

Entrevista a Robert Michels

Carlos Moguillansky

P: El sentido de esta entrevista es conocer mejor sus ideas acerca del psicoanálisis y de la formación de los analistas. Podríamos comenzar hablando acerca del trabajo que presentó en estas conferencias

Dr. M.: El trabajo intenta comparar el método psicoanalítico con las tradiciones de los métodos médico y psiquiátrico-psicoterapéutico. En qué son similares y en qué difieren y de qué modo ha evolucionado la relación entre ellos en los últimos cien años. Comienza señalando que *el método original de Freud era en esencia un modelo médico. El pensaba que los pacientes padecían de enfermedades producidas por causas internas al mismo y que el propósito del tratamiento era averiguar el motivo de la enfermedad y erradicarla por medio de la psicoterapia.* Esencialmente era un método psicológico que produciría un cambio biológico en el organismo ya que su teoría sostenía las causas biológicas de los desórdenes psiquiátricos. Muchos psicoanalistas contemporáneos piensan que Freud se equivocó acerca de lo que estaba haciendo, que no entendió su propio trabajo, que su teoría de la causalidad psicodinámica no estaba realmente comprobada y que lo que en realidad descubrió es el poder curativo del proceso de diálogo entre el analista y su paciente. La teoría, por lo tanto, debería

Muchos psicoanalistas contemporáneos piensan que Freud se equivocó acerca de lo que estaba haciendo, que no entendió su propio trabajo...

centrarse más en el proceso psicoanalítico que en la hipótesis sobre la patogenia de las psiconeurosis. Esto nos aleja mucho del modelo médico tradicional, que piensa a las enfermedades como causadas por algo patológico en el paciente y se espera que descubra cuál es la patología y la cure. Y el paciente sólo es el continente de la patología. Sin embargo desde el tiempo de Freud, no sólo cambió el pensamiento psicoanalítico sino que también cambió el pensamiento médico. Hay mucho más interés por los aspectos sanos del paciente, por el contexto psicológico y sociológico en el que el paciente se enferma y los aspectos

... la psiquiatría... le dice al paciente que la enfermedad ... “es algo que le pasó a usted y lo podemos curar con el tratamiento”...

sociológicos y psicológicos del proceso de curación. Del mismo modo en que el modelo psicoanalítico se alejó del modelo médico, éste ha cambiado acercándose de algún modo al modelo psicoanalítico. Pero al mismo tiempo *la psiquiatría* se ha interesado

en tratar síntomas psiquiátricos con medicación y con psicoterapias focales específicas que trabajan con lo que es esencialmente un modelo médico donde se *le dice al paciente que la enfermedad no es su culpa, “es algo que le pasó a usted y lo podemos curar con el tratamiento”, es algo que no es de la responsabilidad del paciente y no tiene que ver con lo que significa o con la fantasía subyacente, sino que es una cuestión de aprendizaje de nuevos hábitos, de nuevas formas de adaptarse al mundo y es muy similar al modelo médico que trata enfermedades médicas.* De manera que vemos un cambio a lo largo del tiempo de estos tres diferentes modelos: el *modelo médico* tradicional, el *modelo psicoanalítico* derivado de éste pero modificado sustancialmente en los últimos cien años y el *modelo psicoterapéutico* que comenzó como un derivado del psicoanálisis pero que en la psicoterapia moderna se acercó nuevamente hacia el antiguo abordaje médico, y yo solamente exploro la historia de estos tres fenómenos.

P: ¿Cuál es para usted el papel del determinismo psíquico en esta forma de confrontar el punto de vista de Freud y el modelo médico?

M: Yo diría que el modelo médico es positivista y determinista. Diría que el pensamiento temprano de Freud lo era igualmente y su concepto de determinismo psíquico fue un intento de llevar el campo psíquico, para su comprensión, al modelo médico y el modelo científico. Diría que crecientemente muchos psicoanalistas están menos convencidos de que ese modelo sea una herramienta poderosa para la comprensión de la psicopatología. Los pensamientos se han desplazado a modelos más hermenéuticos o interpretativos del tratamiento psicoanalítico, donde el énfasis no está puesto en encontrar la causa sino en el enriquecimiento del campo de los significados posibles. El analista de los trabajos tempranos de Freud es alguien que va a descubrir los significados secretos, escondidos de la patología y mostrárselos al paciente y con este procedimiento lo va a curar. Y muchos analistas modernos describirían su trabajo como otorgando al paciente un espectro más flexible y rico de significados y comprensiones posibles de su vida mental, la liberación de la dominación rígida y del control por un estrecho conjunto de significados, determinados defensivamente, que han inhibido su comportamiento.

