

LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DENTRO DEL ESPACIO SOCIO-POLÍTICO DE EUROPA: ¿LLEGA LA “PESTE”?*

Serge Frisch**

En la primera página del periódico “Le Monde” del sábado 14 de Agosto de 1999 se podía leer el artículo titulado: *“En Kansas, el oscurantismo quiere expulsar a Darwin de las escuelas”*. En él se podía leer que el consejo de las escuelas de Kansas había adoptado nuevos criterios para la enseñanza de las ciencias. En adelante ya no se podría enseñar la teoría de la evolución y todo la teoría darwiniana de la evolución de las especies quedaba relegada al rango de teoría más o menos fantasmiosa. Los defensores de esta posición defienden la teoría del “creacionismo” según la cual el mundo, tal como lo conocemos actualmente, ha sido creado por Dios en 7 días, ni una hora más.

En otro estado de los EE.UU., en Alabama, en los libros de ciencia se obliga a señalar que la evolución es una “teoría controvertida” y a mencionar que: *“nadie estaba presente cuando apareció la vida y ningún punto de vista sobre sus orígenes puede ser considerado como un hecho sino únicamente como una teoría”*.

* Ponencia presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA) que bajo el título “Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia” se desarrolló en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

** Dr. Serge FRISCH, presidente de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector (EFPP)

Al día siguiente, también en “Le Monde”, se podía leer otro artículo en el que se afirmaba que nuevos descubrimientos científicos permitían rechazar el origen de la vida a lo largo de muchos millones de años.

Nos viene a la memoria cómo en 1995, a raíz de un proyecto de exposición sobre Freud en Washington, se levantó una polémica terrible debida a su todavía impresentable teoría sobre la sexualidad infantil.

La teoría psicoanalítica nos enseña que cuanto más nos acercamos al núcleo del conflicto con mayor fuerza aparecen las resistencias y las defensas. Vemos incluso con cierta frecuencia que el paciente prefiere ir de mal en peor antes de abandonar su posición patológica previa. Durante estas fases las fuerzas negativas superan claramente a las fuerzas del progreso y de la curación. Así pues, todo psicoanálisis y toda psicoterapia psicoanalítica conllevan tanto procesos progresivos como regresivos.

Lo mismo ocurre con la evolución de los grupos sociales: después de las sociedades o movimientos revolucionarios aparecen los movimientos contrarrevolucionarios. La evolución de las ideas, sean cuales sean, políticas, científicas, religiosas, psicoanalíticas... no escapan a esta tendencia tal como se demuestra en los EE.UU con estos ataques contra la teoría de la evolución anteriormente mencionados.

Estos ejemplos entresacados de la prensa diaria muestran las fuerzas contrarias que atraviesan nuestra sociedad y que van desde el oscurantismo más arcaico hasta los desarrollos más osados de la ciencia y de las tecnologías. A mayor cientifismo mayor desarrollo de una *“concepción ocultista del cuerpo y del espíritu”* (Roudinesco, 1999), con la pujante reaparición del magnetismo, la iridiología, la naturopatía, la auriculoterapia, el mediumnismo...

Actualmente el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica forman parte del contexto terapéutico, cultural y social de

nuestra sociedad, habiéndose convertido incluso en una auténtica institución. Es evidente por tanto que cualquier conflicto importante que afecte a nuestra sociedad va a crear tensiones también en nuestra profesión. Leemos en las publicaciones científicas que el psicoanálisis está en crisis y que las demandas de análisis están decreciendo. Sobre el terreno, en las universidades y hospitales, los analistas están siendo sustituidos por comportamentalistas. “El hombre comportamental” parece querer eliminar al “hombre psíquico” freudiano.

En muchos países, los sistemas de seguridad social o de enfermedad están disminuyendo de forma drástica las cantidades asignadas para las psicoterapias de larga duración y tienden a favorecer los abordajes a corto plazo cuyo slogan parece preconizar la desaparición más rápida posible de los síntomas. Algunos llegan a preguntarse si el psicoanálisis no está condenado a desaparecer al estilo de las antiguas civilizaciones de las que solo nos quedan algún que otro vestigio o ruina.

Debajo de esta crisis del psicoanálisis subyacen evidentemente causas externas, sociales, pero también causas internas del propio movimiento analítico. A lo largo de mi intervención voy a intentar proponerles algunas hipótesis a este respecto.

Está claro que mi puesto de presidente la EFPP me ofrece una posición de privilegio a la hora de observar las diferentes evoluciones que se están produciendo de forma inexorable en diferentes países. Mientras que en determinados lugares ya hay tendencias definitivamente consolidadas, en otras zonas cabe la posibilidad de la inversión de determinados movimientos. Aunque en aras de la claridad me vea obligado a generalizar, está claro que las cosas no están evolucionando de la misma manera ni al mismo ritmo en todas partes.

Una última precisión: cuando me refiero al término de psicoterapia estoy hablando evidentemente de la psicoterapia psicoanalítica. A su vez, el término de terapia abarca indistintamente a todos los abordajes terapéuticos que no se refieren

ni a la teoría freudiana del inconsciente ni al encuadre ni a la técnica analítica.

EL PORVENIR DE LA PSICOTERAPIA SEGÚN FREUD

Volvamos en primer lugar a Freud. Todos ustedes saben que Freud, además de ser un clínico genial, estaba preocupado por el porvenir de su descubrimiento: el psicoanálisis. En 1919, en un breve artículo titulado *“Las Nuevas Vías de la Terapia”*, desarrolla una serie de ideas acerca de su futuro. Lo escrito entonces con gran clarividencia por Freud tiene hoy enorme vigencia: *“Sabéis muy bien que el ámbito de nuestra acción terapéutica es harto restringido. No somos más que un puñado de analistas, y cada uno de nosotros, no puede tratar más que un número muy limitado de enfermos al año, por grande que sea su capacidad. Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo y que quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante”*.

Unas líneas más adelante espera que *“una organización cualquiera nos permita aumentar de tal modo nuestro número que seamos ya bastantes para tratar grandes masas de enfermos. Por otro lado es también de prever que alguna vez habrá de despertar la conciencia de la sociedad y advertir a ésta que los pobres tienen tanto derecho a la ayuda psíquica como a la quirúrgica, que ya la tienen asegurada...”*.

