

PERSPECTIVAS DEL PSICOANÁLISIS Y PSICOHIGIENE*

José Bleger

Nos hallamos en la actualidad ante lo que podría denominarse —sin exageración— una verdadera *situación de emergencia* en lo que concierne al problema de la salud y la enfermedad mental, y frente a la necesidad de elaborar y aplicar planes de vasto alcance social (en extensión y en profundidad) en el terreno de la higiene mental y la salud pública; la cantidad y variedad de sucesos y fenómenos que tendríamos que enfrentar y resolver son de una magnitud incalculable, ya que debemos tomar en cuenta no sólo los enfermos mentales (en el sentido riguroso de esta denominación), sino también las conductas antisociales y las perturbaciones conflictivas de todo tipo, y esto tampoco solamente desde el punto de vista de la terapia, sino fundamentalmente desde el enfoque de la profilaxis. Sumariamente, los hechos son, en la actualidad, los siguientes:

- 1) Necesidad de mejorar y difundir la asistencia a los enfermos mentales.
- 2) Atender los requerimientos del diagnóstico precoz y la rehabilitación.
- 3) Necesidad de actuar en situaciones que —sin ser enfermedades mentales— se beneficiarían con la ayuda profesional del psicoanalista, psicólogo o psiquiatra.
- 4) Gran limitación social de muchos procedimientos que son, en primer lugar, de índole terapéutica y no preventivos.
- 5) Gran limitación de muchos procedimientos por ser, además, de índole individual (a lo sumo grupal), pero con los que sólo podemos atender a una pequeña proporción de individuos.
- 6) Por la índole de las afecciones mentales, la gran mayoría de ellas requieren, en la profilaxis, atender o evitar no causas específicas, sino una compleja constelación multifactorial de índole social (educación, relación madre-niño, trabajo, alimentación, vivienda, etc.), con lo cual el problema a enfrentar se hace sumamente complejo.
- 7) En síntesis: el problema es social y nuestros instrumentos son individuales (o grupales —cuanto más—); enfocamos en primer lugar la enfermedad y lo que se requiere es la profilaxis y la promoción de bienestar y salud.

La tarea es abrumadora; y frente a ella se ha extendido una cierta premura o exigencia que en forma de consigna es simple: *formar más psiquiatras y más psicoterapeutas*; y este apuro se nos ha contagiado implícitamente en cierta medida como una urgencia por formar más psicoanalistas. En síntesis: la filosofía que subyace a este planteo, o el supuesto fundamental del mismo, reside en querer enfrentar el

* Fuente: José Bleger, *Psicohigiene y psicología institucional*, capítulo V, Buenos Aires, Paidós, 1966, pp. 167-194.

incremento de las enfermedades mentales con un incremento de la cantidad de psiquiatras y psicoterapeutas¹.

Tales son los puntos alrededor de los cuales quiero efectuar algunos comentarios en esta oportunidad, ya que el problema me viene ocupando desde hace algún tiempo y de él he tratado en diferentes oportunidades, especialmente en dos seminarios llevados a cabo con egresados de la carrera de psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires, y en la reciente creación de la cátedra de Higiene mental, de la cual he sido designado profesor. Entre los psicoanalistas no nos hemos ocupado sistemáticamente del tema, pero, de una u otra forma, ciertos supuestos podrían actuar sobre nosotros –creo yo, en alguna medida– como verdaderos prejuicios. Uno de ellos podría ser el de un cierto proselitismo por formar más psicoanalistas y transformar en psicoanalista a todo médico joven que comienza su análisis por razones terapéuticas. No es menos cierto –por otra parte– que son los psicoanalistas también los que mejor han encarado este problema (Caplan, Lindemann, Dawler; Erikson, etc.).

El que se pueda poner en duda si realmente las enfermedades mentales han aumentado de ningún modo invalida todas nuestras consideraciones, puesto que de todas maneras es evidente que tenemos planteada la exigencia de una inmensa tarea por realizar desde nuestro punto de vista de profesionales de la psicología y el psicoanálisis, ya sea por el aumento real de las enfermedades mentales, ya sea por el hecho de que no nos interesan única y específicamente las enfermedades mentales, sino las condiciones psicológicas de promoción de salud y bienestar; o ya sea porque nuestros conocimientos sobre la influencia de los factores psicológicos y emocionales son hoy muy superiores a los que teníamos hasta hace poco. En otros términos, el problema puede enunciarse sucintamente así:

1) tenemos conocimientos psicológicos, deducidos especialmente de la investigación psicoanalítica, que sabemos pueden ser muy beneficiosos para mejorar la vida de los seres humanos, pero,

2) ¿cómo aplicarlos de manera que beneficien a toda o gran parte de la comunidad?

Como se ve, el problema ya no es, especialmente, el de la enfermedad mental, sino el de la *promoción de salud*: la psicoprofilaxis en su más alto nivel. El problema reside en la construcción de una estrategia adecuada que nos permita aplicar y aprovechar nuestros conocimientos en más vasta escala.

Dejo ahora de lado una cantidad de problemas y definiciones previas que ya he aclarado en oportunidad de una publicación anterior², tales como qué es lo que se debe entender por salud mental y por psicohigiene, la relación de ambas con la salud

¹ El primer informe del comité de expertos reunidos por la O.M.S. (9/1953) dice que "los problemas de la higiene mental del mundo jamás podrán ser, adecuadamente resueltos por métodos terapéuticos".

