

Helmut Thomä Horst Kächele

**Teoría y
Práctica del
Psicoanálisis**

2 Estudios clínicos

(1990) en

Editorial Herder S.A. (Barcelona)

Helmut Thomä Horst Kächele

Teoría y Práctica
del
Psicoanálisis

2 Estudios clínicos

Con la colaboración de

Stephan Ahrens Andreas Bilger Manfred Cierpka
Walter Goudsmit Roderich Hohage Michael Hölzer
Juan Pablo Jiménez Lotte Köhler Martin Löw-Beer
Robert Marten Joachim Scharfenberg Rainer Schors
Wolfgang Steffens Imre Szecsödy Brigitte Thomä
Angelica Wenzel

Traducción del alemán a cargo de
Juan Pablo Jiménez de la Jara

Prólogo de
Inga Villarreal

Editorial Herder S.A. (Barcelona)

1990

Profesor Dr. Helmut Thomä

Profesor Dr. Horst Kächele

Abteilung Psychotherapie der Universität

Am Hochsträß 8, D-7900 Ulm

República Federal de Alemania

Traductores:

Gabriela Bluhm-Jiménez y Juan Pablo Jiménez

con la colaboración de

Guillermo de la Parra y José Montalbán

Título del original alemán:

Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band 2 Praxis

(c) Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1988

ISBN 3-387-16196-1

(c) Editorial Herder S.A. Barcelona 1990

ISBN 84-254-1739-2 rústica, tomo II

ISBN 84-254-1740-6 tela, tomo II

Es propiedad

Depósito legal: B.

Printed in Spain

Grafesa, Nápoles 249, 08013 Barcelona

Prefacio

Después del tomo primero, dedicado a los fundamentos de la técnica psicoanalítica, presentamos ahora el tomo segundo, que trata de estudios clínicos. Junto con la re-producción de diálogos terapéuticos, que por razones didácticas creemos muy im-portante, nos apoyamos también en la toma tradicional de protocolos de sesiones y en descripciones resumidas de procesos terapéuticos.

La feliz resonancia que encontró el tomo primero, entretanto traducido a varios idiomas, despertó expectativas que ahora deben ser llenadas. Los principios de la técnica de tratamiento deben ser probados en la sesión psicoanalítica.

La disposición a presentar abiertamente nuestro pensar y actuar terapéutico nos ha llevado a un vívido intercambio con analistas y científicos de otras disciplinas de Alemania y del extranjero. Este trabajo en conjunto ha enriquecido el contenido de este volumen. Colegas de Ulm y de otras partes nos cedieron borradores para ser integrados en el texto, aceptando no ser nombrados como autores en los lugares correspondientes. Así, se pudo alcanzar una cierta homogeneidad en la presenta-ción. En este sentido, después de la aparición del tomo primero, nos fue planteada la pregunta de cómo hemos hecho justicia a las concepciones, diversas, de los dis-tintos autores. En esto, el interés especial parece estar dirigido no sólo a dar a cada uno de los autores el valor que se merece, sino, en primer lugar, al tipo de trabajo en conjunto que ambos autores principales llevaron a cabo. Obviamente, aquí se trata del problema de cómo se originan las diferencias de opiniones entre los psico-analistas y cómo éstas pueden ser resueltas de manera productiva. Creemos haber tomado el camino correcto al investigar los diferentes puntos de vista de manera científica, es decir, lo más objetivamente posible. La discusión crítica de la prácti-ca y de la teoría psicoanalítica nos dio la posibilidad de expresar con claridad nues-tra propia concepción. El autor principal recurrió aquí a su larga experiencia profesional y, desde esa situación, también contribuyó con su marca en las secciones cuyos borradores provienen de pluma ajena. Una delimitación de la autoría, que

hu-biera sido posible a propósito de los textos particulares, no habría hecho justicia a la forma del texto definitivo. También en este caso el todo es más que la suma de sus partes. Junto a ciertas circunstancias favorables, nuestros propios esfuerzos hicieron posible un trabajo en conjunto de ya casi 20 años, y que ha alcanzado un punto culminante en los dos volúmenes de este libro. Por este trabajo en conjunto, dejamos constancia de nuestro agradecimiento.

Estamos especialmente agradecidos de los psicoanalistas de fuera que a continuación nombramos, por la desacostumbrada generosidad de poner a nuestra disposición sus conocimientos personales para ser incorporados en este libro:

Stephan Ahrens (Hamburgo) enriqueció nuestros conocimientos sobre el estado de la discusión sobre alexitimia; Walter Goudsmit (Groningen) compartió con nosotros su experiencia de años en el tratamiento de delincuentes; Lotte Köhler (Munich) discutió nuestra concepción de la contratransferencia desde el punto de vista de la psicología del sí mismo; la experiencia de Imre Szecsy (Estocolmo) en supervisión nos ayudó a trabajar la sección sobre interconsulta. Nuestra convicción de que el intercambio con científicos de otras disciplinas también tiene sobre la práctica terapéutica efectos fructíferos, se ve confirmada en este tomo a través de varias contribuciones. Martin Löw-Beer (Frankfurt) enriqueció nuestra comprensión de la "buena sesión" con sus reflexiones filosóficas; Joachim Scharfenberg (Kiel) tomó posición como teólogo frente a un diálogo en el que el psicoanalista se ve enfrentado con problemas religiosos. Angelika Wenzel (Karlsruhe) mostró a través de interpretaciones lingüísticas lo productivo que es para la comprensión clínica el que se apliquen otros métodos a los textos psicoanalíticos. Más allá de los agradecimientos personales, nos alegramos de manera especial por estos aportes, porque ellos ponen de manifiesto cuán fructífera es la cooperación interdisciplinaria para el psicoanálisis.

De gran valor fue la lectura crítica a que fueron sometidos capítulos o secciones individuales en diferentes estadios de elaboración. Conscientes de la responsabilidad exclusiva que nos cabe como autores del texto definitivo, agradecemos nombrando a las siguientes personas:

Jürgen Aschoff, Helmut Baitsch, Hermann Beland, Claus Bischoff, Werner Boh-leber, Helga Breuninger, Marianne Buchheim, Peter Buchheim, Johannes Creme-rius, Joachim Danckwardt, Ulrich Ehebald, Franz Rudolf Faber, Heinz Henseler, Reimer Karstens, Otto F. Kernberg, Joachim P. Kerz, Gisela Klann-Delius, Lis-beth Klöß-Rotmann, Rolf Klüwer, Marianne Leuzinger-Bohleber, Wolfgang Lipp, Adolf Ernst Meyer, Emma Moersch, Michael Rotmann, Ulrich Rüger, Walter Schmitthenner, Erich Schneider, Almuth Sellschopp, Ilka von Zeppelin.

Esta vez, nuestra dependencia de la ayuda en múltiples materias técnicas y de redacción fue aún mayor que a propósito del tomo primero. Los borradores

alema-nes, mejorados una y otra vez hasta el texto final, fueron escritos por Karin Find-ling, Ingrid Freischlad y Doris Gaissmaier con un compromiso permanente. La traducción que presentamos fue llevada a cabo en base a una segunda edición corre-gida del original alemán, corrección que surgió de la estrecha colaboración con los traductores al castellano, al inglés, al húngaro y al italiano, quienes permanente-mente nos llamaron la atención sobre los pasajes de redacción oscura o sobre la ne-cesidad de agregar aclaraciones.

El equipo de traducción estuvo esta vez integrado por Gabriela Bluhm-Jiménez y Juan Pablo Jiménez, con la colaboración de José Montalbán (capítulo 10) y Gui-llermo de la Parra (parte del capítulo 9). Juan Pablo Jiménez se hizo cargo de la versión castellana definitiva y de su escritura en el ordenador; su tarea con el com-putador personal llegó, igual que con el primer tomo, hasta la entrega de la última versión corregida, lista para ser entregada a la imprenta.

Con ojo acucioso, Jordi Bertran se encargó del lectorado final; el constante apo-yo de Walter Kappenberger, gerente de Herder Barcelona, hizo posible la realiza-ción de esta traducción.

De manera especial, queremos expresar nuestra gratitud a Inga Villarreal, conoci-da analista colombiana y actual vicepresidente de la IPA, quien nos honró dos ve-ces escribiendo los prólogos destinados a la comunidad psicoanalítica de habla cas-tellana.

Sobre todo, tenemos que agradecer a los pacientes que depositaron su confianza en nosotros. El proceso de logros en conocimiento interpersonal es consubstancial a los progresos en la técnica psicoanalítica. Los ejemplos que el lector encontrará en este volumen son testimonio de la significación que atribuimos a la colabora-ción crítica de los pacientes.

Esperamos que la comunicación de nuestra experiencia sobre la práctica psico-analítica en estos estudios clínicos vaya en beneficio de futuros pacientes y que nuestras sugerencias ayuden a sus terapeutas.

Ulm, diciembre de 1989

Helmut Thomä Horst Kächele

Prólogo a la edición castellana

Es para mí un gran placer presentar la traducción al castellano del segundo tomo, Estudios clínicos, de Teoría y práctica del psicoanálisis, con el cual los autores completan su gran obra sobre técnica psicoanalítica.

Son muchas las expectativas que se forman frente a un texto que expone la teoría de la técnica y la práctica psicoanalítica a los 50 años de la muerte de Freud. Es ciertamente necesaria la exposición y discusión crítica de muchas de las ideas de Freud, como también de los principales desarrollos posteriores en este campo, que evolucionaron en el marco de las diferentes escuelas del pensamiento analítico. Es-to, en sí, es ya una tarea monumental si se toma en cuenta la extensa literatura so-bre el tema. Es un logro significativo de los autores el que, basados en una extensa bibliografía, nos presenten una discusión crítica de los aspectos más importantes de la teoría de la técnica y de su aplicación en la práctica, tomando en cuenta tanto el desarrollo histórico como las ideas actuales. Sin embargo, si esta obra se limi-tara a este enfoque, el lector se quedaría sólo como el depositario de una gran can-tidad de información, muchas veces contradictoria entre sí. Además de ser inevita-ble, es necesario que los autores ordenen desde su propio punto de vista lo que transmiten al lector sobre las valiosas ideas consignadas en la literatura. Más que una recopilación, este libro es una revisión de la teoría y de la práctica desde el punto de vista de los autores, en base a su larga y extensa experiencia clínica. Esta tarea, ya en sí compleja, fue elaborada en el primer tomo, sobre los fundamentos, y ampliada en puntos importantes en este segundo tomo. Las exposiciones sobre la teoría de la técnica quedarían incompletas sin una extensa ilustración clínica. Mostrar el trabajo del analista en su práctica diaria es el principal objetivo de este segundo tomo, de estudios clínicos. En el momento actual de nuestro desarrollo histórico, en el que la teoría psicoanalítica creada por Freud ha tomado caminos tan divergentes, la búsqueda de nuestra base común a través de la práctica se ha hecho indispensable. Esta fue la idea central

del último Congreso Internacional de Psico-análisis en Roma (1989). Reunir tan valiosa experiencia clínica, ya en sí da un va-lor muy especial al presente volumen.

Amplios materiales clínicos y, sobre todo, extensos protocolos de diálogos entre analista y paciente, ejemplifican los diferentes aspectos de la teoría de la técnica expuestos en el primer tomo. Más que una ilustración, los autores se han propues-to mostrar la aplicación de sus puntos de vista teóricos en la práctica y la eficacia de éstos para el curso favorable del proceso analítico. Aun cuando muchos colegas están de acuerdo en que la relación entre las teorías psicoanalíticas de un alto grado de abstracción y la práctica del psicoanálisis es compleja, es decir, que un cierto punto de vista teórico o metapsicológico no fundamenta de por sí las reglas que se aplican en el ejercicio del psicoanálisis, la teoría de la técnica y su aplicación en la práctica deben formar un todo coherente. Estoy en total acuerdo con los autores en que las postulaciones de la teoría de la técnica deben comprobar su validez y su efi-cacia a lo largo del transcurso de los procesos analíticos y que las investigaciones sobre los tratamientos deben a su vez validar o refutar las hipótesis teóricas aplica-das en la práctica para poder llegar a una teoría de la técnica mejor fundamentada. De ahí se desprende por qué el estudio crítico de procesos analíticos ha sido un in-terés central de los autores. Para efectuar estas investigaciones han usado una am-plia gama de métodos: Se destaca el estudio de un gran número de protocolos (gra-bados o reconstruidos) de diálogos analíticos, efectuado no sólo por equipos de ana-listas, sino también por científicos de campos afines al psicoanálisis. Los autores también se apoyan en otros métodos, como son el estudio de asociaciones libres y reflexiones del analista sobre la sesión, de las opiniones de los mismos pacientes sobre protocolos de sus sesiones y de las catamnesis. En nuestro medio, el método de investigación más utilizado es el estudio de transcripciones de sesiones, muchas veces sin datos extensos de la historia del paciente, a fin de descubrir la fantasía in-consciente operante en la sesión y para ver la interacción en la transferencia-con-tratransferencia en el aquí y ahora. El lector que tiene el privilegio de poder acom-pañar a los analistas que exponen en este libro, en su trabajo clínico en sesión y también en sus asociaciones y reflexiones posteriores, tendrá amplias oportunida-des para confirmar o contrastar sus propias opiniones con las expuestas en este to-mo. Además, le brinda la oportunidad de familiarizarse con otros enfoques de in-vestigación menos utilizados en nuestro medio.

En el tomo sobre los fundamentos fue ampliamente expuesta la tesis central de los autores, que consiste en la contribución activa del analista en el establecimien-to y desarrollo del proceso analítico. Esta idea central está constantemente en su mira en la presentación y discusión de los materiales publicados en estos Estudios clínicos. De esta manera, el lector podrá examinar su aplicación en la práctica ana-lítica. El diálogo analítico, en su interjuego de

asociaciones e interpretaciones, nos muestra el manejo que los analistas tratantes dan a la situación terapéutica y a sus actitudes hacia el paciente.

Deseo exponer mis impresiones sobre la imagen del analista que surge a través de la lectura de estos materiales clínicos y sobre la manera como él se concibe a sí mismo en su rol analítico. Es un analista activamente participante en el diálogo psicoanalítico. Se concibe no solamente como objeto de las transferencias del paciente y sujeto de su propia contratransferencia, sino también como figura actual en las interacciones con su paciente, como la pareja en una relación bipersonal. El lector es impulsado a reflexionar sobre su propia concepción del rol del analista y tal vez se verá reflejado en esta imagen o podrá tomar conciencia de la forma diferente en que concibe su rol y la actitud que asume. La gran mayoría de los analistas de habla castellana están formados tradicionalmente con un enfoque en el cual el proceso psicoanalítico transcurre únicamente en el aquí y ahora de la transferencia-contratransferencia. Los materiales clínicos aquí presentados llevan a asumir un rol en cierto sentido más amplio. El trabajo analítico que se muestra en estos diálogos también transcurre en transferencia-contratransferencia, pero se destaca además el rol del analista como persona real en la interacción actual y la influencia que ejerce como tal sobre el paciente y sobre la génesis actual de todos los fenómenos psíquicos, incluyendo los síntomas. Mencionaré solamente algunos puntos que clarifican más la aplicación en la práctica de esta ampliación del rol del analista: en ciertos momentos el analista comunica su contratransferencia al paciente, por ejemplo, cuando el paciente no logra insight sobre los efectos de sus comunicaciones verbales y no verbales, sus afectos y actos sobre los que lo rodean y sobre el analista (sección 3.4.1). El analista podrá admitir a su paciente eventuales errores que cometió durante el curso del tratamiento y discutirlos con él; en muchas oportunidades contestará las preguntas del paciente, incluyendo algunas sobre su persona, ya que considera que el paciente puede saber sobre él lo que conviene para el proceso terapéutico. Es un analista que acepta ciertas variaciones del encuadre de acuerdo con las necesidades del paciente y que toma muy en cuenta las ideas del paciente sobre su tratamiento, no solamente en el transcurso del mismo sino también en investigaciones posteriores a éste. Además, brinda reconocimiento al paciente en los momentos en que lo considera oportuno, ya que piensa que una creciente autoestima es beneficiosa para el proceso terapéutico. Los roles en esta interacción bipersonal son asimétricos, pero el analista mantiene esta asimetría en forma menos rígida que lo usual en la técnica clásica. Más allá de comunicar sus interpretaciones en ciertos momentos, también le hace partícipe, cuando lo estima oportuno, de cómo surgió en él una interpretación específica, de sus raíces o, en otras palabras, muestra cómo funciona su mente. Para muchos analistas de nuestro ambiente, esta manera de enfocar la tarea analítica representa modificaciones en las reglas aprendidas en el curso de la formación, las que se han vuelto parte

integral de su actitud en el manejo de los pacientes. Los autores discuten y replantean, to-mando como punto de partida los ejemplos clínicos, las ventajas y desventajas de muchos de los elementos de la actitud analítica, como son la neutralidad, la absti-nencia, el anonimato, la espontaneidad, el manejo de sistemas de valores, etc. Exa-minan detenidamente las consecuencias que cada una de estos elementos tienen so-bre el desarrollo del proceso analítico. Demuestran en detallados protocolos clíni-cos la eficacia terapéutica de las modificaciones que introducen. Solamente estu-diando cuidadosamente estos protocolos se puede apreciar hasta qué punto los auto-res son consecuentes con su tesis central sobre la influencia del analista en el pro-ceso, no sólo como figura de transferencia o como analista capacitado para utilizar su contratransferencia como instrumento analítico, sino como pareja en un proceso de interacción actual. Este rol doble del analista como persona real y como objeto de la transferencia en su compleja interacción, surge claramente en estos diálogos entre paciente y analista presentados en los presentes Estudios clínicos. Según los autores, las modificaciones de ciertas actitudes del analista en el proce-so analítico también se hacen necesarias por los resultados de investigaciones em-píricas sobre protocolos de diálogos analíticos, por el estudio crítico de evolucio-nes de tratamiento en períodos largos y por los resultados de investigaciones ca-tamnísticas. ¿Qué es lo que efectúa el cambio terapéutico en nuestros pacientes? Esta, a pesar de ser muy discutida en la literatura, es una pregunta todavía abierta y que nos concierne a todos. Ampliar nuestras ideas sobre la práctica analítica a la luz de la tesis central de los autores anteriormente mencionada, no puede sino enri-quecer y ampliar nuestra comprensión del proceso. El enfrentamiento crítico con las hipótesis de los autores nos ayudará a clarificar, confirmar o modificar algunas de nuestras posiciones que atañen al manejo técnico con nuestros pacientes.

Para Freud, curar e investigar estaban inseparablemente unidos. Pensaba que con un sistema de reglas técnicas, el analista, en su rol de observador, podía obtener da-tos no contaminados para ampliar el conocimiento de la psicología profunda del ser humano. Los autores postulan que, dada la complejidad de las interacciones en esta relación bipersonal que constituye el proceso analítico, debe separarse esta unión de curar e investigar. La parte de investigación correspondiente a la valida-ción de las hipótesis psicoanalíticas, y que sólo surge como tarea fuera de la se-sión, después de la exploración de las conexiones inconscientes con el paciente en la sesión, debe ser llevada a cabo con métodos empíricos que puedan validar la téc-nica o llevar a modificarla ya que, como dicen los autores, el paciente tiene el dere-cho a ser tratado por teorías comprobables.

Este tomo fue concebido como un texto crítico de la práctica analítica y tiene fi-nes eminentemente didácticos. Es muy afortunado que los autores incluyeran -ade-más de materiales clínicos que ilustran los diferentes aspectos de temas de

la técnica- informes muy completos de casos de una variada gama de diagnósticos. De esta rica colección de materiales clínicos, quiero destacar los que tratan de casos con manifestaciones en el área psicosomática. De especial interés es el énfasis que ponen en el análisis de la imagen del cuerpo o esquema corporal. Ilustran cómo éste se manifiesta en las más variadas formas en comunicaciones verbales, en conductas preverbales y en sueños de pacientes con cuadros psicosomáticos o hipocondríacos, entre otros. Los autores dan ejemplos de cómo se reactiva en la relación bipersonal lo que llaman -parafraseando a Freud- "la sombra del objeto que cayó sobre la imagen del cuerpo", y cómo se maneja ésta en la interacción de la relación diádica. La amplia discusión teórica del problema de la relación psique-soma, y de tantos otros tópicos, siempre con la técnica del tratamiento en la mira y ejemplificando con ricos materiales clínicos, son de gran valor para una enseñanza viva de la práctica analítica. La excelente traducción del equipo a cargo de Juan Pablo Jiménez, quien conoce a fondo el pensamiento de los autores, refleja fielmente el original. Estoy segura de que esta valiosa contribución a la práctica analítica proveniente del mundo psicoanalítico alemán suscitará un bien merecido interés en la comunidad de analistas hispanoamericanos.

Bogotá, septiembre de 1989
Inga Villarreal

Registro y cifrado de pacientes

En la introducción discutimos los principios generales del cifrado. En la lista siguiente, las secciones que contienen información sobre la génesis de la enfermedad o resúmenes del caso están destacadas en cursiva. Además, de la lectura continuada de los ejemplos tomados de un mismo tratamiento, el lector puede lograr una impresión sobre los procesos terapéuticos respectivos.

Amalia X

2.4.2	La identificación con las funciones del analista
7.2	Asociación libre
7.7	Anonimato y naturalidad
7.8.1	Grabaciones magnetofónicas
9.11.2	Cambios

Beatriz X

8.3	Acciones interpretativas
9.2	Histeria de angustia

Catalina X

2.3.2	Envidia al hermano
-------	--------------------

Clara X

2.2.5	Transferencia negativa
4.6	Resistencia y principio de salvaguardia
7.5.1	Aspectos psicoanalíticos de las metáforas
8.1.2	Contener y conservar
8.5.3	División de la transferencia
8.6	Interrupciones

Dorotea X

8.5.5	Errores técnicos cotidianos
9.4	Depresión

Enriqueta X

9.5	Anorexia nerviosa
-----	-------------------

Erna X

2.1.1	Fomento de la "relación que ayuda"
2.2.1	Transferencia positiva moderada
7.4	Preguntar y responder
7.5.1	Aspectos psicoanalíticos de las metáforas
7.7	Anonimato y naturalidad

Francisca X

2.2.2	Transferencia positiva intensa
7.2	Asociación libre
7.8.1	Grabaciones magnetofónicas

Gertrudis X

2.2.4	Transferencia erotizada
-------	-------------------------

Ingrid X

8.4 Actuar

Linda X

3.4.2 Contratransferencia agresiva

María X

4.4 Estancamiento y cambio de terapeuta

Nora X

4.1 Afectos desmentidos

Rosa X

3.4.1 Contratransferencia erótica

Susana X

6.2.1 Proveniencia socioeconómica

Ursula X

8.1.3 Reacción de aniversario

Verónica X

3.7 Identificación proyectiva

Arturo Y

2.1.3 Comunión e independencia

2.2.3	Deseos de fusión
3.5	Ironía
3.6	Reflexión narcisista y 'objeto-sí mismo'
4.5	Cercanía y homosexualidad
6.4	Financiamiento ajeno
6.5	Informe pericial y transferencia
7.1	Diálogo (hablar y callar)
7.4	Preguntar y responder
7.5.2	Interpretaciones lingüísticas
7.8.1	Grabaciones magnetofónicas
8.1.1	Arreglo horario
8.2	Historia vital, historial clínico e historia contemporánea: Una reconstrucción
8.5.2	Desmentida y angustia de castración
10.1.	Interconsulta
10.2	Reflexiones filosóficas sobre el problema de la "buena sesión"
10.3.1	La imagen de Dios como proyección

Bernardo Y

9.6	Neurodermitis
-----	---------------

Conrado Y

7.8.1	Grabaciones magnetofónicas
9.11.3	Despedida

Cristián Y

4.3	El desgano como resistencia del ello
7.2	Asociación libre
9.3	Neurosis de angustia
9.3.1	Angustia de separación
9.3.2	Fase de terminación
9.3.3	Reconocimiento y sentimiento de autoestima

Daniel Y

2.1.2 Apoyo e interpretación

Enrique Y

7.8.1 Grabaciones magnetofónicas

8.5.4 Vínculo materno

Eric Y

3.2 Contratransferencia complementaria

3.3 Retroactividad y fantasear retrospectivo

5.1.1 Dismorfofobia y tortícolis espasmódica

5.2 Una serie onírica

5.3 Un sueño del síntoma - Reflexiones sobre la psicogénesis

Federico Y

2.3.1 Redescubrimiento del padre

9.11.1 Retrospectivas de pacientes

Gustavo Y

4.2 Pseudoautonomía

7.5.1 Aspectos psicoanalíticos de las metáforas

Ignacio Y

3.1 Contratransferencia concordante

7.3 Atención parejamente flotante

Juan Y

3.7 Identificación proyectiva

Luis Y

6.1 Una primera entrevista

Martín Y

6.3 Los familiares

Norberto Y

7.6 Ciencia libre de valores y neutralidad

Otto Y

6.2.3 Adolescencia

Pedro Y

8.5.1 Repetición y traumatismo

Rodolfo Y

7.8.1 Grabaciones magnetofónicas

Simón Y

6.2.2 Delincuencia

Teodoro Y

8.4 Actuar

Víctor Y

6.2.1 Proveniencia socioeconómica

Introducción

Como lo expusimos en la introducción al primer tomo, los psicoanalistas alemanes tienen dificultades especiales para apropiarse críticamente de la obra de Freud y para alcanzar independencia frente a ella. La pregunta de cómo la generación más joven puede llegar a lograr una identidad profesional independiente, es esencial para la comunidad psicoanalítica y su futuro. Por un lado, la extraordinaria significación de Freud y, por otro, el tipo de formación psicoanalítica, han retrasado más de lo conveniente el cuestionamiento científico de la teoría y de la práctica psicoanalítica de modo que la nueva generación ve dificultado el logro de independencia.