P: Si deja de lado el determinismo psíquico, ¿cuáles son los factores, en su opinión, que están presentes en la evolución del proceso analítico?

M: A mi modo de ver *el analista contemporáneo* se encuentra en un territorio mucho menos delimitado que lo que suponía que estaba hace unos cincuenta, sesenta años. De manera que su trabajo no es tener un mapa preconcebido sobre el funcionamiento mental del inconsciente donde ayuda al paciente a atravesarlo para encontrar su complejo de Edipo, su desarrollo libidinal o su conjunto de defensas, sino *más bien se trata de ser un experto en crear un vínculo donde el paciente se sienta seguro, curioso, con afán de aventura y razonablemente confiado. En ese contexto, entonces, podrá ayudar a su paciente a tomar conciencia de su vida mental y a tener curiosidad por las elecciones que, en su opinión, hizo sobre sí mismo y en su historia*

... el analista contemporáneo ...de ser un experto en la causa del problema, se vuelve un experto en liberar al paciente del lugar donde éste se encerró.

personal, por qué las hizo, de qué otra forma podría haber sido y qué factores entraron en estas decisiones que lo llevaron a esta opinión de sí mismo. El resultado no es tanto curar la patología sino llevar al paciente desde un conjunto de elecciones inhibidas y restrictivas, de cómo se entiende a sí mismo y de su situación en la vida, a un espectro más amplio de posibilidades. Entonces, tendrá presumiblemente más libertad incluso para tomar el mismo camino que antes, pero esta vez elegido, siendo generalmente lo elegido esta vez una mezcla de estas dos, que puede ser más útil para él; porque quizás busca algo que puede ser elegido con menos culpa, conflicto o ansiedad y con más placer, más desinhibición de su capacidad, de manera que pueda llevar una vida más rica y más llena. El analista, de ser un experto en la causa del problema, se vuelve un experto en liberar al paciente del lugar donde éste se encerró.

P: ¿Con qué herramientas o por medio de qué factores se obtiene este proceso de liberación?

M: Los pacientes generalmente hicieron una elección que tenía sus razones, que era una fuente de seguridad en un mundo potencialmente cargado de ansiedad. De modo que lo primero que tiene que hacer el analista es crear un ámbito de experiencia lo suficientemente seguro para que el paciente pueda arriesgarse a renunciar a algunos de sus modos de ser y de adaptarse y experimentar con nuevas formas, tolerando las incertidumbres y la ambigüedad. Una de las ironías del psicoanálisis es que, si está bien llevado en la primera etapa del tratamiento, el paciente se siente frecuentemente más confundido y con menos certeza de lo que cree sobre sí mismo en relación al comienzo. Pero es un paso necesario, el analista modela la tolerancia a la ambigüedad y a las incertidumbres, la disposición a pensar en mejores alternativas, la apertura a estar inseguro de sí mismo y a observar su comportamiento y a vincularlo con el paciente y a crear el contexto de lo que gente como Winnicott llamó una especie de juego donde uno puede explorar sin culpa ni compromiso el pensar de otra manera. Estas son todas condiciones importantes, necesaria, para llevar adelante un proceso psicoanalítico.

P: ¿Sería ésta entonces una teoría acerca de la incertidumbre y

del desamparo como factores centrales que producen cierta forma de pensar restringida?

