

## **Criterios terapéuticos del psicoanálisis\* \*\***

*Edward Glover*

**Descriptores: INSTITUCION PSICOANALITICA / FORMACION PSICOANALITICA / METODO PSICOANALITICO / INTERPRETACION / VALIDACION / RESISTENCIA / TRANSFERENCIA / COMPLEJO / SINTOMA.**

Hace alrededor de treinta años, Hanns Sach, ese viejo maestro del pasado, en la sutileza del análisis-expectante, solía decir que, hasta el análisis más profundo no hacía más que raspar la superficie de un continente inconsciente.

Alrededor de quince años más tarde, un analista prominente de este país, expresó el punto de vista diametralmente opuesto, de que ningún análisis podía ser considerado satisfactorio, si no revelaba la posición depresiva infantil, una etapa de la organización que, entiendo ahora, según sostienen algunos, tiene lugar durante los pocos primeros meses de la vida postnatal.

A esta absoluta generalización, un entusiasta colega, en el momento en que había entre treinta y cuarenta analistas en ejercicio, en Gran Bretaña, agregó la esotérica afirmación, de que el número de analistas que podía lograr esta hazaña, podía ser contado con los dedos de la mano.

Hace aproximadamente veinte años, hice circular un cuestionario con la intención de averiguar cuáles eran las prácticas técnicas actuales y el standard de trabajo de los analistas en este país.

Fueron obtenidas respuestas completas de veinticuatro de los veintinueve miembros en ejercicio; del examen de lo cual se desprende que, solamente sobre seis de los sesenta y tres puntos cuestionados reunidos, existía completo acuerdo.

Solamente uno de estos seis puntos, podía ser considerado como fundamental; es decir, la necesidad de analizar la transferencia.

Los otros se refieren a materias menores, tales como, la inconveniencia de aceptar regalos; el evitar el uso de términos técnicos durante el análisis; y de todo contacto social; la abstención de contestar preguntas; objeción a mandatos preliminares; y, cosa bastante interesante, el pago por la inasistencia, una regla que me alegra saber que algunos no la cumplen.

Desde entonces, y a pesar de muchos simposios sobre el tema, no existe evidencia de que se haya alcanzado, un consenso aproximado de opinión sobre criterios terapéuticos.

Por el contrario, mismo si excluimos tales cismas como surgen del abandono manifiesto de los principios psicoanalíticos, la tendencia a dividirse, dentro de los grupos analíticos, en este y otros países, ha venido a afectar más y más los criterios

---

\* "Int. J. Psycho-Anal.", pp. 95-101, 1934

\*\* Trabajo leído en el 189 Congreso Internacional do Psicoanálisis en Londres, el 27 de julio de 1933.

que deberían gobernar la terapia psicoanalítica.

Estas fisiones pueden señalar dos factores principales: primero, la presión creciente de las demandas sociales por psicoterapia, haciendo surgir, a su vez, en muchos psicoanalistas el deseo de acceder a la demanda, acortando la duración desmedida de muchos análisis; y segundo, el desarrollo de diferencias fundamentales, referentes a la teoría y etiología analítica.

El primero de estos factores ha sido, sin duda, reforzado por el aumento, en número de grupos analíticos, los cuales han sido infiltrados en una extensión creciente por psiquiatras, pediatras. y, aunque en un nivel subordinado, por la influencia de psicólogos sociales, educacionales y académicos, quienes, participando en investigaciones conjuntas, han traído consigo las técnicas descriptivas y las tradiciones estadísticas de sus propias ciencias.

La situación está bien resumida en la exigencia de Alexander y French,<sup>2</sup> que la técnica debe ser adaptada a la enfermedad, no la enfermedad a la técnica, y, “á propos” de su, así llamada “técnica flexible”, la arrolladora pero insostenible proposición, que: “Toda terapia que aumente las funciones integrativas del YO, debe ser llamada psicoanalítica, no importa si su duración es de una o dos entrevistas, de varias semanas O meses, o de varios años.”