En el tomo sobre los fundamentos expusimos nuestra posición teórica y la idea directriz para la práctica clínica la tomamos de la obra de Balint, quien en su psicología de dos y de tres personas coloca en el centro de la atención el aporte del analista al proceso terapéutico. A causa de los problemas generales mencionados y de su versión alemana específica, tanto como por razones que residen en el itinerario vital propio, hemos recorrido nuestro camino lentamente y con retraso. Esto es especialmente válido para el autor principal, quien a lo largo de años de preparación y de trabajo ha depositado en los dos volúmenes de este texto el producto final de su pensamiento y actuar profesionales. El último impulso para ofrecer, a partir del punto alcanzado y mirando hacia el futuro, un panorama crítico de la situación del psicoanálisis como teoría y práctica, lo dio Merton Gill. El nos estimuló a dejar las vacilaciones de lado cuando opinó que, después de todo, éramos lo suficientemente viejos y que, para tomar la delantera con un buen ejemplo, deberíamos decir lo que pensamos.

Desde el momento en que desde hace años ponemos diálogos psicoanalíticos, y con ello nuestro pensar y actuar terapéuticos, a disposición de los psicoanalistas y demás científicos, podemos reclamar para nosotros el haber tomado la delantera con este buen ejemplo. Nuestra manera de presentar los informes trae consigo el que el analista tratante se exponga de manera especial a la crítica de sus colegas.

En esto, la obligación de secreto médico impone obrar con el mayor cuidado. En lo que sigue, exponemos cómo hemos tratado de solucionar los problemas relativos a la discreción:

Ampliando las medidas de cifrado ideales, propuestas ya por Freud (1905a, pp. 7ss), hemos cambiado todo aquello que pudiera permitir al lector la identificación de un paciente. Sin embargo, el cifrado no puede ir tan lejos como para que el paciente mismo no pueda reconocerse en el caso de que este libro llegara por casualidad hasta sus manos. La verdad es que no excluimos totalmente el que el ex paciente afectado deba también esforzarse algo en descubrir su propia persona. Y esto porque los cambios efectuados en todos los datos externos así como la reproducción unilateral, restringida precisamente sólo a problemas determinados, con los cuales el paciente estaba poco familiarizado y de regla tampoco conocidos por su medio ambiente personal, conducen a un peculiar extrañamiento. En vista del alivio que esto significa para la discreción médica, este extrañamiento nos es bienvenido.

Los datos del historial de vida, en cuyo cifrado seguimos el principio de la sustitución analógica, son citados en la medida de su relevancia para la comprensión de lo acontecido en el tratamiento. Es un error muy extendido el creer que en una psicoterapia llega a manifestarse toda la persona. De hecho, aquello que predominantemente es traído a colación son los puntos débiles, los problemas y sufrimientos. Sin los otros aspectos, los aspectos de vida libres de conflicto, que aquí no se mencionan porque no son el objeto primario de la terapia, se origina un cuadro distorsionado de la personalidad del analizado. Así como bajo el punto de vista del cifrado nos es bienvenido que los pacientes comuniquen un cuadro unilateral de sí mismos, las más de las veces negativo y que sólo el analista suele conocer, desde el punto de vista de la técnica de tratamiento nos parece esencial reflexionar sobre este hecho.

Hemos pensado mucho sobre el tipo de codificación de los pacientes. Ninguno se ha mostrado totalmente satisfactorio. Cualquier distintivo agregado a un seudónimo le da a una característica un peso especial. Por otro lado, tampoco queremos endosar a nuestros pacientes un número. Por eso, elegimos nombres de pila como seudónimos y -apoyándonos en la determinación cromosómica del sexo- caracterizamos a las mujeres con una X y a los hombres con una Y. La diferencia de sexos es el fundamento natural, biológico, de las biografías femeninas y masculinas, no importando lo significativo que puedan ser las influencias psicosociales sobre los roles sexuales y sobre los sentimientos de identidad. Este tipo de anonimato expresa la tensión existente entre la singularidad de la persona y su dotación biológica, que hace al individuo un ser genérico y sexuado. Esperamos que nuestro lector se pueda familiarizar con el sistema de codificación, que sólo pretende facilitar la tarea de encontrar los segmentos de tratamiento pertenecientes a los respectivos casos, mediante el registro de pacientes.

Este tomo práctico no habría podido salir a la luz sin el consentimiento de nuestros pacientes para protocolizar en una u otra forma las conversaciones terapéuticas, y para examinar y publicar estos protocolos después de un escrupuloso cifrado. Muchos pacientes unen su asentimiento a la esperanza de que la discusión detallada de los problemas técnicos vaya en provecho de futuros enfermos que se sometan a una terapia psicoanalítica. Algunos pacientes han comentado ciertos pasajes del tratamiento que los atañe. Por estas tomas de posición estamos especialmente agradecidos.

Esta buena disposición representa un cambio afortunado en el clima social y cultural, al que el psicoanálisis también ha contribuido. A lo largo de los últimos decenios, muchos pacientes nos han hecho llegar a la conclusión de que, hoy en día, Freud no seguiría teniendo buenas razones para suponer que los pacientes tratados por él no habrían hablado "si sospecharan que sus confesiones podrían ser objeto de un uso científico" (Freud 1905e, p.7). No cabe ninguna duda de que el psicoanálisis atraviesa por una fase de desmitificación. No es ninguna casualidad el que pacientes empiecen a informar sobre sus análisis y, más o menos al mismo tiempo, un amplio público reciba, directamente con voracidad, aquello que antiguos analizados de Freud comunican sobre su práctica. La literatura sobre la práctica de Freud crece y muestra que Freud no era freudiano. Las relaciones espirituales y sociales han cambiado de tal manera en los últimos decenios, que también analizados -sean pacientes o aspirantes a analistas que se someten a análisis didáctico- de una u otra forma informan sobre sus experiencias. En esto se toma en serio la antigua sentencia: "y que se escuche a la otra parte" (*audiatur et altera pars*). Reducir tales fragmentos autobiográficos, de calidad literaria diferente, a afrentas sufridas, a una transferencia negativa no elaborada o a un exagerado exhibicionismo o narcisismo, es tomar las cosas muy a la ligera.

La mayoría de las reservas frente al uso de aparatos de grabación y frente al análisis de transcripciones no viene de los pacientes sino de los terapeutas. Entre tanto, es algo ampliamente aceptado que la investigación en proceso terapéutico debe dirigirse especialmente hacia aquello que el terapeuta aporta al curso, al éxito o al fracaso del tratamiento.

Las cargas surgidas en la discusión clínica y científica, no tocan a los pacientes anónimos, sino al analista tratante cuyo nombre no puede ocultarse en los círculos de especialistas.

Estos cambios hacen más fácil que la presente generación de psicoanalistas cumpla con sus obligaciones, que no sólo ha contraído con el paciente individual, sino también con la ciencia. Los beneficios del esclarecimiento y de las generalizaciones fundamentadas científicamente deben ir, así lo reivindica Freud, en provecho de todos los enfermos.

La comunicación pública de lo que uno cree saber acerca de la causación y la en-sambladura de la histeria se convierte en un deber, y es vituperable cobardía omi-tirra, siempre que pueda evitarse el daño personal directo al enfermo en cuestión (Freud 1905e, p.8).

Bajo daño personal, Freud entiende aquí un daño que pudiera originarse por descuidados en el cifrado de comunicaciones confidenciales.

A causa del sigilo médico y del necesario cifrado, a menudo no podemos ofrecer ningún pormenor sobre el historial clínico. Sin embargo, el lector podrá deducir de los ejemplos que la mayoría de nuestros pacientes sufren de síntomas graves y crónicos, y que los hemos seleccionado dentro de un amplio espectro nosológico. Los malestares corporales funcionales son una manifestación que frecuentemente acompaña el sufrimiento anímico. Varios ejemplos vienen de psicoanálisis de pacientes con padecimientos somáticos cuya simultánea causación anímica pudo ser demostrada como probable.

La controversia de los pacientes con la técnica psicoanalítica ha contribuido a que nuestra práctica haya cambiado en los últimos decenios. Presentamos historiales clínicos e informes de tratamiento que se han originado dentro de un lapso de más de 30 años. En muchos casos pudo probarse la eficacia de la terapia psicoanalítica en catamnesis a largo plazo.

Queremos destacar la significación de los ejemplos con el aforismo de Wittgenstein:

Para fijar una práctica no bastan reglas, sino que se necesitan ejemplos. Nuestras reglas dejan abierta una puerta trasera y la práctica debe hablar por sí sola (1984, p.149).

La práctica psicoanalítica tiene muchos rostros, que tratamos de bosquejar a través de ejemplos típicos. Tomas instantáneas desde cerca ejemplifican el punto neurálgico, es decir, el foco. Para lograr sinopsis de procesos terapéuticos que se extienden a lo largo de un lapso mayor, es necesario recurrir a la perspectiva aérea. Para poder ver fenómenos, escuchar palabras, leer textos y entender las conexiones del vivenciar y del pensar humanos, se necesitan puntos de apoyo y de orientación. En lo grueso, éstos pueden encontrarse en el tomo sobre los fundamentos. En lo particular, el lector del diálogo se puede informar teóricamente a través de las reflexiones y comentarios que fueron agregados a los diálogos. Llamamos reflexión y comentario a anotaciones hechas al texto que se encuentran en una relación de cercanía variable con el intercambio verbal. Con ello, creemos facilitar el entendimiento del correspondiente foco terapéutico, aun cuando éste no sea propiamente nombrado como tal. Las reflexiones vienen siempre del analista tratante, que así hace participar al lector en el trasfondo de sus pensamientos. En general, los comentarios fueron agregados por nosotros. Naturalmente, entre reflexión y comentario hay transiciones fluidas.

Hemos colocado en este volumen las adiciones que se refieren a la doctrina psicoanalítica general y especial de la patogénesis, para facilitar al lector la subordinación de los ejemplos. Los agregados teóricos al primer tomo y el amplio espectro diagnóstico del que hemos sacado una rica tipología de procesos terapéuticos condujeron a la considerable extensión de este volumen.

Mediante las siguientes indicaciones quisiéramos facilitar la orientación al lector:

Con la excepción de los capítulos 1, 9 y 10, ambos tomos se corresponden en relación con los temas principales. El tomo teórico y el práctico están de tal manera relacionados que, en los capítulos y numerosas subdivisiones, el lector se puede familiarizar con los fenómenos técnicos que desarrollamos en el tomo sobre los fundamentos en una perspectiva histórica sistemática. El uso paralelo facilita la alternante consideración de aspectos prácticos y teóricos. Por ejemplo, un lector que se ha informado clínicamente sobre el manejo terapéutico de una resistencia de identidad en una anorexia nerviosa crónica, encontrará las explicaciones teóricas en el lugar correspondiente del tomo primero sobre los fundamentos (sección 4.6).

La decisión de preparar dos volúmenes, a causa de la extensión del texto, y de ajustar la estructura del tomo práctico con la del tomo de los fundamentos, tiene la desventaja de que fenómenos que forman un conjunto y que aparecen unidos en la situación analítica, deban ser separados por razones de presentación. Por ejemplo, resistencia y transferencia a menudo se sustituyen mutuamente de manera rápida y en relación recíproca. Pero, para poder hablar sobre algo es necesario identificarlo, es decir, llamarlo por su nombre. En acuerdo con la aclaración teórica y conceptual del primer tomo, ofrecemos en este tomo clínico ejemplos sobre lo que se entiende bajo tal o cual forma de transferencia o de resistencia. Las múltiples subdivisiones sólo proveen una orientación gruesa. En el índice de materias se ofrece una gran cantidad de referencias cruzadas que facilitan el hallazgo de conexiones entre los fenómenos.

Hemos escogido ejemplos concisos de análisis de 37 pacientes, 20 hombres y 17 mujeres. A continuación de esta introducción se encuentra la lista de los seudónimos que hemos dado a los pacientes. Las cifras y títulos destacados en cursiva designan pasajes con información acerca de preguntas generales sobre el curso de la enfermedad y del tratamiento de los respectivos casos. En total, en este libro se ha documentado la evolución de 14 casos. En los casos restantes, los transcurso están de tal modo implícitos, que el lector los puede reconstruir parcialmente. Sin embargo, su presentación está primariamente al servicio de la ilustración de conceptos esenciales de la teoría de la técnica.

Indicaciones sobre frecuencia o duración del tratamiento, o sobre si la terapia fue llevada a cabo en diván o frente a frente, las damos cuando a estos factores les compete una significación especial o cuando se trata de determinados temas referentes a la apertura y terminación de una terapia.

En la reproducción de los diálogos, utilizamos para el analista la primera persona del singular, aun cuando este rol en la realidad haya sido cumplido por distintas personas. De manera general, hablamos indistintamente de analista o de terapeuta.

Las denominaciones análisis, psicoanálisis y terapia, las utilizamos como sinónimas. Muchos de nuestros pacientes no hacen diferencia alguna entre terapia y análisis. Algunos conservan en este sentido su ingenuidad. En el primer tomo nos extendimos sobre la discusión acerca de las diferencias dentro de un amplio espectro que se puede jalonar a través de los supuestos y reglas de la teoría psicoanalítica. De lo que aquí se trata es de compenetrarse de los caminos que realmente han sido recorridos por las terapias psicoanalíticas, con lo cual aludimos a la visionaria publicación de Freud (1919a) Caminos de la terapia psicoanalítica.

También en este tomo utilizamos el masculino genérico y nos referimos a las, o los, pacientes como a un grupo de personas que padecen y a las, o los, psicoanalistas como a personas que procuran aliviar y curar mediante su competencia profesional.

Tratamos de acercar lo más posible al lector al diálogo psicoanalítico y creemos que, desde la reproducción frecuentemente literal del texto, el alma habla totalmente, a diferencia de lo afirmado por Schiller: "Habla el alma, así habla, ah, ya no más, el alma." En vez de esto, nos apoyamos en Wilhelm von Humboldt y aplicamos al individuo lo que él dijo de los pueblos: "Su lenguaje es su espíritu y su espíritu es su lenguaje - nunca se los podrá pensar como suficientemente idénticos."

1 Historiales clínicos e informes de tratamiento

Consideraciones previas

La crisis de la teoría del psicoanálisis, que destacamos en el capítulo primero del primer tomo, tiene también efectos inevitables en la práctica. Además, en los últimos años ha quedado en evidencia que la aplicación a la terapia psicoanalítica de perspectivas teóricas orientadas a la acción, trae consigo una nueva valoración de muchos conceptos relevantes para la práctica. En especial, es esencial hacer la diferencia entre la teoría de la génesis, esto es, la explicación causal de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, y la teoría del cambio terapéutico.

En el encabezamiento "historiales clínicos e informes de tratamiento", se mantiene la tensión que caracteriza la relación entre teoría de la génesis y teoría del cambio en la obra de Freud.

Nuestro camino de vuelta a Freud nos conduce, en la primera sección de este capítulo, a despedirnos de la idea de que sus historiales clínicos cogen ambos cabos de esta tensión de manera satisfactoria para la ciencia. A la famosa afirmación de la unión inseparable le hace mucha falta una nueva versión. Si se toma en serio la significación que tiene la teoría del trauma acumulativo para la estructuración de la situación terapéutica, es decir, si se considera que la configuración de ésta puede contribuir a una repetición y, por ende, a un reforzamiento del trauma original, se abre un prometedor nuevo comienzo para la fundamentación de la terapia psicoanalítica.

En el intento de aplicar criterios científicos a la redacción de historiales clínicos y de informes de tratamiento, se hace necesario ensayar distintas formas de presentación. Desde hace cerca de treinta años estamos abocados, con muchos otros analistas, en la empresa de transmitir el diálogo psicoanalítico de la manera más fiel posible. En este capítulo, en las secciones 1.2 y 1.3, señalamos las estaciones intermedias de un recorrido que en los capítulos posteriores

ilustramos a través de ejemplos. Entretanto, nos hemos topado con tierras vírgenes. Las grabaciones magnetofónicas han hecho actualmente posible acercarse bastante al diálogo psico-analítico y hacerlo confiablemente accesible para un tercero. A causa de la significación de este medio técnico para la formación, perfeccionamiento e investigación, en la sección 1.4 familiarizaremos al lector con una controversia que se arrastra desde hace ya tiempo, y a cuya superación esperamos contribuir con los ejemplos que presentamos en la sección 7.8.

1.1 De vuelta a Freud con la vista en el futuro.

Los historiales clínicos constituyen una introducción especialmente buena a la obra de Freud. Jones destaca que el caso Dora -el primero de los historiales clínicos ejemplares después de Estudios sobre la histeria-,

[sirvió] por años como modelo para los candidatos de psicoanálisis, y aunque desde entonces nuestros conocimientos han progresado bastante, su lectura, aún hoy en día, es igualmente interesante como antes. Para mí, fue el primero de los trabajos postneuroológicos de Freud con cuya publicación me topé, y recuerdo bien lo profundamente que me impresionaron la evidente intuición y la observación de los más mínimos detalles. He ahí un hombre quien no sólo escuchaba con precisión cada palabra de su paciente, sino uno para quien cada jota de una expresión era igualmente determinante y presuponía un contexto, del mismo modo que un fenómeno físico (1962, pp.306s).

Es aún más interesante que Erikson (1962) haya hecho evidentes, precisamente en este caso, serias debilidades en la concepción etiológica y terapéutica (véase tomo 1, 8.6). Su discurso como presidente de la Asociación Psicoanalítica Americana marcó el inicio de una crítica creciente, tanto a las explicaciones etiológicas de Freud en los historiales clínicos, como también a su técnica en los informes de tratamiento. En vista de la marea ascendente de publicaciones referentes al tema, Arlow (1982) manifestó su extrañeza sobre esta ligazón a objetos pasados. De manera breve y concisa, recomendó que nos despidiéramos de las amistades juveniles, que entonces prestaron un buen servicio, que las dejáramos gozar de un merecido descanso y que pasáramos a preocuparnos de problemas actuales.

Por de pronto, es sin duda esencial, no sólo dar el finiquito a las amistades de juventud con Ana O., con Juanito, con Dora, con el presidente del senado Schreber, con el hombre de las ratas y con el hombre de los lobos, sino también el cómo, esto es, bajo qué condiciones, se llegue a cada una de estas conclusiones. El instituto de formación es quien hace de intermediario en estas amistades, y a través de ellas familiariza a los candidatos con la obra de Freud, como terapeuta, científico y escritor.

Al escribir este libro hemos vuelto a nuestras amistades de juventud y hemos profundizado en algunos de los grandes historiales clínicos de Freud. Aun cuando sea también cierto aquello de que lecturas repetidas ofrecen nuevos descubrimientos, sólo con algunas reservas de interpretación podemos estar de acuerdo con el llamamiento de Lacan (1975, p.39): "Volver a Freud". En el camino de vuelta no volvemos a encontrar a nuestras amigas y amigos de juventud con la misma figura que tenían entonces, cuando nos salieron al encuentro, cuando nos entusiasmamos con Katharina o con Juanito. La luz bajo la cual hemos visto los historiales clínicos de Freud ha sido cada vez algo distinta y, debe decirse, a menudo nos ha preocupado poco la manera cómo el autor mismo entendió su texto. Finalmente, no fue sólo Freud quien nos introdujo en el amor al psicoanálisis, sino también lo hicieron padres espirituales, que hacían propaganda a su propia manera de ver las cosas. ¿En quién podemos entonces confiar en nuestra vuelta a Freud, de tal modo que las ideas se infundan de nueva vida y que apunten hacia el futuro, como, por ejemplo, se lo representan Arlow y Brenner (1988), y también Michels (1988), en sus recomendaciones para reformar la formación psicoanalítica?

En vista de la magnitud de la obra y de la tarea propuesta, se debe decidir qué partes pertenecen al pasado, y no confiarse en un solo individuo -aunque tenga la significación de Rapaport (1960), quien se atrevió a denunciar la supuesta longevidad de conceptos psicoanalíticos esenciales-. ¿A qué intermediario debemos pues dirigirnos en esta tarea hermenéutica? Aunque Hermes no haya sido el padre etimológico de la hermenéutica, participó sin embargo como mensajero y traductor entre dioses y hombres en el intercambio y transformación de este mundo, no dejando en esto nunca de lado su ganancia personal. Lo mismo sucede con los intérpretes, cuando se esfuerzan en hacer justicia a la obra de Freud sin perder de vista sus propios intereses. No sólo los psicoanalistas prácticos viven, literalmente, de la herencia de Freud. Lo mismo vale para muchos autores que hacen de este legado el objeto de sus críticas.

¿Qué pasa con la apropiación como una forma especial de traducción? Desde que Brandt (1977) aplicó el juego de palabras "traduttore: traditore" a la Standard Edition, Strachey se convirtió, de "traductor", en un "traidor" y, desde

que apareció el provocador libro de Bettelheim (1982), cundió la inseguridad. La difícil situación en que quedaron los psicoanalistas angloamericanos, que confiaban en la Standard Edition, después de las críticas hechas a la traducción de Strachey por Bettelheim (1982), Brandt (1961, 1972, 1977), Brull (1975), Ornston (1982, 1985a, b), Ma-hony (1987) y Junker (1987), no podría haber sido mejor descrita que con el irónico encabezamiento de Wilson (1987): ¿Inventó Strachey a Freud? La respuesta cae por su propio peso.

La crítica injustificada, y muy exagerada, a la admirable obra de Strachey ha desplazado en los últimos años la discusión hacia puntos secundarios y distraído la atención de las verdaderas razones de la crisis del psicoanálisis. Por consiguiente, es más que ingenuo querer solucionar con la ayuda de una nueva traducción la crisis originada por la crítica a la Standard Edition. Junto a la comprobación de fallas y errores de sentido, sobre los que muchos autores han llamado adecuadamente la atención, en la crítica a la Standard Edition se trata de la pregunta hermenéutica acerca de la distorsión de la obra por la traducción de Strachey. En comparación con ésta, la comprobación de fallas en traducciones de sentido es cosa sencilla. Las dificultades son más fundamentales, desde el momento en que la hermenéutica, es decir, la doctrina de la exégesis de textos, no nos ofrece ninguna regla a la que podamos agarrarnos, al modo de una cuerda segura durante un difícil escalamiento de montaña. Con Schleiermacher partimos de la base de que es posible, por lo menos, "colocarse parejamente en los lados objetivo y subjetivo del autor" ([1838] 1977, p.94). Esta "nivelación con el autor" es uno de los requisitos para la exégesis de un texto y para, finalmente, poder entender mejor que el autor mismo el objeto del texto (véase Hirsch 1976, pp.37ss; además, tomo 1, p.24). Schleiermacher planteó así la tarea: "primero, entender el discurso tan bien como su autor, después mejor que él" (p.94). Cada lectura enriquece nuestros conocimientos previos y nos coloca en una situación para entender mejor. Schleiermacher agrega: "sólo frente a lo trivial nos contentamos con lo entendido de golpe" (p.95).

