). "Terminación de Análisis." Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. 1. Núm. 1. 1965. pag. 58

¹²⁵ FREUD, S. (1937). "Análisis Terminable e Interminable". Obras completas. Tomo III. Traducción de Luis López Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1967. pag. 571.

¹²⁶ LACAN, J. (1963). Seminario 10. La Angustia. Traducción de Escuela Freudiana de Buenos Aires. Hecha de una grabación directa. Traducción de Irene Agoff. Argentina. 1980.

¹²⁷ PARRES, R. y RAMIREZ, S. (1965). "Terminación de Análisis". Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. 1. Núm. 1. 1965. pag. 59.

¹²⁸ Idem.

¹²⁹ Idem. pag. 66.

¹³⁰ FEDER, L. y GONZALEZ, P. (1965). "Terminación de análisis". Cuadernos de Psicoanálisis, Vol. 1. Núm. 1. 1965. pag. 69.

¹³¹ Idem. pag. 72.

¹³² Idem. pag. 73.

¹³³ WAUGAMAN, R. (1991). "Los Sueños y la Terminación del Análisis". Revista de Psicoanálisis. Tomo XLIX, No 2. 1992. pag. 357.

¹³⁴ Idem. pag. 362.

¹³⁵ ETCHEGOYEN, H. (1993). Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Ed. Amorrortu. Argentina. 1993. pag. 587.

¹³⁶ Idem.

¹³⁷ Idem. pag. 594.

¹³⁸ Idem. pag. 595.

¹³⁹ KLEIN, M. (1950). On The Criteria for the Termination of a Psychoanalysis. The International. en SOLIS, G.H.. 1981 "Terminación de Análisis". Cuadernos de Psicoanálisis 1,2,3,4. Vol. XIV. pag. 74.

¹⁴⁰ WAELDER, R. (1964). Teoría Básica del Psicoanálisis. Pax-México en SOLIS, G.H. 1981. "Terminación de Análisis". Cuadernos de Psicoanálisis 1,2,3,4. Vol. XIV. pag. 82.

¹⁴¹ LORAND, S. (1950). Estudios Clínicos de Psicoanálisis. Nova Buenos Aires. 1954. en SOLIS, G.H. 1981. "Terminación de Análisis". Cuadernos de Psicoanálisis. 1,2,3,4. Vol. XIV. 1981. pag. 72.

¹⁴² SOLIS, G.H. (1981). "Terminación de Análisis". Cuadernos de Psicoanálisis. 1,2,3,4. Vol. XIV. 1981. pag. 94

¹⁴³ Idem. pag. 116.

¹⁴⁴ Idem. pag. 103.

¹⁴⁵ BLUM, P. (1987). "The Concept of Termination and The Evolution of Psychoanalytic Thought". Journal of the American Psychoanalytic Association. Vol.37. 1989.pag. 275

¹⁴⁶ Idem. pag. 278

¹⁴⁷ Idem. 283

¹⁴⁸ Idem. 292.

¹⁴⁹ KUBIE, S.L. (1966). Aspectos Teóricos y Prácticos del Psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires. 1966. pag. 165

¹⁵⁰ KERNBERG, F. (1976). Psicoterapia Psicodinámica del Paciente Límitrofe. Planeta. Madrid. 1995. pag. 179

¹⁵¹ GARMA, A. (1978). El Psicoanálisis como Clínica y Práctica. Paidós. Buenos Aires. 1978. pag. 354.

¹⁵² SINGER, E. (1965)
Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia.
Fondo de Cultura Económica. México. 1965. pag. 190.

¹⁵³ BLUM, P. (1987) "The Concept of Termination and The Evolution of Psychoanalytic Thought.". Journal of the American Psychoanalytic Association. 1989.pag. 278.

¹⁵⁴ FREUD, S. (1932). "La División de la Personalidad Psíquica.". Obras Completas. Traducción de Luis López Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. Tomo II.1967. pag. 905.

1.- No existe una definición total, única y definitiva de lo que es el fin de análisis y de los parámetros a seguir. Aunque desde el inicio del presente trabajo se intuía que sería tarea difícil el encontrar parámetros claros, existía la esperanza de llegar a conceptos que dictaran las líneas a seguir para dar por terminado un tratamiento. Sin embargo, es importante iniciar las conclusiones señalando que no hay en las obras de Freud una postura clara y definitiva al respecto.