Es prodigiosa esta capacidad de prever verdaderamente el futuro como si de una bola de cristal se tratara. De hecho, a partir de los años 1950, el número de psicoterapeutas psicoanalíticos aumentó de tal manera que en casi todos los países, hasta los más desprotegidos de la sociedad pudieron acceder a una ayuda analítica en los centros públicos de consulta psicológica. Freud ya había prevenido que habría que adaptar ligeramente la técnica a las nuevas condiciones y que habría que dar a nuestras teorías *“la forma más simple y accesible”*. *“Todo lleva a pen-*

sar que dada la aplicación masiva de nuestra terapia nos vamos a ver obligados a mezclar el oro puro del psicoanálisis con el plomo de la sugestión". Algunos han pretendido oponer el psicoanálisis, es decir, el oro, a la psicoterapia, al plomo. Algunos de entre nosotros que todavía seguimos teniendo algunas nociones de química, sabemos que es posible aliar el oro con el plomo. Tiene su interés señalar en este punto que durante decenios la traducción francesa no hablaba de oro y plomo sino de oro y cobre, dos sustancias imposibles de aliar. Me parece evidente que para Freud no había ninguna oposición entre psicoanálisis y psicoterapia sino más bien una adaptación de la técnica analítica a las necesidades de una mayor parte de la población y a las patologías específicas de estas personas. Y de hecho, la psicoterapia psicoanalítica se ha desarrollado apoyándose en el psicoanálisis pero también desarrollando nuevos aspectos técnicos para poder adaptarse a las diferentes patologías. Pensemos asimismo en las aportaciones de las concepciones de la teoría sistémica o en el lugar que actualmente ocupan los padres en el tratamiento psicoterapéutico de los niños. El propio Freud decía que un cierto número de estos pacientes son tan frágiles que habrá que *"asociar para ellos la influencia educativa y la analítica"*, o incluso, bajo la indudable influencia de Ferenczi, que la evolución de nuestra terapéutica nos conducirá hacia una mayor actividad por parte del psicoanalista. Vemos hasta qué punto, Freud ya en 1919 tenía la premonición de una diferenciación entre psicoanálisis clásico y una forma de psicoanálisis aplicado como la psicoterapia psicoanalítica. Pero añade: *"cualesquiera que sean las estructura y composición de esta psicoterapia popular, sus elementos más importantes y eficaces seguirán siendo, desde luego, los tomados del estricto psicoanálisis, libre de toda tendencia"*. Insisto en subrayar esta última frase de Freud. En ella afirma con fuerza que la psicoterapia psicoanalítica tiene que sacar sus fuerzas vivas y su inspiración técnica y teórica del psicoanálisis. Parece como si afirmase que en caso contrario, ya no se trataría de psicoterapia psicoanalítica.

El psicoanálisis conoció su edad de oro a partir de los años 1950. La psiquiatría ya se había separado de la neurología y un gran número de universidades elegía a psicoanalistas para dirigir los departamentos universitarios de psiquiatría y los servicios clínicos. Era evidente que los que iniciaban una formación en psiquiatría tenían que realizar un psicoanálisis personal. En los servicios clínicos, el único abordaje terapéutico era de tipo psicodinámico. Los abordajes comportamentalistas estaban todavía en sus inicios y la psicofarmacología no era más que una esperanza de futuro. En muchos países los tratamientos psicoterapéuticos a largo plazo, y por tanto los psicoanálisis, eran pagados por los seguros de enfermedad.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD

El hecho de que los sistemas de seguridad social paguen las psicoterapias ha hecho que en la relación terapéutica dual se incorpore un nuevo protagonista institucional. Lo que ocurre es que este nuevo elemento es quien lleva las cuentas y pretende intervenir sobre todo en los momentos económicamente difíciles. *“Bajo el efecto de la recesión y de las nuevas directrices económicas brutales para reducir los costos, las psicoterapias se han vuelto vulnerables”* (Pines 1999.)

Voy a intentar ilustrar el impacto y las repercusiones de este nuevo elemento institucional sobre la práctica psicoanalítica en su vertiente teórica y técnica.

Pensemos por ejemplo en **Alemania**, donde en 1960 se implantó una formación analítica que cubría todo el país y en consecuencia se reconoció la psicoterapia psicoanalítica. Desde entonces los seguros de enfermedad pagan las sesiones de los pacientes que consultan a nuestros colegas alemanes formados dentro del modelo oficial.

Los méritos del sistema alemán son innegables: reconocimiento de la psicoterapia psicoanalítica como método tera-

péutico y por tanto, reconocimiento de un status oficial de psicoterapeuta con todo lo que ello supone de seguridad material. Pero visto desde fuera, este sistema produce la impresión de que los psicoterapeutas alemanes van perdiendo poco a poco, no solo su libertad de formación sino también su libertad terapéutica.

En este sentido, desde hace bastantes años ya han comenzado las restricciones tanto de las indicaciones terapéuticas como del número de sesiones pagadas. Las indicaciones terapéuticas para poder aceptar a un paciente en psicoterapia analítica incluyen sobre todo a *“las manifestaciones sintomáticas de tipo neurótico subyacentes a un conflicto inconsciente”* (Gattig, 1996), a los trastornos psicósomáticos y funcionales cuya etiología psicógena ha de ser demostrada, a las reacciones psíquicas ante enfermedades somáticas graves (reumatismos crónicos, enfermedades cardíacas...) o a consecuencia de accidentes físicos. Las indicaciones en términos de estructuras de personalidad solo en 1976 comienzan a ser admitidas por parte de los seguros de enfermedad como indicaciones para un tratamiento analítico. Estas indicaciones terapéuticas, basadas en referencias nosográficas, no tienen en cuenta ni el contexto de la demanda de tratamiento, ni la importancia determinante de la singularidad del encuentro psicoterapeuta-paciente en la dinámica del proceso psicoterapéutico.

Este reconocimiento oficial inscribe a la psicoterapia psicoanalítica dentro de la lógica de una técnica médica sometida como tal a principios normativos de indicación y de evaluación ajenos y extraños a ella: necesidad, eficacia y economía se convierten en los tres ejes que van a regir las relaciones entre los terapeutas, sean psiquiatras o psicólogos, y las instancias sociales que pagan los gastos médicos. La lógica propia de los organismos que se hacen cargo de los cuidados médicos les lleva naturalmente a promocionar una psicoterapia que se acomode a un proceso médico estrictamente causalista, llevando a un callejón sin salida a la especificidad del psiquismo huma-

no y al desconocimiento de las modalidades técnicas que permiten abordarlo.

La filosofía de base del sistema de seguridad social consiste en pagar la psicoterapia psicoanalítica solo en los casos en los que hay esperanza de curación. En Alemania los 3 ejes que regulan la relación del médico con las instancias sociales que corren con los gastos médicos de las psicoterapias psicoanalíticas en concreto, son necesidad, eficacia y economía.

- *Necesidad*: es al psicoanalista a quien le corresponde demostrar que el paciente en cuestión necesita un tratamiento psicoterapéutico.
- *Eficacia*: tiene que probar y convencer al psicoanalista consejero que la psicoterapia psicoanalítica es el mejor método de tratamiento para curar o mejorar la patología psíquica de determinado paciente.
- *Economía*: este principio condiciona los dos anteriores.

Para que se pueda pagar una psicoterapia psicoanalítica (o comportamentalista), el psicoterapeuta tiene que enviar un informe detallado a un psicoanalista (o a un comportamentalista) experto de la Seguridad Social indicando que las medidas psicoterapéuticas son necesarias y apropiadas y que existen posibilidades de curación de *la enfermedad* que sufre la persona en cuestión.

Los tratamientos analíticos pagados en Alemania comprenden un máximo de 300 sesiones (75 en los Países Bajos, 2 años a dos sesiones en Suiza y luego 1 sesión durante los dos años siguientes). Se supone que este número de sesiones es suficiente para obtener los resultados previstos sea cual sea el estado psíquico real del paciente al finalizar las sesiones. Esta limitación del número de sesiones pagadas influye en el propio proceso del trabajo terapéutico (Frisch, 1998).

