

# EL ANALISIS DE LA DEMANDA

Renzo Carli

Departamento de Psicología, Universidad de Roma "La Sapienza"

Traducción: M<sup>a</sup>. José Pubill, Universitat de Barcelona

*The notion of "request" contains, at the same time, motivations bringing an individual to the clinical psychologist and the effective symbolizations by which this relationship achieves mental representation.*

*This contribution is intended to analyse the psycho-dynamic features of that relationship. Such an analysis of the request is considered to be a basic stage in the assessment process on which the clinical psychological intervention is founded.*

---

## 1. INTRODUCCION

¿Por qué una persona se dirige al psicólogo clínico? ¿Cuáles son las expectativas respecto a esta figura profesional, cuál es el "proyecto" elaborado con el fin de utilizar su competencia? La respuesta a estas preguntas puede parecer obvia, en el caso de muchas profesiones, donde se da una relación directa entre necesidades de los usuarios y competencia profesional, y en las que, además, una vez establecida esta "relación", se estructura una modalidad de rapport y de transacción que está de algún modo fijada por la costumbre, y que no pide ningún tipo de análisis ni de regulación.

Se puede también establecer que el prestigio profesional, y por tanto el poder del profesional, son directamente proporcionales a la "necesidad" que están en grado de satisfacer con respecto al usuario y a la relevancia de tal necesidad presente para el usuario mismo.

Ello significa que el aumento de una necesidad específica comporta un incremento del prestigio del que se halla revestido el profesional. Esto puede ser un motivo de rapport unívoco y "que se da por supuesto" en el que se ponen en relación necesidades y competencias profesionales. Es con respecto a esta relación que se da por supuesta que se pone de manifiesto la crítica, por ejemplo, de Illich (1970, 1976), dirigida a subrayar y a desvelar los efectos paradójicos que la profesionalidad, sobre todo la del enseñante y la del médico, puede evocar con respecto a específicas expectativas de aprendizaje y de curación.

Recordamos estos problemas porque pueden ayudarnos a no dar por supuesta la relación que se instaura entre el usuario y el profesional, en los diferentes campos de intervención. En particular, si se analiza el rapport entre el médico y el paciente dentro de una perspectiva histórico-crítica, se puede observar una compleja y problemática serie de vicisitudes que han acompañado el progresivo instituirse de la praxis médica cuya área profesional contiene el poder, científico y corporativo al mismo tiempo, de "curar" la enfermedad y de promover la salud.

El objetivo de estas páginas no es, por otro lado, el de sintetizar y de profundizar esta

compleja e interesante temática, que ha sido afrontada desde múltiples puntos de vista y que podría contribuir en modo determinante a la delimitación de un área profesional en evolución y también en crisis de crecimiento. Es mi intención, por el contrario, subrayar un aspecto importante de la profesionalidad médica, que puede sintetizarse de este modo: “¿por qué una persona se dirige al médico?”. A esta pregunta pueden darse dos tipos de respuesta, que querríamos someter a la reflexión del lector, y que pueden resumirse de la siguiente manera:

A) por que está enferma

B) por que existe el médico.

Si vale el primer tipo de respuesta A), entonces la relación entre necesidad y competencia profesional se da por supuesta y se fundamenta sobre una adhesión ideológica a la profesionalidad; del mismo modo se puede responder a la pregunta: “¿Por qué una persona va a Lourdes?” o “¿Por qué una persona se dirige a un brujo?”. Con esto se quiere subrayar que el recurso a una determinada fuente de curación depende de una relación culturalmente establecida entre el estado de necesidad (estar “enfermo”) y la capacidad “profesional” atribuida a la instancia a la que se dirige. Una vez establecida la congruencia de esta relación, la fuente de curación se vuelve el objeto supuesto y automatizado de la propia demanda. En este contexto, *el análisis de la demanda coincide con el diagnóstico* de la enfermedad; en otros términos a la demanda, que se da por supuesta y necesaria (fundada sobre la obligación social de quien está enfermo debe preocuparse de su propia curación), se responde con la iniciativa diagnóstica, pronóstica y terapéutica, que pone en marcha la intervención profesional. De este modo parece que la pregunta: “¿Por qué una persona se dirige al médico?” carezca de sentido, al no influir para nada en la actuación profesional; el hecho de que la persona “esté enferma” o “se sienta mal” es ya una razón suficiente y necesaria para justificar el recurso al médico, y este último *no tiene ninguna necesidad de analizar una demanda que se justifica por sí misma*.

Muy diferente es la situación, en cambio, si prevalece el segundo tipo de respuesta B); aquí la demanda no se define por el “estado de salud” del individuo, sino por el conocimiento que la persona tiene de la profesión médica, y el sistema de expectativas que estructura con respecto a ella. Tal sistema de expectativas puede ser diferente en cada caso, y puede motivar demandas de tipo diverso, que puede ser interesante considerar más profundamente. Una persona puede dirigirse al médico por que “se siente mal”, pero también porque quiere prevenir un posible estado de enfermedad con un control preventivo, o bien desea reasegurarse sobre el propio estado de salud, o porque “se imagina” estar enfermo en cuanto que esto le consiente una *rapport* con un profesional que “se hace cargo” de él, o porque desea “hacer alguna cosa por sí mismo” y no encuentra otras soluciones a tal necesidad que recurrir a un médico y así lo hace.