El segundo factor, especialmente el desarrollo de diferencias teóricas fundamentales, tiene, en efecto, mayor alcance.

No necesitamos internarnos más en el problema para encontrar sociedades psicoanalíticas hendidas por tales diferencias, con grupos extremos, sosteniendo mutuamente puntos de vista incompatibles, conservándose las facciones antagónicas en una alianza incómoda por los grupos medios, cuyos miembros, como es la costumbre de los eclécticos de todo el mundo, compensan su ausencia de originalidad, extrayendo virtudes de su eclecticismo, sosteniendo, ya sea implícita o explícitamente que, aunque los principios difieran, es la verdad científica que se encuentra siempre en un término medio.

A pesar de estos esfuerzos eclécticos para mantener un frente unido ante el público científico o psicológico, es obvio que en ciertos aspectos fundamentales, las técnicas practicadas por los grupos antagónicos, pueden ser tan diferentes como el día y la noche.

Cuando a todo esto agregamos las demandas de algunos hipno-analistas, narco-analistas, terapeutas de juego y pedagógicos, y algunas veces hasta analistas de grupo que, si sus técnicas están reguladas por conocimientos y comprensión analítica, deben ser también incluidos bajo el encabezamiento de psicoanálisis, es evidente que existe cierta justificación para una revisión frecuente del estado de nuestros criterios terapéuticos.

Pero, ante todo, es necesario considerar los casi únicos obstáculos que confronta quien busca proseguir esta investigación, de los cuales, se hace raramente mención en un symposio sobre el tema.

Preeminente entre éstos, están los supuestos, asiduamente cultivados, que los participantes en tales discusiones, sostienen aproximadamente los mismos puntos de vista, hablan el mismo lenguaje técnico, siguen idéntico sistema de diagnóstico, pronóstico, y selección de casos, practican aproximadamente los mismos procedimientos técnicos, y obtienen los mismos resultados, los cuales incidentalmente, son —según dicen— satisfactorios.

Ninguno de estos supuestos, soporta una investigación más cuidadosa.

No tenemos casi información acerca de la conducta de la práctica analítica privada, la cual, hasta el presente, está mucho más extendida que la práctica clínica.

Sin embargo, las cifras publicadas, relativas a la práctica clínica podrían, en la mayoría de los casos, ser rechazadas como sin valor, por cualquier estadística honesta, por ser incorrectas en sus métodos de diagnóstico y selección, por la duración del tratamiento, por el método del tratamiento, por la historia posterior y por la cura espontánea.

Indudablemente, aparte de alguna referencia ocasional a un caso que pueda haberse mantenido bien por unos años, no tenemos historias ulteriores, que valga la pena mencionar.

Ciertamente, no hay un registro de fracasos. Esta ausencia de información verificable, cuando se agrega a los vagos supuestos que he destacado ya, fomentan el desarrollo de una mística analítica, lo cual no solamente impide la investigación, sino que entorpece toda discusión saludable.

He incluido la eficacia terapéutica en la lista de los supuestos insostenibles, no porque crea que los resultados constituyen un control fidedigno sobre los criterios terapéuticos, sino porque, una reserva defensiva sobre este tema ha contribuido, más que cualquier otro factor, a nociones perfeccionistas respecto a la amplia aplicabilidad terapéutica del psicoanálisis, y consecuentemente, a supuestos relativos al criterio psicoanalítico, que son al mismo tiempo, perfeccionistas, indefinidos e incontrolados.

Incidentalmente, en una revisión reciente de registros de resultados psicoterapéuticos, hechos por Eysenk<sup>3</sup> para sus propósitos polémicos particulares, el autor encuentra que el porcentaje de casos "curados", "muy mejorados" y "mejorados" por el método psicoanalítico, era de 44 % (4) en 760, comparado con 64 % de 7.293 casos tratados por métodos eclécticos de psicoterapia general; y él cita a Denker, quien encontró que el 72 % en 500 casos no tratados por ninguna psicoterapia especial, se recobraban en un período de dos años, y el 90 %, dentro de cinco años.