Limitar el número de sesiones pagadas induce a cambios conscientes e inconscientes en la técnica terapéutica y lleva a que la finalización del tratamiento dependa de factores exte-

rios y no de los cambios intrapsíquicos producidos en el paciente.

El psicoterapeuta tiende a terminar “dentro del plazo” de las 300 sesiones favoreciendo “activamente” la desaparición de los síntomas en perjuicio del proceso analítico y de los cambios estructurales más profundos, sea cual sea el tiempo que el paciente necesita en función de sus defensas puestas en juego. Puede llegar a instalarse en el paciente una culpabilidad insidiosa por necesitar de más sesiones que las previstas administrativamente. Esta misma culpabilidad inconsciente puede operar en el psicoterapeuta que se imagina a sí mismo menos competente que sus colegas al necesitar de más sesiones para terminar las terapias que la media del resto de los profesionales. Pero sabemos que toda culpabilidad inconsciente no puede tener más que efectos negativos para el proceso terapéutico.

Los psicoterapeutas psicoanalíticos se ven obligados a *“colaborar con el sistema financiero de los seguros de enfermedad” para “afirmar (su) presencia dentro del sistema y asegurar así la permanencia del psicoanálisis, por una parte, y, por otra, para poder mantener una cierta base que nos permita demostrar las diferencias que separan a nuestro método de otros, subrayando las ventajas”* que el psicoanálisis comporta. Todo esto obliga a *“poner el acento en las ventajas que el propio sistema podría obtener con la utilización del abordaje analítico”*. (Gattig, 1996). La controversia política y económica le ha ganado totalmente la partida al debate científico (Gerlach 1995).

En los países que existe una formación obligatoria, ésta ha ido atrayendo cada vez más gente a la búsqueda de una especialización profesional: se hacen psicoanalistas como se hubiesen podido hacer oftalmólogos o psicólogos industriales. El analista alemán Loch (citado por Appelbaum) escribe: *“Pienso que cuando el deseo de iniciar una carrera profesional no se integra dentro de algo más amplio, puede llegar a entorpecer*

nuestro trabajo e incluso abocarlo al fracaso...” Más adelante, teme que la burocracia en la que está inmersa la psicoterapia en Alemania debido a su reconocimiento oficial, llegue a conseguir lo que el terror nazi no pudo lograr: meter en vereda al psicoanálisis. En el mundo entero se observa una evolución similar dentro del psicoanálisis: orígenes difíciles al límite de la supervivencia, más tarde el reconocimiento social y finalmente amenaza de desaparición dentro de una plétora de formas plagiadas. Pero en Alemania, aunque los profesionales sean reconocidos oficialmente después de haber superado el examen de psicoterapia psicoanalítica, no por ello tienen asegurado el trabajo como psicoterapeutas. Existe un *numerus clausus* que determina el número de psicoterapeutas necesarios en cada uno de los *Länder*. Se me señalaba que en algunos de ellos no se prevé la creación de nuevos puestos de trabajo en muchos años.

En algunos países hemos podido observar la eclosión de una nueva industria terapéutica: Los seguros de enfermedad en los Estados Unidos, pero también en Alemania, contratan psicólogos para trabajar en sus propios consultorios. Estas aseguradoras obligan a sus afiliados a consultar a estos psicólogos si quieren que se les pague el tratamiento. Y muchos psicólogos eligen la seguridad del empleo, incluso con salarios inferiores, y aceptan estos puestos de trabajo. Hay que precisar que estas aseguradoras contratan a psicólogos no formados como psicoterapeutas porque los salarios son menores que los de los psicoterapeutas formados. A menudo, los seguros exigen a sus terapeutas que obtengan resultados rápidos para reducir tanto el número de psicoterapias a largo plazo como el número de sesiones por terapia bajando así el costo del tratamiento psicoterapéutico. Se observa esta misma tendencia en numerosos centros de salud mental. Los gerentes opinan que se puede atender a más pacientes con menos terapeutas si éstos no se comprometen con tratamientos a largo plazo. El psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica van desapareciendo poco a poco de estos centros o en todo caso

acaban cumpliendo una función de coartada. Es interesante señalar que estamos pasando de un modelo en el que quien mandaba era el proveedor (psicoterapeuta) a un modelo en el que quien manda es el consumidor (seguros). Anteriormente, solían ser el saber y la experiencia del proveedor los que determinaban la elección del tratamiento, su frecuencia y duración; actualmente es el consumidor quien decide en función de criterios económicos. En la actualidad, el consumidor es la compañía de seguros (Appelbaum, 1999). Nos tememos que al final, el psicoanálisis se va a convertir en el privilegio de las consultas privadas para personas adineradas e introspectivas, mientras que las terapias breves se van a reservar para los segmentos más desfavorecidos de la población. Sería una vuelta atrás a los tiempos de Freud.

Dentro de esta lógica, los pacientes cuyo estado no mejora con estas terapias reductoras de síntomas, son enviados al hospital para integrarlos dentro de programas de investigación. Nos volvemos a encontrar con una filosofía biotecnológica para la que el sufrimiento psíquico y las enfermedades mentales son debidas a disfuncionamientos cerebrales siguiendo el modelo de la inteligencia artificial. Las “averías del cerebro” se reparan de forma estandarizada y normativizada, con medicación, como si los individuos fuesen clones sin subjetividad. Aunque el propio Freud escribía en 1915 que *“todos los intentos por encontrar la localización de los procesos psíquicos y todos los esfuerzos por pensar en las representaciones como almacenadas en las células nerviosas han fracasado radicalmente”* él no pierde del todo la esperanza de que algún día se pueda encontrar una localización neurológica de las enfermedades mentales. *“La debilidad de nuestra descripción del psiquismo desaparecería sin lugar a dudas si estuviésemos ya en condiciones de sustituir los términos psicológicos por términos fisiológicos y químicos* (1920). Y al final de su vida en *El compendio del psicoanálisis* (1946) expresa su esperanza de que *“el porvenir nos enseñe tal vez a actuar directamente con la ayuda de ciertas sustancias químicas, sobre las cantidades de*

energía y su reparto en el aparato psíquico". Freud muestra muchas vacilaciones: defiende su método pero como si no tomase conciencia de que ha fundado una teoría que supone una ruptura completa con las formas de pensar médicas prevalentes. La dificultad actual de los propios analistas para reconocerse como provenientes de una teoría científica tiene su origen en esta ambivalencia de Freud.

Las terapias de grupo han sido siempre la niña pobre de la psicoterapia. Sin embargo, en la actualidad, están viviendo un crecimiento considerable. Pero no gracias a nuevos desarrollos teóricos o a cambios revolucionarios en la técnica sino gracias a que los seguros piensan que los tratamientos de grupo son más baratos que los individuales.

Appelbaum (1999) piensa que *"el futuro se va caracterizar por el tratamiento de los síntomas en detrimento del de la persona global, por el cambio directo del comportamiento en detrimento del estudio de los pensamientos y las emociones, por la confianza en la biología en detrimento de la psicología, por los grupos en detrimento de los individuos, por el tratamiento a corto plazo en detrimento del de a largo plazo y por la hospitalización en detrimento del tratamiento ambulatorio"*.