En estos últimos casos, el médico podrá llevar a cabo mecánicamente el propio rol con una cuidadosa indagación diagnóstica, para después concluir con la típica respuesta: “¡Usted no tiene nada!”, evadiendo en tal modo la demanda que le ha sido dirigida. En algunos casos el médico podrá, por el contrario, profundizar las razones “psicológicas” que le ha llevado el paciente, pero con la sensación de salirse de su ámbito estrictamente profesional, asumiendo un rol de consejero, o de persona de confianza; pero aún en tales casos, al aceptar una expectativa no estrictamente profesional a él dirigida, no prestará atención a los motivos por los cuales tal expectativa se ha orientado precisamente hacia su figura profesional; sino que asumirá más bien una función vicaria de otras personas que de forma más correcta y eficaz podrían responder a la atención y a los problemas *indirectamente expresados* que se le han dirigido.

El médico podrá también formular algunas hipótesis acerca del estado mental de quien lo

interpela sin una “real” demanda terapéutica: por ejemplo, puede suponer una excesiva preocupación del paciente por la propia salud (hipocondría), o una situación mental de desconfianza y de ansia que orientará hacia una hipótesis de depresión; y en tales casos podrá aconsejar al paciente dirigirse a un colega especialista en psiquiatría, o... al psicólogo clínico. Merecerían consideración aparte las manifestaciones psicósomáticas, pero dejamos para otro momento la profundización de esta importante temática (Matte Blanco, 1984)

Vamos ahora a considerar la “demanda” que una persona puede dirigir al psicólogo clínico. Pienso que está claro el motivo por el que queremos tratar esta demanda en relación a la dirigida al médico y no en relación a otras figuras profesionales.

En teoría, cuanto se expresa en la demanda dirigida al psicólogo clínico podría relacionarse con la demanda dirigida a otros profesionales, como el arquitecto por ejemplo, el enseñante, o el restaurador... Pero el contexto cultural en el que se hace la demanda al psicólogo clínico es el de “la salud”, en base a la supuesta equiparación que el sufrimiento físico y el psíquico pueden evocar, en cuanto las dos están relacionadas con un hipotético estado de “enfermedad”. Se subraya, por otro lado, que no es siempre relevante un estado de “sufrimiento” en la persona que se dirige al psicólogo clínico; esto es importante si se tiene en cuenta que dentro del término ambiguo y problemático de “sufrimiento”, de hecho se reagrupan dos tipos de manifestaciones, las somáticas o corpóreas por un lado, y las psíquicas por otro.

Con Matte Blanco (1984) podemos definir las manifestaciones psíquicas como:

- A) la sensación-sentimiento
- B) las manifestaciones que establecen o descubren una o más relaciones entre las cosas
- C) cualquier manifestación que contenga al mismo tiempo A) y B)

La emoción, en particular, es una manifestación de tipo C), pero al mismo tiempo implica también una serie de manifestaciones corporales, por las que se puede definir como una manifestación psicósomática compleja.

En líneas generales, se puede afirmar que el “sufrimiento psíquico”, motivo a menudo aducido para justificar la demanda dirigida al psicólogo clínico, está de hecho constituido por una vivencia emocional; de modo tal que se puede retener que la génesis y el proceso fenoménico del “sufrimiento psíquico” sean notablemente distintos de los evocados y determinados por el “sufrimiento físico”.

Al poner de relieve esto último, se quiere subrayar el hecho de que no es posible conducir a través del mismo proceso la demanda dirigida al médico y la dirigida al psicólogo clínico. En el primer caso, de hecho, se puede establecer una relación causal directa entre sufrimiento y enfermedad, y esta última fenomenología encuentra en la medicina su sistematización nosográfica, fundada sobre hipótesis precisas diagnósticas y, si es posible, terapéuticas. Es este motivo el que justifica, desde una perspectiva pragmática, la homologación sustancial de las dos expresiones: “Estoy mal” y “Estoy enfermo”.

En el caso del “sufrimiento psíquico”, al contrario, no es posible establecer una relación causal directa entre sufrimiento y enfermedad, y ello se debe a que la psicopatología no tiene la misma “estructura lógica” que la patología general o que la patología especial médica, quirúrgica, etc.

En particular se puede notar que el rapport entre paciente y psicólogo clínico representa el lugar dentro del cual se despliega la problemática que motiva el encuentro y en cuyo interior se reproducen, con específicas características las dinámicas que marcan y dan sustancia a la vida

mental del paciente, a sus simbolizaciones cognitivas y afectivas, a su realidad emocional, etc. En tal caso, el análisis de la demanda y la pregunta sobre “porqué” alguien acude al psicólogo clínico representan un momento cognoscitivo inicial, sobre el cual se puede y se debe fundar la prestación profesional.

## 2. LA COMPLEJIDAD MOTIVACIONAL

Una psicóloga licenciada recientemente, pide iniciar una terapia psicoanalítica. Motiva su demanda por el deseo de afrontar una situación definida por ella como de fuerte inestabilidad emocional, que le ha dificultado hasta aquel momento establecer relaciones afectivas satisfactorias; está preocupada por ello y piensa que un conocimiento más profundo de sí misma la podría ayudar en esta importante área de su existencia. Al mismo tiempo dice que, para hacer frente al gasto que la terapia comporta, ha pensado justificar al padre, un empresario químico, la iniciativa como un complemento de su formación profesional; supone que con tal excusa podrá fácilmente convencerlo para llevar a cabo la cura. Se trata, dice, de una pequeña mentira con una buena finalidad. Aquí la demanda parece clara, y el problema da la impresión de encontrarse sólo en la relación entre la persona y el padre, restringido a los motivos aducidos para obtener una ayuda económica, por otro lado necesaria, dado que ella no está en buenas condiciones profesionales y no puede por lo tanto disponer de recursos económicos autónomos.