M: Yo opino que los modelos actuales sugieren que los individuos en su desarrollo huyen frecuentemente de las incertidumbres y confusiones de la infancia con elecciones restrictivas prematuras o desadaptativas para sentir una seguridad –si bien una seguridad falsa– al escapar de esas incertidumbres. Pero es un escape que ha constreñido sus alternativas y su libertad. Y de alguna manera *la esperanza en un proceso analítico es que por medio de una mezcla de factores progresivos y regresivos vuelvan a esta etapa del desarrollo de ambigüedad e incertidumbre para que de allí pueda emerger con un espectro más libre de opciones, con menos necesidad de una vía de escape rígida, con más tolerancia a ello, y la habilidad de usar aspectos más adaptativos de la incertidumbre que pueden ser útiles y valiosos si pueden ser tolerados.* El analizando exitoso tiene menos certezas, de hecho es adaptativamente poseedor de más incertidumbres. Y ésa sería una meta.

El analizando exitoso tiene menos certezas, de hecho es adaptativamente poseedor de más incertidumbres. Y ésa sería una meta.

P: Cuando dice que intenta dejar de lado el modelo médico, modelo determinístico, creo que está hablando acerca de las pulsiones, pero cuando piensa en la interacción entre el analista y el paciente, ¿de cuál teoría de la interacción está hablando en su abordaje? ¿El complejo de Edipo, la teoría de la transferencia, la teoría de la contratransferencia, forman parte de su cuerpo de conocimientos?

M: En mi opinión yo diría que los modelos de las pulsiones o del desarrollo temprano, ya sea los de la teoría de separación-individuación, la teoría de las relaciones de objeto, o las teorías de la psicología del yo o de la psicología del self, son todos modelos ricos que ayudan a pensar y a organizar las experiencias y las memorias, no son ni verdaderos ni falsos y, de hecho, uno no podría decir esto en una situación clínica. Más bien son modelos

y metáforas que ayudan a la gente a pensar acerca de sí mismos. Hay teorías clínicas: la teoría de la transferencia, la contratransferencia, la elaboración, la interpretación y la resistencia, son teorías del proceso en cuyo contexto los analistas pueden contribuir a la comprensión del paciente basándose en estos sistemas de metáforas de la psicología evolutiva. *De modo que el propósito del análisis clínico se deteriora si el analista está comprometido con una teoría única, consistente, de psicología evolutiva e insiste en que todos los pacientes organicen su vida en términos de esa teoría. Diferentes teorías se adaptan mejor a diferentes pacientes.* Y un analista óptimo no es más rígido en la teoría psicológica que guía sus interpretaciones de lo que es un paciente óptimo al final de su análisis por la forma en que se entiende a sí mismo y a su vida. Nuestro uso clínico de las teorías es frecuentemente algo caótico y lógicamente inconsistente pero valioso para nuestros pacientes. Del mismo modo, cómo nos vemos a nosotros mismos y a nuestra historia personal y cómo funcionamos es frecuentemente caótico e inconsistente, pero es la manera en que nos comprendemos. Joseph Sandler, como otros, ha escrito acerca de la importancia de las teorías personales del analista en contraposición a las teorías oficiales, guiando el curso del análisis.

P: Me parece comprender mejor su posición. Usted dice que usa el instrumento de la transferencia, que interpreta la transferencia. Pero si usa la transferencia creo que está hablando de conflicto intrapsíquico, lo cual lógicamente está relacionado con una teoría que, en Freud, está dada por su teoría de las pulsiones.

M: Freud primero usó la transferencia y la estudió. Habló de ella en el caso Dora, en los escritos técnicos, pero creo que el significado de la transferencia ha evolucionado considerablemente en el pensamiento psicoanalítico y no creo que ésa sea la forma en que los analistas piensan de ella actualmente. En esa época Freud realmente no estaba interesado en la transferencia, excepto cuando aparecía como resistencia y pensaba que la transferencia era una ocurrencia episódica en el curso de un análisis, que no tenía importancia a menos que apareciera en alguna actuación o como algún obstáculo para el tratamiento y entonces había que removerla para que el tratamiento pueda seguir. Uno no estaba interesado en la transferencia a menos que

bloqueara el camino. Creo que la mayor parte de los analistas contemporáneos consideran a la transferencia como un tema constante de cualquier análisis, desde el primer momento de contacto hasta el último y en realidad como el tema constante de todas las relaciones humanas. Yo le enseñé a mis candidatos que la transferencia es la forma en que las experiencias pasadas modelan la forma en que uno ve las experiencias presentes. Una vez que se ha establecido el conjunto primario de relaciones humanas en la primer década de la vida no hay otra forma en que uno se puede relacionar con alguien, del mismo modo en que una vez que uno aprende el primer idioma, puede aprender otros idiomas pero siempre los va a pronunciar con la fonética del primer idioma que aprendió.