Es algo muy natural que al leer los informes de tratamiento de Freud apliquemos nuestras propias experiencias como medida de comparación, lo que hace que a lo largo del tiempo vaya creciendo la seguridad de entender el objeto del psicoanálisis mejor que su propio fundador. El incremento en conocimientos acerca del objeto, en nuestro caso en conocimientos técnicos, se alimenta desde muchas fuentes. La confrontación crítica con los informes terapéuticos de Freud ha creado una distancia que hace que hoy en día miremos a nuestras amistades juveniles de entonces con otros ojos. A través de ello se han estimulado las experiencias propias, de modo que psicoanalistas creativos han conquistado

aspectos nuevos y distintos del ob-jeto, con lo que se han conseguido cambios en la terapia y en la teoría.

Con la mirada puesta en muchos psicoanalistas y en otros intérpretes de Freud, a quienes mucho debemos en nuestros estudios de Freud, quisiéramos animar al lector a identificarse, sin compromiso, con nuestra exégesis. Con los dos volúmenes de este libro, creemos haber cerrado un amplio círculo en torno a los fundamentos de la teoría psicoanalítica y a su eficacia como terapia, de tal modo de haber fundado un sólido punto de partida. En el intento de entender la crisis actual del psicoanálisis a partir de la obra de Freud y de su recepción por el movimiento psicoanalítico y, más aún, todo esto contra el fondo de la historia de las ideas, es mucho lo que se pone en juego. Puesto que somos conscientes de que se trata de un problema de gran trascendencia, hemos vacilado largamente antes de comprimir nuestra exégesis en pocas frases. La gran idea de Freud fue reunir en una unión inseparable (Junktim) el método interpretativo inventado por él -como influjo terapéutico sobre pacientes aquejados de dolencias psíquicas-, con la investigación de las conexiones causales, esto es, con la génesis de las enfermedades psíquicas y psicossomáticas.

Sin embargo, si para la verificación de las conexiones causales se exige que los datos sean independientes de la influencia que ejerce el terapeuta, la terapia destruye la ciencia. Por otro lado, en tanto se exija esta independencia al investigador, creyendo poder abstenerse de cualquier tipo de sugestión y así poder llegar a datos libres de contaminación sólo a través de interpretaciones, se arruina la terapia, sin ganancia para la teoría explicativa. Pues, obviamente, el analista que interpreta influencia la terapia a su manera, aun cuando sus interpretaciones aparezcan orientadas sólo a llamar por su nombre los aspectos inconscientes y hasta ahora desconocidos de la conducta del paciente, y a hacerlos accesibles la reflexión.

De este modo, la unión inseparable de Freud contiene un dilema que pasó en gran parte desapercibido, porque su tenor sugiere que la observancia de las reglas sirve de igual manera a la terapia y a la investigación. La magia de esta sentencia tuvo por muchos decenios una fuerza tranquilizadora y, aparentemente, solucionaba simultáneamente los problemas terapéuticos y científicos del psicoanálisis.

Con la contraposición entre historiales clínicos e informes de tratamiento, es posible ver de manera ejemplar que la reconstrucción científica de la génesis de las enfermedades psíquicas y psicossomáticas (en el historial clínico) sigue otros criterios que la exposición de informes de tratamiento, que tienen como objetivo fundamentar la teoría de la terapia y las condiciones para la curación. En la sección 10.5 del tomo primero fundamentamos en detalle las

consecuencias que tiene el desacoplar la unión inseparable y liberar al analista de una permanente sobreexigencia.

Repetimos la frase final del tomo primero: la teoría de la técnica de Freud exige distinguir "los siguientes componentes independientes: curación, obtención de nuevas hipótesis, prueba de las hipótesis, exactitud de las explicaciones, y utilidad del conocimiento" (p.428).

En relación con la teoría de la terapia y su prueba, hacemos totalmente nuestra la opinión de Lorenzer:

El comprender y entender psicoanalíticos se aplican al cambio en los diseños prácticos para el dolor del paciente; la teoría psicoanalítica pone en conceptos estas experiencias dolorosas y el trato con el dolor. El psicoanálisis es pues una teoría de la actitud terapéutica frente al dolor (1986, p.17; la cursiva es nuestra).

Si aceptamos que el objeto de conocimiento del psicoanálisis es el ser humano que sufre, no basta asentar este objeto entre la sociología y la neurofisiología, pues en este caso se precisa la colaboración de todas las ciencias que tengan algo que decir sobre el ser doliente. En psicoanálisis, no sólo la investigación interdisciplinaria va de mal en peor, sino que muchos psicoanalistas han levantado el argumento de-fensivo del carácter "flotante" del psicoanálisis, del hecho de que éste no deja casi ningún terreno científico vecino sin tocar. El psicoanálisis no se sienta entre las sillas ni tampoco flota sobre ellas; con mucha menor razón se puede pretender hacer de la metapsicología un techo universal que cubra el conjunto de las aplicaciones del método psicoanalítico. En vez de eso, de lo que se trata es de lograr una posición metodológica propia para luego cooperar con los vecinos, que como psicólogos, sociólogos, filósofos, lingüistas, etc., trabajan en temas relevantes para el psicoanálisis. De la definición de Lorenzer se colige, por ejemplo, que sería importante llegar a métodos adecuados para la determinación de los cambios. Tales indagaciones pertenecen a la teoría de la terapia, que, a su vez, plantea otras preguntas que la teoría de la etiología de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas.

Nuestro estudio de las fuentes nos ha convencido de que Freud luchó toda su vida con el dilema anteriormente descrito, cuya solución está aún pendiente. Son muchas las cosas que se pueden descubrir en la obra de Freud, por eso volvemos siempre enriquecidos del reencuentro con ella. Sin embargo, la ventaja que Freud mismo le otorga al cumplimiento de la unión inseparable nos parece totalmente insuficiente en lo que atañe a la investigación que tiene por objeto la verificación de las hipótesis. Durante decenios, la práctica se ha llevado a cabo de una manera que estanca las posibilidades terapéuticas y científicas del método psicoanalítico. Para las teorías explicativas fue más que

desgraciado que se las casara con la metapsico-logía. De este matrimonio resultaron muchos constructos de pseudociencia natural, que han dificultado la exploración de nexos causales que tienen que ver con la teoría explicativa del psicoanálisis. Nos parece convincente la interpretación de Grünbaum de que la exploración de conexiones causales en la génesis de enfermedades psíquicas y psicosomáticas no está unida a puntos de vista metapsicológicos. Es claro que la investigación causal no puede consistir en transportar fenómenos clínicos a una terminología metapsicológica. Fara y Cundo (1983, pp.54s) han demostrado en un ingenioso estudio que en todas las obras de Freud se mezclan distintos planteamientos, aun cuando la proporción de la mezcla entre los modelos metapsicológicos y el arte interpretativo, esto es, la hermenéutica, sea distinta cada vez.

En el primer tomo hemos explicado en detalle que, probablemente, fue el monismo materialista de Freud, que marcó la metapsicología, el que provocó errores y confusiones. Con la afirmación de que Freud sucumbió bajo un "automalentendido cientificista", Habermas no sólo desestimó, a través del encadenamiento poco feliz con la metapsicología, la significación de la investigación causal en psicoanálisis, sino que además gravó la práctica terapéutica con una hipoteca que hemos detallado en otra parte (Thomä y cols., 1976), hipoteca que ha sido incluso aumentada por Lorenzer. Por medio de un cambio en la denominación, estos influyentes autores han colocado el vino viejo en odres nuevos provistos de impresionantes etiquetas. Los puntos de vista metapsicológicos, bajo el alero de la metahermenéutica o de la hermenéutica profunda, no sólo siguen viviendo, sino que, por primera vez en la historia del psicoanálisis, pueden ahora influir en la práctica sin que se note; y esto porque son traídos a colación directamente en conexión con el proceso interpretativo. Ni Habermas ni Lorenzer parecen haberse dado cuenta que gran parte de la metapsicología vuelve así a su punto de partida, es decir, a las "hipótesis neurofisiológicas" de aquel entonces que Freud "psicologizó", para decirlo en el lenguaje de Bartels (1976).

La verdad es que frente al "automalentendido" es ahora necesario hacer algunas diferenciaciones. No todos los casos de ignorancia de un autor son del mismo tipo. Freud no podía tener un cuadro claro de todas las implicaciones de la aplicación terapéutica y científica del método inventado por él. En esa medida, su obra sufre el mismo destino de todos los descubridores y autores de un rango digno de ser registrado por la historia de las ideas, cual es que los investigadores que lo siguen captan mejor algunas cosas que el fundador, descubridor o autor mismo. En cuanto nos hemos podido familiarizar con la literatura pertinente, no existe argumentación convincente que justifique la subversiva tesis del

automalentendido. El mismo Habermas debe admitir que el analista se apoya en sus interpretaciones sobre teorías explicativas.

Es especialmente urgente introducir los puntos de vista de las ciencias sociales en la investigación psicoanalítica, algo en lo que también hacemos hincapié en la introducción al capítulo 2. Con ello, el psicoanálisis podría conseguir una fundamentación científica que le permitiría salir de la polarización entre arte interpretativo y explicación. En todo caso, nosotros nos contamos dentro de los hermeneutas para quienes la validación de sus interpretaciones constituye el precepto máximo. Hablamos de una tecnología hermenéutica autónoma porque queremos destacar que el arte interpretativo psicoanalítico está obligado a la validación, que también debe considerar la pregunta de las conexiones causales. En el mismo sentido argumenta Hirsch (1967, 1976), cuyo entendimiento de la hermenéutica está marcado por un sobrio pragmatismo. Es sorprendente que la obra de Hirsch haya sido hasta el momento apenas tomada en cuenta en la literatura angloamericana por los autores que se inscriben dentro de la orientación hermenéutica. Tan sólo Rubovits-Seitz (1986) ha aceptado recientemente que Hirsch representa una concepción hermenéutica muy exigente con la fundamentación de las interpretaciones.

En resumen, se podría decir que la nueva versión de la unión inseparable no sólo es útil a la investigación, sino que también posibilita innovaciones en la práctica psicoanalítica. El descubrimiento de nuevos aspectos de la transferencia y de la contratransferencia es ya un efecto acompañante de la comprensión psicosocial de la situación analítica. Hacer diferenciaciones claras no es sólo algo esencial para la investigación cuya meta es la verificación de hipótesis, de importancia creciente en nuestros días, sino también adecuado para allanar el camino a nuevas hipótesis. El aserto de Freud de la unión inseparable pertenece a una fase de casi todos los tratamientos en la que analistas ocurrentes descubren conexiones psíquicas. Hoy en día es mucho más difícil descubrir algo verdaderamente nuevo, y formularlo de tal manera que las exigencias actuales de la investigación en verificación de hipótesis puedan ser satisfechas.

Se necesitan esfuerzos conjuntos para llevar el paradigma de Freud a una fase de ciencia normal. Por cierto, no se puede esperar que los filósofos solucionen nuestros problemas empíricos. No obstante, no nos cabe la menor duda de que el estudio de diálogos psicoanalíticos extensos hecho por filósofos tendría efectos más provechosos que la crítica epistemológica a la obra de Freud. Sin menoscabo de la significación de la autorreflexión en la terapia, después de la lectura de algunos protocolos de sesiones grabadas magnetofónicamente, Habermas no habría hecho del psicoanálisis apenas algo más que una pura ciencia de la reflexión. A su vez, Ricoeur podría comprobar que los

psicoanalistas también observan. Finalmente, Grünbaum podría verse confirmado en su idea de que los psicoanalistas buscan conexiones causales relevantes, y habría quizás incluso descubierto que los psicoanalistas hoy en día, al partir de los factores que mantienen los síntomas tantean en el pasado con más cuidado que el mismo Freud. Por otro lado, la opinión de Grünbaum de que el influjo del analista conduce a una contaminación inextricable de los datos, no se sostiene. Los diálogos presentados en este tomo permiten distinguir, por ejemplo, distintos grados de sugestión. La verdad es que aún falta dar los pasos exigidos por Meehl (1983) en el registro del gran espectro que va desde la manipulación hasta la sugestión, en el sentido de sugerencia, pasando por la persuasión burda. Por su parte, en la técnica interpretativa analítica los aspectos sugestivos se hacen objeto de reflexión conjunta, con el fin de neutralizar las dependencias. Es sorprendente que Grünbaum (1985) no haya llamado la atención sobre tales útiles aplicaciones de su indagación epistemológica sobre el concepto de placebo. Y esto porque él demuestra que el entendimiento de los factores eficaces característicos e incidentales, en su relación con el conjunto de síntomas cuyo cambio constituye la meta (Zielsyndrom) de la terapia, depende de la correspondiente teoría de la terapia. Sin querer retomar la discusión del primer tomo (cap. 8) sobre los medios inespecíficos y específicos, generales y especiales, quisiéramos sólo señalar que Strupp (1973, p.35) y Thomä (1981, p.35) han mostrado cuán dependiente de la situación es el valor que toma la influencia. Por eso, las clasificaciones clínicas confiables y válidas de los factores característicos e incidentales son difíciles, aunque no imposibles. Por último, creemos que la lectura de los diálogos presentados en este volumen puede también contribuir a sacar la discusión sobre teoría de la ciencia del terreno de las simplificaciones.

Freud (1933a, p.140) calificó el tratamiento de pacientes como la patria de origen del psicoanálisis. De ella proviene el método terapéutico interpretativo que, a diferencia de la hermenéutica teológica y de las ciencias del espíritu (Szondi 1975), investiga sistemáticamente la vida anímica inconsciente de pacientes que llegan al analista con la esperanza de una cesación de sus padecimientos. La existencia de metas terapéuticas distingue esencialmente la hermenéutica psicoanalítica de otras disciplinas hermenéuticas. La interpretación de las obras de arte habitualmente no les causa daño, y los artistas fallecidos pueden, como máximo, revolcarse metafóricamente en sus tumbas si no logran reconocerse en esa interpretación. Las interpretaciones psicoanalíticas se entrometen en los destinos humanos. Los pacientes buscan ayuda a causa de sus síntomas y la pregunta por la mejoría o la curación es

esencial. Las diferentes exégesis no tocan a un texto y éstos tampoco pueden alegar por ellos mismos.

Por esta razón, el analista no sólo debe justificar su acción terapéutica en el caso individual, sino también tiene la obligación de estar continuamente probando la solidez de sus representaciones teóricas sobre el inconsciente y sobre las vivencias y las conductas humanas. A diferencia de la hermenéutica de la teología y de las ciencias del espíritu, el fundador del psicoanálisis unió el arte interpretativo terapéutico a teorías explicativas. Freud postuló la relevancia causal de su teoría de la psicogénesis, y sentó la exigencia de diferenciar el origen y el curso de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas de acuerdo con condiciones necesarias y suficientes. En el caso de reconstrucciones deducidas con posterioridad (*nachträglich*) se trata de "posdicciones". Por esto, la significación del punto de vista introducido por Freud de la "retroactividad" (*Nachträglichkeit*; véase nota en la página 110) ha sido en gran medida subvalorado, como lo mostramos en las secciones 3.3 y 6.3.

Sin lugar a dudas, de lo que se trata en el diálogo analítico es de las palabras. Sin embargo, estas palabras significan algo, y no exclusivamente algo con sentido o algo lingüístico. Las acepciones de "nexo o conexión", "relación", "síntesis", etc., responden en la obra de Freud, en el sentido del uso lingüístico científico de entonces, del término "explicar". Por ejemplo, en atención a las condiciones de constitución del sueño manifiesto, Freud (1900a, p.627) habló de un "nexo ajustado a ley" con los pensamientos oníricos latentes. En primer lugar, lo que buscaba era aclarar las conexiones causales. En esto, Freud se equivocó en relación con la prueba empírica en el caso individual y, en conjunto, subestimó el problema de la investigación que busca verificar las hipótesis.

La práctica psicoanalítica está sometida a la investigación procesal y de resultados. Las teorías explicatorias de Freud surgieron de la práctica terapéutica, las que a su vez influyeron retroactivamente, y con eficacia, el método psicoanalítico interpretativo. De ahí proviene la repetida corrección de la doctrina interpretativa psicoanalítica. En cuanto ésta se apoya en teorías explicativas, las interpretaciones se transforman en falsas si es que han sido deducidas de elementos de la teoría que han sido contradichos. Si se consideran, por ejemplo, los resultados de la investigación actual sobre epidemiología y sobre la interacción madre-hijo, muchos supuestos de la teoría (doctrina) general y especial de las neurosis se transforman en cuestionables (Lichtenberg 1983). En especial, emprender la revisión de la teoría de la terapia ha llegado a ser algo indispensable.

En esta revisión de la técnica podemos partir de suposiciones que Freud descuidó. En atención a ello, hemos dado a esta sección el encabezamiento

especial de "de vuelta a Freud con la vista en el futuro". Según Freud, "el análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello queda-ría tramitada su tarea" (Freud 1937c, p.251). Si esta afirmación se refiere a la si-tuación terapéutica, y no exclusivamente a la capacidad alcanzada por el paciente de arreglárselas con las dificultades cotidianas sin síntomas, podemos entonces formu-lar la siguiente tesis general: situaciones favorables en la situación terapéutica son aquellas que posibilitan al paciente transformar el padecimiento pasivo del trauma patógeno originario en un obrar activo. Con esto generalizamos la teoría del trau-ma de Freud, en cuyo centro se encuentra la vivencia de desamparo (véase en el primer tomo, 8.7), por lo menos desde el trabajo Inhibición, síntoma y angustia (1926d):

"El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de éste, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su decurso. Sabemos que el niño [igual que el paciente adulto] adopta igual comportamiento frente a todas las vivencias penosas para él, reproduciéndolas en el juego [y en la transferencia]; con esta modalidad de tránsito de la pasividad a la actividad procura dominar psíquicamente sus impresiones vitales" (Freud 1926d, p.156; los agregados son nuestros). Es posible generalizar aún más esta te-sis: "A través del tránsito de la pasividad a la actividad [el ser humano] busca do-minar psíquicamente sus impresiones vitales" (G. Klein 1976, pp.259ss). Klein ha demostrado convincentemente, en base a argumentos sacados de la psicología cognitiva y de la psicología de los afectos, cómo se llega a la compulsión neuró-tica o psicótica a la repetición descrita por Freud. Así es como se refuerza el senti-miento de desamparo pasivo y como se dificulta, de manera ininterrumpida, el do-minio de las condiciones obsoletas generadoras de angustia: Las expectativas in-conscientes actúan como filtro perceptivo, en el sentido de profecías negativas autocumplidas, de tal suerte que, o no se logran tener experiencias positivas, o las vivencias favorables se extinguen vaciándolas de significado. Por este procedimien-to, antiguas privaciones, castigos o humillaciones (en resumen: todas las viven-cias traumáticas), no sólo se conservan, sino que se acumulan, se suman, en la vida diaria y, en los cursos terapéuticos desfavorables, se llegan incluso a reforzar. Ampliando a todo el ciclo vital la teoría de Khan (1963) del traumatismo acumula-tivo, creemos hacer justicia a la psicogénesis como un proceso ininterrumpido.

En muchas personas, la historia vital se configura a partir de razones incons-cientes de una manera tal, que las expectativas se confirman llegándose conti-nuamente a nuevas situaciones traumáticas. Por ejemplo, los paranoicos celosos y perseguidos proyectan hacia afuera aquello que no quieren percibir en sí

mismos, "pero no proyectan en el aire, por así decir, ni allí donde no hay nada semejante ..., y en su 'delirio de relación' (Beziehungswahn) aprovechan los mínimos indicios que les ofrecen esos otros, extraños" (Freud 1922b, p.220).

En su obra más tardía, Freud subraya la significación fundamental de tales procesos:

El yo fortalecido del adulto sigue defendiéndose de unos peligros que ya no existen en la realidad objetiva, y aun se ve esforzado a rebuscar aquellas situaciones de la realidad que puedan servir como sustitutos aproximados del peligro originario, a fin de justificar su aferramiento a los modos habituales de reacción. Bien se entiende, pues, que los mecanismos de defensa, mediante una enajenación respecto del mundo exterior, que gana más y más terreno, y mediante un debilitamiento permanente del yo, preparen y favorezcan el estallido de la neurosis" (Freud 1937c, p.240, la cursiva es nuestra).

En ese proceso, los síntomas pueden llegar a investirse de contenidos nuevos. Este antiquísimo conocimiento de Freud (1895d, p.148) fue fundamentado, en particular, por el concepto de Hartmann (1939) del cambio de función, pero su relevancia técnica no ha sido sistemáticamente elaborada. Por esto, en la sección 4.4 del primer tomo, destacamos de manera especial cómo los síntomas se mantienen, en un proceso circular que se refuerza a sí mismo. Así, a lo largo del tiempo se puede llegar a situaciones de desamparo y desesperanza cuyo contenido puede estar muy alejado de los traumas originarios. Como un claro indicio de este proceso, se puede señalar la susceptibilidad aumentada que crece a partir de la sensibilidad para ciertos estímulos, aunque también para estímulos totalmente inespecíficos. Finalmente, los sucesos que desde afuera aparecen como triviales pueden llegar a tener consecuencias drásticas para personas hipersensibles, y la susceptibilidad neurótica carga especialmente las relaciones humanas.

En base a las repeticiones recién descritas en el sentido de un entendimiento ampliado de la teoría del trauma, es posible afirmar que también en la terapia se puede llegar a humillaciones que deben ser tomadas muy en serio. Estas se dan a pesar de los esfuerzos del analista en crear una atmósfera amigable. Más aún, creer que se pueden crear condiciones constantes para un crecimiento psíquico inalterado, como en un tipo de incubadora psicoanalítica, puede incluso llegar a tener efectos desfavorables. Pues por el mero establecimiento del encuadre (setting), y a través de los malentendidos inevitables, se originan humillaciones cuyo efecto será más traumático mientras menos sean llamadas por su nombre,

menos reconocidas y menos interpretadas (véase tomo primero, cap. 7 y sección 8.4).

Durante largo tiempo permaneció sin ser reconocida la extensión del efecto traumático de las transferencias, que no sólo trae consigo repeticiones de antiguas des-ilusiones edípicas o preedípicas, sino que también toca el presente del paciente adulto con capacidad de ejercicio sexual. Es probable que la razón de por qué los efectos traumáticos de la transferencia hayan sido descubiertos tan tarde, sea que la teoría de la frustración parecía justificarla. En el congreso de Budapest (1987), Thomä hizo enérgico hincapié, en una conferencia no publicada, en el traumatismo en la transferencia como efecto secundario no deseado. En ese momento era aún desconocido que Ferenczi (1988) había confiado a su diario, en 1932, descubrimientos de gran calado. Él describió el modo como las actitudes profesionales y las reglas psicoanalíticas pueden llegar a tener efectos traumáticos, y con ello reactivar antiguos traumas a cuya superación debiera llevar el análisis. Nosotros sacamos otras consecuencias que las de Ferenczi del redescubrimiento del traumatismo como componente de la situación analítica. Creemos que la disposición a hacer participar al paciente del proceso interpretativo y, eventualmente, también de la contratransferencia, ayuda a superar nuevos y antiguos traumas. La ampliación hecha por Balint, en el contexto de la psicología de dos y más personas, de las definiciones de Freud del desamparo como la característica de la situación traumática, va más allá de los microtraumas antiterapéuticos no deseados en los tratamientos. Sería de una significación primerísima poder comprobar que este problema técnico básico ha sido la causa de las polarizaciones entre las escuelas: por un lado el analista reflectante a quien en apariencia nada puede herir u ofender, y, por el otro, el analista cariñoso que, ofreciéndose como objeto, trata de compensar la carencia. Después de que Weiss y Sampson (1986) refutaron experimentalmente la teoría de la frustración en favor de una teoría del dominio (control and mastery), empezó una nueva era. Ahora, la tarea pendiente es ponderar con toda decisión las posibilidades que están a disposición del analista para contrarrestar los continuos agravios motivados por el análisis de la transferencia, con sus efectos desfavorables sobre los sentimientos de autoestima y de seguridad en sí mismo. Un primer paso en este sentido lo dieron Klauber (1987), al enfatizar la espontaneidad como antídoto para el traumatismo en la transferencia, y Cremerius (1981), con su detallada valoración de la significación terapéutica de la naturalidad en la práctica de Freud.