Una profundización de la “demanda” permite revelar una situación un poco compleja y problemática: en su aspecto más relevante, puede resumirse en el intento de utilizar la terapia como pretexto para dar al padre una imagen de sí, al mismo tiempo dependiente (con la demanda de financiamiento) y seductoramente prestigiosa (completar su formación profesional), tranquilizándolo sobre el hecho de que su crecimiento se plantea sólo en el ámbito de su profesión, aún no iniciada por otra parte, y aplazada también gracias a la experiencia analítica; con esto ella conseguía el propósito de permanecer anclada en una relación dentro de la cual la “colusión” (acuerdo entre dos personas o instancias, en detrimento de un tercero) entre padre e hija predecía una fijación de roles y de imágenes, que entre los dos controlaban rigurosamente para que no hubiese ningún cambio.

Un profesor de media edad pide por teléfono una visita para una terapia, se entretiene hablando sobre las expectativas que la terapia podrá satisfacer, sobre lo bien que le han hablado del terapeuta, así como sobre la gravedad y la urgencia de su caso; después pregunta cuanto le va a costar la visita. Se presenta a la cita, hablando no tanto de sus problemas, cuanto del modo cómo ha intentado resolverlos, confiándose a una larga serie de profesionales, médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, sin haber encontrado todavía la persona adecuada a su caso. Después inicia una serie de consideraciones fuertemente críticas sobre las diversas escuelas y teorías psicoterapéuticas, buscando suscitar acuerdo y colusión en el terapeuta. Este último dice que estaría interesado en conocer los motivos que le han llevado hasta él; el cliente lo mira, perplejo y desilusionado, después se levanta y se va. Al cabo de un tiempo pide una nueva entrevista en la que podrá finalmente hablar de sí mismo y aceptar una posición de cuestionamiento. Aparecerá entonces que el objetivo de la primera entrevista había sido el demostrar que tampoco el enésimo profesional interpelado podía hacer nada por él. Reconocerá también la cuidadosa atención con la cual escogía sus “víctimas ilustres”. Dirá, por otro lado, que la pregunta que le hizo el psicólogo, sentida como una verdadera exigencia de cuestionamiento, lo había desconcertado y profundamente irritado; de hecho, se esperaba, como generalmente había sucedido en los otros encuentros, un enfoque inmediato de la entrevista hacia

la búsqueda de elementos y dimensiones psicodiagnósticas, una exigencia de definición de su caso dentro de los parámetros de nosografía psicopatológica. Enfoque hacia el cual se habría desplegado su gran habilidad para confundir al interlocutor, de desbaratar cada una de sus hipótesis para añadir al final en la conclusión que, en su caso, no había nada que hacer. El cuestionamiento que se le hizo, en cambio, había hecho vano su proyecto implícito. Ahora, había vuelto para retomar aquel cuestionamiento y entender el sentido de su necesidad de medirse con la persona a la cual se había dirigido, para después invalidar su intervención.

Esos ejemplos, y muchos otros vendrán a la mente del lector como a la del que escribe, mostrando la complejidad de la dinámica motivacional que se activa en el encuentro con el psicoterapeuta y en el proyecto psicoterapéutico. Hablo de dinámica motivacional, porque se trata de una utilización del psicólogo clínico, de su imagen y del significado ofrecido en la terapia que se presenta en el área de la demanda y de la modalidad del primer encuentro, antes todavía de que se estructure una dinámica transferencial en el curso del trabajo terapéutico. Desde un punto de vista teórico, evidentemente, se puede hablar de transferencia también en estos casos; pero la simbolización afectiva del psicólogo clínico y del primer coloquio con él, por parte de quien solicita la terapia, se manifiesta en un momento anterior al del establecimiento del rapport, y condiciona fuertemente sus modalidades. El entrar en colusión con el paciente, en esta primera aproximación cognoscitiva, puede comportar una estructura de relaciones recíprocas que será después muy difícil, y en muchos casos casi imposible, reconsiderar y comprender. Se podrán así crear "áreas ciegas" en la relación, fundadas sobre la colusión de tal modo que por acuerdo tácito no serán nunca más retomadas y que podrán constituir una zona peligrosa, para ambos, psicólogo clínico y paciente, que evitarán cuidadosamente para no amenazar de hecho la estabilidad de la relación.

Las áreas motivacionales que se estimulan y activan en la "demanda" terapéutica o de consulta diagnóstica pueden ser interpretadas, hipotéticamente, como motivaciones de las relaciones sociales identificadas por Mc Clelland (1955) como motivaciones de *afiliación*, *poder* y *logro*.