Admitido que tales encuestas están lejos de ser exactas, porque son empleados standards de selección no comunes, es sin embargo claro que, si los resultados terapéuticos constituyen un criterio de la validez de las teorías, sobre las cuales el tratamiento está basado, y si la tendencia general de las cifras de Eysenck es, aproximadamente exacta, entonces la teoría de la sugestión se elevaría como explicación de actividades mentales, y las teorías sobre causación de las neurosis por ambiente social, recibirían un refuerzo substancial.

Mismo así, sería todavía una cuestión a tener en cuenta, si el 44 % acreditado al psicoanálisis, podía considerarse estrictamente, como resultados psicoanalíticos, ya que en un número considerable de veces, la duración del tratamiento, no excedió los cinco meses, un período que, la mayor parte de los analistas en este país, estimaría, hoy día como un análisis interrumpido prematuramente.

De cualquier modo que sea, la ausencia de corrección para los factores variables agrega urgencia al problema de los criterios, en particular, la necesidad de establecer standards metodológicos fijos.

Para aclarar, si al acúmulo de variables clínicas, agregamos un número de variables metodológicas, no podemos atribuir ninguna significación científica a impresiones generales o supuestos respecto a cualquier forma de psicoterapia.

Habiendo excluido el factor de eficacia terapéutica, hemos dejado de lado, alrededor de 24 importantes factores, con los cuales intentar una definición o estandarización de la terapia psicoanalítica.<sup>5</sup>

Es conveniente para su presentación ordenarlos en tres grupos principales, a saber: metapsicología, clínica y metodología.

Demás esta decir, que la distribución de factores, en cada uno de estos encabezamientos, es algo arbitraria; porque muchos de ellos, el análisis transferencial,

por ejemplo, podría ser colocado debajo de los tres títulos.

Empezando con los criterios metapsicológicos, éstos pueden ser ubicados, aproximadamente, en dos sub-grupos, según estén basados sobre teorías de función mental general, o sobre teorías de formación de síntomas (en otras palabras, consideraciones etiológicas).

De los factores generales metapsicológicos, a saber, dinámicos, estructurales y económicos, el económico proporciona el criterio menos satisfactorio; porque, aunque el estado de represión es todavía, el factor determinante, en la formación de síntomas, y el más evasivo de todas las condiciones de defensa, el reconocimiento de la parte jugada por otros mecanismos auxiliares, no nos permite por más tiempo, considerar la reducción de amnesias como una de las principales verificaciones clínicas en el proceso analítico.

Aquí el planteo está complicado por consideraciones etiológicas y por la forma del análisis. Considerado etiológicamente, es legítimo distinguir, por ejemplo, entre la importancia terapéutica de factores de represión operando en la histeria de ansiedad y la importancia de los factores de introyección que actúan en la depresión. Por otro lado, una gran parte del énfasis colocado corrientemente sobre los factores introyectivos, reflejan una preferencia teórica distinta de la clínica. Por eso si aplicamos un criterio económico, debemos decidir, 1º) hasta donde es un proceso legítimo separar el análisis, ciertos mecanismos patógenos o diferentes, y 2º) hasta donde el análisis depende de la abreacción o del reajuste de los mecanismos de defensa, siendo el punto decisivo, naturalmente el de la transferencia.

La situación de los casos psicossomáticos y de los llamados estados traumáticos, hace más urgente el problema de si el análisis económico persigue el propósito de efectuar cambios estructurales o el alivio de tensiones dinámicas.