El alcance de los efectos desfavorables sobre la eficacia terapéutica de la introducción de la teoría de la frustración, al servicio de un fetichismo

pseudocientífico, puede apreciarse en la técnica de la psicología del sí mismo de Kohut. Kohut cree

que el reconocimiento que un paciente experimenta con motivo de reflexiones narcisistas debe ser ofrecido manteniendo el analista la abstinencia y la neutralidad. El aferrarse a un concepto de neutralidad mal entendido le quita de tal modo la base emocional a la confirmación y al estímulo, tan esenciales desde el punto de vista terapéutico, que el sentimiento de autoestima se debilita en vez de reforzarse. Por lo demás, de acuerdo con la teoría del "objeto-sí mismo" la confirmación no debería venir de un "otro significativo", sino representar una especie de autoconfirmación narcisista, en la reflexión del propio sí mismo.

En la nueva era de la terapia psicoanalítica seguirá disminuyendo el miedo a que los reconocimientos conduzcan a seducciones edípicas o a cumplimientos de deseos incestuosos. Reconocimientos genuinos disminuirán considerablemente el efecto traumático de la transferencia y mejorarán esencialmente la eficacia terapéutica del psicoanálisis. La pregunta de cómo el analista logra crear en su consultorio las condiciones más favorables para los cambios terapéuticos, atraviesa, como hilo conductor, todos los capítulos de este libro. En esto se trata de promover al paciente de tal manera que pueda superar y dominar antiguas y nuevas situaciones de desamparo. El concepto de la reelaboración de conflictos se subordina a la teoría ampliada del dominio. Si los mecanismos de defensa contra la angustia se conciben desde el punto de vista de la superación en el aquí y ahora, se pueden desprender de la teoría psicoanalítica de la angustia, que recapitulamos en la sección 9.1, posibilidades terapéuticas hasta ahora descuidadas.

1.2 Historiales clínicos

Con la publicación de sus historiales clínicos, Freud buscó demostrar la conexión entre enfermedad e historia vital. En esto, llegó a la conclusión de que la génesis de las enfermedades psíquicas y psicósomáticas debe entenderse en el sentido de las series complementarias. En la génesis y cronificación de los trastornos neuróticos deben concurrir muchos factores. La tolerancia de una persona en fases vitales críticas depende de sus disposiciones, adquiridas a través de influencias marcadoras y de conflictos en la niñez y en la adolescencia, sobre un terreno de factores congénitos. Debido a que la diferenciación psicosexual experimenta su organización básica durante los conflictos edípicos, y a causa de la importancia elemental de la asunción de los respectivos roles sexuales psicosociales -que se viven subjetivamente como sentimientos de

identidad vinculados al sexo-, los conflictos edípicos son de gran trascendencia para la historia vital. Que estos conflictos desaparezcan y cómo lo hagan, o que se estructuren como complejo -el que puede ser diagnosticado en base a vivencias y comportamientos típicos-, depende a su vez de distintas constelaciones socioculturales y familiares. No en último lugar, la salida que toman los posteriores intentos de solución de problemas, está codeterminada por la historia previa.

La sobredeterminación de los síntomas, y la observación bien fundamentada de que con el tiempo se agregan condiciones adicionales que pueden mantener procesos patológicos, tiene también una notable contrapartida terapéutica: La sobredeterminación posibilita, especialmente en momentos críticos de un desarrollo vital, o en la génesis misma de los síntomas, intervenciones terapéuticas eficaces que se pueden generalizar a la red de condiciones que mantienen los síntomas. Estos efectos que van más allá del foco se dan a partir de la sobredeterminación en la etiología de las neurosis. Con esto, Freud entiende "que su génesis [de las neurosis] está sobredeterminada, es preciso que varios factores se conjuguen para ello" (1985d, p.270; cursiva en el original). Por sobredeterminación o determinación múltiple, no debe entenderse que cada condición, o cada causa particular, por sí misma, pueda motivar un suceso, o producir un acto fallido, un lapsus linguae o un síntoma. Aquello que W. Wundt describió para los trastornos del habla, y que Freud (1901b, p.63) cogió en el concepto de la sobredeterminación, es más bien la concurrencia de varios motivos. En relación con la génesis de las enfermedades psíquicas y psicósomáticas, el supuesto de la sobredeterminación exige una jerarquía y una diferenciación entre los factores necesarios y los suficientes. Conforme a ello, se debe partir de la posibilidad de que los factores causales puedan combinarse de las maneras más diversas -necesarios, suficientes, necesarios particulares, necesarios generales, suficientes generales, etc. La discusión entablada por Eagle (1973) y Rubinstejn (1973) en conexión con el libro de Sherwood (1969) La lógica de la explicación psicoanalítica, muestra que Freud sustentaba una teoría de la causalidad excelentemente bien fundamentada desde el punto de vista filosófico. En este lugar es pertinente especificar cómo Freud, en una de sus primeras publicaciones, trató de establecer los conceptos que rigen las complicadas constelaciones etiológicas en la patología de las neurosis:

a) Condición, b) causa específica, c) causa concurrente, y, como término no equi-valente al anterior, d) ocasionamiento o causa desencadenante.

Como condiciones se definen los factores que de estar ellos ausentes el efecto nunca se produce, pero son incapaces de generarlo por sí solos, no

importa cuán grande sea la escala en que estén presentes. Para aquel efecto necesitan todavía de la causa específica.

Como causa específica rige aquella que no está ausente en ningún caso de realización del efecto y que poseyendo una cantidad o intensidad proporcionadas basta para alcanzarlo, con sólo que estén cumplidas las condiciones.

Como causas concurrentes es lícito concebir aquellos factores que ni es preciso que estén presentes en todos los casos, ni son capaces de producir el efecto por sí solos, no importa cuál sea la escala de su acción, y que junto con las condiciones y la causa específica cooperan para el cumplimiento de la ecuación etiológica.

La particularidad de las causas concurrentes o auxiliares parece clara, pero, ¿cómo distinguir entre condiciones y causas específicas, puesto que unas y otras son indispensables, al par que ninguna de ellas basta por sí sola para la causación?

He aquí el procedimiento que parece permitir una decisión: entre las "causas necesarias" se hallan varias que se repiten también en las ecuaciones etiológicas de muchos otros efectos, y por eso no denotan un nexo particular con el efecto singular; ahora bien, una de estas causas se contrapone a las demás por el hecho de no hallársela en ninguna otra fórmula etiológica, o hallarse en muy pocas, y entonces posee títulos para llamarse causa específica del efecto en cuestión. Además, condiciones y causas específicas se separan con particular nitidez en los casos en que las condiciones poseen el carácter de unos estados existentes de antiguo y poco mudables, mientras que la causa específica corresponde a un factor de reciente injerencia (Freud 1895f, pp.134s; cursiva en el original).

Estos cuatro factores deben concurrir para que se dé una "ecuación etiológica" completa. La complejidad de las causas le plantea al investigador una difícil tarea, porque las distintas condiciones suficientes o necesarias pueden estar unidas entre sí o pueden sustituirse mutuamente. Una excepción a esto lo constituye la causa específica que, en presencia de una cierta predisposición, es por sí sola suficiente. El contexto de la cita de Freud muestra que el modelo para este tipo de nexo entre causa y efecto es el agente patógeno específico de las enfermedades infecciosas, que puede ser deducido por los patólogos en base a cambios histológicos especiales, igualmente específicos (tuberculosis, lúes, etc.). En las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, la disposición a reaccionar, adquirida biográficamente, tiene -como condición necesaria-, una significación especial en comparación con el "estímulo" externo, como factor

desencadenante. Por esta razón, los primeros dos factores (condiciones y causa específica) juegan un gran papel en el modelo científico explicativo de Freud. Volveremos a tratar este problema en la discusión de la hipótesis de la especificidad en medicina psicosomática (cap. 9.7). En este punto, hay que hacer notar que, en relación con los historiales clínicos de Freud, este modelo explicativo se ha demostrado sumamente fructífero, aun cuando hoy en día debamos dudar de la validez de muchos supuestos causales particulares. No es la lógica del esquema causal lo que ha sido refutado, sino que son las conexiones descubiertas en casos individuales las que han demostrado ser falsas o las que deben ser relativizadas. No hay que perder de vista esta diferenciación cuando se trata de ocuparse críticamente de los amores de juventud y de despedirse de ellos. El amor al método puede llegar a ser mucho más vasto, y transformarse en amor a la verdad. En el modelo de las series complementarias, Freud se conectó con las teorías causales de Hume y Mill (Eimer 1987). La relación mutua entre los factores implica que las intervenciones terapéuticas pueden propagarse a través de la red de condiciones existente.

Al modelo causal de Freud de la génesis de las enfermedades psíquicas corresponde una concepción determinada de la terapia. Si se quiere encontrar soluciones a los problemas de las conformaciones vitales posteriores y descubrir nexos "entre los quehaceres humanos más diferentes" (Freud 1933a, p.145) puede ser necesario "descender hasta los estratos más profundos y primitivos del desarrollo anímico" (Freud 1918b, p.11; véase también en el tomo primero, 10.2).

Los historiales clínicos de Freud son reconstrucciones que parten de la singularidad actual de un ser humano, para buscar en el pasado las raíces y las causas típicas de los síntomas. En el terreno de los síntomas psíquicos y psicossomáticos pareciera que el tiempo se hubiera detenido, que el pasado fuera presente. El fóbico tiene hoy miedo de un objeto totalmente inofensivo, de la misma manera que hace 10 o 20 años, y los pensamientos obsesivos y las compulsiones se repiten como rituales sin variación a través de años.

Los síntomas neuróticos están incorporados de tal manera en la biografía, que el conocimiento de ésta es indispensable si se quiere entender la patogenia individual. "Tales historiales clínicos pretenden que se los aprecie como psiquiátricos, pero en una cosa aventajan a éstos: el íntimo vínculo entre historia del padecimiento y síntomas patológicos ..." (Freud 1895d, p.174).

El historial clínico del "hombre de los lobos", publicado por Freud en 1918 bajo el título de De la historia de una neurosis infantil, tiene una significación especial. Sobre este paciente solo se ha publicado una extensa bibliografía especializada, que ya en 1984 alcanzaba cerca de los 150 títulos (Mahony 1984).

A pesar de las muchas reservas frente a la validación de las explicaciones psicoanalíticas, Perrez (1972) llega a la conclusión de que la presentación del hombre de los lobos es, sin lugar a dudas, un intento grandioso de aclarar, a través de una narración, el enigma que este caso ponía. La denominación de "narración", introducida por Farrell (1961), hace honor a un aspecto de los historiales clínicos que Freud menciona más bien con cierto malestar, a saber, que éstos se leen como novelas breves (Freud 1895d). Freud buscaba el prestigio como autor científico y le preocupaba que a sus descripciones de los destinos humanos les pudiera faltar "el sello de seriedad que lleva estampado lo científico" (p.174). La otorgación del premio Goethe honró al escritor, cuyo estilo ha atraído a muchos estudiosos (Schönau 1968), desde Muschg (1930) hasta Mahony (1987).

A nuestro entender, el interés especial de los historiales clínicos consiste en que todas las descripciones sirven al fin de hacer plausible el trasfondo del pensar y del actuar del paciente, para poder presentar esquemas explicativos histórico-genéticos:

El que el análisis de una presentación casuística de Freud muestre claramente que a él no le interesaba simplemente describir la historia de una neurosis, tiene una significación fundamental. Lo que buscaba en primera línea era explicar, y, evidentemente, en el sentido de una explicación histórico-genética. La explicación histórico-genética busca no sólo describir cadenas de acontecimientos, sino mostrar por qué un estado conduce al siguiente. Por esta razón hace uso de ciertas leyes de probabilidad, aunque, en el caso de las narrativas freudianas, no siempre de manera muy manifiesta (Perrez 1972, p.98; cursiva en el original).

No importando la insuficiencia de la etiología para aclarar un caso individual, o lo poco satisfactoria que pueda ser la validación de las probabilidades y de las leyes estadísticas, es posible afirmar de manera general que los esquemas inconscientes de las vivencias y de las conductas se forman a través de un largo tiempo. Es por eso que, además del peligro de que se formen estereotipias de experiencias negativas, existen, también permanentemente, muchas oportunidades de que los contextos motivacionales cambien a propósito de vivencias favorables. La conversación de Freud con Katharina, la muchacha que consultó de pasada al "doctor" en un lugar de los Alpes, a lo mejor le abrió a ésta nuevos caminos. No deja de sorprender que la "consulta de pasillo" que Katharina le hizo a Freud permita formarse una idea especialmente precisa sobre

el estilo de conducción de Freud en las entrevistas diagnóstico-terapéuticas (Argelander 1978).

La singularidad de cada biografía vincula el método psicoanalítico, como terapia, a la presentación e investigación casuística (Edelson 1985). Los intereses científicos se dirigen a la generalización de los hallazgos. Por esta razón, en el hombre de los lobos, Freud destaca que para obtener generalizaciones relativas a la patología supuesta, se requieren numerosos casos analizados bien y en profundidad (1918b, p.96).

Puesto que la intención primaria de los historiales clínicos de Freud es servir la reconstrucción de la psicogénesis, es decir, documentar las causas reprimidas inconscientes de la formación de síntomas, la descripción de la técnica de tratamiento ocupa un lugar secundario. En los historiales clínicos, las reglas técnicas no se discuten en relación específica con el caso. Freud menciona más bien fragmentaria-mente lo que en las sesiones correspondientes sintió, pensó, interpretó o de alguna manera hizo.

Freud hace una diferencia entre historial clínico, a veces también llamado historia de la enfermedad, e historial de tratamiento. Hacemos nuestra esta diferenciación, prefiriendo, eso sí, la denominación de informe de tratamiento, en consideración a los distintos tipos de documentación existentes. Freud mismo llamó tem-pranamente la atención sobre las dificultades que encuentra la adecuada redacción de un informe.

Estas dificultades son muy grandes para el médico que cotidianamente tiene que realizar seis u ocho tratamientos psicoterapéuticos y no puede tomar notas durante la sesión misma, pues ello despertaría la desconfianza del enfermo y perturbaría la recepción del material por parte de aquel. Además, para mí sigue siendo un problema no resuelto el modo en que debo fijar para su comunicación el historial de un tratamiento muy prolongado (Freud 1905e, p.9).

Se trata de Dora, cuyo historial clínico y terapéutico será descrito en Fragmento de análisis de un caso de histeria. Dos circunstancias vinieron en auxilio de Freud en la redacción de este informe: "la primera, que la duración del tratamiento no superó los tres meses; la segunda, que los esclarecimientos se agruparon en torno de dos sueños -uno contado hacia la mitad de la cura y el otro al final-, que puse textualmente por escrito enseguida de terminada la sesión y que pudieron proporcionarme un apoyo seguro para la trama de interpretaciones y recuerdos que se urdió desde ahí" (Freud 1905e, p.9).

El historial clínico mismo, es decir, el núcleo de la publicación, Freud la puso por escrito sólo después de la terminación de la cura, basándose en su memoria,

con lo que demostró tener un alto grado de confianza en ella. El historial de trata-miento, según las propias palabras de Freud, quedó incompleto.

En efecto, en general no expuse el trabajo interpretativo a que fue preciso someter las ocurrencias y comunicaciones de la enferma, sino meramente sus resultados. Por tanto, y aparte de los sueños, la técnica del trabajo analítico sólo fue mos-trada en unos pocos lugares. Es que en este historial clínico me interesaba poner de relieve el determinismo de los síntomas y el edificio íntimo de la neurosis; si al mismo tiempo hubiera intentado cumplir también las otras tareas, se habría producido una inextricable confusión. Para la fundamentación de las reglas técni-cas, halladas las más de las veces por vía empírica, sin duda habría que reunir el material de muchos historiales de tratamiento (1905e, pp.11s; la cursiva es nuestra).

Freud no le dió a esta reducción un peso especial porque en la terapia, que sólo duró tres meses, la transferencia no fue verbalizada. En todos los casos publicados por Freud se encuentra un predominio similar del historial clínico en perjuicio del historial de tratamiento.

Las razones que tuvo Freud para colocar la génesis de los síntomas neuróticos en el centro de sus historiales clínicos publicados, se basan en la concepción de que a través del esclarecimiento de la génesis y por el aumento en la comprensión se crean las mejores condiciones para las intervenciones terapéuticas. Una cita repre-sentativa dice así: "Queremos aquello a que se aspira en general en la ciencia: una comprensión de los fenómenos, el establecimiento de una concatenación entre ellos y, como objetivo último, en los casos en que sea posible, ampliar nuestro poder sobre ellos" (Freud 1916-17; p.91).

Greenson (1973, p.17) es de la opinión de que de los historiales clínicos no se aprende cómo el analista puede establecer las mejores condiciones para el cambio terapéutico. En esto son importantes los cinco escritos técnicos. La singular posi-ción de Freud hace que hasta el día de hoy tenga repercusiones el que no haya entre-gado una presentación sinóptica de su técnica como teoría y práctica. Los historia-les clínicos fueron paradigmáticos para las teorías psicoanalíticas sobre las condi-ciones de la génesis, y en este sentido han sido recibidas, por ejemplo, por Sher-wood (1969), Gardiner (1971), Níderland (1959), Perrez (1972), Schalmey (1977), Mahony (1984, 1986). Lo que Freud quiso fue más bien fijar las reglas de inves-tigación para el esclarecimiento de la génesis, y no tanto aquellas que garantizan al paciente las condiciones de cambio necesarias y suficientes (véase además, tomo primero 7.1 y 10.5).

Al comienzo de la terapia, la neurosis se convierte en neurosis de transferencia, no importando cuán profundamente esté enraizada la primera en la biografía y en el historial clínico (véase tomo primero 2.4). Aun cuando este concepto no comprende un fenómeno que pueda ser satisfactoriamente definido, como lo postulan renombrados analistas en la controversia publicada por London y Rosenblatt (1987), sigue siendo seguro que el analista contribuye de manera importante al tipo de transferencia. En este sentido, se llegan a desarrollar incluso "neurosis de transferencia" específicas para las distintas escuelas psicoanalíticas. Estas contradicen la idea de Freud de que la neurosis de transferencia se despliega por la mera observancia de las reglas técnicas. La ampliación de la teoría de la transferencia y de la contratransferencia sigue al reconocimiento de la influencia ejercida por el analista. Estos desarrollos se facilitaron gracias a que en los últimos años se hizo posible tener acceso a la práctica de Freud, lo que profundizó la comprensión de los historiales clínicos reconstruidos por él, y también amplió el conocimiento del manejo que él hacía de las reglas técnicas en los tratamientos.

En la sección 1.1 del tomo primero afirmamos que la creciente bibliografía sobre la práctica de Freud (Cremerius 1981b; Beigler 1975; Kanzer y Glenn 1980) ha hecho posible la revisión crítica de la historia de la técnica psicoanalítica. La verdad es que sería ingenuo buscar la solución de los problemas actuales en la identificación con el Freud natural y humano que en caso de necesidad daba de comer a los pacientes, o les prestaba o regalaba dinero.

Una característica de los historiales clínicos freudianos es que, por un lado, cumplen con analizar concretamente el caso individual y, por el otro, contienen hipótesis de gran alcance cuyo objetivo es simplificar y poner en relación causal toda la riqueza de las observaciones clínicas.

Según Jones (1960), el método nosográfico de Charcot tuvo efectos importantes sobre la meta que Freud se puso en la reconstrucción de la génesis y curso de las enfermedades psicógenas. Las reglas técnicas no fueron investigadas en primer lugar en el aspecto de si creaban o no las mejores condiciones para el cambio terapéutico. Con sus recomendaciones técnicas, Freud estaba más interesado en poner los fundamentos científicos del método psicoanalítico: "Tenemos el derecho, más aún, el deber, de cultivar la investigación sin mirar por un efecto útil inmediato. Al final -no sabemos dónde ni cuándo- cada partícula de saber se traspondrá en un poder hacer, también en un poder hacer terapéutico" (Freud 1916-17, p.234). Las

reglas estatuidas por Freud debían asegurar la objetividad de los hallazgos y reducir al máximo posible la influencia del analista sobre los datos. La

documentación de los fenómenos observados en el diálogo se orientaba a las comunicaciones del paciente recogidas en el historial clínico en relación con su supuesta relevancia causal. El material se configura a partir del método, en fidelidad con la tesis fundamental:

El psicoanálisis no se caracteriza en cuanto ciencia por el material que trata, sino por la técnica con que trabaja. Sin violentar su naturaleza, es posible aplicarlo tanto a la historia de la cultura, a la ciencia de la religión y a la mitología, como a la doctrina de las neurosis. No se propone ni alcanza otra cosa que descubrir lo inconsciente en la vida del alma (Freud 1916-17, p.354).

La verdad es que hay una gran diferencia en aplicar el método psicoanalítico a la historia de la cultura o ejercerlo como oficio terapéutico, pues el paciente viene al analista con la expectativa de mejoría y curación de su padecimiento. Con su terapia el analista asume además una responsabilidad que no se da en la interpretación de la mitología o en otras aplicaciones del método psicoanalítico. Pero, ante todo, el paciente es un testigo crítico del quehacer de su analista.

1.3 Informes de tratamiento

En la metamorfosis de los historiales clínicos en informes de tratamiento, el diálogo entre paciente y analista se desplaza al primer plano. Con la protocolización del diálogo, a través de la puesta en relieve selectiva de puntos esenciales, éste gana el más alto interés. La incitante presentación de Freud del hombre de las ratas, que fue recientemente interpretada por Mahony (1986) desde el punto de vista de las ciencias del lenguaje, debe su riqueza en detalles a las notas diarias que Freud acostumbra escribir de memoria por las tardes. Los protocolos del hombre de las ratas fueron dados a la publicidad por primera vez en 1955, en el volumen 10 de la Standard Edition (AE vol. 10, pp.203-249).

Cuando Zetzel, a propósito de la preparación de una ponencia, no recurrió a los Collected Papers sino a la Standard Edition, encontró los protocolos restantes de Freud, hasta entonces en gran medida desconocidos. Estos son reveladores, especialmente en lo que se refiere a la técnica de tratamiento usada por él, pero también entregan importantes agregados sobre la historia de la formación de los síntomas. En las notas de Freud se encuentran más de 40 alusiones a una relación madre-hijo altamente ambivalente, que en el historial clínico publicado en 1909 no fueron consideradas adecuadamente (Zetzel 1966). El mismo Freud

apunta: "Tras mencionarle yo las condiciones [se refiere a las condiciones del tratamiento, que Freud menciona al final de la primera entrevista; nota de J.P. Jiménez], dice que debe hablar con su madre" (Freud 1955a, p.199). En el historial clínico no se menciona esta importante reacción del paciente.

Desde que este protocolo llegó a conocerse, Shengold (1971) y Holland (1975), además de los autores ya citados, han reinterpretado el historial clínico del hombre de las ratas.

Como todos los psicoanalistas, también Freud protocolizó de manera selectiva, esto es, de acuerdo con hilos conductores, haciendo una selección a partir de sus notas. Freud quería ilustrar de manera ejemplar conexiones y cursos típicos de la vida psíquica.

Los apuntes de Freud sobre el hombre de las ratas han causado sensación, porque el fundador del psicoanálisis no se atuvo ceñidamente, ni entonces ni más tarde, a aquellas recomendaciones técnicas que finalmente fueron recogidas en el sistema de reglas psicoanalítico. Sin embargo, como ya explicamos al comienzo, y como lo fundamentamos en el primer tomo, la verdad es que la solución de los problemas técnicos no se encuentra en la vuelta al estilo de conducción de tratamiento no ortodoxo de Freud.

Un profundo signo de cambio lo vemos en el hecho de que, por la protocolización de trozos de tratamiento, de variable extensión, se ha ido poniendo más atención al proceso de conocimiento diádico. Este cambio en el estilo de los informes, al que han contribuido psicoanalistas eminentes de todas las orientaciones, es la expresión de una transformación en la manera de pensar que le otorga autonomía no sólo a la teoría de la técnica, sino también a su verificación en la práctica analítica.