Cuando la demanda se basa sobre una *dinámica de afiliación*, el objetivo del rapport es el de evocar en el interlocutor una actitud de aceptación y de toma en cargo de uno y de la propia dependencia afectiva. Una orientación motivacional de este tipo, por otro lado, puede parecer obvia en una situación de consulta, porque se refiere a una necesidad que viene regularmente movilizada en la relación médica, a cuya cultura relacional se asimila también el encuentro con el psicólogo clínico. En este caso, *la atención del cliente puede constituir el único elemento de la demanda*, a la que se asimila cualquier otra manifestación comportamental, cualquier declaración sintomática, cualquier exigencia terapéutica. Si no se explora esta dimensión motivacional, se corre el riesgo de configurar un rapport que, poco a poco en sus sucesivas derivaciones, tenga como único objetivo el de reasegurar al paciente acerca de la gratificación de sus necesidades de afiliación, alimentando al mismo tiempo y en modo siempre relevante la urgencia.

Cuando la demanda de afiliación no se explora, se desarrolla inevitablemente. Y la colusión, que fundamenta tal acción, vendrá necesariamente a gratificar una motivación complementaria en el psicólogo. Por ejemplo una motivación dirigida a valorar el propio prestigio profesional, las propias capacidades terapéuticas, como también la relevancia afectiva o el interés erótico que se está en grado de suscitar en el otro. El paciente motivado afiliativamente denota una profunda inseguridad acerca de sus posibilidades de evocar

respuestas afectivas gratificantes, y su demanda pide una continua acción reasegurante. En este sentido, una vez establecida la relación colusiva activada, será difícil reconsiderarla después en términos de cuestionamiento; por otra parte, el solo interrogarse, de hecho, puede ser percibido y vivido como una frustración, una desconfirmación en la espera de una continuación, como un rechazo drástico y expulsivo.

*La motivación de poder* implica una tendencia a controlar, determinar, influenciar el comportamiento del otro en la relación. Una demanda fundada sobre el poder, implica el intento de establecer, por parte del paciente, un control y una influencia en el psicólogo, condicionando aquellas decisiones que fundamentan el encuentro y su desarrollo. Esto puede provocar una respuesta complementaria en el psicólogo que, a menudo, asume una valencia reactiva, en la medida en que la motivación de poder en el paciente se vive como una desconfirmación del propio rol y de la propia imagen social por parte del psicólogo mismo. Por otro lado, es posible también una colusión con las expectativas de poder del paciente, cuando el psicólogo clínico no está integrado en el rol y en la estructura en las que opera, y la colusión consiente actuar transgresivamente en el sentido de una pertenencia profesional y organizativa vivida en modo conflictual. Una colusión por parte del psicólogo, puede activarse, finalmente, cuando predomine en él la motivación de afiliación; en tal caso, se puede producir una dinámica relacional del todo análoga a la que hemos visto en el caso de la demanda afiliativa, pero con los roles invertidos. La motivación de poder, si es la exclusiva de la demanda, es particularmente problemática porque puede influir cualquier decisión en la relación, desde los primeros contactos del paciente con el psicólogo, y puede vaciar el sentido de cada acto interactivo, percibido sólo en función del ejercicio de un control.

*La motivación del logro* conlleva la aspiración a realizar tareas y objetivos mucho más allá de lo común, y a medirse con parámetros de superioridad. La demanda parece orientada exclusivamente al objetivo, sea este diagnóstico, terapéutico o de counseling, y al psicólogo se le utiliza como instrumento para perseguir el objetivo en sí mismo. La relación se vacía de cualquier valencia afectiva, y una pretendida racionalidad parece constituir la norma que rige la interacción. La "tarea" a realizar, es la que el paciente haya pre-definido en base a su demanda, y cuanto no entre en ella, se considera con estupor, quizás con benévola indulgencia, tal vez con la impaciencia de reconducir la situación por los ríes esperados. La colusión se basa en la importancia de idéntica motivación en el psicólogo: se puede desarrollar, en este caso, una relación profesional "de manual", donde cada problema es analizado y atentamente considerado, donde cada pregunta encuentra su respuesta, pero donde el gran ausente es el cuestionamiento real, en sus dimensiones problemáticas, o ansiógenas, que podría obstaculizar el "logro".

He trazado sólo brevemente una temática mucho más compleja y articulada, que lo que pueda parecer tras estas consideraciones. Dos observaciones a este propósito. La dependencia propia de la afiliación conlleva modalidades relacionales defensivas reductibles a la "seducción"; la contra-dependencia del poder evoca una modalidad defensiva definible como "agresión"; y la independencia propia del logro tiene como correspondiente comportamental la "evasión afectiva". Ahora bien, este esquema conceptual señala una articulación frecuente de la dinámica motivacional, que puede presentarse en interacción y que puede modificarse en el curso de la relación y de la colusión que activa la demanda no explorada. La segunda observación se refiere a los límites de la concepción teórica "motivacional", que parece definir sus límites dentro de una perspectiva descriptiva, interpretable desde dos vertientes, una psicodinámica y la otra institucional. La interpretación psicodinámica de la demanda, descrita

en sus directrices motivacionales, nos lleva a los procesos internos del paciente, a su modalidad de simbolización, a la historia de su mundo interno o modo de ser inconsciente, lo que nos llevaría al análisis de la transferencia. Más apropiado al análisis de la demanda, sin embargo, es la vertiente que considera el desarrollo de la descripción motivacional dentro de la perspectiva teórica del análisis institucional.

### 3. LA DINAMICA INSTITUCIONAL

Por institución se entiende la configuración fantasmática a través de la cual se vive y desarrolla una relación social específica, en base a las simbolizaciones afectivas recíprocas de los diferentes participantes en la relación misma.