2.- Cada quien lee a Freud como puede y como le conviene. Muchas de las interpretaciones sobre el psicoanálisis freudiano que son enseñadas comúnmente, no se corroboran al leer sus escritos. Esto puede ser porque no se ha leído adecuadamente a Freud, o bien, porque al leerlo sus mismos conceptos dan pauta a diversas interpretaciones. Esto se relaciona con la siguiente conclusión.

3.- El psicoanálisis no es una teoría terminada, completa, no lo dice todo. Tal vez esta conclusión parezca un tanto inocente, pero en realidad este hecho representó un gran obstáculo para la lectura objetiva de las obras. De entrada se esperaba encontrar un Freud, completo, una teoría que lo dijera todo, y tomó algo de tiempo, y mucho esfuerzo, el poder ver las obras como lo que son, un valioso trabajo realizado por un hombre que al fin y al cabo es imperfecto, con limitaciones como cualquier otro. Finalmente ¿no es la esperanza de todo neurótico el encontrar un padre completo?

4.- La teoría y práctica psicoanalítica de 1900 es substancialmente distinta a la de 1938. El psicoanálisis ha tenido un recorrido histórico, ha formulado hipótesis que más tarde ha desechado adoptando nuevos

caminos hacia los cuales dirigir sus esfuerzos. Tanto la teoría como la técnica analítica se vieron modificadas al paso del tiempo, y algunas cosas quedaron establecidas y reforzadas. En la obra de Freud se va construyendo poco a poco la teoría psicoanalítica, lo que constituyó una dificultad muy importante en la elaboración de esta tesis, ya que cuando se pensaba que se estaba a punto de encontrar un indicador de fin de análisis, se leía lo contrario en una nueva aportación que se hiciera más tarde en las mismas obras.

5.- Desde el punto de vista de hacer consciente lo inconsciente, el psicoanálisis es infinito, ya que el fin del inconsciente de un sujeto significaría su muerte misma; el inconsciente es parte de sí mismo y de su Yo, por lo que no existe final del inconsciente. Si en la clínica se apunta a desmenuzar cada uno de los componentes inconscientes de un sujeto, entonces se plantea una tarea interminable, por lo que no se puede pensar el fin de análisis desde esta perspectiva.

6.- No todos pueden llegar al fin. Según Freud el origen o la etiología de la neurosis tiene que ver con su posible cura. Si el origen es traumático, se puede llegar más lejos, pero si se trata del instinto, la terminación del tratamiento llega a otro punto, sin poder pretender darle el mismo fin que al de origen traumático; por lo que para Freud existirían diversos niveles, por llamarlos de alguna manera, de fin de análisis.

7.- El fin de análisis del paciente está condicionado al fin de análisis del analista. Esto queda claramente establecido, y se le da un valor primordial para el uso correcto de la técnica y sobre todo, para la escucha analítica.

Algo que llama la atención en la obra de Freud es que marca una diferencia entre el análisis de cualquier sujeto y el de un futuro analista, y en esta tesis se plantea que no tendría porque haberla, ya que finalmente los analistas son sujetos que se constituyen pasando por el Edipo, por la angustia de castración, buscando objetos de satisfacción de igual forma que cualquier otro sujeto, por lo que uno se pregunta porqué debería ser distinto.

Freud plantea que el analista se someta a un análisis didáctico para después, cada cinco años, reiniciar el tratamiento. ¿Por qué no llegar al fin? ¿Por qué no pasar por un proceso analítico como cualquier sujeto? Cuando se plantea esto, uno se pregunta sobre el fin de análisis del propio Freud y qué tanto su propio análisis “incompleto” tiene que ver con la dificultad para establecer claramente lo que es el fin de análisis en su teoría. En ese sentido compartimos las opiniones de Blum, quien advierte que no resulta favorable el retomar un análisis cada cinco años, ya que “los análisis cortos, como los de seis o doce meses, difícilmente permiten algo más que iniciar una fase de apertura; el análisis cierra justo cuando comienza a abrir”.¹⁵³

Para las autoras de esta tesis, una de las enseñanzas más grandes que deja la lectura de las obras de Freud es que el análisis personal va a ser la herramienta principal para el trabajo clínico y que el fin de análisis de cada analista será una condicionante fundamental para llevar al paciente hasta el esperado fin.