Para escribir de manera convincente un historial clínico en el sentido de una reconstrucción de las condiciones genéticas, se deben satisfacer otros criterios que para la presentación de un informe de tratamiento. El punto central de los informes de tratamiento es la constatación de los cambios y de las condiciones que los introdujeron. En ello, Freud debió conformarse con diferenciaciones gruesas que dejaron a la investigación posterior mucho por aclarar. Mirados desde el punto de vista actual, los historiales clínicos de Freud no son modelos vigentes para la reconstrucción de las condiciones genéticas, ni tampoco son apropiados como paradigma para la toma de protocolos de tratamientos psicoanalíticos. La tarea de crear las condiciones favorables para el cambio, como también para investigar sus efectos, es demasiado vasta. Para una investigación etiológica centrada en la verificación de hipótesis se deben mostrar resultados que van más allá de las posibilidades de un analista individual. Bajo

la impresión de la crítica de Grünbaum (1984), Edelson (1986) diseñó un modelo ideal para escribir hoy en día un historial clínico y un informe de tratamiento de modo de satisfacer las exigencias de la verificación de hipótesis. Sin embargo, hasta el momento no se ha entregado ningún ejemplo práctico.

No existe ningún historial clínico de Freud que no permita al lector echar algún vistazo a su técnica. Aunque el punto central de los historiales clínicos freudianos sea la reconstrucción de la historia de la génesis de las distintas neurosis, con la meta de encontrar leyes generales, Freud también ofrece ejemplos de intervenciones terapéuticas, incluso literalmente. Para la lectura de los historiales clínicos de Freud recomendamos recurrir a las correspondientes introducciones críticas que ofrece la bibliografía especializada.

El desarrollo postfreudiano de los historiales clínicos y de los informes de tratamiento se caracteriza consistentemente por un aumento cuantitativo, demostrable, de informes casuísticos extensos (Kächele 1981). La tendencia de muchos analistas de hacer accesible a los lectores su propia práctica, es inequívocamente creciente de los últimos años, lo que ha permitido que las discusiones críticas dentro de la co-munidad psicoanalítica se lleven a cabo sobre bases más objetivas.

En la literatura psicoanalítica siguen predominando las llamadas "viñetas", cuya acepción inglesa es definida en el diccionario Webster en términos de hermetismo, sutileza y exquisitez (véase también Thomä y Hohage 1981; en castellano, "vi-ñeta" es un término originalmente usado en imprenta para designar los dibujos que adornan los comienzos o finales de libros o capítulos [nota de J.P. Jiménez]). Es-tas viñetas están al servicio de la ilustración de determinadas conexiones psicodinámicas.

En comparación con este punto esencial, las consecuencias técnicas, es decir el quehacer terapéutico del analista, es desplazado a un segundo lugar. La mayoría de las viñetas se refieren a trozos de la psicogénesis y sirven como ejemplos para la ilustración de una reconstrucción genética circunscrita. Greenson (1973, p.15) criticó antiguas obras psicoanalíticas estándares, como por ejemplo, las de Sharpe (1930), Fenichel (1941), Glover (1955), Menninger y Holzmann (1977), porque en sus libros de texto apenas se describe como el analista trabaja realmente, esto es, lo que él siente, piensa y hace.

Es por eso que existen suficientes razones para quejarse, como lo hace Spillius (1983) en su revisión crítica de los nuevos desarrollos de la técnica kleiniana, de la falta de informes de tratamientos que sean representativos de lo que hacen los analistas que dan el tono en lo que a técnica se refiere. En todas partes, son los candidatos los primeros en rendir informes de casos, a propósito de su aceptación en la comunidad profesional, los que a causa de su naturaleza llena

de compromisos son de dudoso valor, como Spillius lo ha destacado correctamente. Hay excepciones que confirman este estado de cosas, y no quisiéramos dejar pasar la oportunidad de resaltar algunos ejemplos.

Poco antes de su muerte, M. Klein terminó la redacción de un extenso informe, publicado en 1961, de un análisis que duró 4 meses (el año 1941), de un muchacho de 10 años, a quien dio el nombre de Ricardo:

En la presentación del siguiente caso, me propongo distintas metas. En primer lugar, quisiera ilustrar mi técnica más detalladamente de como lo hiciera antes. Las extensas notas que hice permiten al lector observar cómo las interpretaciones encuentran su confirmación en el material subsecuente. El desarrollo del análisis día tras día y la continuidad de él, son evidentes (1961, p.15).

Casi no hay un informe de tratamiento en el que los supuestos teóricos del analista sean tan claramente visibles, en su función determinante del quehacer, como en esta presentación casuística, que reproduce detalladamente cada una de las 93 sesiones. Junto a los comentarios de Geleerd (1963), y de Segal y Meltzer (1963), existe además un detenido estudio de Meltzer (1978) que contiene una detallada revisión del proceso.

Igualmente póstumo es el extenso informe casuístico de Winnicott (1972), que apareció como Fragmento de un análisis en un libro colectivo editado por Giovacchini (1972). En vista de los problemas planteados en este capítulo, ya solo la prehistoria de este informe es digna de ser mencionada.

En 1954, Winnicott dictó una conferencia sobre el tratamiento de un hombre esquizoide que en el análisis pasaba por estados de ensimismamiento. La versión escrita de la conferencia contenía la siguiente indicación: "Casualmente hice un informe literal sobre los últimos cuatro meses de esta parte [de la terapia], que está a disposición de quien desee controlar el trabajo hecho hasta ahora con el paciente" (1956, p.207).

La naturaleza dialogal del intercambio de ideas entre este paciente y Winnicott desconcertó a la analista francesa A. Anzieu (1977, p.28), porque el gozo en interpretar de Winnicott no permitía enterarse de las palabras del paciente. En el área de influencia de Lacan, los analistas son a menudo extremadamente silenciosos, lo que ha sido criticado, entre otros, por Lang (1986). A la verdad, no existe ningún estudio clínico hecho por Lacan mismo y faltan totalmente investigaciones empíricas, en especial en el campo lingüístico, que arrojen luz sobre sus tesis particulares. De la transcripción de una entrevista diagnóstica hecha por Lacan (1980) a un paciente psicótico, es poco lo que se puede deducir

de su estilo de conducción de tratamiento; los síntomas psicopatológicos del paciente fueron explorados al modo tradicional, a través de un permanente preguntar.

En esto contrasta la presentación hecha por Dewald (1972) de un proceso psicoanalítico, que se apoya, al igual que lo hace Wurmser (1987), en protocolos tomados simultáneamente con ayuda de taquigrafía. Esta presentación suministró a Lip-ton (1982) una base de primer orden para criticar la técnica usada por Dewald (véase además tomo primero, cap.9).

Un ejemplo modelo facilita además una discusión, que Pulver (1987) editó bajo el título de *Cómo da forma la teoría a la técnica: perspectivas sobre un estudio clínico* (How theory shapes technique: perspectives on a clinical study). Base de la discusión son los apuntes que hizo el analista (Silverman), en los que, durante 3 sesiones, protocolizó sus pensamientos y emociones junto a las interpretaciones dadas y las reacciones del paciente. Este material clínico fue discutido por 10 analistas, representantes eminentes de distintas orientaciones psicoanalíticas. Shane (1987) y Pulver (1987) resumen el resultado de la discusión en la que, naturalmente, cada uno partió de su manera personal de ver las cosas. El analista tratante, Silverman, se inscribe dentro de la corriente representada por la teoría estructural.

Después de una primera evaluación del material, hecha por Brenner (teoría estructural), Burland (psicología evolutiva según Mahler), Goldberg (psicología del self) y Mason (perspectiva kleiniana), Shane (1987) constata con resignación:

Primeramente, no hemos venido a comprobar que cada uno de los participantes en la discusión encuentra dignos de destacar en el paciente aquellos rasgos diagnósticos que pueden ser mejor explicados por su marco de referencia particular. [...] En resumen, yo diría que la diversidad de opiniones en relación al diagnóstico y a la dinámica del paciente de Silverman debiera sugerir que la propia posición teórica prima sobre otras consideraciones. Las presentaciones demuestran ampliamente que cada teoría puede sonar ampliamente convincente, lo que hace casi imposible un juicio absoluto, e inevitable la elección personal (Shane 1987, pp.199, 205).

También Schwaber (1987, p.262) muestra convincentemente la influencia, a menudo directamente deformadora, que tienen los modelos aplicados por los miembros de la mesa redonda, y esto ya en la recolección de los datos. Por esta razón, aboga por una aplicación adecuada de las preconcepciones teóricas.

La ciencia moderna nos enseña que la participación del observador es un elemento esencial y fascinante de los datos. No estoy argumentando a favor de una orientación sin teoría, aun en el caso de que fuera posible. Más bien, propongo que reconozcamos que, no importando la teoría de nuestra elección, corremos el riesgo de usarla para cerrar la investigación en forma prematura, en vez de proseguirla de modo que alcancemos respuestas en vez de plantear nuevas preguntas. [...] Nuestros modelos no son meros objetos de intercambio, sólo un asunto de preferencia personal. Debemos buscar aquel modelo que explique mejor los datos y que expanda de mejor manera nuestro campo perceptivo (Schwaber 1987, pp.274, 275).

Estas miradas críticas sobre un tratamiento en marcha esclarecen la diversidad de problemas que se hacen evidentes cuando se recurre a la colaboración de un tercero no participante, sea éste un especialista, un científico de otra disciplina o, simplemente, un lego. Es entonces palmario que lo que a Pulver (1987) le preocupa especialmente es el asunto de la protocolización de las sesiones.

Pulver saluda con entusiasmo la franqueza del analista en la presentación de su informe. Es notable que, en los hechos, se siga haciendo merecedor de reconocimiento especial el que un analista trate de dejar constancia precisa en su protocolo -elaborado durante o después de la sesión- de lo que el paciente comunica y de lo que el mismo sintió, pensó y dijo, sabiendo muy bien que este protocolo será la base para una discusión con colegas de otras escuelas y orientaciones psicoanalíticas. Hay muchas razones que explican por qué los analistas lentamente muestran una mayor disposición a dejar que los colegas vean sus cartas. Sin lugar a dudas, el psicoanálisis está pasando por una etapa de desmitologización y de desencanto, a la que él mismo de manera importante ha contribuido, y de la que trata sin embargo de librarse. Freud se transformó en una figura mítica. Por eso, no es casualidad que el gran público se muestre precisamente ávido por todo lo que comuniquen antiguos analizados de Freud. De este modo, la pregunta retórica que Momigliano planteó en el título de su trabajo ¿Fue Freud un freudiano?, recibe una clara respuesta: "Freud no fue un freudiano ortodoxo" (Momigliano 1987).

El temor por la publicidad ha disminuido tanto en los últimos decenios, que también analizados, pacientes o aspirantes a analistas en análisis didáctico, informan de alguna u otra forma sobre sus tratamientos (D. Anzieu 1986; Guntrip 1975). Junto a los muy conocidos relatos y diarios de Anais Nin, Marie Cardinale, Hannah Green, Erica Jong, Dörte von Drigalski y Tilmann Moser, han aparecido publicaciones conjuntas de informes de tratamientos que se han originado independientemente unos de otros, como, por ejemplo, la hecha por

Yalom y Elkin (1974). Aquí se toma en serio el aforismo: *Audiatur et altera pars*, esto es, "que también se oiga a la otra parte". Reducir tales fragmentos autobiográficos, de diferente calidad literaria, a afrentas sufridas, a una transferencia negativa no elaborada, o a un exceso de exhibicionismo o narcisismo, es tomar las cosas muy a la ligera.

La investigación empírica sistemática en psicoterapia contribuye también, y de manera creciente, a los cambios de clima interior que han iniciado un proceso de desmistificación en psicoanálisis (véase, por ejemplo, Masling 1982, 1986; Dahl y cols., 1988). Le damos un gran valor a los nuevos cambios que se producirán a través de ella. Pues, a pesar de los estudios catamnéticos existentes (véase 9.1), en la literatura clínica se sigue argumentando de manera relativamente ingenua. Así, en la publicación de Pulver, citada poco antes, se da por sentado que analistas especialmente experimentados y de gran reputación, pueden ser igualmente exitosos a pesar de tener opiniones distintas frente a un caso dado. La verdad es que las sesiones presentadas por Silverman fueron tomadas de un tratamiento de curso claramente desfavorable, de modo que debe pensarse que fue la consideración entre colegas la que no hizo posible que en las sesiones protocolizadas se investigaran los factores curativos. En realidad, es todavía poco claro cuáles de entre las condiciones curativas generales y especiales, que han sido validadas por la investigación en resultados terapéuticos (Kächele 1988), deben ser satisfechas en el caso individual, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, para llegar a mejorías o curaciones sustanciales. Es así como podría ser que la eficacia de las distintas terapias psicodinámicas se deba más a las semejanzas y afinidades en relación a una actitud básica, que a las diferencias en el contenido de las interpretaciones. Joseph (1979) entrega una lista de algunos de estos supuestos básicos, que incluye procesos inconscientes, resistencia, transferencia, asociación libre, la inferencia genética de problemas, los esfuerzos terapéuticos para entender e interpretar, y la suposición de conflictos. Pulver va aún más allá, al calificar las diferencias de opinión entre los arguyentes más como aparentes que reales.

Los terapeutas pueden estar diciendo esencialmente lo mismo al paciente, aunque con palabras distintas. Tan pronto como los pacientes se acostumbran a las palabras de sus terapeutas, se sienten entendidos de hecho. Por ejemplo, esta paciente podría sentir que su inefable sentimiento de carencia fue entendido por un kleiniano que le habló de envidia del pene, por un psicólogo del sí mismo (self) que lo hizo de su sensación de fragmentación, y por un teórico estructural que le mencionó su sentimiento de castración. Ella podría lograr conocimientos (insight) sobre sí misma que, aunque formulados en una variedad de lenguajes,

son variaciones metafóricas sobre las mismas verdades básicas (Pulver 1987, p.298; cursiva en el original).

De manera semejante ha argumentado Joseph (1984), cuando llama la atención sobre las conexiones inconscientes; por ejemplo, un diálogo sobre angustia y pérdida toca tanto la angustia de separación preedípica como la angustia de castración. De hecho muchas vivencias vienen a la mente a propósito de la palabra clave "pérdi-da", las que pueden ser parientes entre ellas, sin dejar de pertenecer a la vez a grupos diferentes. Por eso, con seguridad, la narrativa que se origina en un tratamiento no es indiferente o arbitraria (Spence 1982, 1983; Eagle 1984). Es ciertamente esencial que ambas personas comprometidas, paciente y analista, se pongan ocasionalmente de acuerdo sobre el estado de cosas. Pues de ningún modo se trata de inventar un "juego de palabras" arbitrario que, como metáfora universal, se conecte con todo. Finalmente, el paciente quiere ser sanado de sus defectos. Lo que busca es, no sólo conocer sus conflictos específicos y sus raíces inconscientes, si-no, además, poder dominarlos. No en último lugar, también terceras personas pueden constatar empíricamente si los cambios introducidos fueron exitosos o no.

Eagle (1988) ha señalado convincentemente que los fenómenos emergentes en la situación psicoanalítica pueden contribuir de manera especial a la teoría de la terapia, esto es,

...al entendimiento de la relación entre operaciones e intervenciones y la aparición o no aparición de determinados cambios específicos. Considero una ironía que los autores psicoanalíticos usen los datos clínicos casi para cualquier fin, excepto para aquel que son más adecuados: para la evaluación y el entendimiento del cambio a través de la terapia (1988, p.209).

Desde un punto de vista actual, nada más el carácter incompleto de los resúmenes de procesos terapéuticos los hace problemáticos para efectos de demostración científica. Al mismo tiempo, el carácter de incompleto les es inherente. Con todo, hoy en día es posible cumplir con una exigencia esencial, a saber, que la documentación se debe detallar, al menos en el nivel de observación donde se alcanzan las generalizaciones. El esquema de historial clínico introducido por Mitscherlich constituye un intento temprano en esta dirección, aun cuando no fuera aplicado muchas veces (Thomä 1954, 1957, 1961, 1978; de Boor 1965). En él, la exigencia de fundamentar la abstracción clasificatoria y la formación de conceptos era parte esencial. De manera semejante, el índice de Hampstead buscó hacer posible la aclaración de conceptos psicoanalíticos centrales a través de una documentación sistemática

(Sandler 1962). El historial clínico sistemático tuvo un alto valor como modelo, pues estimuló la reflexión en la fase de la pregunta por la especificidad y facilitó la comparación a través de la sistematización. En el esquema se preveían desarrollos futuros, de los cuales quisiéramos nombrar sólo aquellos que conocimos de cerca o que fueron más tarde puestos en práctica por nosotros. A través de la adopción del esquema de entrevista de la clínica Tavistock, Mitscherlich puso de relieve que la significación de la relación médico-paciente para el diagnóstico y la terapia, es también importante para la documentación. En la descripción de los cursos terapéuticos, el lugar central lo ocupan los cambios sintomáticos en relación con las intervenciones del analista. Bernfeld (1941) estudió de manera original el tema de la validez científica y del contenido de verdad de las interpretaciones, en especial los aspectos técnicos de la interpretación, partiendo de la pregunta de cuándo debe interpretarse. Este problema fue recogido en la década de los cincuenta por las publicaciones de Glover (1952), Kubie (1952) y Schmidl (1955).

Las investigaciones sobre acciones interpretativas, llevadas a cabo en la clínica de psicósomática de la universidad de Heidelberg en cooperación con el instituto Sigmund Freud de Francfort -instituciones dirigidas en aquel entonces por A. Mitscherlich-, tuvieron la ambiciosa meta de validar la teoría que se encuentra en la base del actuar terapéutico del analista. De los seminarios técnicos llevados a cabo por Balint surgieron sugerencias esenciales que le daban a las reflexiones del analista, que anteceden a la interpretación dada, la misma significación que a la reacción del paciente.

Para hacer justicia a la diversidad de reflexiones que suceden durante la atención parejamente flotante, Balint recomendaba fijarse, en la ojeada retrospectiva de la sesión, también en lo que fue meramente pensado. Un importante paso intermedio lo constituye la protocolización de todo aquello que el analista ponderó junto a las intervenciones efectivamente realizadas, y de las comunicaciones acerca del con-texto emocional y racional de la génesis de las interpretaciones. Por intermedio de esta forma de tomar notas se hizo evidente lo esencial que es hacer participar al paciente de los pensamientos que configuran el trasfondo de las intervenciones o interpretaciones del analista. En esto se trata de una antigua experiencia clínica, que ya Freud (1940a, p.178) había puesto de manifiesto. El subraya que al paciente hay que hacerlo consabedor de las construcciones, esto es, de la génesis y de la fundamentación de las interpretaciones que le afectan. De acuerdo con los testimonios actuales, Freud efectivamente familiarizaba en detalle a sus pacientes con el tras-fondo de pensamiento, es decir, con el contexto de las interpretaciones dadas.

Según Freud, en no pocos casos el análisis se descompone en dos fases separadas:

En una primera fase, el médico se procura los conocimientos necesarios acerca del paciente, lo familiariza con las premisas y postulados del análisis y desenvuelve ante él la construcción de la génesis de sus sufrimientos, para la cual se cree habilitado por el material que le brindó el análisis. En una segunda fase, es el paciente mismo el que se adueña del material que se le expuso, trabaja con él y, de lo que hay en su interior de supuestamente reprimido, recuerda lo que puede recordar e intenta recuperar lo otro en una suerte de reanimación. Haciéndolo, puede corroborar las postulaciones del médico, completarlas y enmendarlas. Sólo durante este trabajo, por el vencimiento de resistencias, experimenta el cambio interior que se pretende alcanzar y adquiere las convicciones que lo hacen independiente de la autoridad médica (Freud 1920a, pp.145s).

El peligro de intelectualización que aquí aparece puede ser evitado a través del tipo de conducción del diálogo. La fundamentación del contexto intelectual de las interpretaciones tiene, en general, un gran eco afectivo por parte del paciente. Estas informaciones adicionales dan al paciente la posibilidad de enfrentarse críticamente con el mundo intelectual del analista. El margen de libertad de decisión del paciente se verá aumentado por la adopción de las visiones del analista y el misterioso rol de éste se hará más transparente. Además, la investigación más precisa de todo aquello que se entiende por identificación del paciente con las funciones del analista (véase 2.4) depende de una documentación detallada de los procesos de intercambio.

A través de la investigación de las acciones interpretativas, Thomä y Houben (1967) trataron de seguir la pista tanto a aspectos esenciales de la técnica de los analistas y de su fundamentación teórica correspondiente, como también -a través del registro de las reacciones del paciente- a la eficacia terapéutica. El problema de la eficacia terapéutica de las interpretaciones y de la verdad de las teorías se nos fue aclarando lentamente a lo largo de estas investigaciones.

En base a una proposición de Isaacs (1939), hicimos un esquema de informe para la investigación sistemática de las acciones interpretativas. El esquema requiere del psicoanalista que toma el protocolo, señalar la posición de las interpretaciones dadas, entre los polos de observación y de teoría, como también describir las reacciones del paciente. Los períodos del tratamiento se segmentan según los siguientes puntos:

- a) Asociaciones, comportamientos, sueños del paciente, que han llevado al analista a considerar para la reelaboración una temática determinada en un período dado (hipótesis psicodinámica).
- b) Reflexiones teóricas y técnicas del analista que anteceden a las interpretaciones individuales.
- c) Meta buscada por la interpretación.
- d) Formulación de la interpretación.
- e) Reacción inmediata del paciente.
- f) Todas las demás interpretaciones del analista y las reacciones del paciente (asociaciones, comportamientos, sueños, cambios en el humor y el estado emocional, etc.), que parecen ser relevantes para el tema en reelaboración.
- g) ¿Hasta qué punto se alcanzó la meta planteada?
- h) Indicaciones sobre trozos de material que no están en armonía con las hipótesis.

Durante el desarrollo de este proyecto, se fue haciendo cada vez más claro que la pregunta por la validación se mueve en el complejo campo de la investigación en proceso y resultados, investigación que en aquel entonces superaba ampliamente nuestras posibilidades. Sin embargo, el esquema sigue siendo útil para proveer información esencial para la discusión clínica. Para el analista tratante es enormemente fructífero protocolizar su pensar y actuar terapéuticos, de modo que se facilite o posibilite a un tercero una perspectiva alternativa. En el capítulo 8 ofrecemos un ejemplo al respecto. Para llevar adelante la investigación clínica, y para poder asegurar mejor la práctica psicoanalítica desde el punto de vista científico, se necesitan procedimientos de esclarecimiento que hemos resumido en especial en el capítulo 10 del tomo primero sobre los fundamentos.

En razón de nuestro interés especial en el efecto de las interpretaciones, en aquel entonces descuidamos en los protocolos el aspecto de la relación. La pérdida del contexto emocional, que configura el trasfondo, hace que las interpretaciones y reacciones aparezcan mucho más intelectuales de lo que en realidad fueron. Vida e insight, interpretación y relación, aspectos verbales y no verbales del diálogo, están en relación recíproca (Thomä 1983a, véase también tomo primero, 8.6). En la formación de las interpretaciones y en su reconstrucción, también se toca la profundidad de la contratransferencia. Sobre eso es más fácil hablar que escribir.

En las dos experiencias de redacción de informes de tratamiento que ilustramos a modo de ejemplos, se trata de lograr una reproducción lo más fiel posible de lo que el analista siente, piensa y hace en presencia del paciente. Ya Glover (1955)

le dió un valor especial al protocolo que el analista toma de lo que el paciente dijo. Como lo ha criticado Spence (1986), muchas de las llamadas narrativas son cons-truidas por el analista de acuerdo con puntos de vista psicodinámicos, disfrazados de narraciones típicas, sin que el aporte del analista pueda reconocerse suficiente-mente, en especial en lo que se refiere al curso y al resultado.

El desarrollo bosquejado condujo finalmente a la construcción de un punto de partida más seguro para la investigación en proceso y resultados, y también para el perfeccionamiento, por la introducción de grabaciones magnetofónicas de análisis (Thomä y Rosenkötter 1970; Kächele y cols. 1973). Casi 30 años después de la introducción del historial clínico sistemático, el estudio sistemático del caso indi-vidual se muestra como el procedimiento adecuado para esta época. La metodología de tales estudios se encuentra desde hace algún tiempo en el centro de la discusión (Bromley 1986; Petermann 1982). A través del estudio del caso individual se pue-den satisfacer las exigencias actuales que plantea la investigación que busca verifi-car hipótesis en psicoanálisis (Weiss y Sampson 1986; Neudert y cols. 1987).