Por ejemplo, el alivio de las tensiones funcionales, aunque esté basado en un entendimiento analítico, no es específicamente un proceso analítico, aunque particularmente en las psicosis, bien puede constituir una etapa preparatoria esencial del análisis. En segundo lugar, aunque el criterio dinámico parecería aportar la medida más aproximada de la situación analítica, es, después del criterio económico el más indefinido y más mal definido de todos los standards metapsicológicos. Es insatisfactorio, en primer lugar, a causa de las diferencias en relación a los roles respectivos de la libido y la agresión en la formación de síntomas, diferencias que están expresadas en la tendencia moderna a separar lo "útil analítico de lo inútil" de acuerdo al grado en que "analizan la agresión" para usar la expresión corriente. En segundo lugar esto entorpece la distinción entre terapia analítica y no analítica, como se ve en el caso de la sustitución de Alexander del término "psiquiatría dinámica" por psicoanálisis. Toda psicoterapia es un ejercicio sobre los dinamismos mentales, aunque la explotación de la transferencia difiere radicalmente en principio y práctica del análisis de la transferencia. En tercer lugar, su aplicación exclusiva tiende a desviar la cuestión de las etapas en el análisis. El concepto de etapas es esencialmente un concepto estructural y evolucionista, sin embargo no puede ser evitado, porque mismo considerando al psicoanálisis como solamente un proceso de "raspado" mental, debemos admitir que cuantitativa y temporalmente debe tener por lo menos tres fases: un comienzo, un intermedio y un fin. El análisis de la libido y de la transferencia, también presupone, por lo menos, tres etapas y, si usamos los criterios standard de superyo y de yo, podrían indicarse un mayor número de etapas. Mismo si basamos nuestra descripción de la situación analítica entre procesos primarios y secundarios, como podríamos hacer, debe existir una fase de descubrimiento, una fase de máximo análisis del descubrimiento y una fase terminal, durante la cual, el campo es dejado

gradualmente a los procesos secundarios. Sin embargo, si estamos de acuerdo sobre la existencia de etapas, entonces ninguna terapia que no pase a través de estas etapas puede ser llamado estrictamente psicoanálisis. Por esta razón mi impresión es que la mayoría de los análisis son interrumpidos, más que terminados en el sentido técnico, es decir, que nunca pasan a través de la etapa terminal y que una gran proporción de aquéllos designados por la validez de su mejoría en adaptación social, en el grupo de los “mejorados” serían estrictamente hablando “análisis estancados”. Por razones de espacio no he subdividido el grupo estructural, aunque es obvio que los factores estructurales, aunque no es de ningún modo seguro, ofrecen el medio más fácil para standardizar la técnica psicoanalítica. Es claro, sin embargo que si pusiéramos énfasis sobre los criterios del yo, requeriríamos no solamente una extensión más amplia de nuestro concepto de etapas, sino standards más precisos de diagnóstico, pronóstico y selección de casos. Para simplificar la situación: si distinguimos entre análisis del yo y análisis del superyo y si reconocemos etapas en el desarrollo del yo y del superyo, en cualquiera de ellos, los desórdenes específicos, pueden tener su mayor punto de fijación con lo cual hemos aumentado considerablemente, no solamente el número total del criterio terapéutico, sino su aplicación selectiva.

En principio, un análisis que descuide el nivel apropiado, puede ser descalificado como un análisis verdadero, aunque, claro está, no como un procedimiento útil no analítico. Quizá el punto más fundamental, involucrando ambos criterios, dinámico y estructural del psicoanálisis, es el nivel de organización estructural, sistema de interpretaciones preseleccionadas y, si éstas no son, en efecto, las interpretaciones apropiadas, el tratamiento automáticamente se convierte en terapia de transferencia y no puede ser llamado estrictamente psicoanálisis. Por otro lado, el “working through” puede ser considerado como un legítimo proceso de “educación del yo” que debe ser distinguido de aquellas otras formas de educación del yo, las cuales en el caso de niños, son algunas veces introducidas como una etapa preliminar del análisis.

A menudo, las etapas en la pedagogía del yo pueden ser inevitables y altamente deseables, pero es factible dudar si un análisis comenzado de esta manera obtiene alguna vez el nivel de un verdadero análisis, aún en sus últimos términos. De no ser así, los resultados obtenidos por tal análisis pedagógico o pedagogía analítica, sería registrado separadamente. Volviendo a **los criterios sobre teorías de formación de síntomas**, es suficiente sugerir que ningún análisis que no invierta el orden regresión-síntoma, desde la introversión hasta la vuelta de lo reprimido, puede ser llamado psicoanálisis. Si por otro lado valoramos los síntomas en términos más generales de factores constitucionales, predisponentes y precipitantes, tenemos todavía que distinguir, por un lado, entre análisis que deliberadamente se confinan a la relación entre factores precipitantes y la inmediata predisposición que conduce a la formación de síntomas y por otro lado aquellos análisis expectantes que toman el campo completo de la función mental, como su base de operación.