La transferencia es el residuo permanente de las experiencias primarias en todas las relaciones y experiencias futuras. En este sentido no está limitada a ninguna teoría específica de la psicología, se puede hablar de la transferencia en términos de teoría de la libido, de pulsiones, se

puede hablar de ella en términos de teoría de relación de objetos, de la teoría del self, y realmente todas las teorías tienen asimilaciones y acomodaciones de los conceptos de la transferencia. Lo que estamos diciendo es que no se puede comprender la experiencia humana sin ser conscientes de que las experiencias evolutivas tempranas le dan forma a nuestras futuras experiencias y una de las cosas que se supone que el psicoanalista sabe hacer es permitir que la transferencia sea vívida no interfiriendo con ella. *En muchas relaciones sociales interferimos con la transferencia. Si usted se encuentra conmigo y me dice “parece cansado”, yo le contesto “no, no estoy cansado”. Debo eliminar la transferencia para que usted se relacione conmigo en una forma más realista. Pero si soy un analista y usted un paciente y me dice “parece cansado hoy”, yo no le contesto “no, no estoy cansado”, sino que le digo “qué piensa de eso” y lo animo a explorar las fantasías sobre mí que usted trajo consigo cuando vino a encontrarse conmigo.* Este instrumento ayuda a explorar cómo percibe todas

... una vez que uno aprende el primer idioma, puede aprender otros ... pero siempre los va a pronunciar con la fonética del primer idioma que aprendió.

las relaciones humanas, no sólo la relación conmigo sino con cualquier persona en su vida, y para que usted tome conciencia que no es simplemente un registro del mundo externo sino su interpretación perceptiva de él, su integración de él, y este patrón de integración tiene incluidas defensas importantes y elementos restrictivos, basados en su propia historia. Darle una conciencia de esto lo libera de estar aprisionado en ellas y le permite tener un espectro más amplio de experiencias con otra gente. De modo que el objetivo no es desprenderse de la transferencia, no hay modo de relacionarse sin la transferencia, sino que el objetivo es liberarlo de estar constreñido a un número muy pequeño de transferencias y permitirle tener una variedad más rica de ellas, lo que le da más capacidad para relacionarse de distintos modos.

P: Esta exploración que hacemos con los pacientes la hacemos mediante la ayuda de vértices. Uno de éstos fue ciertamente la sexualidad, la sexualidad infantil. ¿Cuál es el lugar que ella ocupa en su conjunto de vértices?

M: Yo diría que es un tema central e importante. Uno de los grandes descubrimientos del psicoanálisis tuvo que ver con la sexualidad. Un aspecto de esto es lo infantil, fue el descubrimiento de que las experiencias del self sólo pueden ser entendidas como derivadas de las experiencias infantiles y que afectan la teoría de la transferencia. Otro aspecto de este descubrimiento fue el papel central de la pulsión para el placer y el placer corporal, el placer sensual y la gratificación que organizan toda la vida. De modo que cuando uno hace que la gente se sienta segura y dispuesta a escucharse a sí misma y hablar con uno, ellos no hablan de la economía global, de la paz del mundo, de la política, sino que hablan de temas sexuales y otras cosas que son derivados de los temas sexuales como preocupaciones centrales en su experiencia con otros y con ellos mismos, y éstos derivan de experiencias infantiles. Una de las fortalezas de la teoría de la libido fue el reconocer cuántas cosas que parecen muy lejanas de la sexualidad, como la curiosidad científica, la competencia en las actividades atléticas, las formas favoritas de recreación, pueden remontarse directamente a sus raíces en la sexualidad infantil. De modo que vemos la sexualidad infantil como un organizador primordial de toda la experiencia adulta. ¿Qué hacen

los bebés? Comen, se relacionan con sus madres, con sus padres, miran con curiosidad alrededor, orinan y defecan, duermen, y tienen placeres corporales, y no hacen muchas cosas más. Estas son todas cosas pre-cognitivas. Y, en un principio, cuando las palabras y los pensamientos emergen están estructurados por estas categorías de experiencia pre-cognitivas, y mayormente sexuales, más tempranas.