² Bleger, J.: "El psicólogo clínico y la higiene mental", *Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina*, 8, 4, 1962.

pública, y otras cuestiones similares muy básicas. Deseo hacer girar aquí mis consideraciones alrededor del supuesto a que hice referencia más arriba y que se esgrime o se sigue de manera implícita: ¿podemos entablar una carrera con las enfermedades mentales y tratar de aumentar en la misma proporción el número de psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas? ¿Es ésta la solución del problema de la enfermedad y de la salud mental?

Psicoanálisis clínico

El psicoanálisis se define por constituir al mismo tiempo una terapia, una teoría y una investigación: tres aspectos que son estrechamente solidarios e inseparables: sólo podemos curar científicamente con una técnica adecuada y con una teoría, tanto de la técnica como de la enfermedad y de los procesos psicológicos, y sólo podemos curar –además– únicamente en la medida en que investigamos lo que sucede en nuestros pacientes. Algunos autores han dicho que, en psicoanálisis, la curación es un *by product* de la investigación.

Sin embargo, debemos reconocer que el valor social del psicoanálisis en cuanto terapia es bastante limitado, aun contando con los cambios que puede promover cada paciente sobre otras personas con quienes mantiene relaciones de distinto tipo. Cuando afirmo la limitación social del psicoanálisis en cuanto terapia me refiero exclusivamente al hecho de que es utópico pretender formar tantos psicoanalistas como para que toda la población sea sometida a tratamiento psicoanalítico³. El psicoanálisis es la terapia psicológica más racional, profunda y exitosa, pero –por el tiempo que insume– no podemos pretender que pueda constituir un procedimiento eficaz para resolver los problemas de la enfermedad y de la salud mental en la escala y extensión social en que ello es ahora necesario.

Sostengo –en complementación de lo dicho– que la trascendencia social del psicoanálisis reside fundamentalmente en su capacidad de ser *un método de investigación* de los fenómenos psicológicos que, como tal, aporta conocimientos valiosos sobre las leyes psicológicas que rigen la dinámica, tanto de la salud como de la enfermedad, y nos permite también comprender y valorar los efectos de determinados sucesos sobre la formación y evolución de la personalidad. Si bien, como ya lo he dicho, la *investigación es inseparable* de la terapia y de la teoría, al decir que la trascendencia social del psicoanálisis reside fundamentalmente en su capacidad de aportar conocimientos que derivan de la investigación no quiero decir que se pueda proceder a una investigación sin el objetivo terapéutico, pero quiero decir, sí, que los resultados de dicha investigación son los de mayor trascendencia social, en mucha mayor proporción que la cantidad de personas que pueden curar cada uno o todos los psicoanalistas. *El psicoanálisis clínico no puede, de ninguna manera, resolver por sí*

³ En "El análisis profano" (*Obras completas, tomo XII*), Freud adelantó la posibilidad de la *preparación analítica de pedagogos* y de "un ejército auxiliar" de *social workers*.

mismo el problema de la salud mental, en la amplitud y extensión en que ello se hace necesario en el presente; por lo tanto, la consigna de formar urgentemente más psicoanalistas para enfrentar el problema de la enfermedad y la salud mental es totalmente insostenible, falsa e inconsistente⁴.

Pero la investigación del psicoanálisis clínico aporta resultados y conocimientos de gran valor, que son los que sí pueden y deben emplearse en vasta escala y con gran provecho en los programas de higiene mental.

El psicoanálisis clínico es, a mi entender, un método de laboratorio, cuya enorme eficacia como procedimiento de investigación reside en la exigencia de una rigurosa sistematización de la técnica, basada fundamentalmente –esta última– en la fijación de un encuadre que consiste en una limitación de las variables (fijación de constantes) y un cierto control de las variables en juego en cada momento. No tiene objeto en este momento estudiar su relación y diferencias con el método experimental, pero solamente señalaré que de este último tiene el psicoanálisis clínico la condición fundamental de una reducción de variables que se obtiene por medio de la construcción de una situación artificial en la cual –por una cierta esquematización de los fenómenos– logramos una observación rigurosa de una situación simplificada. El psicoanálisis clínico pertenece, sin embargo, y en rigor, a una variante del método clínico; o mejor dicho, con la técnica psicoanalítica se perfecciona el método clínico en una medida nunca alcanzada hasta ahora por otras técnicas. En rigor, en tanto la investigación psicoanalítica se mantiene como investigación en el campo de la transferencia, tanto más participa de características del método experimental

Aunque lo dicho sobre el psicoanálisis en cuanto técnica de investigación podría ser beneficiosamente ampliado, para mayor claridad, lo que nos interesa aquí es reducirnos a los hechos que abonan el criterio que sustentamos: a ninguna técnica de investigación (del método clínico o del método experimental), en ninguna disciplina científica, se le exige que resuelva un problema sobre el plano social. Lo único que se espera es que aporte conocimientos sobre los cuales se pueda basar una planificación científica de alcance y extensión social. Reconocer las limitaciones sociales de un procedimiento de laboratorio no es ningún desmedro para ninguna técnica, porque justamente sería cuestionar las condiciones básicas en las que resulta factible llevar a cabo una investigación de laboratorio. De la misma manera, ajustándonos a lo que realmente ocurre, debemos afirmar que al psicoanálisis clínico no se le puede exigir de ninguna manera que resuelva el problema de la enfermedad o de la salud mental. *Su valor y su trascendencia social residen en el hecho de que aporta conocimientos relativos a la materia que investiga, en las condiciones en que lo hace.*