Estas son materias que es mejor discutir las bajo el segundo título principal — Clínica y psicopatología—. Nos encontramos inmediatamente sumergidos en el problema de, qué grado, dirección, control o modificación de la técnica puede ser ejercido sin perder el derecho de usar el término psicoanálisis. Es claro que, aquellas modificaciones requeridas por el tipo de enferme \_ dad (por ejemplo, las psicosis y los estados psicósomáticos) y por la necesidad médica de proteger intereses del paciente, cuando \_ él, no es capaz de hacerlo por sí mismo, no descalificarían la técnica total, con tal que no abrogue los procedimientos de asociación, interpretación análisis de la transferencia y análisis de la \_ resistencia; en otras palabras, a condición de que sirvan

para mantener abierta y ensanchada la situación analítica, más que para limitar y focalizar el análisis. Mismo así, tendríamos otra vez que decidir si el análisis de la resistencia se refiere a resistencias específicas, por las cuales, la formación de síntomas inmediatamente afianzada, o a las totales defensas funcionales de la mente.

Supongo que esto era en parte, el problema que tenía Alexander en mente, cuando recomendaba en toda neurosis crónica severa, el uso de una técnica flexible opuesta a la standard. El problema es, naturalmente, un legado de los días de “Análisis de complejos” y “Análisis de síntomas” y al mismo tiempo una protesta muda contra la futilidad de muchos análisis expectantes.

Fundamentalmente surge el problema total de la selección clínica de casos, problema que de nuevo no puede ser resuelto hasta tener datos estadísticos confiables sobre el tema. Este problema del análisis selectivo, no puede ser resuelto. No hay duda que bajo los términos de “análisis expectantes” solamente los standards clínicos de resistencia, pueden impedir que el margen completo de desarrollo mental sea arrastrado en la órbita analítica. Pero las resistencias generales, que son de todos modos características de procesos mentales normales, pueden con algún derecho ser distinguidas de las resistencias específicas y hasta que hagamos tales distinciones, es difícil establecer un criterio de resistencia.

De una cosa podemos estar seguros, que si el psicoanálisis de un desorden psíquico dado involucra el descubrimiento de todas las etapas del desarrollo mental o de todo el núcleo del yo, pocos casos de los comúnmente catalogados como análisis completos, tienen real derecho a ser denominados así.

Al considerar los “análisis activos”, los cuales deben ser distinguidos de los “análisis selectivos” se puede permitir una generalización, a saber que aquellas modificaciones, que no están justificadas por consideraciones sintomáticas y que reflejan una necesidad, de parte del analista de liberarse de un análisis estancado o paralizado o de un caso mal seleccionado, constituye un abandono de la técnica analítica. Ni podemos incluir bajo el título de análisis, técnicas de juego, tales como las que recientemente han sido defendidas por Rosen 6 para ser usadas en las psicosis. Aunque pueda sostenerse que son dictadas por necesidades clínicas y aunque pueda ser mantenido un entendimiento psicoanalítico, corresponde más a la técnica del psicodrama y a aquellas técnicas de juego que están ahora siendo revisadas, y que se basan, principalmente en la utilización de la transferencia. En este punto, podemos pasar convenientemente al grupo tercero o metodológico.