8.- Freud señala que un resultado del fin de análisis es el robustecimiento del Yo. Al respecto cabría hacer mención de la ambigüedad del concepto,

ya que se presta a diversas interpretaciones, y queda completamente a la interpretación subjetiva del analista, que será quien deba señalar cuando un Yo está lo suficientemente robustecido para dar por terminado un tratamiento.

Al parecer, dicho robustecimiento del Yo se relaciona con que el sujeto recupere la energía libidinal que de alguna manera está mal distribuida, gastada hasta ese momento en síntomas y en obedecer a un Super Yo tiránico, para ponerla al servicio del Yo y de este modo recuperar su capacidad de goce, adquiriendo un bienestar generalizado en las acciones que realiza. “Su propósito es robustecer al Yo, hacerlo más independiente del Super Yo, ampliar su campo de percepción y desarrollar su organización, de manera que pueda apropiarse nuevas partes del Ello. Donde era Ello, ha de ser Yo”.¹⁵⁴ Lo que se relaciona estrechamente con hacer consciente lo inconsciente, ya que el Ello es eminentemente inconsciente.

9.- Aunque no se plantea un fin de análisis acabado y completo en la teoría, se deja ver que éste se relaciona directamente con tres fenómenos importantes: el síntoma, la transferencia y la sexualidad.

10.- Eliminar el síntoma no es el fin de análisis. Al respecto Freud fue muy claro en el final de sus obras, el síntoma se resuelve en el proceso analítico, pero no constituye en sí mismo el objetivo del tratamiento.

11.- Para la terminación del tratamiento también hay que dar término a la transferencia. Así lo señala Freud en varias ocasiones, sin decir con claridad qué significa y cómo se lleva a cabo la destrucción de la

transferencia. Es muy importante destacar que Freud tuvo dificultad con este concepto en su práctica analítica, ya que en la mayoría de sus casos reportados los pacientes, tiempo después de haber dado por terminado el análisis, regresaban, lo que él interpretaba como transferencias no resueltas.

A pesar de no poder concluir con exactitud lo relativo a este concepto, ni mencionar todo lo que se juega en una transferencia, queda señalada su relevancia y la necesidad de estudiar a fondo este concepto.

12.- La sexualidad en relación con la castración constituyó “la roca viva” para Freud. Todo parecía indicar que la sexualidad sería el concepto más importante para un fin de análisis, sin embargo, esto queda sin resolver, queda inconcluso en las obras de Freud.

Como se expone en la tesis, el fin de análisis incluirá una revisión de la posición frente a la sexualidad, sin esperar solucionar completamente el conflicto relativo a la envidia del pene y a la angustia de castración. Como si el psicoanálisis llegara a un límite, a un lugar que está más allá de las soluciones, por ser el motivo principal de la disfunción del sujeto, y por estar demasiado ligado a su esencia de ser: la sexualidad en relación con la castración.

Hasta aquí llegó Freud, y en los últimos años de su vida se preguntaba acerca de este problema que no alcanzó a aclarar y que quedó como callejón sin salida para todos los futuros seguidores de la teoría analítica.

13.- Por lo antes expuesto, lo concluido en esta tesis abre la necesidad de buscar otros caminos, otros autores que siguen la labor analítica, que hacen aportaciones permitiendo un avance en el conocimiento del psicoanálisis, de la teoría y de la técnica.

14.- La búsqueda de material sobre autores que en el contexto freudiano hablaran sobre el fin de análisis fue realmente una tarea difícil. Hay pocos autores que aborden este tema y de lo encontrado se podría concluir que hay tantos fines de análisis como analistas existen. Sin embargo, se tendría que reconocer que no se está tratando del psicoanálisis en general, sólo nos limitamos a estudiar el concepto exclusivamente dentro del marco freudiano. Algunos de los autores consultados llegaron a conclusiones muy parecidas al realizar investigaciones sobre distintos autores que definen el fin de análisis.