De manera que son los conocimientos que aporta una técnica los que pueden ser empleados en una escala social significativa. Lo mismo ocurre con el psicoanálisis clínico. Sus aportes pueden ser utilizados en dos estrategias de la salud pública: en el

⁴ Lo mismo puede decirse de los psiquiatras y de los psicoterapeutas.

orden administrativo y en el de la relación interpersonal⁵. El primero se refiere al hecho de intervenir por intermedio de una acción gubernamental u otra acción administrativa, influyendo leyes, status, regulaciones, costumbres, con miras a ayudar a resolver o impedir tensiones de diferente tipo, a través de cambios culturales. En este sentido, el psicoanalista, actuando como experto, puede asesorar a los cuerpos administrativos, gubernamentales o no, en todo lo que atañe a la salud y que en cierta medida depende de la actuación de factores psicológicos, ya sea en el sentido de mejorar o ya en el de prevenir o precaver perjuicios o daños. Así –por ejemplo– se pueden utilizar los conocimientos sobre la relación madre-niño y los efectos nocivos de largas separaciones en el caso de la organización de un servicio hospitalario o una institución educacional. Caplan cita, al respecto, diferentes experiencias (en Israel, Gran Bretaña, Boston); una de ellas es la de Bowlby, quien pudo influir sobre la política del Ministerio de Salud de Gran Bretaña, que impartió en 1952 directivas a todos los hospitales para que se permitieran, e incluso se estimularan las visitas diarias de los padres de los niños internados. En 1960, de un 80 a 90 % de las instituciones había adoptado estas directivas, y en los últimos ocho años la incidencia de la separación madre-niño en Inglaterra se vio drásticamente reducida.

La acción administrativa interviene con el objetivo de reducir la incidencia de situaciones traumáticas, con el de producir un incremento de satisfacción de necesidades psicológicas.

En el nivel de la relación interpersonal, los conocimientos de la investigación psicoanalítica pueden ser empleados con mucho provecho de manera diversa: en técnicas psicoterápicas más breves (hipnoanálisis, narcoanálisis, etc.), o en técnicas grupales (en todas las variantes de las mismas), y especialmente en una nueva posibilidad, sumamente promisorias y en pleno desarrollo, a través de lo que se denomina la psicología institucional, psicología de la comunidad y psicología de los períodos de crisis⁶.

No nos podemos extender aquí más sobre estos puntos y el lector puede recurrir a la bibliografía específica sobre estos temas, porque nos interesa en esta oportunidad sólo la exposición y el comentario general de las perspectivas sociales de la utilización de los conocimientos derivados de la investigación psicoanalítica⁷.

⁵ Caplan, G.: *An Approach to Community Mental Health*, Tavistock Publications, 1961.

⁶ Lindemann, E. y Dawea, L. G.: "The Use of Psychoanalytic Constructs in Preventive Psychiatry", *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. III, New York, Int. Univ. Press Inc., 1952.

Lindemann, E.: "The Nature of Mental Health Work as a Professional Pursuit". En Strother, C. R.: *Psychology and Mental Health*, American Psychological Ass., 1956.

Erikson, E. H.: "Growth and Crises of the Health Personality", Cap. XII de Kluckhohn, C. y Murray, H. L.: *Personality in Nature, Society and Culture*, New York, A. Knopf, 1955.

⁷ Caplan, G.: el libro citado y además: *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books, 1964. *Prevention of Mental Disorders in Children*, Tavistock Publications, 1961.

Tres formas del psicoanálisis

Hasta aquí nos hemos referido exclusivamente al psicoanálisis clínico (a su valor y trascendencia en los problemas de la salud y la higiene mental), pero debemos también hacer mención del psicoanálisis aplicado, cuyo origen y desarrollo se remonta al mismo Freud.

La denominación "psicoanálisis aplicado" no es totalmente correcta, y a que no se trata únicamente la aplicación del psicoanálisis, sino de un *verdadero procedimiento de investigación*, y para corroborar lo dicho, basta recordar los estudios de Freud sobre la Gradiva de Jensen, Miguel Ángel, Moisés, el caso Schreber, el pintor Christoph Haizmann, Dostoievski, etc.; y en otro sentido, también estudios como *Tótem y tabú*. El psicoanálisis aplicado reduce también la complejidad de los fenómenos, como también lo hace el psicoanálisis clínico, pero en una dirección muy definida: en la amortiguación del impacto directo de la relación, transferencial-contratransferencial, que hace que algunos problemas (como los de la psicosis) puedan haber sido primero investigados más profundamente con el procedimiento del psicoanálisis aplicado.

El estudio de obras literarias o artísticas no es el único campo en que resulta posible utilizar el psicoanálisis aplicado, ya que el mismo puede ser beneficioso igualmente en el caso de distintas manifestaciones culturales y de distintos comportamientos o actividades (el espectador, el artista, el inventor, etc.), y también en el estudio de pautas culturales y en el de la interacción individuo-sociedad (Kardiner, Erikson, etc.). Sería de desear que el psicoanálisis aplicado encontrara también al autor que pueda tanto sistematizar su metodología como también fundamentarla teóricamente, categorizando los observables. En este sentido queda todavía un largo camino por recorrer, de indudables y enormes beneficios. De todas maneras, el psicoanálisis aplicado no es independiente, de ninguna manera, del psicoanálisis clínico, y es de desear que la interacción y el enriquecimiento recíproco que se ha dado hasta el presente siga sin quebrarse.