Dejando de lado el hipnoanálisis y el narcoanálisis, ya que son en último término modificaciones refinadas de la hipnosis y de la narcoterapia, podemos preguntarnos cuáles son las modificaciones de la técnica de asociación, interpretación análisis de transferencia y análisis de resistencia que invalidan el título de psicoanálisis. Al considerar la asociación, podemos decir que, cuando por alguna razón la asociación está suspendida o interrumpida, el análisis también lo está. Excepto en las crisis psicóticas donde los procesos primarios han alcanzado ya el acceso a la conciencia, la suspensión de la regla de asociación, marca a la técnica como no analítica. Sobre el problema de la interpretación puede existir poca duda. El análisis se sostiene o falla, de acuerdo a la exactitud de la interpretación. Hace alrededor de veinte años que señalé que la interpretación inexacta, ya sea efectiva o no terapéuticamente, es una forma de sugestión.<sup>7</sup> Por eso, cuando dos analistas sostienen puntos de vista diametralmente opuestos sobre contenidos mentales, es evidente que uno de ellos practica la sugestión. A través de un análisis de algunos años de duración y reforzado por la transferencia, el poder de esta sugestión puede ser poco menos que irresistible. Sin

lugar a dudas, este problema de “interpretación inexacta continua” es el más urgente que confrontan los investigadores sobre criterios terapéuticos. Ningún aspecto de la casuística puede dejarse de lado, por ejemplo el que el analista pueda permitirse una considerable amplitud en el manejo de los casos. Es por esta razón, en particular, que debemos incluir el análisis del analista entre las modificaciones técnicas que determinarán si un profesional es o no un analista. Porque es indudablemente improbable que un acólito, educado durante años en una tradición particular de interpretación tenga nunca el valor de confesar el fracaso de su entrenamiento y emprenda una notoria y comentada orientación analítica. Por el contrario estará más inclinado a preservar su posición, manteniendo una convicción fanática de las virtudes especiales de las tradiciones en que ha sido formado.

Llegando ahora a las variaciones en el manejo de la transferencia, pueden permitirse pocas generalizaciones. Primero, lo más obvio es que, sin análisis de la transferencia, ninguna psicoterapia puede llamarse psicoanálisis; segundo, que el llamado control de la transferencia, a través de las actitudes del analista (por ejemplo, la contranferencia) es simplemente rapportterapia y tercero, que los standards basados en el desarrollo de una neurosis de transferencia dentro de la situación analítica, son solamente aplicables a las neurosis de transferencia clínica.

Pasando por alto los aspectos metodológicos del análisis de resistencias, de métodos activos, de separación de factores insistivos o de mecanismos particulares y de la totalidad o completud del análisis, a lo cual ya hemos hecho breves referencias, nos quedan los factores de duración y continuidad.

En cuanto a la duración, la cual frecuente pero erróneamente es considerada como equivalencia de profundidad, por aquellos que conducen un análisis durante 4 ó 5 años es quizá suficiente decir que el problema está, en el momento actual, completamente prejuiciado por las tendencias del analista a justificar los análisis estancados y paralizados, porque, por muy brillantemente que empiece, el análisis interminable, termina ignominiosamente como oculta terapia transferencial. Por otro lado hay una cantidad de objeciones obvias para incluir trabajos a corto término bajo el encabezamiento de análisis, principalmente porque muchos de ellos dependen más de una anamnesis determina-dora de la transferencia que del análisis realizado. Los analistas han agregado dificultades, determinadas en gran parte por la desvalorización (en algún modo envidiosa) de los resultados de trabajos a corto término, considerándolos, erróneamente en muchos casos, inoperantes. Estos son situaciones que solamente pueden aclararse mediante un control estadístico. Al aproximarnos a una decisión sobre el problema de la duración, sería bueno recordar que los primeros analistas estaban acostumbrados a conducir análisis de seis a doce meses de duración, los cuales, por lo que he podido comprobar, no diferían grandemente, en último término de los resultados proclamados, en el momento actual, por los analistas que alargan sus análisis a cuatro o cinco años. La continuidad es un tema diferente y hasta donde concierne al análisis standard, está subordinada a las necesidades de la fase terminal. Empleada en las fases tempranas, el análisis discontinuo no es diferente de dosis de análisis a corto término y no puede por eso considerarse como un verdadero proceso analítico. Esto trae, otra vez, un problema de particular significación en el análisis de entrenamiento de candidatos, proceso que puede ser diferenciado de un “análisis escalonado” ya sea por la duración de los intervalos entre los períodos de análisis o por cambios en el analista que lo conduce. Considerado afectiva y científicamente el “re-análisis” aparecería como un laudable plan de entrenamiento; no obstante, por observaciones del proceso en el caso de pacientes, me parece una buena razón a considerar si los factores de “rapport” (contratransferencia) no juegan