La dinámica institucional interactúa con el proceso organizativo, que representa, por el contrario, la modalidad formal, prolongación de la relación social, y que puede describirse a través de los objetivos, las estrategias, las reglas del juego que definen roles y funciones, los sistemas normativos, la modalidad de comunicación y de decisión (Carli, Paniccia, 1981). La dinámica institucional, resultante de las interacciones entre los modos de ser inconscientes de los diferentes componentes de la relación, reproduce modelos relacionales que cada persona ha elaborado dentro de la familia fantasmática interna. De aquí la relevancia de una posible yuxtaposición entre objetivos, planos y procesos formales, que son propios del nivel organizativo de una estructura social, y dinámica colusiva inconsciente, cuyo objetivo es el de elaborar y controlar la significación afectiva con la que se vive y caracteriza un específico contexto relacional.

Se puede hacer la hipótesis de que algunas dimensiones organizativas se utilizan como ocasiones para consentir la acción colusiva de fantasmas institucionales. Si la relación psicólogo clínico-paciente, por ejemplo, se utiliza como reproducción de la organización médica, puede simbolizarse la relación según un modelo fantasmático que, en la cultura estratificada en el interior de la persona, asume funciones específicas de reasegurar y de elaborar la dinámica afectiva de los individuos en el ámbito relacional. Se puede así distinguir entre la demanda explícita que una persona o un grupo pueden dirigir al psicólogo clínico y al contexto en el que opera, y una demanda implícita referida a la dinámica institucional. Por análisis de la demanda, en el interior y en congruencia con este modelo teórico de articulación de la estructura social (descrito aquí sólo a grandes líneas), se entiende la explicitación de la dinámica institucional tal como aparece en el cuestionamiento de la demanda implícita.

Cuando, por ejemplo, un maestro de escuela media pedía al psicólogo "escolar" que se ocupara de los "casos difíciles" presentes en el ámbito del grupo-clase, en los años anteriores a la experiencia de integración de los niños con deficiencias, parecía utilizar la psicología a cuya "función" diagnóstica y terapéutica se dirigía, para afrontar el caso de una presencia "enferma" dentro de la estructura escolar. La función diagnóstica y terapéutica, por otro lado, era vivida simbólicamente como agente adecuado para curar, esto es para estirpar el "mal del otro", la alteración, como fantasía de un objeto malo-enemigo, del "bien propio" atribuido al cuerpo social "normal". La función psicológica iba institucionalmente dirigida a proteger y tutelar la omnipotencia narcisista del grupo-clase, que no podía tolerar y experimentar el "mal" como "alteración" o "alteridad" en el ámbito de la propia pertenencia. El psicólogo escolar podía coludir con tal demanda implícita, a través de dos modalidades contrapuestas: la de aceptar la intencionalidad institucional del encargo y marginar la alteración representada por el alumno problemático, o la de coludir con este último e identificar el mal, la alteración, en la demanda

de marginación, combatiéndola. En los dos casos, diferentes por otro lado en su significado cultural y en la valencia ideológica testificada por la praxis, la demanda no era analizada, sino activada.

En la misma situación escolar, con el desarrollo de la experiencia de inserción de los alumnos con handicaps, se está modificando notablemente la demanda de los maestros al psicólogo. De hecho, la nueva normativa se ha vivido como una presión a la aceptación culpabilizada de lo diferente, por tanto de la alteración, dentro del grupo de pertenencia, y ello ha comportado un sentimiento confuso de responsabilidad con respecto a las alteraciones que eran incorporadas y vividas como propias; la demanda se dirige ahora al psicólogo en términos de expectativas de que "tome a su cargo" el grupo-clase entero percibido como totalidad problemática, ante la interacción compleja que implica la presencia del disminuido. Esto se corresponde a la simbolización falocéntrica y onfolocéntrica de las que habla Fornari (1976) a propósito de las instituciones sanitarias como instituciones parafamiliares.

Ya en estos primeros ejemplos se pueden detectar los "roles" que intervienen sistemáticamente en la demanda de consulta psicológico-clínica: los del comitente (de quien delega sus funciones en otra persona o instancia), los del usuario y los del consultor. Si se consideran estos roles, es posible diferenciar la función real y la fantasmática del consultor, con respecto a los problemas de relación, reales o fantasmáticos, entre el comitente y el usuario. Se subraya, con respecto a esto, que no siempre el rol del comitente y del usuario hacen referencia a personas diferentes, sino que pueden algunas veces ser asumidos y desarrollados por el mismo paciente.

Consideremos el caso de un joven de veinte años, el cual se dirige al psicólogo que opera en un Centro de Higiene Mental, proponiéndole una confusa sintomatología donde aparecen pensamientos delirantes de carácter persecutorio, angustia en las relaciones afectivas y escasa capacidad de concentración que hacen imposible el seguimiento regular de sus estudios universitarios.