P: Cuando se critica al modelo médico, uno de los puntos principales de la crítica es la manera bastante naturalista de explicar los fenómenos de cómo opera un modelo empírico. Cuando señala la necesidad de re-pensar este modelo ¿está usted de acuerdo en la oposición a esta forma naturalista de pensamiento? ¿piensa que la forma de dar sentido a la mente humana no es tan naturalista como lo trata de mostrar el modelo médico?

M: Yo soy médico, soy psiquiatra, provengo y soy un gran seguidor del modelo médico, al cual creo enormemente poderoso para comprender las enfermedades psiquiátricas y el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y no creo que el psicoanálisis sea un buen tratamiento para la mayor parte de las enfermedades psiquiátricas. Creo que cuando la gente tiene enfermedades claramente definidas, está mejor tratada por un médico que tiene una noción clara de éstas y que es crítico de los comportamientos patológicos y de las tendencias patológicas. Creo que el psicoanálisis es un método de exploración y de enriquecimiento de significados en el mundo interno, podría ayudarle a la gente que sufre enfermedades psiquiátricas, pero es especialmente útil para la gente que no padece de enfermedades psiquiátricas pero que está constreñida o inhibida en su vida mental. El psicoanalista reconoce en los pacientes que tienen desórdenes de la personalidad que no hay causas patológicas ni enfermedad patológica, sino que desarrollaron patrones de carácter rígidos y mal adaptados. El propósito del tratamiento psicoanalítico, diferente al modelo médico, no es el de encontrar patología y erradicarla o borrarla, sino más bien desinhibir a la gente de las constricciones en el espectro de su vida mental y su experiencia. Y si el analista tiene una noción clara de lo que está bien y lo que está mal, de lo que es sano y lo que es enfermo inhibe más al paciente, reduce la sensación de seguridad del paciente, le hace más difícil al paciente el explorar

su propio mundo y el tomar sus propias decisiones. Entonces, extrañamente, el modelo médico tradicional por el que se debe ser un experto en salud y enfermedad, en patología y en normalidad, interfiere con el proceso analítico. La postura óptima del psicoanalista es la curiosidad abierta y la disposición a reconocer que sus opiniones son sólo un conjunto de opiniones; puede tenerlas, pero no sostener que son absolutas o claras o verdaderas y está abiertamente curioso e interesado en las opiniones de su paciente, sobre sí mismo, su vida y su salud, usando la diferencia entre las suyas y las de su paciente y que éste no reemplace su opinión por la del analista. Ningún médico le diría a su paciente “usted cree en la patología, yo creo en la salud, echémosle un vistazo y después puede decidir cuál quiere”. Ningún analista le debería decir a su paciente “la manera en que usted hace las cosas está mal, yo sé la manera correcta de hacerlas y yo le voy a enseñar a dejar de hacerlas a su manera y comenzar a hacerlas a mi manera”. De manera que son métodos algo contradictorios.

P: Por lo visto usted está enfatizando la *vía de levare*, como Freud la llamó en Leonardo, como una similitud entre hacer esculturas y pensar.

M: Nuevamente, éste es un modelo temprano de Freud, por el que pensaba que el núcleo de la dinámica psicológica existe en el paciente y el analista debe picar las acreencias adheridas a ella. Creo que hoy en día tenemos muchas más dudas con respecto a cuáles fantasías son patológicas y cuáles son normales. Como dije, Freud era un psicoanalista con un modelo médico y solamente después de 1920, cuando nos corremos del análisis de los síntomas al análisis del carácter, y de la reconstrucción de fantasías y traumas a la exploración de la transferencia y la resistencia, cuando nos corremos del análisis de Freud que hoy sería considerado psicoterapia, los análisis comienzan a durar más de nueve meses. En el trabajo “Varios tipos de carácter”, que creo que fue de 1916, Freud comienza diciendo que sólo está interesado en el carácter cuando se convierte en un obstáculo en el tratamiento de los síntomas, allí está forzado a prestarle atención. Si escribiésemos hoy diríamos que no estamos interesados en los síntomas, solamente les prestamos atención cuando los tomamos como modelos para entender la dinámica del carác-