1.4 Tras la pista del diálogo: grabaciones magnetofónicas y transcripción

Es adecuado considerar cuidadosamente la aplicación de medios técnicos auxiliares, pues, si bien por medio de grabaciones magnetofónicas se registra el diálogo com-pleto, no es menos cierto que los pensamientos y las emociones que quedan sin ser dichas, o que copan de estados de ánimo y afectos el espacio sin palabra, escapan a este "tercer oído" técnico. Estaría de más hacer expresamente hincapié en este pun-to si es que en las discusiones no se diera a esta carencia un peso tan importante. De todos modos, a través de la lectura de transcripciones y, más aún, por la escu-cha de la grabación del diálogo original, que constituye la música, se puede es-cuchar mucho más que por medio de las publicaciones que se apoyan en apuntes. La toma de protocolos durante la sesión puede distraer la atención. Las anotaciones que se hacen después de la sesión, que Freud recomendó, conducen a una selección de mayor envergadura. En la elección de los fenómenos descritos, el analista se deja guiar por sus puntos de vista teóricos subjetivos, y ¡quién reconoce con agra-do que sus expectativas y suposiciones han sido contradichas! No sólo los pacien-tes extraen alegría de vivir y esperanza del saberse confirmado. La investigación en verificación de hipótesis abruma a los psicoterapeutas, porque éstos deben poner en duda las

convicciones que se han alcanzado a través del trabajo clínico (Bowlby 1982). Por esta razón, compartimos con gusto esta tarea con colaboradores científicos que no participan directamente en la terapia.

El autor principal de este libro comenzó las grabaciones magnetofónicas de tratamientos con la toma de posesión de la cátedra de psicoterapia en Ulm, en 1967. En los años subsiguientes, y gracias al trabajo de grabar muchas terapias, hecho por él y por algunos de sus colaboradores, se constituyó un fondo de protocolos de tratamientos psicoanalíticos que, como Banco de textos de Ulm (Ulmer Textbank), está entretanto a disposición de numerosos científicos en el país y en el extranjero (Mergenthaler 1986).

Nos tomó años el proceso de aprender a apreciar los enormes efectos favorables en la propia práctica de la escucha de diálogos y de la lectura de protocolos literales, hasta que todos nuestros escrúpulos anteriores se resolvieran. La lucha por introducir medios técnicos auxiliares en la sesión analítica fue comenzada en 1933 por E. Zinn (Shakow y Rapaport 1964, p.138). La verdad es que ésta aún no ha terminado, aunque en el congreso psicoanalítico de Helsinki (1982), McLaughlin por lo menos aludió, por primera vez de manera positiva, a las posibilidades que se abren para la formación analítica y para la práctica con la grabación magnetofónica de análisis.

A diferencia de la escuela de C. Rogers, en psicoanálisis esta variedad de posibilidades no fue tomada en cuenta por largo tiempo y por diferentes razones. En el centro de muchos escrúpulos está la preocupación de que la presencia de una grabadora actúe de la misma manera que la presencia de un oyente: el paciente "callaría tan pronto notara la presencia de un solo testigo que le fuera indiferente" (Freud 1916-17, p.15). En la actualidad, y desde hace mucho tiempo, es sabido que los pacientes, con pocas excepciones, dan su consentimiento voluntario para que las conversaciones sean grabadas para la discusión en círculos de especialistas o para la investigación científica. No es infrecuente que los pacientes esperen, con razón, una ganancia terapéutica del hecho de que diferentes analistas se ocupen de manera especial de su caso. A decir verdad, el primer consentimiento del paciente, y su motivación, es sólo un aspecto del problema; el otro aspecto, y decisivo, lo constituye la pregunta por los efectos de la grabación sobre el proceso psicoanalítico. Ya que, en el peor de los casos, es imposible tratar un paciente dos veces, una vez con y otra vez sin grabación simultánea, no se puede comparar entre dos procesos psicoanalíticos del mismo paciente. Sin embargo, entretanto se ha hecho posible argumentar en base a un gran número de psicoanálisis grabados, en los que no se han dado a conocer efectos negativos sistemáticos. Ya que nosotros no hacemos uso del procedimiento llamado de playback, que consiste en hacer escuchar la gra-

bación al paciente, remitimos al lector a una publicación de Robbins (1988). Según éste, en especial los pacientes gravemente perturbados logran una "objetivación del sí mismo" (Stern 1970), terapéuticamente eficaz, cuando escuchan la conversación grabada y pueden elaborar la experiencia de hacerlo.

Consideramos la grabación de la conversación, una vez acordada, como elemento permanente del encuadre, sobre cuyo trasfondo será interpretado todo lo que sucede. Se entiende que el paciente puede revocar su consentimiento para la grabación magnetofónica. A este respecto, en la sección 7.5 de este volumen, entregamos ejemplos casuísticos que muestran que no sólo es posible, sino también muy fructífero cuando tales incidentes se investigan, precisamente, siguiendo el método psicoanalítico. Del mismo modo, en nuestra experiencia y de acuerdo con la bibliografía pertinente, el proceso psicoanalítico toma habitualmente un curso en el que, al final, las posibles significaciones inconscientes se van diluyendo, de la misma manera como sucede con el yacer en el diván. A modo de ejemplo, las funciones superyoicas pueden atribuirse a la grabadora y ser proyectadas en la secretaria (como madre que castiga), sólo en la medida de la virulencia de las expectativas de castigo. Igualmente, las fantasías grandiosas pueden ser depositadas en un texto sólo en la medida de las expectativas angustiosas o placenteras frente a la publicidad, en cuanto tales deseos sean conflictivos.

Bajo una mejor luz, y después de la necesaria reelaboración, lo que al inicio pareció singular y personalmente dramático, se verá mucho más simple y más humano. Aún así, ningún texto de diálogo psicoanalítico es superficial, si bien muchos lectores manifiestan, con sorpresa, lo poco que les dice un simple texto. Por esta razón, ocasionalmente se tiene dudas de si acaso la utilización de protocolos literales aporta algo realmente nuevo. En todo caso, el analista tratante frecuentemente se sorprende al escuchar su propia voz o al tener que concluir de las transcripciones cuán lejos están sus interpretaciones del ideal de los libros de texto que dice que éstas deben ser "claras y distintas" (*clare et distincte*).

Son muchos los problemas que un analista debe superar cuando entrega a sus colegas información sobre su práctica, en este caso el diálogo transcrito. Pues, con mayor o menor indulgencia, éstos confirman algo que tampoco puede escapar a la autoevaluación: que entre el ideal del yo profesional y la realidad existen considerables discrepancias. No puede haber ninguna duda: ¡la grabadora es un receptor neutral que no deja nada sin oír ni tampoco selecciona! L. Kubie, con quien el autor principal supervisó con gran provecho en base a grabaciones, describe en la cita siguiente las dolorosas experiencias que un

analista debe soportar cuando es confrontado directamente con lo que dijo en la situación analítica:

Cuando, por primera vez, un estudiante de psiquiatría, o un analista experimentado, se escucha participando en una entrevista o en una sesión terapéutica, la experiencia es siempre sorprendente e iluminadora. Se oye hablando como si fuera el eco del paciente, o escucha como lo domina con la voz, o como habla mucho más despacio que éste. O se escucha jugando al balancín con el paciente: fuerte cuando el paciente es suave y suave cuando éste habla fuerte. O, con sorpresa y desaliento, en su voz descubre un dejo de ironía o sarcasmo no intencional, o impaciencia u hostilidad, o quizás una solicitud demasiado tierna y una calidez seductora. U oye por primera vez los ruidos que, al modo de tics, él mismo produce y con los cuales da puntuación e interrumpe el flujo de pensamientos del paciente. De datos como éstos, el terapeuta y todo el grupo aprenden mucho acerca de ellos mismos, sobre el proceso de intercambio con pacientes y sobre lo que este proceso evoca en ellos, en la forma de patrones de comportamientos verbales automáticos y por eso difíciles de describir.

De este modo, psiquiatras y analistas aprenden a observar y a respetar los sutiles trucos del olvidar y del falso recordar, a los que se inclina la mente humana. En un seminario, un joven psiquiatra refirió que en una entrevista anterior su paciente, en un momento determinado, había pedido desconectar la grabadora mientras comunicara un material especialmente doloroso. El grupo discutió las posibles razones de este pedido, en base al conocimiento del paciente adquirido en seminarios previos. Luego, para confirmar la exactitud de nuestra reconstrucción especulativa, se le solicitó al psiquiatra que hiciera oír al grupo los cinco minutos de entrevista que habían precedido a la interrupción y luego unos cinco a diez minutos después de que la grabación había sido reanudada. Para asombro del joven psiquiatra y del grupo entero, al oír la grabación descubrimos que había sido éste y no el paciente quien había sugerido que la grabación podría ser interrumpida. El joven psiquiatra no tenía el más mínimo recuerdo de su participación en esto. Más aún, al escuchar el habla vacilante del paciente, su cambio en el ritmo y en la intensidad, el tono alterado y la entrada de la voz, se nos aclaró que el joven psiquiatra, de manera totalmente intuitiva, había hecho algo sensato: había evaluado correctamente la creciente tensión en el paciente y percibido su necesidad de un gesto de consideración especial y de privacidad. El resultado fue que la relación con el paciente se fortaleció, hasta el punto de que el psiquiatra ahora pudo recordar que había sido el paciente quien, después de una interrupción relativamente breve, había sugerido reasumir la

grabación, y quien, después de que la grabadora había sido reconectada, había continuado discutiendo francamente y sin ningún embarazo el material que anteriormente lo había puesto susceptible. Las iluminadoras implicaciones de este episodio, tanto para la información misma como para la transferencia y la contratransferencia, suministraron al grupo material de reflexión y discusión para el resto del seminario. Sin grabadora, este material no habría podido ser estudiado (Kubie 1958, pp.233s).

Es difícil eludir la significación de este relato. El abre un contexto de descubrimiento que ilumina el permanente peligro que está latente en la abreviación de informes condensados.

A menudo, las transcripciones impresionan como pobres en comparación con los recuerdos que el analista tiene de la sesión y que vuelven a la vida inmediatamente al leer el texto. Así, el rico contexto cognitivo y emocional suministra vida a las comunicaciones individuales de paciente y analista; comunicaciones que pueden ser deducidas de las frases dichas sólo después de que éstas son incorporadas en un relato. Con ayuda de su imaginación y de su propia experiencia, el lector ajeno sólo alcanza a vislumbrar el contexto y el trasfondo multifacético que vuelve a tomar vida en el analista tratante cuando éste lee la transcripción de una sesión. Las presentaciones casuísticas tradicionales, que habitualmente son mucho más pobres en datos, adquieren este enriquecimiento a través de las ilustraciones narrativas del autor. Es probable que incluso las generalizaciones, es decir, la aplicación de conceptos abstractos, contribuyan a que el lector sienta familiar el relato. El concepto aplicado es espontáneamente llenado con el punto de vista con que el lector lo vincula. Si, por ejemplo, un informe trata de trauma o de oralidad, se origina entonces una tensión con la comprensión que cada uno tiene sobre estos y otros conceptos, tensión que ya por sí sola se presta para entrar en un diálogo aprobatorio o en desacuerdo con el autor.

Los transcriptos no comentados son una materia especialmente desacostumbrada con la que, también nosotros, sólo lentamente pudimos familiarizarnos. Si, a pesar de todo, se profundiza en estos diálogos, si el lector se ejercita en textos propios y ajenos, entonces, al ir captando las secuencias, una cantidad de conocimientos se hacen accesibles. Por ejemplo, se aclara cómo el paciente entendió una pregunta del analista, si acaso ésta fue sentida como un estímulo o como un reproche. Pues sólo cuando el paciente sigue la regla fundamental, y dice todo lo que se le ocurre, se puede comprobar cómo entendió la pregunta. Así, de los protocolos textuales se puede al menos concluir que el tono hace la música, y de qué manera. Si inmediatamente después de la sesión el analista resume en palabras sus sentimientos no dichos, en relación a una secuencia

determinada o a la sesión completa, o si es adicionalmente interrogado por otro sobre el transcripto, el trasfondo emocional puede ser sondeado de manera más segura.

Además, las transcripciones hacen posible la investigación de los procesos de saca de conclusiones que finalmente desembocan en interpretaciones. Terceras personas pueden hacer conjeturas sobre el trasfondo motivacional y sobre las metas que contiene una interpretación determinada, que serán más fiables si se consideran secuencias completas en un transcripto. La técnica de investigación del "pensar en voz alta", con la que Meyer (1981, 1988) ha explorado los procesos de saca de conclusiones de tres analistas, conduce aún más allá. En resumen, a través de la escucha de la grabación magnetofónica es posible acercarse de manera especial a la situación original.

En la lectura de manuscritos completos de análisis, no sólo faltan las pausas silenciosas, que para ambos participantes pueden ser muy elocuentes, sino también la descripción de la atmósfera, que es transmitida directa o indirectamente en las presentaciones orales en los seminarios técnicos. Nos preguntamos por qué razón un músico, con solo leer la partitura, puede escuchar la melodía con más facilidad que un analista llenar con vida la transcripción de una sesión.

Sandler y Sandler caracterizan como una "importante tarea para los investigadores futuros el explicar por qué al leer sesiones transcritas de otros analistas se tiene a menudo la impresión de que en realidad se trata de pésimos analistas". Suavizando esta afirmación, agregan que esta reacción es demasiado frecuente como para corresponder a la realidad, pues no puede ser que tantos analistas sean en realidad tan malos (1984, p.396). Esta afirmación es un desafío para una ampliación de la muestra. Por lo visto, hasta ahora sólo los malos analistas están dispuestos a poner sobre la mesa los hechos desnudos, en la forma de transcripciones incorruptas. Con este libro contribuimos de manera importante a hacer más grande la muestra, hasta ahora pequeña, y, naturalmente, esperamos no caer bajo el veredicto de mala calidad. Y esto, porque aún los ejemplos más malos pueden tener una función útil e incentivar a analistas renombrados a hacerlo mejor, presentando para la discusión transcripciones ejemplares de diálogos propios. Quien aprende busca modelos. Los grandes maestros de nuestro tiempo no deben dejar pasar la oportunidad de tomar la delantera como buenos ejemplos. Ciertamente, la última palabra no la tienen los hechos desnudos del intercambio verbal. Además, mediante la co-dificación de entonaciones y otras comunicaciones no verbales en los transcriptos, es posible representar mejor los afectos, que en los resúmenes de las publicaciones

tradicionales. En todo caso, se necesita de ejercicio para apropiarse de los textos de diálogos psicoanalíticos así anotados.

Las grabaciones con video son indispensables para la verificación de ciertas hipótesis, por ejemplo, para la investigación de expresiones afectivas en la mímica y la entonación (Fonagy 1983), de los gestos y de la expresividad total en la postura y el movimiento, es decir, para la investigación del lenguaje corporal (Krause y Lütolf 1988). Naturalmente, no tiene sentido filmar diálogos sin hipótesis previas claras y sin un método definido de evaluación; por esto, las películas de un análisis que fueron filmadas en el NIMH (National Institute of Mental Health, Washington), desaparecieron en la bodega y fueron entretanto destruidas.

Para registrar la comunicación averbal en la postura y el movimiento, cuya significación fue destacada por Deutsch en varios trabajos (1949, 1952), no existe hasta el momento, tampoco para el uso clínico, un medio menos costoso que la toma de videos de los pacientes que, por yacer en el diván, están limitados en su movimiento. McLaughlin (1987) anotó los movimientos del paciente en el diván a través de signos simples en el protocolo.

De acuerdo con nuestra experiencia, los diálogos psicoanalíticos transcritos ganan en fuerza expositiva en la medida en que el lector se compenetre de ellos, permitiéndole así que el trasfondo tome vida, de tal modo de identificarse con los participantes y, por así decir, tomar parte en la puesta en escena. Con todo, no se borra la diferencia entre la situación in vivo y la in vitro: cuando el analista tratante vuelve a leer sus interpretaciones, los recuerdos agregan dimensiones esenciales. Es algo muy diferente leer un drama de Shakespeare, participar de su puesta en escena desde la sala, o darle forma como director e intérprete. El lector de este tomo se verá frecuentemente confrontado con trozos de protocolos literales; le pedimos que haga el intento imaginativo de ampliar el escenario del texto. Creemos que la mayoría de los diálogos pueden estimular identificaciones variadas e imaginativas y con ello abrir camino a interpretaciones también variadas. A pesar de todo, la diferencia entre quien produce un texto y quien lo recibe, se mantiene.

Los llamados hechos desnudos, los datos brutos, están ya investidos por teorías personales, sobre cuya base el observador ilumina el hecho individual otorgándole una significación. Esta ininterrumpida atribución de significados hace que la discusión sobre la captación de hechos brutos aparezca tan problemática. Lo mismo se puede decir de la doctrina de las sensaciones puras, que William James caracterizó como modelo de falacia psicológica (the psychologist's fallacy). Claro está que existen los hechos "duros", que se llegan a

experimentar de manera especial cuando se cree poder echarse al saco una ley de la naturaleza. El dolor que se experimenta después de una caída, que se rige por la ley de la gravedad y no por el pensamiento mágico de la invulnerabilidad, puede servir como ejemplo de lo que sin más se puede clasificar dentro de lo que Freud entendía por el principio de realidad. La tensión que surge entre el reconocimiento de lo transferido y la significación literal permite al analista captar las dimensiones profundas del texto. Desde luego, aquí también se aplica el proverbio bíblico: "quien busca, encuentra". Como ayuda para la mejor comprensión, complementamos el diálogo a través de comentarios y reflexiones.

El estudio detallado de los protocolos literales abre nuevos caminos para la formación y el perfeccionamiento (Thomä y Rosenkötter 1970). En base a tales protocolos, las supervisiones pueden ser estructuradas de manera fructífera, en especial en vista de los pasos técnicos y de la adquisición de puntos de vista alternativos. Por esta razón, dedicamos a este tema una sección especial (10.1).

Lejos de nosotros está el plantear que las grabaciones magnetofónicas deban transformarse en rutina. Nuestra opinión es más bien de que ellas posibilitan ciertas experiencias de aprendizaje que de otra manera son difíciles de adquirir. Lo más importante de todo es que el analista tratante puede ganar de este modo un cuadro más adecuado de su proceder terapéutico concreto. En base a protocolos de sesiones hechos retrospectivamente, esta posibilidad se ve muy limitada, además por razones que vienen de la psicología de la memoria. Esta limitación tiene un carácter sistemático, pues en la toma de protocolos se deslizan omisiones que siguen una regularidad, como se sabe desde las meritorias investigaciones de Covner (1942) y Rogers (1942). En las supervisiones actuales, el supervisor trata de descubrir motivos para la ceguera del candidato, aun cuando éstos a menudo están, por razones inconscientes, cuidadosamente encubiertos. Las variadas maneras de proceder que se pueden observar en los participantes de un seminario de supervisión, la tendencia a leer a contrapelo el informe del presentador para lograr lecturas alternativas del mismo, hablan a favor de que esta opinión está muy extendida.

Una vez que se ha expuesto a la confrontación con la grabadora, y después de haber superado las muchas e inevitables heridas narcisistas que de regla se originan al comparar la realidad de su proceder con sus representaciones ideales, el analista estará en condiciones de prestar una atención indivisa. Ya no se distraerá pensando en lo que debe escribir, si acaso lo hará después de la sesión, o si tomará notas de algunas palabras claves durante la misma. La subjetividad del analista se libera de la responsabilidad de tener que cumplir con una función científica junto a la labor terapéutica. En todo caso, la tarea del libre mirar

retrospectivo después de la sesión de análisis no puede ser reemplazada por las grabaciones magnetofónicas. El registro del "monólogo interno" (Heimann 1969), como reflexión sobre el proceso terapéutico después de la sesión, queda en pie como una tarea independiente. La mirada retrospectiva sobre la propia experiencia, y las reflexiones que reflejan la labor de procesamiento -que desde hace muchos años investigamos junto a A.E. Meyer (Meyer 1981, 1988; Kächele 1985)- constituye un campo independiente en el que los informes libres tienen una función irrenunciable.

Al mirar hacia atrás, se puede constatar que la introducción de las grabaciones magnetofónicas en los tratamientos psicoanalíticos se vincula con el comienzo de un tipo de repaso (Aufarbeitung) del proceso terapéutico más cercano al nivel en que se da el fenómeno. Este medio técnico simple sigue siendo discutido por los analistas. A decir verdad, todos los psicoanalistas activamente comprometidos en investigación están de acuerdo en que las grabaciones han llegado a ser un instrumento importante de investigación (por ejemplo, Gill y cols. 1968; Luborsky y Spence 1978; Gill y Hoffman 1982). La crítica desde las propias filas a la metodología de investigación comenzó en los años cincuenta (Kubie 1952), y al principio no fue tomada muy en serio. Así, Glover (1952) se quejó de la falta de control en el registro de datos. Shakow (1960) caracterizó la visión, derivada de la afirmación de la unión inseparable de Freud de que el analista es per se un investigador, como un "ingenuo malentendido del proceso de investigación". La unión inseparable se hace posible sólo después de la introducción de las grabaciones magnetofónicas, en tanto se incorpore al analista tratante, con su teoría personal y su aplicación práctica, en el planteamiento de las hipótesis. Es en este planteamiento de hipótesis, en especial en relación con la verificación de las mismas, donde la participación de terceros independientes es esencial. Stoller pone en duda la pretensión del método psicoanalítico como método científico mientras falte un elemento esencial, presente en todas las disciplinas reconocidas como científicas.

En tanto nuestros datos no sean accesibles a terceros, nuestras conclusiones no pueden ser comprobadas por nadie. Eso no significa que un analista no pueda hacer ningún descubrimiento, el método científico es sólo uno de los caminos para este fin. Pero sí significa que el proceso de la verificación es muy frágil [...] Temo que no podremos ser tomados muy en serio mientras no documentemos nuestro trabajo más claramente (Stoller 1979, p.XVI).

Ya que el psicoanálisis con razón insiste en la situación clínica como el lugar central para el registro de los datos necesarios para el desarrollo de la teoría,

debe lograrse un mejoramiento del método de observación, mejoramiento que no excluye al analista como observador participante, sino que le entrega un medio para controlar sus "observaciones". Gill y cols. (1968) recomendaron la separación de las funciones de clínico e investigador y la introducción de procedimientos de observación adicionales.

Aun la impresionante capacidad del mismo Freud de poner ejemplos por escrito "por la tarde, después de terminar el trabajo y de memoria", no está libre de selección y de olvido, y no representa una fundamentación suficiente para afirmar que cualquier analista es capaz de registrar de memoria sus observaciones para uso científico. Necesitamos una forma de apoyo a la memoria a través del registro externo de datos, aun cuando confiemos en la eficiencia de la memoria inconsciente. Gill y cols. (1968) han señalado que la capacidad para recordar relaciones es muy irregular. Es probablemente imposible calibrar esta capacidad mnémica hasta hacerla corresponder con un método mecánico de registro. La formación psicoanalítica, en especial el análisis didáctico, fomenta más un tipo de apercepción y de selección ligado a la escuela correspondiente, que una percepción amplia y homogéneamente abierta.

Bajo el influjo de la psicología cognitiva, en el último tiempo se han propuesto modelos que señalan lo complejo que es la constitución en el analista de las configuraciones de memoria específicas para cada paciente -llamadas por Peterfreund (1983) "modelos de trabajo"- (véase también Moser y cols. 1981; Teller y Dahl 1986; Pfeifer y Leuzinger-Bohleber 1986; Meyer 1988). Los planteamientos existentes sugieren que hay que contar con una gran variabilidad en los procesos de representación, de almacenamiento y de evocación, variabilidad que depende de la personalidad de cada analista.