Analizar la demanda significa considerar la relación entre comitente y usuario; relación que habitualmente, en su historia y en su problemática, es el lugar en el que ha tenido origen la demanda misma de consulta. Hay que considerar, al respecto, que la relación comitente-usuario se propone, desde el punto de vista del consultor, como fuertemente asimétrica en cuanto concierne al poder. El encargo, de hecho, es la función que tiene el poder de movilizar al consultor y de hacerlo actuar, por decirlo así, sobre el usuario. Tiene por otro lado el poder de inducir, motivar, convencer o constreñir al usuario a aceptar o pedir la intervención del consultor. Pero no basta. El comitente, es habitualmente portador de un proyecto de cambio, de transformación del usuario; tiende entonces a coludir con el consultor, con el, operador psicológico con el fin de hacer coincidir el proyecto de este último con su proyecto. Y ello con la esperanza que tal cambio pueda restablecer una relación menos problemática entre comitente y usuario; algunas veces no se necesita siquiera que la intervención finalice para que este hecho esperado se produzca; basta sólo con que se estructure la relación del usuario con el psicólogo, en coherencia con las expectativas del comitente, para que la relación entre los dos pueda cambiar en modo determinante. Es evidente que este proyecto del comitente implica, de hecho, una utilización instrumental de consultor; utilización que puede ser llevada a cabo por el consultor mismo si éste, por los más variados motivos que trataremos de considerar a continuación no explora y reformula en modo interrogativo la propuesta de colusión que le viene explícitamente, aunque más a menudo implícitamente, dirigida.

El encargo, como se ha dicho, es una función que puede ser desarrollada por personas

diferentes del usuario, pero también por funciones o partes de uno, si se quiere por estructuras psíquicas presentes y activas en el mundo interno del usuario mismo. El joven de veinte años anteriormente citado, pide ser "ayudado" en algunas dificultades que transforman en problemática un desarrollo normal de la existencia. En una primera profundización de su demanda aparece claramente que el joven nutre una desconfianza muy acentuada con respecto al psicólogo; se ha dirigido a él bajo la invitación presionada de sus padres, en particular de la madre que se las ha ingeniado para "oir hablar bien" del servicio, y del psicólogo en particular, a través de algunas amigas. El joven, contrariamente, declara tener más confianza en los psiquiatras de una clínica privada donde se ha recuperado otras veces, en los dos años precedentes al encuentro que analizamos. En una ulterior profundización de la demanda, aparece enseguida que el joven había estado influido en el pasado reciente por los padres que lo habían inducido a interrumpir la relación afectiva con una compañera de instituto, tenida como poco adecuada para él, y al mismo tiempo habían forzado su elección universitaria hacia una facultad que le interesa poco o nada, pero que le llevará a continuar la actividad profesional del padre.

Más allá de las consideraciones psicodinámicas que se podrían hacer, pero que exigirían una mayor profundización, la demanda formulada, en el caso examinado, pone de relieve cómo el encargo en la intervención psicológica es en buena parte sostenido por los padres, y cómo la demanda se propone como objetivo, una reconducción del usuario a una "normalidad" comportamental, definida por el modelo expresado en las expectativas de los padres mismos. El usuario se declara portador de otro encargo, con el que intenta la recuperación en la clínica psiquiátrica, descrito como evasión de la familia, y como ocasión para una experiencia que no sea la indicada por el deseo de la familia. Evasión por otro lado, provisional y reversible, que prelude sistemáticamente una vuelta no solo a las relaciones reales con los padres sino también a las relaciones fantasmáticas con las instancias parentales interiorizadas. La demanda, entonces, se mueve entre los polos de la transgresión y de la adecuación a estas expectativas parentales. El análisis de la demanda implica una reconsideración de los complejos significados que la consulta psicológica puede asumir, y un desplazamiento de la atención sobre los síntomas declarados hacia la sintomatología expresada en la misma demanda.

El análisis de la demanda, en otros términos, conlleva la comprensión de la problemática relacional entre comitente y usuario que motiva el recurso a la consulta psicológica. En el caso que estamos analizando, la actitud dialogante del psicólogo clínico y su invitación a salirse de la acción, sea esta simbólicamente representativa tanto de una adaptación como de una transgresión, conlleva una reacción por parte del grupo familiar, y en particular de los padres. Y esto por el hecho de que el proyecto terapéutico, que se estaba delineando en base al análisis de la demanda, parecía no corresponder a sus expectativas y a las modalidades habituales de adaptación sintomática del hijo. Además la respuesta a tales reacciones de los padres se orientó hacia un análisis, en lugar de a una contra-reacción; se les invitó a acudir a un psicólogo diferente del que había establecido la relación con el hijo, a fin de examinar los problemas emergentes y de considerar de modo más profundo y más verdadero sus expectativas con respecto al hijo mismo.

El análisis de la demanda, una vez explorado en su articulación y en su complejidad, puede requerir decisiones operativas diferentes, orientadas cada vez más por la configuración real de la problemática en acto y por el examen de los instrumentos de intervención más adecuados. Afirmación, esta última, que puede parecer banal y superflua por su obviedad, pero que abre

en cambio temas interesantes de estrategia terapéutica y de utilización consciente y reflexiva de las diferentes “técnicas” de intervención, cuando estas últimas no sean ya consideradas como resortes exigidos en base a la unívoca competencia adquirida del terapeuta, sino resultado de un proceso de elección centrado sobre la problemática real que se quiere analizar.