15.- Dentro de los autores consultados, la variedad de opiniones dificulta enormemente el definir una línea general, un criterio a seguir. En realidad se podría concluir que después de cien años de psicoanálisis, no hay dichos criterios, y que cada analista da fin al tratamiento según su opinión personal.

Por otra parte, tampoco se puede hablar de freudianos puros, es decir, los psicoanalistas contemporáneos retoman a Freud, pero también estudian a otros autores y se deja ver claramente en sus aportaciones el pensamiento de Klein, de Lacan, y de otros autores que influyeron en lo que es el psicoanálisis hoy. Dependiendo de estas influencias, los analistas le darán mayor peso al Yo en su definición del fin de análisis, a la adaptación, al inconsciente, al objeto, a la castración o a la sexualidad en general. No se

puede buscar el pensamiento de Freud en otros autores, ya que además de tener otras influencias, su traducción o interpretación será diferente.

Sin embargo, los tres conceptos mencionados anteriormente, el síntoma, la transferencia y la sexualidad, siguen siendo fundamentales en casi la totalidad de los autores revisados.

16.- A pesar de las contradicciones, limitaciones y dificultades encontradas para la realización de esta tesis, leer a Freud y sus obras fue un trabajo altamente gratificante y enriquecedor, dejando un aprendizaje invaluable que tal vez no se alcance a expresar en el producto final, pero que definitivamente se reflejará en nuestro trabajo y desempeño profesional. El legado de Freud sigue vigente, constituyendo el punto de arranque para cualquier otro teórico del psicoanálisis.

La lectura de las obras de Freud, es un trabajo que todo aquel interesado en la clínica, (psicoanalista, psicólogo, psiquiatra, etc.), debería realizar, independientemente de la corriente y especialidad, ya que no hay nada comparable a lo que dejó Freud., que sin duda sentó las bases del psicoanálisis.

BIBLIOGRAFIA

- BLUM, P. (1987). "The Concept of Termination and The Evolution of Psychoanalytic Thought". Journal of the American Psychoanalytic Association. Vol. 37. 1989. pp.: 275-294.
- GARMA, A. (1978). El Psicoanálisis como Clínica y Práctica. Paidós. Buenos Aires. 1978.
- ETCHEGOYEN, H. (1993). Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Amorrortu. Argentina. 1993.
- FEDER, L. y GONZALEZ, P. (1965). "Terminación de Análisis." Cuadernos de Psicoanálisis. Vol. 1. Núm. 1. 1965. pp. 69-73.
- FREUD, S. (1893). "Charcot". Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid. Tomo I. 1968. pp. 17-24.
- (1893). Psicoterapia de la Histeria. Tomo I. pp. 103-130.
- (1904). El Método Psicoanalítico de Freud. Tomo II. pp. 393-396.
- (1904). Sobre Psicoterapia. Tomo II. pp. 396-401.
- (1905). Análisis Fragmentario de una Histeria. Tomo II. pp. 605-658.
- (1905). Psicoterapia (Tratamiento por el Espíritu 2). Tomo III. pp. 449-464.
- (1905). Una teoría Sexual. Tomo II. pp. 771-817.
- (1906). La Sexualidad en la Etiología de las Neurosis. Tomo I. pp. 939-942.
- (1909). Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años. Tomo II. pp. 658-715.

- (1909). Análisis de un Caso de Neurosis Obsesiva.
Tomo II. pp. 715-751.
- (1910). El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica.
Tomo II. pp. 402-407.
- (1910). Esquema de Psicoanálisis. Tomo II. pag 101-124.
- (1912). Consejos al Médico en el Tratamiento Psicoanalítico.
Tomo II. pp. 418-423.
- (1912). El Delirio y los Sueños en la Gradiva de W. Jensen.
Tomo I. pp. 585-628.
- (1912). El Empleo de la Interpretación de los Sueños en el Psicoanálisis.
Tomo II. pp.410-413.
- (1912). La Dinámica de la Transferencia. Tomo II. pp. 413-417.
- (1913). La Iniciación del Tratamiento. Tomo II. pp. 426-436.
- (1913-17). Algunas Observaciones Sobre el Concepto de lo Inconsciente en el Psicoanálisis.
Tomo I. pp. 1031-1034.
- (1913-17). Lo Inconsciente. Tomo I. pp. 1051-1068.
- (1913-17). Los Instintos y sus Destinos. Tomo I. pp. 1035-1044.
- (1914). Introducción al Narcisismo. Tomo I. pp. 1083-1096.
- (1914). Recuerdo, Repetición y Elaboración. Tomo II. pp. 437-441.
- (1916). Introducción al Psicoanálisis. Tomo II. pp. 151-268.
- (1916-17). El Sentido de los Síntomas. Tomo II. pp. 282-290.
- (1916-17). La Terapéutica Analítica. Tomo II. pp. 382-393.