Para D. Quinodoz (1990) el psicoanálisis, en oposición a la psicoterapia, sería una garantía de libertad ya que no busca la rentabilidad en una civilización en la que todo está sometido al dictado de la misma. Este autor piensa que para salvaguardar los valores fundamentales del psicoanálisis y su independencia, habría que mantenerla ajena a cualquier forma de control de cualquier organismo y por tanto fuera de cualquier sistema de devolución del costo.

LA FORMACIÓN DE BASE

Aunque el psicoanálisis fue durante mucho tiempo la psicología que se enseñaba a los futuros psiquiatras, actualmente las cosas ya no son así. Wallerstein (1999) muestra que

durante su formación de psiquiatra al comienzo de los años 50 las horas dedicadas a la psicoterapia eran unas 3.000. En los años 90 ya no quedan más que 300, es decir, un 2,5% de la formación. Los futuros psiquiatras en formación que siguen a un paciente a dos horas por semana durante sus 4 años de formación son actualmente una ínfima minoría. Wallerstein se refiere a la situación de los Estados Unidos pero mucho me temo que, salvo raras excepciones, sea muy similar a la de Europa.

En Europa, en general, las cátedras ocupadas anteriormente por los psicoanalistas están siendo ocupadas por psiquiatras biólogos o neurocientistas. Cada vez es mayor el número de servicios clínicos universitarios en los que ya no hay psiquiatras psicodinámicos, no hablemos ya de psicoanalistas, para supervisar a los jóvenes en formación. En cantidad de servicios universitarios los jóvenes ya no encuentran posibilidad alguna de supervisión.

No es que ya no haya ningún tipo de iniciación en la psicoterapia durante la formación en psiquiatría, es que ya no hay ni siquiera una iniciación en la comprensión psicodinámica. Todo esto lleva a que cada vez haya un número más reducido de psiquiatras formados en el psicoanálisis y a que la presencia del psicoanálisis sea cada vez reducida en el entorno médico.

El número de tratamientos a largo plazo y de frecuencia elevada está disminuyendo progresivamente y aumentan los tratamientos de corta duración: terapia comportamental, terapia de crisis, terapia de trastornos adictivos, de comportamientos alimenticios o incluso de trastornos de la sexualidad, de la imposibilidad de quedarse solo...

La introducción del DSM ha provocado un verdadero trastocamiento de la concepción de la psicopatología. Los trastornos psiquiátricos se entienden como entidades de pleno derecho y no como expresión de procesos psicodinámicos. Lo observable y lo medible es más importante que la personalidad del sujeto con sus conflictos y sus deseos...

La estancia de los pacientes en los hospitales psiquiátricos, por razones económicas, debe de durar lo menos posible. A los pacientes se les trata con medicación aunque eventualmente pueden beneficiarse de algunos consejos comportamentalistas o de sentido común. De hecho, se trata de restablecer el equilibrio previo a la crisis que ha conducido a la hospitalización y no de aprovechar este momento fértil de la crisis para llevar al paciente a acercarse a su vida interior y llegar a posibles reestructuraciones psíquicas. La práctica consiste claramente en hacer lo menos posible para evitar prolongar la hospitalización. Los cuidadores no entienden la importancia de una relación privilegiada y continuada con los pacientes. La propia idea de que el vínculo relacional es en sí mismo un poderoso recurso terapéutico ha desaparecido. Estos pacientes, heridos por esta deshumanización de los cuidados psíquicos, tienen muchas dificultades a la hora de implicarse en una psicoterapia al salir del hospital por temor a una nueva decepción. Es lo que yo llamo enfermedad yatrogénica del vínculo terapéutico.

En **psicología** la situación no parece mucho mejor. Una estudiante de psicología en los EE.UU. me contaba que tiene que presentar un trabajo sobre la sexualidad. Su profesor le pide expresamente que no se ocupe más que de los autores de estos últimos 10 años. Una vez más Freud enterrado en el olvido. En Europa, sobre todo en Alemania, Suiza alemana, Países Bajos y Escandinavia, está tomando un enorme auge el amplio movimiento de la **psicoterapia integradora** de origen universitario. La idea de base es la siguiente: hay que tomar lo mejor (sic) de cada una de las orientaciones psicoterapéuticas para recomponer un nuevo corpus teórico y práctico llamado psicoterapia integradora. Los enseñantes universitarios de las facultades de psicología parecen mostrarse enormemente ávidos de este nuevo artilugio. En los Países Bajos, las autoridades han decidido instaurar esta forma de terapia integradora e imponer estas formaciones “patchwork” a los futuros terapeutas.

Hay algunas ideas simplistas que se ocultan detrás de todo esto:

- todas las terapias valen y cogiendo un resumen. de todas ellas se pueden optimizar los resultados,
- de esta manera, los poderes públicos pueden imponer formaciones más cortas que las actuales,
- los terapeutas así formados van a ser capaces de practicar tratamientos mucho más cortos que los anteriores.

Lo más llamativo de todo esto es que un cierto número de profesores universitarios que ha menudo no tienen ninguna experiencia o la tienen muy limitada, se jactan de querer imponer sus elaboraciones, a menudo estadísticas, o puramente teóricas a los clínicos. Me pregunto si no es una manera de intentar tomar el poder de la formación en psicoterapia que en la actualidad se les escapa de la mano ya que en su mayor parte dicha formación se imparte desde las sociedades de psicoterapia. Sus argumentos son temibles ya que utilizan a menudo datos estadísticos para demostrar por ejemplo que 5 de sus sesiones son más eficaces que muchos años de psicoterapia analítica. Ni qué decir que estos argumentos son extraordinariamente bien recibidos por los seguros de enfermedad y otros agentes de decisión económica.

Evidentemente, todos estos fenómenos están afectando también a la formación en psicoterapia psicoanalítica. Habrán observado que cada vez hay más centros especializados en patologías específicas: centros para niños maltratados, para mujeres en apuros, para familias monoparentales o centros de consulta para parejas o para homosexuales, alcohólicos, obesos o niños disarmónicos, etc., etc. Habitualmente estos centros se ocupan únicamente de cada problema suelto. Cada vez más, la persona se va viendo reducida a su propio síntoma. Todo esto hace que estamos asistiendo progresivamente a formaciones cada vez más reducidas a una problemática específica. Por ejemplo en Luxemburgo, el Ministerio de la Familia ha organizado una especialidad en psicoterapia del trauma.

Mi forma de entender la formación me lleva a pensar que es absolutamente indispensable ver a la persona en su globalidad y estudiar el funcionamiento mental en su conjunto. Y sin embargo, estamos asistiendo cada vez más a formaciones de módulos de unas horas o de unos fines de semana. Uno se inscribe en un módulo que le interesa, luego en otro y así sucesivamente. Me parece lamentable observar que, aun siendo para hacer frente a la inflación de formaciones que hay en el mercado, determinadas formaciones en psicoterapia psicoanalítica se estén inspirando actualmente de este modelo.