una parte decisiva en él. Resumiendo esta revisión extremadamente precipitada, se pueden permitir unas pocas generalizaciones. Sin una forma confiable de standardización de la técnica, no puede haber ciencia psicoanalítica, porque si no podemos standardizar el comportamiento del paciente, debemos por lo menos ser capaces de standardizar el comportamiento del analista. De este modo se puede afirmar que es más fácil decir lo que “no” es análisis que lo que “es”.

En segundo lugar, en vista del gran número de variables no confrontadas y de la ausencia de observaciones controladas, los descubrimientos provisorios sobre el tema, deben estar, mientras tanto, basados sobre consideraciones teóricas más que prácticas, lo que conduce a una situación poco satisfactoria ya que, teniendo en cuenta la existencia de diferencias teóricas sobre problemas importantes, significa que las conclusiones provisorias pueden permitir hasta un margen de 50 % de error, lo que es indudablemente, demasiado amplio.

En el pasado era suficiente decir, que quien quiera que basara su terapia sobre su creencia en el inconsciente, en la sexualidad infantil, en la represión, en el conflicto y en la transferencia, podía llamarse analista. Y a pesar de nuestros esquemas de enseñanza más ambiciosos, este standard no ha sido todavía superado.

En mi opinión, la extensión de estos criterios dependerá, primeramente del grado en que tengamos éxito en eliminar de nuestras deliberaciones, la influencia de una mística defensiva, esotérica, pero hasta aquí inconfesada. Aunque se supone que la eliminación de lo esotérico es una de las tareas de la preparación analítica, hay, desde mi punto de vista, pocos signos de que tan importante mira haya sido alcanzada. En segundo lugar dependerá del grado en que podamos establecer criterios clínicos en adición a los teóricos. Me aventuro a decir que ambos requerimientos son de extrema importancia para el futuro del psicoanálisis y creo poder afirmar que esto no podrá ser alcanzado en la amable atmósfera de los simposios usuales. Ellos exigen una aplicación más profunda de métodos de investigación controlada sobre una escala internacional. Si, como resultado de estas investigaciones, surgiera la necesidad de descartar alguno de los supuestos algo inconsistentes que he mencionado, mejor para nuestra ciencia.

El psicoanálisis no necesita mantener apariencias, pero sí, necesita delimitar con tanta exactitud como sea posible, su uso como agente terapéutico.

Traducido por  
**Vida M. de Prego y Luis E. Prego Silva.**

## APENDICE

Factores sobre cuya standardización, puede basarse el criterio terapéutico  
(En el texto, entre paréntesis, los aspectos discutidos)

### I. Metapsicología.

A) Basados en teorías de función mental general:

1) Dinámico: la importancia relativa de la libido y la agresión en el proceso terapéutico (*en discusión*: ver también III E):

transferencia, v/análisis distribuido (ver también II D y III C).

2) Estructural: los standard del análisis del yo y del superyo (*en discusión*: ver también III II) su relación al análisis de los síntomas (ver también II A, B, C): la situación del “análisis del carácter” y de la “educación del yo” en adultos y niños respectivamente; el nivel estructural bajo el cual el análisis de la transferencia es imposible.

3) Económico: el caso especial de la represión: recuperación de la memoria, y/reconstrucción; la enfatización de mecanismos especiales, ej. introyección, etc. (*en discusión*: ver también II A, B, O y III G): abreación y/alteración del balance de mecanismos: estructural y/modifica el da funcional.

4) Etapas en el análisis: en términos de libido, transferencia, estructura del yo o relación del proceso primario con el secundario: el standard del análisis “completo” (*en discusión*: ver también II A, B, O) el carácter del análisis “incompleto” o estancado, ¿pueden considerarse análisis?