- (1916-17). Modos de Formación de los Síntomas.
Tomo II. pp. 335-345.
- (1916-18). Diferenciación de los Sexos. Tomo I. pp. 811-812.
- (1916-18). La Vida Sexual Humana. Tomo II. pp. 307-316.
- (1916-18). Los Actos Fallidos. Tomo II. pp. 157-187.
- (1917). La Fijación al Trauma. Lo Inconsciente.
Tomo II. pp. 291-297.
- (1917). La Transferencia. Tomo II. Pag. 373-381.
- (1917). Los Sueños. Tomo II. pp. 188-210.
- (1917). Los Sueños Infantiles. Tomo II. pp. 211-217.
- (1917). Puntos de Vista del Desarrollo y de la Regresión.
Tomo II. pp. 326-334.
- (1917). Una Dificultad de Psicoanálisis. Tomo II. pp. 1108-1112.
- (1918). Los Caminos de la Terapia Psicoanalítica.
Tomo III. pp. 449.
- (1920). Más Allá del Principio del Placer. Tomo I. pp. 1097-1127.
- (1920). Sobre la Psicogénesis de un Caso de Homosexualidad Femenina.
Tomo III. pp. 1017.
- (1925). Algunas Consecuencias Psíquicas de la Diferencia Sexual
Anatómica.
Tomo III. pp. 490.
- (1925). Historiales Clínicos. I) Introducción. Tomo II. pp. 601-604.
- (1925). Inhibición, Síntoma y Angustia. Tomo II. pp. 31-72.

- (1925). La Negación. Tomo II. pp. 1134-1136.
- (1927). El Porvenir de una Ilusión. Tomo II. pp. 73-99.
- (1930). El Malestar en la Cultura. Tomo III. pp. 1-66.
- (1932). La División de la Personalidad Psíquica.
Tomo II. pp. 905-915.
- (1937). Análisis Terminable e Interminable.
Tomo III. pp. 540-572.
- (1937). Construcciones en Psicoanálisis. Tomo III. pp. 573-583.
- (1940). La Técnica Psicoanalítica. Tomo III. pp. 412-421.
- (1949). Esquema de Psicoanálisis. Tomo III. pp. 1009-1061.

KERNBERG, F. (1976).
Psicoterapia Psicodinámica del Paciente Limítrofe.
Planeta. Madrid. 1995.

KUBIE, S.L. (1966).
Aspectos Teóricos y Prácticos del Psicoanálisis.
Paidós. Buenos Aires. 1966.

LACAN, J. (1963). Seminario 10. La Angustia.
Traducción de Escuela Freudiana de Buenos Aires. Hecha de una
grabación directa por Irene Agoff. Argentina. 1980.

PARRES, R. y RAMIREZ, S. (1965). "Terminación de Análisis".
Cuadernos de Psicoanálisis. Vol. 1. Núm. 1. 1965. pp. 55-68.

SINGER, E. (1965). Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia.
Fondo de Cultura Económica. México. 1965.

SOLIS, G.H. 1981. "Terminación de Análisis".
Cuadernos de Psicoanálisis .1,2,3,4. Vol. XIV. 1981. pp. 65-135.

WAELDER, R. (1964) Teoría Básica del Psicoanálisis.
Pax-México. 1964.

WAUGAMAN, R. (1991).
“Los Sueños y la Terminación del Análisis.” Revista de Psicoanálisis.
Tomo XLIX, No 2. 1992. pp. 357-371.