Kernberg (1992) está convencido de que, gracias al prestigio del que aún goza el modelo psicoanalítico, todavía es posible reinvestir con una importante presencia los departamentos de psiquiatría y reestablecer vínculos sólidos y permanentes con la psiquiatría institucional. Esto *“va a atraer a los internos de psiquiatría y a los psicólogos universitarios hacia las sociedades psicoanalíticas. (...) Los psiquiatras y psicólogos en formación van allí donde ocurre algo.”* Así es como Kernberg plantea el problema, con una enorme simplicidad y un profundo sentido común. A menos de que nos convirtamos en unos devotos del psicoanálisis “puro”, estoy profundamente convencido de que es urgente reinvestir las instituciones y sobre todo los hospitales psiquiátricos, y por tanto también la patología psicótica, para promover y desarrollar en ellos el pensamiento analítico.

LA CONTRA CULTURA DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS¹

Se las llama alternativas porque se presentan como alternativa al modelo analítico en su concepción de la función de ayuda y en la utilización que hacen del encuadre.

Tengo una visión bastante amplia de la forma como trabajan algunos de estos terapeutas ya que durante más de 3 años

¹ Ver al respecto el artículo de Appelbaum (1999).

he supervisado a un equipo de un consultorio compuesto por 6 terapeutas de esta orientación.

En algunos aspectos se diferencian radicalmente del psicoanálisis, no solo desde el punto de vista teórico sino también del encuadre terapéutico propuesto. Así como el modelo analítico se caracteriza por una cierta inmutabilidad del encuadre terapéutico (sesiones semanales en horas fijas, con una duración determinada y en un lugar determinado, etc.) los terapeutas alternativos parecen investir la movilidad del encuadre y pueden llegar a proponer sesiones en diferentes lugares, en el consultorio, en el domicilio privado de uno u otro de los protagonistas, o incluso el paciente puede participar en una sesión maratón durante todo un fin de semana de forma individual o grupal tanto en un hotel como en la casa de campo del terapeuta. Existe una enorme flexibilidad en cuanto al espacio y duración de los encuentros y el número de participantes. A la mayor parte de los clientes atendidos individualmente les proponían fines de semana “terapéuticos” residenciales en los que poder encontrarse todos los clientes en grupo. Incluso el cónyuge del terapeuta podía presentarse como co-animador. Otras veces los terapeutas proponían a los pacientes del consultorio ir todos a misa u organizar juntos un día de campo.

A nivel teórico, estos terapeutas mezclan el pragmatismo occidental con las tradiciones orientales o incluso con la medicina china. Siguiendo el principio holístico, consideran que el cuerpo y el espíritu son una misma cosa y, por tanto, interpretan directamente las significaciones como causas y acompañamientos de los males somáticos.

Así como el psicoanálisis centra su atención en el inconsciente, las terapias alternativas ponen en evidencia las potencialidades de las personas cuando utilizan su conciencia, el poder de su voluntad y el pensamiento positivo.

A diferencia de los psicoanalistas, los terapeutas alternativos provocan activamente la expresión, a veces brutal y masi-

va, de las emociones, planteando que no solo el cerebro sino todo el cuerpo tiene memoria y que el tratamiento analítico, demasiado centrado en el pensamiento, no le permite expresarse.

Estos terapeutas reprochan a los psicoterapeutas analíticos su concepción excesivamente medicalizada de la patología y su reproducción del modelo médico con todo lo que conlleva de sumisión por parte del paciente. Además, no hablan de pacientes sino de clientes. Proponen una relación igualitaria entre los clientes y los terapeutas y no dudan en expresar lo que piensan o sienten llegando incluso a compartir con ellos sus propias dificultades psicológicas y relacionales, pasadas o actuales.

Según Freud (1919) *“el tratamiento psicoanalítico debe de llevarse a cabo en la medida de lo posible en un estado de frustración y de abstinencia”*. Lejos de ello, las nuevas terapias consideran que la expresión de alegría es un criterio de éxito. Frustración, sufrimiento o incluso carencia no son más que la expresión de la culpabilidad cristiana y burguesa. De ahí el intento, por ejemplo, por parte de ciertos grupos de terapeutas (EAP) de asociar defensa de la psicoterapia y defensa de los derechos del hombre. El resultado es que cada individuo tiene el derecho, y por tanto el deber, de no manifestar ya más sufrimiento y de no entusiasmarse por ningún otro ideal que no sea el del pacifismo o el de la moral humanitaria. En este contexto, la tristeza, la angustia, el odio, etc. son considerados como emociones patológicas que hay que tratar, es decir, suprimir.

El último punto a considerar tiene que ver con la formación: estos terapeutas piensan que los médicos y psicólogos con sus largos currículums científicos y universitarios no son los candidatos más idóneos para convertirse en los mejores psicoterapeutas. Subyace evidentemente el fantasma de que cualquiera puede convertirse en terapeuta y que los conocimientos científicos no son más que un obstáculo.

Todo esto está provocando inexorablemente el empeoramiento de la calidad de los tratamientos. Es como si nos vol-

viésemos a encontrar inmersos en el conflicto anteriormente evocado entre el evolucionismo y el creacionismo con una vuelta atrás a la época de las tinieblas.

Una de las reglas básicas de estos terapeutas que yo supervisaba era que había que ser “honesto” con los clientes. Ahora bien, ser honesto para ellos quería decir responder en la realidad a las preguntas de los pacientes. Así, cuando un paciente consultaba por dificultades conyugales, el terapeuta se sentía obligado a hablarle de sus propias dificultades conyugales o incluso de sus trastornos sexuales o de sus aventuras extraconyugales, etc. Estos terapeutas me objetaban que ¿cómo iban a confiar los clientes en ellos si ellos mismos les ocultaban cosas? Todo esto me ha hecho pensar en el análisis mutuo de Ferenczi. No se trataba de buscar la verdad inconsciente del paciente sino de la búsqueda de una forma de verdad objetivable por medio de la identificación con el terapeuta.

Me estoy acordando de otra situación: una de las experimentadas terapeutas, irritada con una cliente que llevaba 2 sesiones hablándole de su trabajo, va y le suelta que ella no considera su trabajo como una terapia sino como una serie de banales entrevistas. Nos podemos suponer que la terapeuta entendió el discurso de su paciente sobre el trabajo como una defensa para no abordar otros temas más difíciles o como un síntoma transferencial, etc. Sea lo que fuere, el caso es que esta cliente vivió esta intervención de su terapeuta como enormemente desvalorizadora y descalificadora y al llegar a casa intentó suicidarse. Mi supervisada se siente culpable, visita a su paciente en el hospital y le dice que para conseguir su perdón está dispuesta a dedicarle un día entero con los planes que la paciente decida. Dicho y hecho: van de tiendas, pasean, y cafecito de despedida primero en casa de una de ellas y luego en la otra. Mi supervisada no entiende porqué después de todo esto la paciente ya no quiere volver a terapia. Durante la supervisión la terapeuta me advierte que quiere hablar de

este caso pero que no está dispuesta a poner en cuestión su propuesta de pasar el día con su paciente.