Los resultados del psicoanálisis aplicado tienen los mismos beneficios y las mismas limitaciones sociales que los resultados del psicoanálisis clínico: no podemos basar directamente en ellos un beneficio inmediato y directo sobre la salud mental de una comunidad entera, pero sus aportes pueden ser vehiculizados, de la misma manera como lo hemos señalado para el caso de los del psicoanálisis clínico.

Hasta ahora he considerado solamente las dos variantes fundamentales y tradicionales del psicoanálisis: el clínico y el aplicado. Una tercera forma de psicoanálisis es lo que quiero señalar en esta oportunidad (en relación con el tema básico que en este capítulo me interesa desarrollar) y que puede ser considerado como una variante del psicoanálisis aplicado. Lo denominamos psicoanálisis operativo.

"Research and Development in Community Mental Health". Harvard School of Public Health.
—"Working Papers in Community Mental Health." Harvard Medical School.

Este último se caracteriza por ser un psicoanálisis aplicado, es decir, se realiza *fuera del contexto* en el que se lleva a cabo el psicoanálisis clínico, pero tiene algunas características especiales que lo diferencian del psicoanálisis aplicado y que quiero ahora señalar:

a) Se utiliza en situaciones humanas de la vida corriente, en cualquier actividad o quehacer o en toda institución en la que intervienen seres humanos, es decir, en la realidad y la situación viva y concreta (educación, trabajo, juego, ocio, etc.), y en situaciones de crisis *normales* por las que necesariamente pasa el ser humano (cambios de lugar, de estado civil, de empleo, paternidad o maternidad, muerte de familiares, etc.), además de las crisis normales del desarrollo⁸.

b) Se indaga —al igual que en el psicoanálisis aplicado— los dinamismos y las motivaciones psicológicas inconscientes, pero se *utiliza dicha indagación* para lograr modificaciones a través de la comprensión de lo que está ocurriendo, cómo y por qué.

c) Esta intervención (operación) se realiza a través de múltiples procedimientos, sea interpretando las relaciones, la tarea, los procedimientos, la organización, la institución, la comunicación, etc., para lograr una modificación de las situaciones, la organización o las relaciones interpersonal, en función de la indagación realizada y de las conclusiones obtenidas. Al introducir la modificación o la interpretación, ello se hace a título de hipótesis, de tal manera que la misma se ratifica o rectifica con la continuidad de la observación. Como se ve, no consiste en una operación única, sino en una reiteración enriquecedora del mismo circuito formado por la *observación-intervención-observación*. El desiderátum es el de un proto-aprendizaje, es decir, el logro de que los seres humanos puedan reconocer y reflexionar sobre lo que ocurre en un momento dado, reconocer las motivaciones, actuar de acuerdo con ese conocimiento, sin sucumbir de inmediato a la ansiedad y recurrir a mecanismos de defensa perturbadores.

d) Hemos tratado de sistematizar el encuadre (la estrategia y la técnica) del psicoanálisis operativo en un trabajo reciente sobre psicología institucional⁹, basado en las experiencias realizadas fundamentalmente a partir de los aportes de E. Pichon Rivière¹⁰, por lo que no entraremos ahora en los detalles del mismo, que nos apartaría muchísimo de nuestro tema central presente; señalaremos también aquí —al respecto— los trabajos fundamentales de E. Jaques¹¹. De igual manera, toda la psicología y psicoterapia grupal de inspiración psicoanalítica debe ser incluida como variantes del psicoanálisis operativo. Un próximo paso todavía necesario en la psicología grupal es

⁸ Los trabajos de Lindemann —ya citados— han recogido este tema de las crisis en la estrategia de la higiene mental y han recibido también aportes de Caplan y su escuela.

⁹ Bleger, J.: "Psicología institucional", Buenos Aires, Departamento de psicología, Fac. Filosofía y Letras, 1965.

¹⁰ Pichon Rivière, E. y col: "Técnica de los grupos operativos." *Acta Neuropsip. Arg.*, 1960.

¹¹ Jaques, E.: "Social Systems as a defense against Persecutory and Depressive Anxiety." En: Klein, M.: *New Directions in Psychoanalysis*, Londres, Tavistock Publications, 1955. (Hay versión castellana: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1965.) —*The Changing Culture of a Factor*. Londres. Tavistock Publications, 1951.

el de su utilización fuera del consultorio, es decir, en las situaciones e instituciones de la vida real y diaria.

El psicoanálisis operativo abre perspectivas sumamente importantes en el campo de la higiene mental y en el de la psicoprofilaxis, en el hecho de posibilitar una utilización del psicoanálisis en una escala de verdadera trascendencia social. El psicoanálisis operativo no es un psicoanálisis nuevo y distinto; es una estrategia para utilizar los conocimientos psicoanalíticos.