Se ha dicho anteriormente que, en el caso de modelo médico, no se plantea de modo específico y diferencial caso por caso el problema de la individuación del comitente; existe de hecho una norma social compartida vinculada a la curación de la enfermedad. Recordamos a propósito los cuatro aspectos del sistema de expectativas institucionalizadas concernientes al rol de enfermo, enunciadas por Parsons (1951):

- A) exención de la responsabilidad normal del propio rol social
- B) exención del perseguir la curación mediante un acto de decisión o de voluntad
- C) obligación de desear “estar bien”
- D) obligación de buscar ayuda técnicamente competente, la del médico, y de cooperación en el proceso, dirigido a la curación.

La estructura de la relación entre paciente y médico se define por una serie de reglas, socialmente compartidas, que convierten en altamente automatizada y repetitiva la modalidad organizativa de la relación; el rol del paciente por otra parte, es contingente, temporal, universal porque está fundado sobre criterios de definición objetiva y generalizable, y de este modo orientado hacia una rigurosa neutralidad afectiva. Se subraya cómo en tal caso la dinámica institucional está, por decirlo así, al servicio de la fenomenología organizativa: la simbolización afectiva de la relación entre el paciente y el médico, vivida colusivamente por ambos, hace posible el desarrollo de las acciones organizadas y la asunción de los roles recíprocos que basan la repetitividad estable y no-conflictual de la praxis sanitaria. En el caso del “paciente” que se dirige al psicólogo clínico, en cambio, no sirve ninguna de estas condiciones definitorias de las expectativas sociales y de rol. Pero, en muchos casos, la demanda se estructura *como si* se tratara de asumir las expectativas y los roles previstos en el caso particular de utilización de la profesión médica. Y a este “como si” puede corresponder, colusivamente, un “como si” recíproco, asumido por el psicólogo, que hace de la consulta psicológica un mimetismo de la consulta médica.

El análisis de la demanda se propone descubrir qué modalidades iniciales de la relación de ayuda, dirigidas a poner de manifiesto la dinámica institucional activada, pueden obstaculizar, impedir o trivializar la praxis organizativa, psicodiagnóstica y psicoterapéutica. Pero no es sólo la institución “médica” la que puede estar presente en la demanda de consulta psicológica; algunas veces el psicólogo clínico está simbolizado como educador, magistrado, sacerdote, entrenador, amigo de la infancia, poeta, héroe, explorador, etc. Y estas simbolizaciones pueden aparecer cada vez distintas, o pueden coexistir en una única y confusa representación fantasmática.

La determinación de las funciones de encargo y de uso, la determinación de la relación de estas funciones con las del consultor psicólogo aparecen como muy complejas, aunque de gran interés. Y es en este ámbito que la dinámica motivacional, anteriormente referida, adquiere una relevancia significativa.

Es evidente que el análisis de la demanda no consiste en la simple formulación de la pregunta: “¿por qué ha pensado dirigirse a mi?”. Este implica, para su conducción, el uso de un modelo interpretativo específico, referido al *análisis institucional*. La demanda, de hecho, no es más que un proceso institucional, que atraviesa la estructura organizativa representada por

la demanda de consulta y de intervención psicodiagnóstica y psicoterapéutica. En este sentido el análisis de la demanda forma parte del proceso psicodiagnóstico y fundamenta sus premisas. Tampoco debe confundirse con el psicodiagnóstico, por cuanto, orientado a detectar y definir las características psicológicas del usuario, podría ser incorrectamente utilizado como justificación a posteriori de la demanda en sí misma, sustituyendo el análisis.

#### 4. FACTORES QUE OBSTACULIZAN EL ANALISIS DE LA DEMANDA

Con frecuencia, al encarar una problemática, se contraponen la ejecución de la demanda por parte del psicólogo clínico a su análisis. Se ha dicho también que tal acción implica un proceso de colusión entre paciente y psicólogo, en base a la reciprocidad de las simbolizaciones afectivas evocadas por la relación y sobre la complementariedad de las expectativas no expresadas, de cuya intencionalidad implícita se reviste la relación de ayuda.

Los factores que pueden obstaculizar el análisis, y facilitar en cambio la acción colusiva son múltiples, y difícilmente pueden ser reducidos a categorías precisas, exhaustivas de eventos que podrán encontrar una comprensión sólo si se consideran en su singularidad experiencial. No se trata de catalogar los factores obstaculizantes, sino de considerar algunas situaciones ejemplares, a mi parecer significativas, como ocasiones para reflexionar sobre esta importante temática.

Un primer factor problemático para el análisis de la demanda, puede ser detectado en los casos en los que el psicólogo clínico está preocupado, en su relación con el paciente, por asumir un rol ya desde el inicio diagnóstico y terapéutico; es el caso en que la actitud "profesional" implica centrarse sobre el paciente, y sobre su condición declarada de malestar que debe ser reducida a parámetros nosográficos precisos, fundantes de la decisión terapéutica. Aquí se realiza, a mi modo de ver, una homologación con el paciente que se dirige al médico: este último puede ser considerado con Parsons (1951) una *persona necesitada de ayuda* y, al mismo tiempo, *técnicamente incompetente*. Este último elemento, de gran relevancia, indica que el paciente no sólo no es capaz de hacer lo que sería necesario, "sino que ni tan siquiera *sabe* qué debe hacerse, ni de qué modo. Sólo una persona técnicamente adiestrada posee esta calificación". (Parsons, *op. cit.*, p. 450).