No sólo la experiencia clínica muestra que la manera de escuchar propuesta por Freud fomenta la percepción de los procesos inconscientes; existen también investigaciones experimentales que subrayan el valor heurístico de la escucha no dirigida por la atención (Spence y Lugo 1972). De lo que ahora se trata no es de una mera transformación de la toma exclusivamente subjetiva de protocolos. Lo que sugerimos es simplemente reconocer que este tipo de protocolos tiene sólo un alcance limitado en lo que a hipótesis de investigación se refiere. Cuando el clínico está ocupado con un planteamiento de hipótesis determinado, debe también ampliar sus posibilidades de observación si es que quiere poder hacer afirmaciones sistemáticas. Este es precisamente el punto que toca la introducción de la grabadora en la situación de tratamiento. Este medio técnico -como muchos otros- influye a paciente y analista. Sin embargo, lo mismo es válido para la presentación del caso de control en los seminarios casuísticos, como también para los efectos de los destinos de vida del analista y del

paciente. La perspectiva de las ciencias sociales para entender el intercambio bipersonal, lleva a reflexionar críticamente la influencia ejercida por el psicoanalista. Somos de la opinión de que la investigación llevada hasta el seno de la situación analítica beneficia de manera directa también al paciente, pues, de las preguntas que toda investigación plantea, el analista puede extraer muchas su-gerencias.

De este modo deben ser tomadas nuestras reflexiones anteriores, a fin de que el lector se prepare mejor para la lectura de los transcripciones. Estamos acostumbrados a que los hechos se nos presenten a la luz de teorías. En contraste, las transcrip-ciones ofrecen una impresión unidimensional: las interpretaciones del analista y las respuestas del paciente no reflejan por sí solas las estructuras latentes de per-cepción y de pensamiento. Aunque es verdad que las interpretaciones típicas trai-cionan la pertenencia a una escuela determinada, no es menos cierto que no po-demos meter en un mismo saco los enunciados del analista y su teoría. En las composiciones tradicionales, los fenómenos se reúnen en una sola figura psico-dinámica, que satisface a la vez distintas necesidades. En una buena composición no se plantea la pregunta de si acaso los aportes del paciente fueron dejados en su forma original o si se introdujeron como un todo global sólo después de la ela-boración interpretativa. La exigencia de control de los procesos cognitivos y el requerimiento de exactitud de una configuración psicodinámica, así como la posi-bilidad de descomponerla en sus partes, conduce de vuelta a la situación original en el consultorio, de la que un transcripto es ciertamente sólo un reflejo. Con todo, con ellos es posible acercarse bastante a lo que los analistas hacen, de modo de estar en condiciones de llenar los requisitos actuales de la investigación de la práctica psicoanalítica. Pues hasta esa práctica nos conduce la tesis de Sandler de que el psicoanálisis es lo que los psicoanalistas hacen.

Antes de cerrar este capítulo debemos todavía mencionar algunas otras circuns-tancias simples. Es bastante cansador leer la transcripción de una sesión de trata-miento sin ningún retoque en la redacción. La pérdida en precisión lingüística que de este modo se produce, se recupera en ganancia didáctica. Si se quiere que los textos inviten al lector clínico a participar en el proceso que se expone, éstos deben alcanzar una cierta forma desde el punto de vista del lenguaje.

Los complejos procesos de relación pueden ser comunicados por escrito sólo de manera aproximativa. La argumentación seguida hasta ahora señala la forma de toma de protocolos que preferimos. No obstante, también recurrimos a los apuntes tomados por los analistas y a los protocolos que surgen de ellos. En beneficio de mantener clara la idea central renunciamos de regla a introducciones biográficas extensas. Quisiéramos demostrar que los principios

básicos de la acción terapéutica pueden también ser ilustrados sin el recurso a minuciosos prólogos biográficos. La reflexión teórica y la experiencia terapéutica demuestran que, al menos en el terreno de los síntomas, las estructuras causales de sentido permanecen inalteradas a lo largo del tiempo. Los clisés que subyacen a la compulsión a la repetición se mantienen. Por esta razón, para poder entender procesos que se despliegan en el aquí y en el ahora, no es siempre necesario recurrir al detalle de los precedentes biográficos.

2 Transferencia y relación

Consideraciones previas

La subdivisión de este capítulo no sigue de manera exacta los subtítulos correspondientes al capítulo homónimo del primer tomo, donde tratamos el amplio tema de "transferencia y relación" desde una perspectiva histórica sistemática. Si bien es conveniente ilustrar los conceptos con ejemplos bien delimitados, por otra parte no es menos importante no perder de vista que los conceptos no tienen vida propia, sino que su función es destacar, dentro de la teoría, las relaciones significativas en la concatenación de los hechos. Por eso, es lógico que algunos ejemplos de transferencia sean considerados bajo el punto de vista de la resistencia y así tratados en el capítulo cuarto.

En relación con el tema central, nos limitaremos a destacar algunos puntos introductorios. Lo primero se refiere al establecimiento de una "relación que ayuda" (Luborsky 1984), dentro de la cual se desenvuelven la transferencia y la relación de trabajo que caracterizan el proceso psicoanalítico. Nos interesa especialmente la contribución del psicoanalista en la creación de las condiciones de cambio más favorables, es decir, en el establecimiento de una relación que ayude. Por esto, es natural que recurramos a ejemplos sacados de tratamientos en la fase de comienzo. En la fase de apertura de la terapia, el paciente trata de orientarse en una situación que le es ajena y que lo intranquiliza. Es esencial que se constituya una relación de confianza. La esperanza del paciente de poder llegar a través del análisis a enfrentar mejor los problemas que le plantea la vida se alimenta de las experiencias que él vaya viviendo en la situación analítica.

La mutua interacción entre relación de trabajo y transferencia (2.3) le da contenido a una característica específica de la teoría psicoanalítica de la transferencia: para hacer justicia a su nombre, se trata de descubrir qué formas tempranas de relación interiorizadas son reactivadas y "transferidas" al analista. De este modo, hablamos de transferencia paterna, materna o fraternal, y con

ello queremos referir-nos a la actualización de los conflictos, deseos o necesidades no satisfechos, que se relacionan con estos modelos y que han llegado a convertirse en "clisés", en el sentido de la definición de Freud.

Una perspectiva algo distinta se logra mediante el ordenamiento de los contenidos transferenciales en función de formas típicas de angustia, en las que naturalmente se debe considerar el contexto de la génesis actual. Para poder entender las angustias del paciente, dentro y fuera de la transferencia, son necesarios los conocimientos que ofrece la teoría psicoanalítica de la angustia que introducimos en la sección 9.1.

Los ejemplos sobre la relación entre presente y pasado, desde el punto de vista de la técnica, están dispersos en todo el libro, ya que el oscilante ir y venir a lo largo del eje temporal está en la base de todas las interpretaciones transferenciales. Como introducción teórica, recomendamos la lectura de las dos últimas secciones del sub-capítulo 8.4 del tomo primero. Con nuestros ejemplos, creemos orientar de manera más fructífera la persistente controversia sobre la relación entre las interpretaciones transferenciales que se refieren al presente y aquellas que lo hacen al pasado. Por un lado, la pregunta, en el caso individual, por la eficacia terapéutica de la proporción de mezcla y complementaridad entre interpretaciones transferenciales genéticas actuales ("aquí y ahora") y retrospectivas ("allá y entonces") es evidentemente una pregunta empírica. Creemos necesario introducir esta diferencia en aras de una mejor descripción. Al mismo tiempo, acentuamos con ello la compenetración de presente y pasado, compenetración que condujo a la formulación de la teoría psicoanalítica de la transferencia, a través de la observación de la repetición. Estos adjetivos ("genético-actual" y retrospectivo) no son corrientes en la literatura psicoanalítica, y por eso pensamos que es oportuno fundamentar su introducción. Hasta el momento actual, las interpretaciones transferenciales que se dirigen al aquí y ahora deben ser minuciosamente descritas, descripciones que señalan que el analista establece una referencia con él mismo o con la situación analítica, o que parte de la superficie.

En el problema de la génesis actual, queda abierta la pregunta de cuán profundo es el anclaje de la vivencia actual en el pasado. De esto también se desprende que las interpretaciones de la génesis actual de la transferencia no pueden ser simplemente tejidas de acuerdo con el modelo que probablemente deba ser atribuido a Groddeck y que se resume en la siguiente frase: "En realidad, Ud. se está refiriendo a mí" (véase además Ferenczi 1926, p.109). En la introducción al capítulo cuarto sobre "resistencia" discutimos este punto en detalle.

El lector conoce las interpretaciones transferenciales, que hemos llamado retrospectivas, como interpretaciones genéticas. Si pensamos en el antiguo aforismo

de la parsimonia de Occam, según el cual no hay que multiplicar innecesariamente los entes (*Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*), se plantea la pregunta por la justificación de esta denominación. Por eso, vacilamos en aumentar con una nueva denominación el número de los conceptos psicoanalíticos. Con todo, la introducción del concepto de interpretación retrospectiva, poco cargado teóricamente, podría ser de utilidad. Y esto porque, al pretender poder explicar, a partir de su génesis, el comportamiento y las vivencias del presente, la interpretación genético-transferencial se encuentra muy cerca de la reconstrucción de la psicogénesis. Poner la vista en los precursores es bastante menos exigente que atribuir determinadas transferencias a causas infantiles. Las interpretaciones transferenciales retrospectivas reciben un serio fundamento del principio de la acción de lo posterior sobre lo anterior (*Nachträglichkeit*; véase 3.3).

Casi no existe otro tema capaz de caldear tanto los ánimos como el de la relación entre las distintas formas de interpretación transferencial. Aunque en esto también se trate de la eficacia terapéutica, la rudeza de la controversia parece provenir, a menos que sea motivada por cuestiones de política e identidad gremial, de diferencias que van más allá del método psicoanalítico. Sin tomar en cuenta algunas exageraciones que él mismo reconoce (Gill 1984), la concepción científico-social de la transferencia de Gill significa lo siguiente: Se debe partir de la base de que el influjo y el convencimiento son elementos de toda interacción humana. Correspondientemente, las interpretaciones transferenciales tienen siempre dos caras: junto con moverse dentro de la influencia recíproca, conducen a ésta a un nivel nuevo.

Si el analista quiere interpretar la transferencia -no importando los contenidos y formas de que se trate y qué tipos de interpretación se prefieran- dentro de una relación "que ayude" o, mejor dicho, si quiere que sus interpretaciones fomenten la relación básica, es indispensable que "no se sobrepasen determinados límites de la interacción". Esta sentencia salomónica de Gill (1984) debiera encontrar asentimiento en todas partes, pues el método psicoanalítico tiene naturalmente necesidad de un encuadre. Remitimos al lector a nuestra discusión sobre la función de las reglas de tratamiento en el capítulo séptimo del tomo primero.

El lector tiene la posibilidad de leer los pasajes de tratamiento que presentamos bajo el punto de vista de la interpretación de la transferencia, esto es, en cierto modo comprobar si este punto de vista fue considerado o no y, con toda seguridad, encontrará muchas debilidades que el analista tratante pasó por alto. Por otro lado, en el "psicoboom" se encuentran suficientes ejemplos de extralimitación -que producen escarmiento-, que hacen imposible cualquier interpretación transferencial posterior con efectos terapéuticos y que deben

considerarse simplemente como errores técnicos crasos. Desde luego, no queremos aumentar la lista de ellos.

Nos preguntamos empero, ¿dónde están aquellas diferencias que se divulgan, en gran parte sin ser reconocidas como tales, a través de las controversias sobre la génesis actual y retrospectiva de la interpretación transferencial, y que Sandler y Sandler (1984) creen solucionar mediante el nuevo concepto auxiliar del "incons-ciente presente"? De acuerdo con éste, las interpretaciones genéticas actuales se di-rigirían al inconsciente presente; así, mediante una innovación conceptual se am-pliaría la acostumbra-da división tradicional del inconsciente en diferentes capas. Si se dejan de lado algunas finuras terminológicas, las diferencias entre el precons-ciente y el "inconsciente presente" son pocas en la práctica. De hecho, el apasiona-do compromiso de Gill con las interpretaciones transferenciales de la génesis actual se orienta predominantemente a las percepciones preconscientes del paciente, y él recomienda partir de la base de su plausibilidad:

No es solamente que paciente y analista contribuyen a la relación, sino que ambos contribuyen a la transferencia. Más aún, la concepción social de la transferencia está basada en una visión relativista de la realidad interpersonal, en contraste con la visión habitual absolutista. No es sólo que ambos participantes contribuyan continuamente a la transferencia, sino que ambos también tienen de ella una perspectiva válida, aunque diferente. Hoffman y yo hemos argumentado a favor del rechazo de la visión psicoanalítica corriente de que se puede dicotomizar la expe-riencia interpersonal, en lo general, y la experiencia en la situación analítica, en lo particular, en una parte realista y en otra distorsionada. En contraste, nosotros vemos la experiencia interpersonal como teniendo siempre algún grado de plausi-bilidad (1984, p.499; la cursiva es nuestra).

Esta concepción de la transferencia, sustentada también por Stolorow y Lachmann (1984/85), y que está de acuerdo con las ciencias sociales, exige al analista refle-xionar sobre su teoría de la realidad y relativizarla en función del paciente. La acentuación de la plausibilidad se dirige en contra de la dicotomía entre expe-riencias reales o realistas, por un lado, y vivencias distorsionadas (como definición

habitual de transferencia), por el otro. Puestas las cosas en un continuo, queda abierta la cuestión de dónde empieza la distorsión. La realidad psicosocial no puede ser definida de manera universalmente válida. Los efectos de esta concepción sobre la comprensión de las interpretaciones transferenciales son de gran alcance. Pues ahora es un asunto de ambos participantes el ponerse de

acuerdo sobre la manera como una experiencia pertenece al aquí y ahora. La cosa es fácil cuando el paciente mismo califica una experiencia o un comportamiento como claramente anómalo y el analista comparte esta apreciación, de modo que ambos pueden entregarse a la tarea compartida de investigar el cómo alcanzar la meta de cambio buscada por el paciente. Por supuesto, aquí no se trata de llevar la terapia a una discusión abstracta sobre dónde están los límites de la normalidad, ni tampoco de conversar sobre las diferencias de opinión hasta llegar a un acuerdo. Con estos comentarios queremos simplemente destacar que lo primero que deben aclarar ambos participantes, paciente y analista, es dónde reside la eventual distorsión de la realidad en la situación analítica. Por lo demás, paciente y analista no viven solos en el mundo, sino que lo hacen en una realidad sociocultural pluriestratificada, donde valen ciertos valores promedios, sin fuerza normativa para la vida privada de los individuos. Por el intercambio de opiniones, el proceso intersubjetivo de determinación dentro de un continuo está vinculado entonces con los respectivos entornos del paciente y del analista.

El punto de vista de las ciencias sociales implica que el analista influye personalmente en alto grado en el paciente, como Freud mismo lo hizo notar cuando llamó la atención sobre el significado que la palabra "sugestión" tiene en el mundo de habla inglesa (to suggest, sugerir, indicar). Al mismo tiempo, sin embargo, Freud hizo el intento, condenado al fracaso, de lograr datos incontaminados mediante el sistema de reglas psicoanalítico. Su comprensión de la resolución de la transferencia se relacionó con el intento de "descomponer" (zersetzen) la fuerza sugestiva de las poderosas figuras de la infancia y de su reactivación en el analista. Esta orientación al pasado contribuyó a que se descuidara la enorme influencia del analista sobre el presente y sobre la génesis actual de todos los fenómenos psíquicos, incluidos los síntomas. Solucionar los problemas prácticos y científicos del psicoanálisis significa, en primer lugar, partir de la base de que el influjo del analista contamina necesariamente los fenómenos observados e investigar estos problemas en el contexto de la relación entre teoría y práctica.

2.1 Relación de trabajo y neurosis de transferencia

2.1.1 Fomento de la "relación que ayuda"

En la fase de apertura, el analista puede contribuir de manera sustancial a que el paciente se las arregle rápidamente con una situación que para él no es familiar. Despertar esperanzas desde el comienzo mismo, y ayudar al desarrollo de las capacidades ociosas, es algo totalmente distinto que promover dependencias e ilusiones mediante burda sugestión. El despliegue de la relación de trabajo y el desarrollo de la transferencia se pueden reforzar mutuamente de manera significativa. Mediante el fomento de la "relación que ayuda" -llamada por Luborsky helping alliance- florecen tanto la relación de trabajo como también la transferencia. El analista puede señalar desde el comienzo mismo las condiciones neuróticas del comportamiento y de las vivencias del paciente, pero también, y sobre todo, las posibilidades de cambio que éste tiene, a pesar de todas las limitaciones.

En las primeras entrevistas nos enteramos que Erna X padecía de variados síntomas neuróticos y que desde niña sufría de una enfermedad de la piel. Unos amigos le habían recomendado consultarme. (Para la reproducción de los diálogos, usamos en todo el libro la primera persona del singular para el analista, aun cuando este rol haya sido en la realidad asumido por distintas personas.) Erna X había recopilado de los libros información sobre la enfermedad. Tanto las condiciones externas como las internas permitieron una transición sin problemas de las entrevistas a la terapia.

La formulación de la regla fundamental la hice de acuerdo con lo recomendado en el tomo primero: "trate de decir todo lo que la preocupa, lo que siente y piensa, eso hace más fácil el tratamiento".

Erna X comienza refiriéndose a un antiguo conflicto que había mencionado durante las dos entrevistas vis a vis: sus dudas frente a la posibilidad de un cuarto embarazo. Por un lado, tiene un gran deseo de tener otro niño, pero, por el otro, encuentra una serie de objeciones de distinto tipo. Entretanto, se había hecho examinar en el marco de un programa de prevención del cáncer. Su doctora había frunció el ceño cuando le contó de su deseo de un cuarto niño y al comunicarle su conflicto. A la pregunta de la doctora sobre lo que le dicen sus sentimientos, su respuesta fue "mi corazón dice claramente sí, pero mi razón no".

A.: Tengo la impresión de que está muy tironeada interiormente y que quiere dejar todo al azar, como una manera de no tener que tomar una decisión.

Este comentario contiene la sugerencia de no dejar la decisión al azar.

P.: Interiormente, estoy por el momento totalmente dispuesta a tener un cuarto niño. Cuando salgo a mirar escaparates, me alegro pensando en la posibilidad de comprar ropa para bebé. Sin embargo, con cuatro niños tendría que dejar de trabajar, pues físicamente no sería capaz de sobrellevarlo.

Algo parecido cuenta en relación con unos tests para detectar alergia a los que se había sometido. Tuvo necesidad de todo su coraje para interrumpir el examen, des-pués de haber tenido que esperar largas horas. Se queja de la falta de disposición de los médicos para entregar información a los pacientes. Dice que aún debería repetir tres veces más todo el procedimiento, para lo cual no puede cada vez sacrificar una tarde entera. La paciente se alegra por su coraje: "el coraje se transformó en rabia y la rabia me dio valentía".

La paciente habla sobre su puntualidad y sobre su mala conciencia cuando deja a sus niños solos. El diálogo gira en torno a cómo ella termina colocándose en situaciones de premura de tiempo y a cómo con el aumento de la tensión aparecen los síntomas de la piel y también alzas transitorias de la presión sanguínea.

Establezco una analogía con la sesión, diciendo que a causa de la cita conmigo, ella sintió una tensión creciente. La paciente destaca las diferencias, al afirmar que de la terapia espera algo, de los tests, nada.

Erna X se refiere a su gran miedo a ponerse colorada: "A menudo me pongo roja hasta la raíz del pelo". Precisando, le digo que seguramente le angustia sentir vergüenza. La paciente confirma lo dicho, es algo que sabe. Se avergüenza por to-do lo que tenga que ver con sexualidad. Dice: "Me pongo colorada sólo con pensar en mi angustia".

El miedo al miedo desencadena el síntoma y, de manera típica, conduce a un reforzamiento secundario. A modo de interpretación, agrego que las emociones que originariamente motivaron el sonrojarse y la angustia no se ven, y que entonces sería importante poder llegar a hablar sobre lo que está debajo de su angustia y de su vergüenza.

Enseguida, Erna X cuenta que en su casa nunca se habló sobre sexualidad y que no se dio ningún tipo de aclaración al respecto. Cuando se contaba un chiste, ella no sabía si reírse o no. Describe una situación avergonzante en el trabajo, donde se ve sentándose frente a una aprendiz y poniéndose totalmente colorada. Se enoja con ella misma "¿Soy acaso tan tonta?" El miedo a sonrojarse aparece fundamental-mente en el trabajo.

Retomando algo dicho, le planteo que con un cuarto niño volvería a estar más en casa, y que con ello se sentiría además aliviada.

Continúa relatando que durante los embarazos se sintió muy bien. Después del primero, hasta la piel se le mejoró y tuvo que tomar menos cortisona. Establece una comparación entre su juventud y las muchachas entre 15 y 16 años de hoy que son tan despreocupadas. "¡Nosotras éramos muy tontas!" Describo su situación en conexión con sus demás problemas: esto de andar siempre con mala conciencia conduce a crecientes restricciones. La paciente comenta que durante años rezó para que sus padres no supieran de sus travesuras. En la familia era

decisiva la posición frente a los demás. En la actualidad, la gran preocupación de su madre es que alguien pudiera enterarse de que ella va a ver un psicoterapeuta.

Salta a la vista interpretar la interiorización de la escala de valores de la madre y con ello reforzar indirectamente su intención de independizarse de ella. Le pregunto hasta dónde pospone sus propias opiniones por complacer a su madre. En contraste con la madre, dice, ella tiene una disposición positiva frente a la terapia, que ya le ha traído alivio: "Me gusta recostarme. Al venir hacia acá pensé que me alegra poder relajarme." Agrega que no logra organizar mejor su tiempo. Le pido información sobre su horario de trabajo. La paciente cuenta cómo llega a sentirse presionada, cómo siempre cree tener que hacer algo adicional. El diálogo versa luego sobre su dificultad para cambiar de ritmo y para readaptar los planes, es decir, sobre el carácter compulsivo de la programación.

Dice: "Entonces casi todo se viene abajo e inmediatamente aparece también la reacción en la piel".

Incluso pequeñas cosas la llevan a sentir pánico, lo que la lleva a cometer injusticias con su marido. A veces, no enfrenta algunas cosas con la vaga esperanza de que suceda un milagro.

Conversamos enseguida de las posibilidades reales de encontrar ayuda doméstica. Ella ya ha hecho averiguaciones al respecto. Se siente culpable frente a sus hijos. Debe esperar sólo algunas semanas, quizás su vecina le echa una mano. Surge la cuestión de los honorarios que le pagará a su vecina. En este contexto se trata el aspecto financiero de su vida familiar. Existen muchas diferencias de opinión entre ella y su marido, y la crítica de él la pone muy insegura.

Se pone de manifiesto que la crítica le afecta seriamente. Habla de su tendencia a la autocrítica exagerada. A lo largo de los años de matrimonio se ha ido poniendo cada vez más insegura. A Erna X le produce rabia que su marido transforme todo en un problema de ella y se siente contenta de poder hablar hoy día aquí sobre ello. Está claro que Erna X busca apoyo en contra de los argumentos de su marido.

Interrumpo una larga pausa preguntando si el silencio la molesta o si acaso espera que suceda algo. Responde que, antes de seguir hablando, había esperado en consideración a mí, a pesar de que había seguido pensando más allá.

Aclaro que yo digo algo cuando pienso poder contribuir de alguna manera. La paciente se siente animada a decir libremente todo lo que se le ocurre. Planteo la pregunta de si acaso también en otras ocasiones en su vida tiene la impresión

de hablar demasiado y no dejar hablar a los demás. Responde que en conversaciones privadas es más bien retraída.

Hago alusión a la diferencia entre "afuera" y "adentro", entre vida y situación analítica.

Sigue diciendo que cuando espera a su marido se siente colmada por lo que pasó en el día. Si él llama para decir que llegará más tarde, entonces, cuando llega, ya todo es cosa del pasado; cuando llega puntual, la mayoría de las veces no se le puede hablar. Con todo, a veces ella dice algo, pero no logra tomar contacto con él. Sólo muy rara vez es posible tener una conversación satisfactoria. A veces llama a una amiga para desahogarse. Está sorprendida de que aquí pueda hablar tan libremente.

Aclaro más la diferencia entre "adentro" y "afuera". Anoto que en la vida sucede que también se reciben respuestas o que se plantean más preguntas; en el análisis hay temas que a veces yo no recojo. Planteo que la paciente eventualmente se sentirá desilusionada cuando yo no retome algo y permanezca en cambio callado.