Formación del psicoanalista

Por todo lo expuesto, pienso que en los planes de formación de psicoanalistas debemos desembarazarnos totalmente de cualquier contaminación que se nos haya adherido de las posturas que hemos criticado, especialmente desde el ángulo de la salud pública y la higiene mental. Con ello queremos concretamente señalar:

a) No admitir ninguna urgencia (exterior ni interior) por formar más y más psicoanalistas con el supuesto de que los necesitamos urgentemente para resolver el problema social de la salud y la enfermedad mental, ni tampoco recurrir a nada que signifique un proselitismo en este sentido. Debemos seguir formando los psicoanalistas en la cantidad que nuestra organización permita, sin disminuir ninguna de las condiciones y exigencias que tenemos postuladas para ello y que son las que garantizan una buena formación del psicoanalista.

b) Debemos revisar nuestros programas de estudio, de tal manera que no estemos orientados a formar profesionales del psicoanálisis, sino investigadores del psicoanálisis; ello significa el incremento de la enseñanza de la metodología, filosofía de la ciencia, procedimientos de verificación, modelos conceptuales, etc. Significa también extremar los criterios de selección de candidatos a psicoanalistas, y orientar los criterios de selección hacia ese objetivo de formar investigadores.

c) Debemos remarcar que el único organismo encargado y habilitado para formar psicoanalistas es el Instituto de Psicoanálisis, y ser, por lo tanto, inflexibles en todo lo que desvirtúe este propósito y en todo lo que pueda tender de manera explícita o implícita a formar psicoanalistas silvestres.

Los psicoanalistas formados en el Instituto de Psicoanálisis deben adquirir clara conciencia de su función de investigadores especializados en el método del psicoanálisis clínico, y en la medida que les interese deben aplicar también sus esfuerzos en el desarrollo y la investigación del psicoanálisis aplicado y del psicoanálisis operativo y/o cumpliendo también funciones de asesores o consultores en los problemas de la higiene mental y la salud pública.

El eje fundamental es la formación del psicoanalista clínico en cuanto científico y técnico de un método de investigación. A ello debemos agregar el conocimiento de la valoración y trascendencia social de su tarea, tanto como las vías factibles de contacto y enriquecimiento en la acción de la salud pública y la higiene mental; el esclarecimiento de su relación con otros profesionales y, entre éstos, especialmente y por las

características de nuestro medio, con los médicos y los psicólogos. A ello nos queremos referir en lo que sigue, deteniéndonos más en la psicología y los psicólogos que en la medicina y los médicos.

Psicología y psicólogos

En nuestro país, como ya se sabe, los psicólogos no pueden ingresar en el Instituto de Psicoanálisis y, por lo tanto, no pueden ser psicoanalistas. De ninguna manera se soluciona el problema creando organismos encargados de formar (directa o indirectamente) psicoanalistas silvestres. Hay una sola clase de psicoanalistas: los formados en el Instituto de Psicoanálisis, y nosotros debemos ser los primeros en no crear estructuras informales o marginales.

Se dice con cierta frecuencia que ya existe un "mercado negro" del psicoanálisis; ello es un hecho que no podemos negar y que –en todo– caso lo mejor sería –se dice– institucionalizar la formación de los psicoanalistas silvestres, dando con ello las mejores garantías posibles para su formación. Mi opinión es terminante en el sentido de que eso no debe ser hecho, inclusive que debe ser combatido. Tenemos perspectivas sociales (creadas y por crear) para el trabajo profesional de los psicólogos, que no tienen nada que ver con la existencia de un "mercado negro" y sí tienen que ver con las perspectivas racionales de la higiene mental y la salud pública.

En el momento en que los psicólogos puedan (por razones legales o por decisión de los organismos de la Asociación Psicoanalítica) ingresar en la formación psicoanalítica que da el Instituto de Psicoanálisis, podrán entonces ser psicoanalistas a la par de los demás; por el momento no debe haber posibilidad de ser psicoanalista "a medias" ni psicoanalista "de mercado negro".

La esencia del problema reside en que se tome conciencia cabal de que el problema de la salud y la enfermedad mental no se puede resolver formando más psicoanalistas, ni tampoco improvisando de alguna manera psicoterapeutas semipsicoanalistas; y tampoco se ve con claridad que la función de los psicólogos no es la terapia, sino la psicohigiene: administración de los recursos psicológicos por medio de la intervención profesional en las condiciones habituales y concretas de la vida diaria o en los momentos críticos normales del desarrollo o en momentos de crisis de situaciones vitales, trabajando en la comunidad y en distintas instituciones no médicas.

En la actualidad, la psicología y los instrumentos o técnicas de la misma reciben un aporte valioso del psicoanálisis, que permite que los psicólogos puedan enfrentar con grandes beneficios para la población los problemas que les corresponde atender profesionalmente. El problema es entonces el de hallar los medios para que los psicólogos reciban el aporte del psicoanálisis, sin dejar de ser psicólogos *y sin que se transformen en psicoanalistas* silvestres o en terapeutas.

La psicología se divide tradicionalmente en experimental y clínica, y estos dos aspectos se presentan con mucha frecuencia como contradictorios y excluyentes. Es mi opinión que la psicología experimental y la psicología clínica constituyen una sola

psicología, y que el trabajo con el método clínico es una parte fundamental de la psicología, dentro del cual el método experimental constituye un momento de la totalidad de la investigación con el método clínico. En este sentido, el psicoanálisis está a mitad de camino entre el método clínico y el método experimental, y cuanto más riguroso sea el encuadre con el que trabajamos dentro del método psicoanalítico, tanto más se acerca el método clínico, tal como es desarrollado en el método psicoanalítico, a un método de condiciones cuasi experimentales. Quiero aclarar también que la división que se realiza entre psicología pura y psicología aplicada es también inconducente y además errónea, porque la psicología llamada aplicada es *la psicología*, es una praxis con dos momentos, uno teórico y otro práctico, pero que son entre sí inseparables.