Una de las críticas que estos terapeutas alternativos nos dirigen es que ellos trabajan mucho más rápidamente, entiéndase más eficazmente, que los analistas. Ahora bien, mi experiencia me dice todo lo contrario: primero se implican con un paciente en una relación, luego lo derivan donde otro colega para hablar de su relación con los hijos, luego donde un tercero para hablar de la feminidad, donde el siguiente para ver cómo afrontar la soledad, la depresión, los problemas de alcohol o incluso acaban acudiendo a un grupo por otro síntoma diferente. En esta supervisión llegué a constatar que algunos pacientes, durante más de 3 años, habían pasado por los 6 terapeutas del centro, con el convencimiento total por parte de cada uno de ellos de que trabajaban mucho más rápidamente que si el paciente hubiese iniciado un trabajo analítico.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA: INVESTIGACIÓN Y QUALITY INSURANCE

Para nosotros, profesionales, la eficacia del abordaje analítico ha sido siempre evidente. La validez de la terapéutica analítica se verifica en las sesiones y así lo atestiguan un sinnúmero de informes clínicos y estudios teóricos de la literatura analítica. La reputación individual de seriedad y competencia ha bastado durante mucho tiempo para dar fe de sus resultados. Pero los organismos pagadores estiman actualmente que es preferible confiar en controles provenientes de diversas fuentes. La presión es cada vez mayor hacia la evaluación del trabajo psicoterapéutico siguiendo el criterio de los estudios estadísticos tal como se hace desde hace mucho tiempo en cirugía o en otras disciplinas médicas técnicas. Este tema es de tal actualidad que la EFPP ha decidido dedicarle un congreso en Octubre de 2000 en Chipre. Los “resultados” de los terapeutas de uno u otro método están siendo evaluados y comparados

actualmente. Es decir, se están comparando los resultados de los terapeutas comportamentalistas con los de los psicoanalistas por ejemplo. Después de haber sido dolorosamente puestos en cuestión por parte de los agentes de decisión económica y después de los ataques de las terapias alternativas, los psicoterapeutas analíticos se ven obligados a demostrar su eficacia terapéutica. Sin embargo, evaluar la desaparición de los síntomas significa emplazarnos en el terreno de las terapias alternativas. De hecho, las investigaciones demuestran que después de un tratamiento analítico los síntomas no desaparecen prácticamente pero el 80% de los pacientes dice sentirse transformado por la experiencia de la cura analítica: se sienten más felices y más capaces de relacionarse mejor a nivel social, profesional, de amistad y de relaciones amorosas. Plantear la evaluación exclusivamente en términos de reducción de síntomas coloca a la terapia analítica en una posición perdedora por el simple hecho de que no es ese el primer objetivo de su trabajo.

Además, se trata de una política de cifras a corto plazo. Cuando se habla de evaluación, hay que saber lo que se está evaluando actualmente. Así por ejemplo, las compañías de seguros comparan en general el número de sesiones de los pacientes de un comportamentalista y de un analista. Constan que durante un año los pacientes consultan 10 veces más a su analista que los pacientes de los comportamentalistas. Conclusión: los comportamentalistas son más eficaces porque cuestan menos. Pero hay que saber que la mayor parte de estas estadísticas no tienen en cuenta más que un año presupuestario sin ocuparse de plazos más largos. No se tienen en cuenta otros gastos sanitarios por problemas somáticos, incapacidades de trabajo, posibles hospitalizaciones ni incluso las consultas que pueden producirse al año siguiente.

Bajo esta presión económica, algunos psicoterapeutas se sienten obligados a realizar investigaciones para poder demostrar la eficacia de su trabajo. Ahora bien, lo que se observa es

que gran parte de estas investigaciones son de tipo estadístico o intentan demostrar que la psicoterapia psicoanalítica es tan eficaz como cualquier otra para abordar determinadas patologías con intervenciones relativamente breves. Uno de estos colegas me contaba que estaban intentando estandarizar el tipo de intervención de los psicoterapeutas. Tenemos que estar muy atentos al riesgo de “comportamentalización” de la investigación analítica, porque si no, corremos el peligro de que estas investigaciones influyan en el abordaje analítico convirtiéndolo en una terapia de adaptación que sí va a satisfacer a los seguros pero que se va ver reducido a una pequeña muestra del instrumento revolucionario que aún sigue siendo.

Limitar con estadísticas toda la complejidad del proceso terapéutico y de las interacciones transfero-contratransferenciales me parece una herejía. Hay muchos temas que plantear:

- ¿Cómo medir el proceso?
- ¿No hay peligro al querer medir únicamente el resultado?. Y sin embargo, ocurre que los objetivos del trabajo terapéutico pueden ir evolucionando y cambiando a lo largo del proceso. La propia percepción que el paciente tiene de su salud psíquica está reajustándose de forma permanente.
- Los diagnósticos descriptivos del DSM no están adaptados para describir el peso de la patología que se esconde bajo estas entidades fenomenológicas.

¿Debemos de temer que las investigaciones sobre la eficacia se reduzcan a un control cuantitativo con el objetivo de reducir todavía más las cantidades asignadas para los tratamientos psíquicos?

Hay más temas:

- ¿Cómo definir la calidad?
- ¿Cuáles son las normas que definen las calidad, con un mínimo y un máximo?
- ¿Qué criterios de evaluación elegir?

Pero, ¿y la valoración de las normas en psicoanálisis, no va a ir en detrimento del conflicto intrapsíquico?

El control de la calidad ya está instaurado en algunos países aunque de diferentes maneras:

- en Bélgica por ej., los médicos tienen la obligación de participar en grupos de intervisión
- la formación del psicoterapeuta está reglamentada
- existe la obligación de asistir a congresos, seminarios y de presentar casos clínicos
- Asimismo están obligados a redactar informes clínicos detallados a fin de obtener la autorización para coger un paciente en psicoterapia. En Alemania por ej. este informe es leído y aprobado o rechazado por expertos en psicoterapia..

En Alemania existe un proyecto para imponer una recuperación estadística de la actividad profesional del psicoterapeuta: tipo de pacientes (edad, diagnósticos...), modelo terapéutico utilizado, resultados con obligación de compararlos con las estadísticas de los colegas... Después de obtener estos datos esperan poder llegar a determinar los criterios objetivos que indiquen quién puede beneficiarse de un psicoanálisis, quién de una terapia comportamental o quién no debería ser tratado más que con una medicación o la hospitalización.

Evidentemente, no hay porqué desdeñar algunos aspectos positivos de estos grupos de intervisión que evitan que los profesionales se aislen demasiado y pierdan el contacto con la evolución de la técnica y de los nuevos adelantos técnicos. Sin embargo, no nos olvidemos en el ámbito de la psicoterapia, de los problemas de confidencialidad sobre todo en las ciudades medias en las que todo el mundo se conoce.

No renuncio a contarles una anécdota muy ilustrativa. Se trata de una discusión que una colega tuvo con una importante persona perteneciente a una compañía de seguros de enfermedad en Alemania y que consideraba que en psicoanálisis

había que llegar a un control comparativo constante entre los objetivos planteados y los alcanzados. Al final de cada sesión habría que decidir los objetivos de la sesión siguiente y comparar el resultado alcanzado con el objetivo fijado y después, volver a fijar nuevos objetivos para la sesión siguiente y así sucesivamente.