B) Basados en teorías de formación de síntomas:

1) General: el promedio de análisis de factores predisponentes y precipitantes en los diferentes desórdenes: importancia relativa de la defensa, resistencia general y específica (ver también II A, B, O).

2) Especial: a) la inversión de las series de regresión desde la introversión al establecimiento de una Situación de compromiso; b) resolución de síntomas: el nivel alcanzado en los análisis “interrumpidos” y en los síntomas “refractarios”, ¿pueden considerarse análisis o no? (ver también III K).

### II. Clínica psicopatología.

A) El análisis selectivo del foco patogénico: la teoría del “complejo inconsciente”, ¿es análisis o no? (ver también 1 B, 1 y 2).

B) Análisis selectivo de la formación de síntomas: defensas específicas y/defensas generales: el nivel respectivo del análisis regulado y expectante (*en discusión*: ver también 1 B, 1 y 2).

C) Modificaciones de acuerdo al tipo de desorden: tipos legítimos y no analítico (*en discusión*: ver también 1 B, 1 y 2).

D) Caso especial de “manejo de la transferencia” en los diferentes tipos de desórdenes o en las diferentes etapas del análisis (*en discusión*: ver también 1 A, 1 y 4,

y III C).

E) El manejo de los factores precipitantes (en discusión: ver también 1 B 1 y 2, y II A, B, O).

### III. Metodología.

A) Asociación: la suspensión de la regla en ciertas etapas o en ciertos desórdenes, ¿es legítimo o no analítico? (discutible).

E) Interpretación: validez de los diferentes sistemas: interpretaciones sistemáticas "inexactas" como un medio de sugestión (discutible).

C) Análisis de transferencia: sus regulaciones: legítima o no analítica (ver también 1 A 1 y 2 y II D).

D) Análisis de la resistencia: su alcance: aspectos no analíticos del "working through": análisis estancados (ver también 1 A 3 y 4 y II D).

E) Métodos activos: legítimo y métodos no analíticos (discutible).

E) Análisis del instinto: standard selectivo: criterio etiológico o clínico (en discusión: ver también 1 A 1 y 1 B 1).

Gil Análisis de mecanismos: standard selectivo (en discusión: ver también 1 A y 1 B 1).  
331

H) Análisis del yo: profundidad de los standards generales u psicopatológicos (en discusión: ver también 1 A 2 y II A,B,C).

1) Contratransferencia: grados legítimos de guía en ciertos tipos de desórdenes (n discusión).

J) Duración: relación con la profundidad (ver también 1 A 2): el alcance de los "análisis cortos", de los "análisis largos", de los "análisis estancados", "interminables": su relación con la sugestión (en discusión: ver también II A, B,C).

K Continuidad: el análisis estancado; legitimidad y tipos no analíticos. El alcance del re-análisis (en discusión: ver también 1 B, 1 y 2).

L) Análisis de training: su agudeza y totalidad; su función como técnica de control; su relación con la sugestión.

### BIBLIOGRAFIA

2. ALEXANDER y FRENCH.— "Psychoanalytic Therapy". New York, Ronald Press, 1946.

3. EYSENK, II. E.— "The Scientific Study of Personality". London, Routledge and Kegan Paul, 1952.

4. Tomando en cuenta los casos que no completaron el tratamiento, Eysenk elevó la cifra a 66 ¼. Es posible, sin embargo, que esta corrección sea excesiva en lo que se refiere a los tratamientos clínicos. Quizá la que más se aproxime a la realidad sea la de 50 %. Además la inclusión de un grupo "mejorado" aumenta artificialmente esta estadística. Por otra parte, no establece una diferencia entre mejoría "sintomática" y mejoría "general", tal como puede ocurrir sin tratamiento psicoanalítico.

5. Ver apéndice en este trabajo.

6. ROSEN.— "Psychiatric Quart.", 21, 3, 1947.

7. GLOVER.— The therapeutic Effect of inexact interpretation. "Int. J. Psycho-Anal.", 12, 1931.