Los psicólogos se orientan, en general, a tomar para sus condiciones de trabajo profesional el modelo del trabajo profesional de la actividad médica. Y a esto es a lo que nos debemos oponer en forma decidida, ya que, justamente, desde todo punto de vista, la organización de la medicina como tarea profesional de *carácter individual* y fundamentalmente orientada a *la curación* (asistencial), y no a la prevención o a la higiene es el punto crítico que debe ser reformado en la medicina actual, por lo menos en nuestro país y seguramente en muchos otros. *El psicólogo no debe ser alentado a ser terapeuta*, y pienso que si las carreras de psicología se dan, como misión fundamental, la formación de psicoterapeutas, en ese caso y desde el punto de vista social, las carreras de psicología constituyen un fracaso; los psicólogos tienen que ser orientados profesionalmente campo de la psicohigiene, se les debe munir de los conocimientos e instrumentos necesarios para actuar *antes de que la gente enferme*, dentro de actividades grupales, institucionales y de trabajo en la comunidad.

Quiero aclarar aún más este punto. Los psicólogos deben ser –en mi opinión– legalmente autorizados para ejercer la psicoterapia, mediando su correcta formación, pero no deben ser alentados a ello, ya que desde el punto de vista social no es lo óptimo preparar profesionales que se dediquen en su mayor proporción a la actividad *asistencial e individual*, porque lo que necesitamos es la atención de la salud pública en el *plano de la promoción de salud y en escala social*. El campo específico del psicólogo es el de la psicohigiene, no el de la enfermedad mental. Psicohigiene quiere decir utilización de recursos (conocimientos y técnicas) psicológicos para mejorar y promover la salud de la población (y no sólo evitar enfermedades), tanto como quiere decir administración adecuada de esos recursos a nivel de la organización de la comunidad.

La preparación de los psicólogos como auxiliares de la medicina es totalmente errónea por su limitación. El campo fecundo de la actividad profesional del psicólogo está principalmente *fuera de la medicina y fuera de la enfermedad*¹².

Lo que venimos exponiendo no significa de ninguna manera que no debe enseñarse psicoanálisis a los psicólogos. Todo lo contrario. Lo que sí significa es que

¹² Un organismo de actuación del psicólogo en el campo de la psicohigiene es ya una realidad en el Departamento de orientación vocacional de la Universidad de Buenos Aires.

no debemos transformar a los psicólogos en psicoanalistas silvestres; es decir, no debemos enseñarles a manejar el psicoanálisis clínico, aunque sí deben tener información correcta y completa del mismo. Lo que se hace necesario es que enseñemos el psicoanálisis de tal manera que incorporen el pensamiento psicoanalítico, es decir, un pensamiento dinámico que les permita comprender el comportamiento de los seres humanos en la vida cotidiana, tanto en el ámbito individual como en el grupal, institucional y comunitario; comprender las motivaciones inconscientes, reconocer los conflictos, los mecanismos de defensa y las ansiedades, y que puedan operar según esa comprensión con técnicas y procedimientos psicológicos. En una palabra, deben incorporar el manejo del psicoanálisis aplicado de la manera y en el concepto que hemos designado más arriba como psicoanálisis operativo. A todo ello debe agregarse una información correcta y profunda de los conocimientos que aporta el psicoanálisis clínico sobre todo lo referente al comportamiento humano, para que puedan utilizarlo en su trabajo profesional específico, que es el de la psicohigiene, con sus instrumentos propios en el campo donde les corresponde actuar.

En este sentido, con toda seguridad, debemos contemplar la necesidad de que la Asociación Psicoanalítica pueda organizar un instituto donde se imparta esta enseñanza a los psicólogos; enseñanza fundamentalmente centrada en la teoría psicoanalítica y en la *adquisición de un pensamiento dinámico*. Para ello es importante que el psicólogo pase por una experiencia personal de psicoanálisis terapéutico. Después de una selección, para la cual habrá que fijar las pautas correspondientes y adecuadas, el psicólogo podrá incorporarse a este instituto en calidad de estudiante durante un período de prueba, en el cual se verá su posibilidad de adquirir un pensamiento dinámico y el instituto podrá, en determinados casos, cancelar la inscripción del candidato psicólogo cuando éste tenga deficiencias en la adquisición del pensamiento dinámico.

Psicoanálisis y médicos

En el mismo sentido en que hemos desarrollado la relación del psicoanálisis con la psicología y los psicólogos, creo que debe entenderse también el problema que plantea la medicina y los médicos. La Asociación Psicoanalítica debe crear también – en lo posible– un instituto que se encargue de transmitir a los médicos la información necesaria y la formación requerida para incorporar un pensamiento psicoanalítico, pero de tal manera *que ellos no abandonen, su campo específico de trabajo* (sea la pediatría, la dermatología, gastroenterología, etcétera), sino que incorporen el manejo de los factores psicológicos dentro de su propio campo de trabajo y dentro de sus propias técnicas. Esto quiere decir que no debemos fomentar (e incluso debemos impedir en lo posible) que todo médico que se acerque al psicoanálisis abandone su campo específico para transformarse en psicoanalista (y menos aún, en psicoanalista silvestre).