Pues bien, tuve en supervisión a una terapeuta que aplicaba este esquema cada 3 sesiones. Si observaba que los objetivos alcanzados diferían excesivamente del objetivo planteado interrumpía las consultas.

Mi forma de entender el trabajo analítico está en las antípodas de una técnica estandarizada y formalizada. Yo no reduzco el psiquismo a los comportamientos. Por tanto, me parece terriblemente difícil medir una de las especificidades del trabajo analítico como es la subjetividad, que no es cuantificable. *“En ella está la prueba, a la vez visible e invisible, consciente e inconsciente, para afirmar la esencia de la experiencia humana” (Roudinesco, 1999).*

CAMBIOS DENTRO MISMO DEL CORPUS PSICOANALÍTICO

Todas estas presiones de las que les he hablado están empujando a realizar tales reajustes en la técnica analítica que se está llegando a desfigurar el proceso fundamental. Sirva de ejemplo un artículo de André Lussier, psicoanalista canadiense conocido, que analiza un texto de Owen Renik que lleva por título *Getting real in Analysis*. Este último no es un cualquiera: se trata del redactor-jefe de la famosa revista *Psychoanalytic Quarterly*. Renik presenta una viñeta clínica de una paciente depresiva que a causa de su resfriado quiere renunciar a una invitación para ir a cenar a casa de una amiga. Renik le dice entonces a esta paciente *“que piensa que tal vez sea más razonable preguntar primero a su amiga lo que piensa antes de optar ya de entrada por la abnegación”*.

La paciente añade que había estado dudando sobre si venir o no a la sesión por temor a contagiar al analista. Veamos la intervención de éste último: *“yo le he dicho que estaba de acuerdo con su decisión de acudir a la sesión, pero, le he añadido una pregunta: ¿cree Vd. que yo, en caso de estar con gripe, tendría que anular mis citas?, porque..., yo no las suelo anular. ¿Le parece que soy un irresponsable? La he animado a que reflexione sobre sus ideas para ver si son realistas y le he propuesto que tome en consideración algunas de mis propias ideas acerca de la realidad”*.

Renik ayuda activamente a su paciente a revisar sus posiciones respecto a su realidad operacional, y a adoptar decisiones más realistas. Es como si sustituyese el análisis por la educación, la sugestión o incluso la persuasión. Piensa que hay que recurrir a la confrontación directa con lo que el psicoanalista y otros consideran como realista para ayudar a los pacientes a reconocer la influencia de las convicciones inconscientes formadas durante la infancia. En la exposición de Renik frases como *“he sugerido a la paciente..., he animado a la paciente a reflexionar sobre..., la paciente llega a la conclusión de que..., hemos discutido sobre las construcciones de la paciente acerca de la realidad...”* etc. son frecuentes. Los analistas como Renik afirman que *“animar a un paciente a decidir sobre si sus ideas son realistas o no es una actividad analítica crucial...”*. Con esta forma de trabajar nos encontramos ante consideraciones racionales, deducciones conscientes, miradas sobre sí mismo dictadas desde puntos de vista del espíritu o desde puntos de vista normativos pero no ante vivencias o estados del ser revelados por el inconsciente en plena efervescencia transferencial. Esta forma de proceder pone sin lugar a dudas en evidencia una cierta realidad de la paciente pero en absoluto se trata de un verdadero insight analítico, es decir, de una nueva mirada sobre sí mismo surgida del propio inconsciente gracias a la revivificación afectiva transfero-contratransferencial. Esta manera de discutir, realista, habitual en toda terapia de apoyo de orientación psicoanalítica, no es que no tenga sus

beneficios terapéuticos potenciales, pero, si produce los mismos efectos terapéuticos que el psicoanálisis, éste ya puede ir cerrando la tienda. La adaptación a la realidad corre el riesgo de tomarle la delantera al interés por los determinismos inconscientes.

La forma de entender la transferencia acaba modificándose hasta convertirse en más y más interactiva y transaccional dando paso a veces a consideraciones racionales sobre la relación con el analista. Es como si se produjese una desviación desde una situación clásica en la que se vive la transferencia hacia otra en la que se habla de la realidad de la transferencia.

Renik dice que cuando un paciente comienza a ser capaz de evaluar la realidad de su propia imagen del analista, se llega a un punto en el que más asociaciones no hacen más que entorpecer el proceso. En ese momento hay que animar al paciente únicamente a que se levante y compare sobre el propio terreno, de facto, su imagen del analista con la propia realidad del analista. Y sin embargo, en el modelo analítico clásico el acento se pone precisamente en la fuente inconsciente de las imágenes, y el paciente no tiene ninguna necesidad de levantarse durante la sesión para recurrir a la realidad.

Renik dice también que el análisis tiene que trabajar con objetivos (task oriented endeavor) y que el objetivo del análisis es la supresión de los síntomas.

Todo esto nos obliga a una introspección seria con humildad. Lussier dice que leyendo el artículo de Renik, uno se siente invitado a los funerales del psicoanálisis. Nos tenemos que plantear de nuevo preguntas muy simples acerca de los objetivos del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica así como sobre su inscripción en la sociedad y en el sistema social y económico actualmente prevalentes. ¿Cómo preservar la pureza de la cura analítica si defendemos al mismo tiempo la presencia de la psicoterapia psicoanalítica en el sector público, las instituciones, los hospitales...?

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Cuando examinamos el amplio campo de las diferentes terapias, podemos diferenciar de forma esquemática, por un lado el polo analítico y por otro el conglomerado de las orientaciones no analíticas o incluso francamente anti-analíticas. Recientemente asistimos en Europa a un amplio movimiento de agrupamiento de las diferentes sociedades de terapia. Comencemos por el campo analítico en el que, a mi entender, se podrían diferenciar las sociedades de psicoanálisis y las sociedades de psicoterapia psicoanalítica.

1. A nivel de las **sociedades de psicoanálisis** algunas sociedades freudianas no-miembros de la API (o de su rama europea, la *Federación Europea de Psicoanálisis*) se están acercando a ella actualmente (Alemania, Países Bajos...). No habría porqué descartar que en un futuro algunas sociedades de psicoanálisis de la API se vean tentadas de abrirse a psicoanalistas lacanianos tal como ocurre en América latina, o incluso que sociedades lacanianas soliciten su ingreso en la API. Existen también sociedades lacanianas internacionales pero sus divisiones impiden tener una apreciación clara de la situación.
2. A nivel de las **sociedades de psicoterapia psicoanalítica**, la EFPP federa cada vez más a las sociedades de psicoterapia psicoanalítica (alrededor de 13.000 personas son miembros de las redes de la EFPP). Pero no es la única organización en Europa dentro del campo de la psicoterapia psicoanalítica. Para los próximos años, uno de los objetivos principales de la EFPP va a ser el de crear sinergias entre los componentes de este campo psicoterapéutico.