ter y como factores de motivación en nuestros pacientes. El objetivo de Freud era sacar el carácter del medio para poder tratar los síntomas, el objetivo nuestro es usar los síntomas en tanto incrementen nuestra habilidad para analizar el carácter. Hubo un cambio importante desde entonces hasta ahora. Hoy, lo que Freud hacía en 1917, sería considerado psicoterapia psicodinámica.

P: Parte de su exposición lleva a un punto de estas conferencias interregionales, un punto que va a ser importante en el Congreso internacional en Niza: psicoterapia y psicoanálisis. Usted dijo hace un momento que el psicoanálisis no es siempre la mejor respuesta para la enfermedad mental. ¿Qué piensa acerca de esta cuestión, y si es posible establecer un continuo, un espectro entre la psicoterapia y el psicoanálisis o un límite y si podemos intentar decidir proponerle a algunos pacientes psicoterapia en lugar de un abordaje psicoanalítico?

M: Creo que ésta es una pregunta muy importante e interesante para la clínica y la salud pública. Usted describió que el psicoanálisis y la psicoterapia están en un continuo, en un espectro y quiere encontrar una línea desde donde dividir las indicaciones para cada una. Yo prefiero pensarlo como si estuvieran en ángulo recto una con respecto a la otra. Yo pensaría la psicoterapia en la misma categoría que la farmacoterapia y otros tratamientos psiquiátricos, como una de las formas de tratar todo tipo de trastornos psiquiátricos que se centra generalmente en la patología identificada y trata de modificarla, sea psicoterapia para la depresión, el trastorno de pánico, las disfunciones preceptuales o trastornos de ansiedad. Esto lo pueden hacer con técnicas conductistas, cognoscitivas o dinámicas. Yo entiendo al psicoanálisis como una forma de tratar con el conjunto constreñido de experiencias personales que tiene la gente en su vida mental interna, sus fantasías, su sentido de sí mismos. Ahora bien puede ser que alguien se beneficie pensando, que alguien no tenga necesidad de psicoterapia ni tratamiento psiquiátrico, pero pueda beneficiarse con el psicoanálisis. Podría ser que alguien tenga síntomas psiquiátricos y quiera ayuda para ellos pero que no tenga interés o necesidad del psicoanálisis, para acrecentar su potencial personal. De manera que no creo que nosotros podamos decidir si alguien necesita psicoterapia o psicoanálisis. Podemos

decidir si alguien necesita psicoterapia y ésta va a ser frecuentemente, en el mundo moderno, una alternativa con otros tratamientos psiquiátricos. Tenemos medicación excelente para muchos pacientes depresivos y muchas veces tenemos que elegir entre psicoterapia y medicamentos que se han demostrado ser igualmente eficaces. Una segunda pregunta, sin importar la respuesta a la primera, es por qué alguien debería hacer psicoanálisis. *Alguna gente está deprimida, necesita ayuda con su depresión y pide psicoanálisis. En mi experiencia no es una buena idea*

... no es una buena idea ofrecerle psicoanálisis a un paciente deprimido sin tratar la depresión previamente, porque puede incrementar la depresión.

ofrecerle psicoanálisis a un paciente deprimido sin tratar la depresión previamente, porque puede incrementar la depresión. Y tarda demasiado tiempo. De manera que frecuentemente le digo a alguien, usted tiene este problema, esta enfermedad, para la que está buscando tratamiento y

también tiene estas cuestiones de carácter, yo recomendaría que busque tratamiento primero para la depresión, quizás psicoterapia o quizás farmacoterapia, lo que haya disponible o lo que a usted le interese, y también necesita análisis para lo otro. Generalmente le digo a la gente que busque tratamiento para la enfermedad primero, es más urgente y les digo a veces que esperen un poco antes de empezar lo segundo para asegurarse de que estén separados y sean diferentes. A veces es necesario tener dos médicos diferentes para los dos tratamientos para no contaminar la transferencia con la relación previa en la psicoterapia. Pero no me parece que sea una cuestión de la una o la otra. Creo que son dos cuestiones en la misma forma en que un paciente puede tener diabetes y enfermedad coronaria. Uno no se pregunta si va a tratar la diabetes o la enfermedad coronaria; se tratan las dos.