Se ve con mucha frecuencia que el médico que inicia un tratamiento psicoanalítico se ve, tarde o temprano, frente a la disyuntiva o el conflicto de si seguir con su especialidad o cambiarla por la de psicoanalista. No sé en qué medida esto puede ser resultado de un cierto proselitismo implícito del mismo psicoanalista, pero sí debemos tener cuidado en que el cambio, si se realiza, sea realmente genuino; pero que lo óptimo sería —en gran proporción de casos— que el médico continúe con su propia especialidad, pero incorporando en la misma la dimensión psicológica en todo su quehacer, en la relación médico-paciente, en su actitud, en la indagación y manejo de las situaciones conflictivas, sin que ello signifique que se transforme en psicoterapeuta y abandone su especialidad. La curación psicoanalítica de un médico —es obvio aclararlo— no reside en que se transforme en psicoanalista, ni en que "cure" al adquirir un soporte externo de identidad grupal de la institución que le haga sentirse mejor o bien, pero sin que realmente se haya alcanzado una curación por una modificación de la estructura de su personalidad. No sé en qué medida esto es un problema real, pero vale la pena mencionarlo aun a título profiláctico. Al respecto, Álvarez de Toledo, L. Grinberg y M. Langer han hablado en un trabajo del "carácter psicoanalítico"¹³.

Un ensayo previo en esta dirección que señalo y que propugno puede llevarse a cabo formando pequeños grupos de estudio con médicos de igual o distintas especialidades (endocrinólogos, psiquiatras, pediatras, cardiólogos, etc.), los cuales —previa selección— podrán formarse en un grupo de estudio dirigido por un psicoanalista en el que se estudien los problemas psicológicos de sus pacientes y los de sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos, analizando los problemas prácticos de su quehacer profesional, adjuntando cuando sea necesario la información teórica correspondiente.

Es a través de la revisión de sus tareas prácticas y de sus modelos conceptuales que el psicoanalista podrá enseñar y mostrar los aspectos dinámicos, psicológicos, que están implicados en la tarea; y la manera de enfrentarlos y resolverlos sin salir del campo propio de trabajo y de las técnicas y el encuadre propio que tenga cada campo específico de estos especialistas; es decir, sin transformarse en psicoanalistas. Con ello evitaremos lo que pasa con frecuencia en la actualidad; el psiquiatra, el pediatra, el endocrinólogo, el cardiólogo, el gastroenterólogo, etc., tienen como única posibilidad de una información profunda de lo que es el psicoanálisis la inscripción en el Instituto de Psicoanálisis, y la consecuencia que deriva de esto es que el especialista se ve en un momento dado frente al conflicto de tener que optar: convertirse en psicoanalista o seguir con su propia especialidad; generalmente lo que ocurre —al parecer— es que se convierte en psicoanalista. Este proceso, en el cual el médico abandona su especialidad primitiva y se vuelca al psicoanálisis como tarea profesional, lo creo nocivo, porque fuera de los casos particulares donde esto está totalmente justificado,

¹³ Álvarez de Toledo, L. G.; Grinberg, L. y Langer, M.: "Terminación del análisis." México, 1964. Relato oficial al Primer Congreso Panamericano de Psicoanálisis.

En un comentario sobre la formación de psicoanalistas, la Dra. E. R. Zetzel expresó que el tratamiento psicoanalítico (de un candidato) no es laborterapia.

pienso que para los especialistas de las distintas ramas de la medicina debemos crear la posibilidad de que ellos tengan una formación psicoanalítica seria en los aspectos que les son necesarios, pero para que puedan seguir desempeñándose mucho mejor *dentro de sus tareas específicas y dentro de su propio campo de trabajo*.

Veo la creación de escuelas o de institutos privados donde se pueda enseñar psicoanálisis como un factor muy positivo, siempre que estas escuelas no se constituyan en escuelas de psicoanalistas silvestres, es decir, siempre que se atengan a enseñar la teoría psicoanalítica, la teoría de la técnica y lograr la adquisición de un pensamiento dinámico, de un pensamiento psicoanalítico, integrado en el quehacer de cada especialista de la medicina.

Otros problemas relacionados

En lo que llevo expuesto, creo, se responde a algunos de los interrogantes fundamentales que plantea la necesidad de atender en una escala social amplia y extensa los problemas de la salud y la enfermedad mental, aunque observamos que – por cierto– no abundamos en detalles específicos que aclararían aún más esta perspectiva, pero que se podrán hallar en la bibliografía que se acompaña. Lo que interesa en este aporte es el señalamiento de la *dirección general* (la estrategia) que debemos imprimir al psicoanálisis en relación con el problema social de la salud y la enfermedad mental.

Es seguro, además, que a poco andar nos veamos requeridos por otros profesionales que sienten también la necesidad de conocer y operar con los factores psicológicos en su propio campo de trabajo, y tendremos que ampliar los grupos de enseñanza a educadores, arquitectos, sanitaristas, contadores, empresarios, dirigentes sindicales, etcétera. Sin embargo, creo prudente, por lo menos en un período de prueba, atenemos a una experiencia solamente con psicólogos y médicos, sean o no sean psiquiatras.