Junto al campo psicoanalítico existe

3. La **EAP** (Asociación Europea de Psicoterapia) que intenta agrupar a todas las orientaciones terapéuticas: sistémicas, comportamentalistas, humanistas pero también a los relajadores, los masajistas, los hipnotizadores, auriculoterapeu-

tas... es decir, a todas aquellas personas que practican simplemente técnicas terapéuticas. Hay que señalar que un cierto número de estas orientaciones representadas en la EAP, como los sistémicos por ejemplo, tienen sus propias redes a nivel europeo. La EAP propone una misma formación básica para todas las orientaciones europeas (una especie de esperanto de la formación) y la creación de una profesión específica: la de psicoterapeuta. Dentro de este plan, el título básico de medicina, psicología, asistente social etc. no sería necesario para iniciar la formación. Esta misma asociación plantea que toda organización con 400 miembros en Europa como mínimo sea reconocida como corriente terapéutica independiente. Es como abrir la puerta a las mayores desviaciones éticas.

Todo esto produce la impresión de que hay una serie de ejércitos que se están agrupando para la batalla. Por un lado tenemos el polo analítico y por otro un gran número de terapias heteróclitas cuyo común denominador es su orientación anti-analítica y que, retomando las críticas de Freud, Jones y Glover, utilizan todas ellas la sugestión como medio terapéutico.

Tanto el desarrollo de las sociedades de psicoterapias psicoanalíticas como, sobre todo, su agrupamiento en la EFPP estableciendo así a nivel europeo su existencia institucional, ha introducido una nueva dimensión política dentro del paisaje analítico cuyas consecuencias no somos capaces de medir todavía.

Por tanto, sorprende que los psicoanalistas, exceptuando algunas notables excepciones como la de Gran Bretaña, no tengan –¿todavía?– ganas de establecer contactos de sociedad a sociedad. Y sin embargo están apareciendo algunos signos positivos: así, bajo el impulso de Otto Kernberg, las sociedades miembro de la API (Asociación Psicoanalítica Internacional) están dando paso a un proceso de reflexión sobre las relaciones entre el psicoanálisis y la psicoterapia. Espero que el argumento de que son las diferencias de formación las que

distinguen a los psicoanalistas y a los psicoterapeutas psicoanalíticos deje la puerta abierta al diálogo.

Hay que volver a pensar sobre la totalidad del campo analítico así como sobre las relaciones que pueden mantener entre sí los protagonistas de este campo y sobre las relaciones con las organizaciones de las que forman parte.

Parece claro que el desarrollo de los psicoterapeutas psicoanalíticos obliga a medio plazo a redefinir los roles y las funciones respectivas de las dos orientaciones, la psicoanalítica y la psicoterapéutica y a reequilibrar las responsabilidades así como a crear zonas de encuentro para, gracias a la capacidad de diálogo y del mantenimiento de relaciones dialécticas, poder evitar los efectos destructores del juego de fuerzas del poder.

Uno se puede imaginar, tanto por parte de los analistas como de los psicoterapeutas, diferentes escenarios de confrontación o de negación de convergencias y de complementariedad dentro de la diferencia.

Por mi parte, abogo clarísimamente por una forma de “diálogo” entre las dos ramas de la familia analítica sobre la base de unas fórmulas que aún están por definir y que pueden variar de un país a otro. La Gran Bretaña nos ofrece un ejemplo interesante, aunque no necesariamente a imitar, con la creación de la Confederación Británica de Psicoterapia (BCP). Cuatro grandes asociaciones inglesas se han agrupado para crear esta confederación. Los psicoanalistas de la Sociedad Británica de Psicoanálisis, los psicoterapeutas psicoanalíticos de adultos, los psicoterapeutas de niños y de adolescentes y los analistas jungianos. Aun conservando cada asociación su propia autonomía, consideran que lo que les une es más importante que lo que les separa y opone, dentro del respeto de las diferencias. Sus ideas de base les agrupa y les opone a las técnicas terapéuticas breves que buscan la supresión del síntoma al precio de la negación de la vida psíquica o incluso del ataque a la misma.

En este sentido la creación de esta confederación en Inglaterra ha supuesto una auténtica revolución en el mundo psicoanalítico. Esta es la vía elegida por los ingleses; otros países, bajo la presión de los factores sociales tales como las presiones de los seguros de enfermedad o de las orientaciones terapéuticas no analíticas, podrán optar por otras fórmulas.

Con el euro, ya es imposible pensar en el marco estrecho de las fronteras nacionales. Tenemos que pensar a nivel europeo. Por tanto, lo que yo propongo es que la EFPP establezca relaciones con todas las organizaciones europeas del ámbito de la psicoterapia psicoanalítica para constituir una **plataforma analítica** que sirva de lugar de discusión e intercambio. Los problemas de salud y los criterios de formación y reconocimiento ya no serán tratados a nivel nacional sino cada vez más a nivel europeo. Les toca a los psicoanalistas decidir si les interesa participar o no.

Dentro del marco de esta plataforma tendríamos medios para pensar en los criterios de reconocimiento de los psicoterapeutas y de los psicoanalistas tal como nos gustaría presentarlos en Bruselas. Tendría la ventaja de presentar un polo analítico unido en relación a otras orientaciones. Sería también el marco idóneo para pensar entre todos en una ética analítica común, indisociable de la terapia analítica. Nos encontramos, pues, en un momento de grandes cambios en el ámbito de la psicoterapia y con la amenaza para unos, y la esperanza para otros, de un certificado europeo de psicoterapia psicoanalítica.

Construir, reunir, confiando en las fuerzas de vinculación y de diálogo, es lo que Freud describió bajo el concepto de pulsión de vida. Para que esta pulsión de vida sea eficaz tiene que adaptarse a las nuevas condiciones del biotipo... de los analistas. Me atrevo a esperar que la pulsión de vida y de creatividad del movimiento analítico va a ser lo suficientemente fuerte como para contrabalancear las fuerzas de desvinculación presentes en toda institución.

BIBLIOGRAFÍA

- APPELBAUM, S (1999): L'avenir de la psychothérapie individuelle in *A la recherche de l'avenir*. PUF, París.
- FREUD, S. (1949). Abrégé de psychanalyse, PUF, París
- FREUD, S (1981, 7^a Ed.): Les voies nouvelles de la thérapeutique in *La technique psychanalytique*. PUF, París.
- FREUD, S (1940): *Métapsychologie*, Gallimard, París.
- FREUD, S (1982): Au-delà du principe du plaisir, in *Essais de psychanalyse*. Payot, París.
- FRISCH, S. (1998): Les psychothérapies psychanalytiques en Europe. *Jornal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 22: 257-282. Bayard Editions, París.
- GERLACH, A. (1995); Wissenschaftliche Kontrowerse oder Machtkampf? in *Forum psychoanal* 11: 266-274.
- LUSSIER. *Getting real in analysis*, Bulletin de la Societé Psychanalytique de Montréal, vol. 9, n.2.
- ROUDINESCO, E. (1999): L'avenir de la psychothérapie in *A la recherche del'avenir*, PUF, París.
- JAPPE, G. (1998): Qu'appelle-t-on aujourd'hui transmission et diffusion de la psychanalyse? in *Psychanalyse en Europe*, 50 p. 99-106.