Si el psicólogo *toma totalmente a su cargo* el paciente, como si asumiera una función médica, no hay ninguna necesidad de analizar la demanda. Sólo debe tomar literalmente las manifestaciones sintomatológicas del paciente y evitar paralelamente cualquier consideración relativa a lo que *le comunica* a través de la relación con el psicólogo y dentro de la relación en sí misma. En tales casos, se desatiende el componente relacional de la demanda (A.A.V.V., 1981), identificable a través de la dinámica institucional sobre la que se funda la relación.

En otros casos no se considera el análisis de la demanda a causa de los límites técnico-profesionales del psicólogo clínico, ejemplificados en la competencia restringida a una única técnica, sea esta psicoanalítica, gestáltica, relacional, transaccional, conductista, etc. Aquí el enfoque del psicólogo está orientado no tanto a una comprensión de los problemas llevados por el paciente, cuanto a la reducción del caso dentro de la categoría dicotómica SI-NO: se preocupa exclusivamente de decidir si considerar el caso como tratable con la técnica aprendida, o no. Y esto en el mejor de los casos; en otras ocasiones se preocupa sólo de pasar al tratamiento, sea cual sea el problema presentado, constatando sólo la aceptación, por parte del paciente, de la propuesta terapéutica y de su condición pragmática. Es evidente que un análisis de la demanda podría en tales situaciones resultar altamente ansiógeno por el hecho de remitir al inicio de una

praxis que, es la única que puede confirmar al psicólogo en el propio rol al conferirle seguridad profesional.

El análisis de la demanda, por otra parte, comporta la eventualidad de una resistencia por parte del paciente, que puede titubear sobre el abandono de la consulta y sobre la búsqueda de un nuevo profesional, más maleable y propenso a aceptar al pie de la letra y sin cuestionamientos la demanda terapéutica. El temor “de perder el paciente” y la tendencia a evitar la “herida narcisista” que comporta este hecho, puede ser un ulterior factor de obstáculo en el análisis de la demanda.

Se abre aquí el tema, de gran importancia, que concierne al psicólogo clínico adscrito a las estructuras de servicio público: tema que hace referencia a la mediación entre la demanda del usuario y la cultura, las exigencias, las normas y los modelos organizativos de la estructura a las que pertenece. En muchos servicios de reciente creación, de hecho, el psicólogo se encuentra que debe colaborar, dentro del equipo, con profesionales que no están sensibilizados en la exploración de la demanda hecha por parte del usuario, y cuya praxis no considera esta importante orientación cognoscitiva. La misma cultura organizativa, en su relación con el usuario, puede considerar irrelevante o inoportuna tal exploración; y del mismo modo también el usuario que se dirige a la estructura puede sentir como legítimo el rechazo de este análisis que parece querer poner en discusión, en cierto sentido, su derecho al servicio.

En tales casos se debe analizar previamente la dinámica institucional en que se basa la estructura del servicio, y por tanto de la *oferta* con el fin de hacer posible un análisis de la demanda. Más en general se puede hacer ver que la atención a la demanda formulada por el paciente, y su consideración crítica, pueden contrastar con las expectativas del psicólogo clínico con respecto a su praxis profesional, y con las teorías que fundamentan la práctica y la técnica. En particular resulta importante la teoría del cambio que orienta la praxis del psicólogo, y que determina los objetivos y las estrategias.

En algunas de estas teorías no se considera la relevancia del rapport entre paciente y psicólogo, sino dentro del ámbito rigurosamente definido de la técnica terapéutica adoptada. En tales casos, el sistema de expectativas del paciente, la intencionalidad presente en el rapport con el psicólogo aparecen irrelevantes; la única condición que se le pide al paciente es la de colaborar en la psicoterapia y la de asumir, en tal ámbito, el rol y la función previstos por la técnica. La relación, por así decirlo, oculta en el paciente, se considera sólo como fuente de información diagnóstica; información diagnóstica que orienta y justifica la iniciativa terapéutica.

Por esto se puede afirmar que el análisis de la demanda es una praxis fundada sobre la *integración de los modelos* psicológico-clínicos, integración que comporta un proceso formativo dentro de la psicología clínica general, y que implica una fundamentación teórica de la *función psicológico-clínica* como premisa indispensable para dar sentido a la práctica, en sus diferentes articulaciones.

---

*La “demanda” es una noción que resume las motivaciones que llevan a una persona al psicólogo clínico y las simbolizaciones afectivas con las que se representa idealmente esta relación. El artículo propone un análisis de la dinámica que caracteriza esta relación. Se considera el análisis de la demanda como una fase fundamental del proceso de conocimiento y diagnóstico sobre la que se basa la intervención psicológico-clínica.*

## Referencias bibliográficas:

- A.A.V.V. (1981). *La relazione analitica*. Roma: Borla.
- CARLI, R. & PANICCIA, R. M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.
- FORNARI, F. (1976). *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- ILLICH, I. (1970). *Descolarizzare la società*. Milano: Mondadori.
- ILLICH, I. (1976). *Nemesi medica*. Milano: Mondadori.
- MATTE BIANCO, I. (1984). Concetti basilari per una medicina psicosomática. In P. Pancheri (ed.). *Trattato di medicina psicosomática*. Firenze: Uses.
- Mc CLELLAND, D. (1955). Methods of measuring human motivation. In J. W. Atkinson (ed.), *Motives in fantasy, action and society*. New York: Van Nostrand.
- PARSONS, T. (1951). *The Social System*. Glencoe: University Free Press.