Más adelante debemos contar con la posibilidad no sólo de extender los grupos de enseñanza a otros profesionales o líderes en distintas actividades, sino de crear también un *Centro de Consulta* en el cual los psicoanalistas podamos intervenir asesorando sobre los problemas psicológicos a distintas instituciones o lo que se denomina personas "claves" de la comunidad¹⁴.

En cuanto a la técnica a seguir en los grupos de enseñanza del psicoanálisis a médicos y psicólogos, habrá que sistematizar distintos instrumentos didácticos, pero ya tenemos entre nosotros psicoanalistas con experiencia en grupos de enseñanza con técnicas operativas, con *"rol playing"* y otros procedimientos. En la literatura existente, contamos con experiencia ya comunicadas –especialmente por Balint¹⁵–, y que avala que

¹⁴ Creo que un paso importante en este sentido ya ha sido dado con la creación del Centro de Investigación Orientación Enrique Racker.

¹⁵ Balint, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*, B. Aires. Libros Básicos 1961.

esta enseñanza en grupos con los objetivos expuestos es muy promisorio y exitosa, tanto como la experiencia que se lleva a cabo desde hace varios años en la Escuela Privada de Psiquiatría que dirige el Dr. Enrique Pichon Rivière, y cuya técnica hemos empleado con los Dres. Liberman y Rolla también en otros organismos de enseñanza universitaria¹⁶.

A todo ello debemos agregar la consideración del problema de los controles o de la supervisión del trabajo de psicólogos, psiquiatras y médicos de otras especialidades. En este sentido pienso que los candidatos que se hallan cursando los seminarios del Instituto de Psicoanálisis no deben tomar a su cargo ninguna tarea de este carácter, y que sólo deben hacerlo a partir de la condición de egresados del Instituto de Psicoanálisis. Pero, de todas maneras, no me refiero a que se deba fomentar la práctica de controles de tratamientos psicoanalíticos silvestres a cargo de psicólogos o médicos no psicoanalistas. El control debe centrarse sobre la comprensión psicoanalítica de la tarea, de la situación, del paciente y del propio terapeuta, tratando de que se mantenga el carácter del tratamiento instituido por el propio psicólogo o médico y por sobre todo, lo óptimo sería la ayuda que pueda prestar el psicoanalista a la comprensión y actuación en situaciones que *no estén configuradas como situaciones terapéuticas dentro de la técnica del psicoanálisis clínico*. En síntesis, lo que se debería enseñar en el control o supervisión es el psicoanálisis operativo y no el psicoanálisis clínico; con los psicólogos, alentando a que se ocupen e intervengan más sobre la psicoprofilaxis que sobre la terapia, y más de grupos, instituciones y de la comunidad que de individuos; en el caso de los médicos a que comprendan y manejen las situaciones terapéuticas y la relación médico-paciente con la asimilación de conocimientos psicoanalíticos, pero con o dentro de las técnicas que ellos utilizan en cada caso.

El psicoanalista en el hospital

Este es un tema que por diferentes motivos requiere también una cierta atención, ya que la experiencia nos muestra que cuando el psicoanalista va a trabajar al hospital, *lo que no debería hacer* es tomar pacientes del hospital en tratamiento psicoanalítico dentro del hospital. Cuando esto ocurre, el psicoanalista se ve inmediatamente abrumado de trabajo y entonces "enseña" a su vez la técnica psicoanalítica a los otros colegas de la sala o del hospital; de tal manera que en poco tiempo toda la sala está constituida o se halla basada en la terapia psicoanalítica, hecha de esta manera un poco improvisada. La consecuencia es que el psicoanalista y los médicos que están trabajando en dicha sala se desmoralizan porque se ven abrumados por una enorme cantidad de trabajo, con la consecuencia de que

¹⁶ Bleger, J.: "Enseñanza de la psicología", *Rev. de Psic. y Psicoter. de Grupo*, 1961.

Bleger, J.: "Clase inaugural de la cátedra de Psicoanálisis", *Acta Neuropsiquiátrica Arg*, 8, 1, 1962.

Los grupos operativos los utiliza también F. Ulloa en la Fac. de Filosofía de Buenos Aires, habiendo realizado una importante experiencia en este sentido.

Arminda Aberastury me ha comunicado personalmente experiencias exitosas trabajando con grupos de odontólogos. Otros colegas psicoanalistas tienen también experiencias similares que desearía conocer más detalladamente; desde ya me excuso por no incluir sus nombres.

se desorganiza el trabajo hospitalario y el psicoanalista y los colegas dejan al poco tiempo de trabajar en el hospital. Pienso que cuando el psicoanalista concurre a un hospital debe hacer lo que estuvimos reseñando antes: enseñar a los colegas a pensar psicoanalíticamente, a utilizar los conocimientos dinámicos, de tal manera que ellos los puedan utilizar dentro de otras técnicas terapéuticas o bien dentro de sus propias relaciones grupales, o dentro de toda la propia organización institucional, de la sala o del hospital, tanto como en la comprensión del trabajo de comunidad, y en otras esferas de la actividad del médico, psiquiatra, psicólogo, enfermeras, asistentes sociales. La práctica –aunque muy limitada, todavía– demuestra que el psicoanalista es mucho más útil en el hospital cuando forma grupos operativos o de enseñanza (con colegas, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales) que cuando se dispone a una tarea asistencial con el psicoanálisis individual o aun con terapia o grupal con enfermos o familiares de los mismos.