P: En estas conferencias estamos tratando la cuestión de los factores internos y externos, factores psíquicos y factores no-psíquicos. Y aquí hablamos de factores preponderantemente internos, ¿qué me dice de los otros?

ENTREVISTA

M: Un psicoanalista americano dijo una frase maravillosa como respuesta a esta pregunta. Dijo: “soy un psicoanalista, soy un médico de la fantasía no de la realidad, yo no trato la realidad, trato la fantasía”. Creo que el psicoanálisis se ocupa principalmente de la vida interna, del mundo subjetivo, de la experiencia mental, de la fantasía. No es un tratamiento para los problemas de la realidad externa, “das Ding an sich”, los hechos en sí mismos del mundo. *Si los únicos problemas de una persona son las adversidades del mundo externo, necesitan reaseguro, consuelo, tratamiento para el trauma, asistencia en la vida, pero no psicoanálisis. Psicoanálisis es una manera de explorar el significado que cada uno le da al mundo externo.* Comienza donde uno tiene opciones y sobre en qué forma uno elige. Si el mundo externo no permite hacer opciones uno tiene problemas terribles, pero el psicoanálisis no puede ayudar en esto. En su mayor parte los tratamientos psiquiátricos se ocupan del adaptarse al mundo externo, están interesados en ayudar a la gente que ha sido lesionada, traumatizada por el mundo externo. Nuevamente, la forma en que le enseñé esto a mis residentes es “un hombre camina por una calle y se cae un ladrillo de un edificio y le pega. Podrá necesitar un psiquiatra para manejarse con su dolor pero no un psicoanalista. Si elige caminar por la misma calle al día siguiente, entonces necesita un psicoanalista”.

P: ¿Qué otra cosa le gustaría decir del psicoanálisis antes que terminemos esta entrevista?

M: Hay muchas otras cosas de las que me gustaría hablar. Déjeme preguntarle algo a usted con respecto a esta entrevista, ¿cómo se compara mi forma de pensar con la de su grupo? ¿me darían la bienvenida a su grupo o me dirían que no vuelva jamás?

P: He seguido muy de cerca sus ideas y las de la escuela americana, hay muchas escuelas americanas. Tengo que admitir que me ha sorprendido, cuando habló contra el modelo médico. Quizás nuestra distancia geográfica ha hecho que no nos conozcamos bien. Cuando se refiere a este modo diferente de mirar los hechos clínicos, creo que pienso en una línea similar a la suya. Sin embargo tengo curiosidad por cuál es su idea con respecto a la teoría del significante, a la relación entre la sexualidad infantil

ROBERT MICHELS

y los factores patógenos, cuáles son sus pensamientos acerca del lenguaje, cuál es su teoría del lenguaje, cuál es su teoría del discurso, cuál es su teoría de la comprensión.

M: Yo soy una persona muy determinista en lo referente a la psiquiatría, a las enfermedades psiquiátricas y hasta la psicoterapia. Pero creo que esto define un límite de gente cuya experiencia interior no se va a explorar, ni a explicar con esos métodos. Y dentro de ese límite, en el que las cuestiones que usted trae de símbolos, de significado y de lenguaje son mucho más importantes que las cuestiones de causa y efecto, es donde entra el psicoanálisis. Y pienso que es un error hacer como que no hay un límite, hay un límite. En mi país ha habido un gran interés político por borrar el límite, para capturar el prestigio de la psiquiatría médica-biológica-neuro-científica y acrecentar el status de la profesión psicoanalítica con ese ligamen. ¡No sé si quiero que imprima esto, no me van a dejar volver a casa!

P: Muchas gracias.

Traducido por Beatriz Schechter.

Robert Michels
Cornell University Medical College
418 East 71ST Street Suite 41
New York NY 10021
Estados Unidos