En este momento aclaro la regla fundamental en el sentido de una ayuda. Le digo que hay algunos aspectos poco habituales en el modo de conducción del diálogo y que por eso puede ser que se sienta insegura, por lo desacostumbrado. Acentúo que no se busca con ello hacerla sentir insegura, pero que eso puede ser un efecto secundario no intencional. Erna X tiene ahora más claridad respecto a que puede seguir hablando cuando se produce una pausa.

Se queda en la expresión sentirse insegura y hace mención de que ella continúa los diálogos después que la hora ha terminado; por ejemplo, después de la última sesión siguió pensando sobre el tema de amoldarse a los demás. Cuando tiene dificultades para tomar una decisión, en su inseguridad llama por teléfono a su marido, contra su propia convicción, para que él no pueda después criticarla.

P.: Rehúyo las propias decisiones hasta en las cosas más triviales. Este también es un aspecto de la acomodación a mi madre.

A.: ¿Tiene que ver esto con la idea de que Dios de todas maneras llega a enterarse de todo?

P.: Sí, siempre tuve la idea: la mamá está escuchando, tarde o temprano va a saberlo todo, y, naturalmente, a menudo era así. En los hechos, muchas veces se ha demostrado que ella tenía razón.

Su marido le critica que siempre recurra a su madre. Sin embargo, casi nunca él está disponible. Esta es la crítica que ella le hace. Erna X pone hincapié en su tendencia a obedecer a su madre en casi todo, con muy pocas excepciones.

Una de estas excepciones se refiere a sus hijos. Uno de ellos, Jacobo, suele traer del jardín infantil expresiones muy ordinarias. Su madre se espanta cuando las

oye. Si ella se hubiera permitido algo así, de seguro habría recibido una paliza. Erna X defiende a sus niños de la pedagogía superyoica de su madre. A través de la identificación con sus propios hijos, la paciente puede expresar su derecho a ser independiente.

Comentario: Esta sesión inicial fue elegida con una intención prescriptiva, pues creemos que en ella se logró una mezcla ejemplar de diferentes elementos que constituyen una "relación que ayuda".

2.1.2 Apoyo e interpretación

Con el ejemplo siguiente, queremos mostrar que las interpretaciones pueden tener un efecto de apoyo per se. Si las interpretaciones se entregan de manera que despierten en el paciente esperanzas de poder superar sus dificultades, la técnica psicoanalítica adquiere un lado particularmente soportante. El establecimiento de la "relación que ayuda" se realiza en relación recíproca con el análisis de la transferencia. En la etapa inicial se trata en especial de lograr una base de confianza. Comparado con esto, la delimitación entre técnica psicoanalítica interpretativa y psicoterapia de apoyo o expresiva es secundaria (Wallerstein 1986).

Daniel Y padece desde hace años de variadas angustias neuróticas con temores hipocondríacos. El miedo a volverse loco lo tortura de manera especialmente intensa. Por distintas razones le es muy difícil decidirse por un análisis. También se ha informado acerca de las terapias conductuales. Sin embargo, cree tener necesidad de ayuda psicoanalítica porque no sólo sufre por los síntomas, sino que también se siente desconectado de su propia historia de vida, apenas se acuerda de lo que le pasó antes de su pubertad. Es tanto lo que Daniel Y sufre a causa de su sintomatología angustiosa y por la sensación de estar separado de sus propias raíces, que deja a un lado todos sus reparos en contra del psicoanálisis.

Daniel Y estaba muy sorprendido por el curso tomado por el tratamiento. No se había encontrado con un psicoanalista silencioso y hasta el momento no se había dado lo que más temía: un empeoramiento de sus síntomas. Comenta haber escuchado, y también observado dentro de su círculo de conocidos, que el psicoanálisis pasa al comienzo por oscilaciones negativas, y que sólo después de muchas fases de transición, y tras la resolución de conflictos, aparecen ocasionalmente también mejoramientos. El que yo no haya abandonado a Daniel Y a un monólogo, sino que lo haya apoyado mediante interpretaciones,

estableció un liberador contraste con sus expectativas. En esto seguí el principio terapéutico de crear las condiciones más favorables para la superación de los traumas tempranos sufridos pasivamente. Este planteamiento terapéutico permitió que el paciente pusiera en palabras, por primera vez, su desamparo y su desesperación frente a las avasalladoras impresiones del pasado y del presente e hizo posible que alcanzara un cierto control sobre las mismas. Como el paciente, también yo me sentía conmovido por la intensidad de sus afectos, en especial de su llanto. Mi calma inalterada contribuyó a que no se sintiera tan avergonzado por sus vivencias infantiles, tan contrastantes con su exitosa carrera profesional.

Hasta ese momento, se había dado una relación equilibrada entre un sumergirse regresivo en la vivencia afectiva y un dialogar reflexivo.

Desde hacía años, los ataques de pánico, que aparecían especialmente en espacios restringidos, habían transformado en una tortura sus frecuentes viajes de negocio en auto, tren o avión, que debía emprender rutinariamente por razones de su cargo. Daniel Y estaba sorprendido de que, ya a las pocas semanas de tratamiento, se sintiera considerablemente mejor y de que hubiera podido hacer largos viajes en automóvil sin sentir angustia. Atribuí esta mejoría sintomática a que el paciente, por un lado, había tomado confianza y con ello también esperanzas. En esa medida, la mejoría sintomática puede ser considerada como una cura transferencial, en el sentido amplio de la expresión. No obstante, por otro lado el paciente ya había hecho en el análisis frecuentemente la experiencia de que, si bien su desamparo e impotencia se repetían, de ningún modo seguía exponiéndose pasiva y desvalidamente a las dificultades, sino que, por el contrario, estaba del todo en situación de enfrentarse de manera activa a los antiguos e incólumes traumatismos y a las condiciones actuales de su desencadenamiento. Por lo tanto, la mejoría podía ser atribuida enteramente a la elaboración analítica de los conflictos.

Hasta ese momento, no había ningún motivo para hacer participar al paciente de mis conjeturas acerca de estos dos aspectos del tratamiento. Pero ahora estaba frente a un viaje transcontinental de ocho días, que Daniel Y había aceptado con inquietud, ya que en los últimos años en ningún viaje en avión había dejado de tener ataques de angustia. En vista del viaje inminente, me decidí por un comentario aclaratorio, del que esperaba un efecto tranquilizador. Le recordé que ya había efectuado muchos viajes en auto y en tren sin dificultades, porque, en contraste con antes, no se sentía tan desamparado y porque su seguridad en sí mismo era claramente mayor. Mi intención era llamar la atención del paciente sobre el aumento en su margen de movimiento y afirmar el conocimiento de sí mismo. El paciente se conmovió con esta declaración; no hubo tiempo para

hablar sobre la súbita aparición de los sollozos y del intenso llanto que siguió a mis palabras. Pensando en la experiencia de que, en general, no es muy favorable que una sesión termine con una expresión emocional tan intensa y no verbalizada, no me sentí cómodo durante la despedida. Al mismo tiempo, tuve la impresión de que Daniel Y había ganado en seguridad y que por eso había podido abandonarse a sus emociones.

Daniel Y volvió con el mejor de sus ánimos. En contra de sus expectativas, ambos vuelos habían transcurrido totalmente libres de angustia. Estaba familiarizado de oídas con las reglas psicoanalíticas, y entretando tenía dudas de si acaso mi manera de ayudarlo estaría o no permitida. Al mismo tiempo, se admiraba de que yo me hubiera atrevido a asumir el riesgo de tal tipo de pronóstico. Empero, le daba vueltas la pregunta: de haberse producido una recaída, ¿acaso no habría sufrido un grave daño su confianza en mi capacidad? Traté de aclararle que había corrido un riesgo calculado y que, en esa medida, no le había sugerido algo al tuntún y sin reflexionar. De hecho, Daniel Y había olvidado que mi conjetura de que él probable-mente podría viajar sin angustia, la había fundamentado en su ganancia en seguridad.

El paciente, con formación científica en el área de las ciencias naturales, se interesó de manera creciente en saber más sobre los mecanismos de acción terapéutica. En una sesión posterior llegamos a un intercambio de ideas que terminó con una violenta explosión emocional que resumo en lo que sigue.

A Daniel Y le inquietaba no tener acceso a las razones por las que se había liberado de sus angustias. Naturalmente, quisiera saber algo sobre las condiciones de su mejoría. Después de todo, por su profesión, cuando quiere asegurar las cosas, o corregir fallas, se orienta a través del conocimiento de las causas. El paciente pareció sentirse aliviado cuando consideré su curiosidad por los factores curativos como

natural y le planteé que estaba en su derecho al tener curiosidad por ello. El había contado con que yo pasaría por alto su pregunta implícita o que le daría con la puerta en las narices. Al mismo tiempo, se agitó y se angustió. Ahora, pude aclararle la génesis de la angustia en ese momento. El quería saber más de mí, pero temía acercarse demasiado. Apareció una fuerte ambivalencia. Al mismo tiempo que esperaba que yo no estuviera tanteando en la obscuridad, me envidiaba a causa de mi conocimiento y por la manera despreocupada con que había tomado su temor de que yo de verdad estuviera dando palos de ciego.

La desigualdad entre nosotros, y el hecho de que yo supiera tanto sobre él, le recordó vivencias infantiles de impotencia y de exclusión. Por unos comentarios que hice sobre el origen de su angustia y porque llamé sus intensas emociones por su nombre, Daniel Y se sintió animado. Súbitamente, le sobrevino una

explosión de odio en contra de su "tío", que había aparecido en el lugar de su padre, y a quien tuvo que someterse por mandato de su madre. Lo estremeció la intensidad de su odio y el miedo que lo acompañaba. Mis alusiones a las conexiones de su vivencia durante la sesión lo convencieron: de la crítica contenida en contra de mí, y de mi reacción frente a ella, el paciente había sacado suficiente seguridad para poder de-jarse llevar por sus intensas emociones.

El campo de tensión edípico se había de momento actualizado de tal manera, que bajo condiciones favorables logró una nueva edición del mismo. Es digno de hacer notar que, a la verdad, en su tiempo él había vencido a su "tío" y que, no obstante, hasta el día de hoy conservaba una profunda sensación de incapacidad, aun de deficiencia corporal, con temores cardíacos hipocondríacos. Algún tiempo después pudo superar su vergüenza y comunicarme que, hasta la irrupción de la sexualidad adulta, se había sentido abrumado por no poder llegar a la eyaculación mediante masturbación. La angustia por sus agresiones edípicas placenteras le habían producido una inhibición que condujo a un trastorno funcional. A su vez, este trastorno reforzó, a pesar de todos los éxitos externos, los profundos sentimientos de inferioridad.

2.1.3 Comunión e independencia

Las investigaciones sistemáticas de Gill y Hoffman (1982) nos llamaron la atención sobre la significación de las percepciones actuales en la transferencia. De acuerdo con su proposición, hay que partir de la base de la plausibilidad de las percepciones del paciente. A menudo es suficiente con reconocer que alguna observación que se refiere a la persona o a la pieza del analista es plausible [según el Diccionario de la Real Academia Española, plausible significa "atendible, que se puede aprobar o admitir"; nota de los traductores]. Muchas veces, sin embargo, es necesaria una aclaración más amplia, que no se puede referir sólo a las fantasías del paciente. Los problemas técnicos generales que se relacionan con este punto los tratamos en el tomo primero, en las secciones 2.7 y 8.4. Ilustraremos los pasos técnicos correspondientes mediante los ejemplos siguientes.

De las sesiones 61 y 62 del análisis de Arturo Y, tomamos -en parte textualmente- una secuencia donde quisiéramos mostrar lo que queremos decir cuando hablamos del reconocimiento de las verdades actuales en el aquí y el ahora. Las

metáforas que usa el paciente se prestan particularmente para transmitir su disposición de ánimo.

Las sesiones son previas a una larga interrupción de vacaciones. El tema es la curiosidad del paciente, que he estimulado indirectamente mediante interpretaciones. El estímulo a ser más curioso conduce a que el paciente se acuerde de que en ocasiones anteriores ha reprimido su curiosidad en relación a mí. "La verdad es que esas veces no me atreví, y tampoco ahora me resulta fácil"; e inmediatamente da una razón para ello: "Mis terapeutas anteriores no respondían, sino que devolvían la pregunta: 'Sí, ¿y por qué le interesa saber eso?' Y después de haber recibido de vuelta suficientes contrapreguntas, ya no dan ganas de preguntar más."

El interés de Arturo Y se dirige al lugar donde yo paso las vacaciones. En una ocasión anterior le había dado mi dirección.

Arturo Y se explaya sobre unas pistas de esquí, muy conocidas, también para mí. Da rienda suelta a su curiosidad, y arriesga una tímida pregunta inicial sobre si yo he hecho el descenso. Lo decisivo es que yo doy una respuesta evasiva. Me limito a un comentario general que no dice nada: "Todos los habitantes de Ulm conocen bien esa parte de los Alpes, el Allgäu."

Sólo en la próxima sesión se pueden reconocer y, lo que es más importante, corregir los efectos de mi rechazo.

Al comienzo, Arturo Y parece estar muy satisfecho con mi respuesta, pero trae a colación su frustración subliminal del momento, a través de ejemplos sacados de sus tratamientos anteriores; se le ocurre un símil muy significativo: la imagen de un caracol, que "saca sus cachitos al sol", y que basta sólo con rozarle los cuernos para que se recoja en su concha. "De la misma manera me comporté con ellos [los terapeutas anteriores]." En contraposición con el caracol, se le ocurre luego la imagen de un perro grande que regaña los dientes. "No es tan fácil rozarlo, se corre el riesgo de que le arranque a uno un dedo con los dientes."

Es evidente que el paciente se representa a sí mismo como el caracol y al analista como el perro que muerde, que no se debe provocar con preguntas. En la próxima sesión, el paciente pudo corregir este supuesto aperceptivo.

El primer tercio de la sesión siguiente transcurre en una buena atmósfera, porque puedo tranquilizarlo en relación a sus miedos referidos a la discreción (informe a la mutua de salud, etc.). El paciente se siente ahora suficientemente seguro como para volver a tocar algunos puntos especiales. En relación con el perro, se queja: "Si tan sólo hubiera sido una vez el perro y por una vez ladrado." Le hago notar que, de acuerdo con su comentario, en ese caso no habría mordido a nadie más que a sí mismo. Reconoce que no estoy tan errado en lo que digo. Después de haber desactivado de este modo su crítica y, por así decir, vuelto a concordar

amigablemente conmigo, se acuerda de la repulsa que había experimentado a propósito de mi generalización evasiva. Esta había sido sentida, dice, como una luz roja -"mejor no preguntes más"-; a continuación hago una insinuación a dedos, morder, rabia del objeto y retirada (como un caracol). El paciente aclara que tal tipo de retirada interior tiene el efecto de una espina que no se puede sacar.

Reconozco al paciente que fui evasivo y que mi evasiva cambió la relación entre el caracol y el perro, en un sentido desfavorable para el morder curioso. Mi interpretación fue: "De hecho, también soy evasivo cuando no digo que conozco esas pistas, sino que, en cambio, generalizo, lo que fue vivido por Ud. como un fuerte rechazo, porque Ud. no solamente estaba curioso, sino que, además, en Ud. eso se une con una curiosidad impertinente -el perro que muerde-." De este modo, no dije: "Ud. tiene miedo a herirme", como si sólo se hubiera imaginado el miedo y como si yo no me hubiera sentido de verdad molesto por la pregunta, sino que reconocí la plausibilidad de su percepción. Con probabilidad, este reconocimiento lleva a una experiencia emocional correctora, que en los próximos pasos los pacientes ponen a prueba, intentando comprobar cuán bienvenidos son en el logro de nuevos modelos de pensar y de actuar.

En el trascurso posterior, hago un comentario sobre por qué tiene sentido no responder algunas preguntas inmediatamente, después de que, ahora sí, respondiera directamente su pregunta sobre el descenso. Reaccionando a mi aclaración, el paciente resume: "Sí, si se responden inmediatamente las preguntas, entonces el proceso de pensamiento termina prematuramente". Así, el paciente confirma que es totalmente sensato dejar las preguntas abiertas para no dar término a los procesos del pensar.

Considerando más de cerca los términos que elige, se pone de manifiesto que el paciente atribuye al analista un comportamiento ladino, que también él conoce en él mismo y con el cual a veces logra mantenerse a flote, de acuerdo con la consigna: "el fin justifica los medios".

La curiosidad del paciente se vuelve a intensificar, después de haber asociado distintas relaciones al concepto de "volver a insistir" (bohren; lit. perforar), "meterse sin ser llamado" (eindringen), etc. El paciente recuerda: "Se dice, éste me agujerea a preguntas" (der löchert mich). Se toca el tema de la próxima interrupción de vacaciones. Arturo Y sabe que durante las vacaciones yo no estoy sin más disponible, lo que estimula en él una curiosidad penetrante. Llegamos a un compromiso que hace justicia a los distintos componentes del problema técnico: por un lado queda abierto dónde me encontraré, y, por el otro, le aseguro que en caso de apuro puede alcanzarme a través de mi secretaria.

Al término de la sesión, y en vista de las vacaciones, me es importante destacar, a través de la familiaridad que compartimos en relación a un mismo lugar (las pistas de esquí), la comunión existente entre los dos, en contraste con la independencia; al hacerlo, uso símiles que vienen al caso y que ya forman parte de nuestro vocabulario común.

El reconocimiento de las verdades actuales gana entonces una significación especial en la situación analítica cuando la relación terapéutica es puesta particularmente a prueba, por ejemplo, en el caso de interrupciones de vacaciones. Para el tratamiento de las preguntas, y para la manera de entregar las respuestas de un modo tal que satisfagan al paciente y le den la seguridad necesaria para sobrellevar el tiempo de separación, vale, en general, la siguiente regla terapéutica: "tanta comunión como sea necesaria, tanta independencia como sea posible".

Del curso de la sesión reseñada, queda además claro que el proceso terapéutico permite una corrección permanente de los efectos secundarios de nuestras intervenciones; pues éstas pueden tener, junto a los efectos favorables, efectos negativos no deseados que a menudo no son inmediatamente reconocibles.

2.2 Transferencia positiva y negativa

La transferencia positiva se mueve dentro de un amplio espectro. Desde formas moderadas de simpatía y aprecio, hasta violentos enamoramientos. Si éstos alcanzan un grado tal que constituyen un permanente impedimento para la relación de trabajo, se habla entonces de transferencia erotizada. Es frecuente que el amor de transferencia se transforme en odio. Por eso, la transferencia negativa (agresiva) a menudo debe entenderse como la consecuencia de vivencias de rechazo. En los ejemplos siguientes, ilustramos este espectro.

2.2.1 Transferencia positiva moderada

Erna X habla sobre el informe autobiográfico de Tilmann Moser Análisis didáctico desde el diván (Lehrjahre auf der Couch), donde éste describe intensos ataques agresivos en contra de su analista (véase además cap. 7). En lo que a

ella misma se re-fiere, hasta el momento encuentra impensable llegar a estar tan rabiosa. Entre-tanto, se siente escéptica frente a la ausencia de sentimientos negativos en relación con una interrupción inminente del tratamiento, que la tenía muy desilusionada. Hay algo que no calza en todo esto.

P.: La verdad es que yo me sentí insatisfecha con el hecho de que Ud. no me haya dicho dónde va a ir en sus vacaciones. Al mismo tiempo, me reproché a mí misma que no tengo ningún derecho para ello y pensé que Ud. sabe lo que debe decirme y lo que no.

Presumo que la paciente tuvo la sospecha de que yo le retuve una respuesta para ponerla rabiosa. Pienso entonces que, consecuentemente, no debiera dejarme pro-vocar o manipular. Por eso le digo, expresamente, que no hay ninguna intención manipulativa en dejar la pregunta sin responder, señalándole, además, que en esto de responder o no responder una pregunta puede estar también contenida, o anun-ciada, una lucha por el poder.

Erna X insiste en que no ha pensado en que yo quisiera enojarla; piensa más bien que lo que yo quiero es estimularla a pensar. Confirмо su parecer.

La paciente se explaya sobre el tema. Primero se ocupa de mi ausencia de tres semanas. Su conflicto está en relación con dos cadenas de motivos contrapuestos: por un lado, ella espera un cumplimiento estricto del deber profesional y un com-promiso altruista. Por el otro, la paciente busca un modelo según el cual re-estructurar su vida conyugal. Sus reflexiones la llevan a pensar que no tiene mu-cho sentido liberar a su marido de sus deberes laborales para que tenga más tiempo para la vida familiar y las vacaciones. Agrega que si yo tomara realmente 3 sema-nas de vacaciones, entonces yo correspondería con su ideal. Pero, de la misma ma-nera como desea para ella este estilo de vida, teme también las complicaciones subsecuentes que puedan surgir de la discrepancia entre este ideal y su realidad efec-tiva. Agrega que, probablemente, ésta sea la razón por la cual se agarra a la idea de que yo no voy a tomar vacaciones.

Después de un silencio, la paciente relata un sueño que trata sobre mí.

P.: En el segundo sueño yo estaba recostada con Ud. sobre el diván, no aquí, sino en otra parte. El diván era mucho más grande. No me puedo acordar de los detalles, sino sólo de un sentimiento, el sentimiento de sentirse protegida. También estaba el sentir orgullo y admiración porque Ud. lo hubiera permitido, que me hubiera permitido esta intimidad, esta cercanía, y que Ud. no se hubiese arrancado o que me hubiera tirado abajo. El teléfono nos molesta. Ahora sí, la pieza era como ésta. La llamada era de una mujer que decía que Ud. debía recoger el auto del servicio téc-nico.

Yo quería saber qué mujer había llamado. Ud. no consiente mi petición. Pensé que se trataba de su madre o de otra mujer. Luego caminamos juntos por la ciudad.

Es difícil describir los sentimientos que se tienen en un sueño. De alguna manera yo estaba totalmente relajada junto a Ud. Cuando estoy aquí, en cambio, constantemente pienso que tengo que hacer todo correctamente. En el sueño era otra cosa.

A.: Sí, en el sueño uno puede tomarse todas las libertades.

P.: Lo que más quería era llamarlo inmediatamente en la mañana. Después de despertar reflexioné y estaba encantada. Al principio tuve la idea, no, no puedo contarle que soñé con Ud. juntos en el diván. Por otra parte, tampoco me atrevía a callar el sueño. De ordinario me gusta hablar con Ud. sobre sueños.

A.: La intranquilizaba la intimidad que aparecía en el sueño.

P.: Sí, era una situación embarazosa para mí.

A continuación hablo de los deseos humanos naturales que son estimulados por las sesiones.

A.: Es natural que me incorpore en su mundo de deseos y fantasías, de la misma manera como incorpora a otras personas con las cuales conversa sobre cosas personales.

La paciente se había hecho reflexiones similares antes de la sesión. Ahora le llamo la atención sobre la intervención de la otra mujer.

P.: Sí, eran celos. Sí, la otra mujer me lo quitó.

Le recuerdo un sueño anterior.

P.: Claro, en el sueño Ud. cancelaba una hora. Su auto vuelve siempre de nuevo a aparecer. Sí, Ud. también me ha visitado en sueños con el auto. En la pubertad envidiaba a mis compañeras cuyos padres tenían autos grandes. Por eso el auto juega un rol especial. En el sueño yo voy caminando con Ud. por el centro de la ciudad casi bailando, muy relajada. ¿Por qué no voy a poder reconocer este deseo? Pero, naturalmente, no podría contar este sueño a mi marido, porque no lo comprendería.

A.: La pregunta es si Ud. puede despertar la comprensión de su marido para el tema del sueño, es decir, sus deseos de mayor ternura y protección.

Protección, ternura y sexualidad, las refiero como partes de un todo. Señalo que el tratamiento también despierta otros deseos y que no es fácil reestructurar la vida y ganar a su marido para ello, pues su marido depende de su familia de una manera comparable a como ella misma se vincula con sus padres.

La paciente se pregunta por qué se le ocurre pensar en mí y no en su marido.

A.: Seguramente porque estas cosas las conversa más conmigo que con su marido.

Interpreto que la paciente busca un alivio a través de su pregunta.

P.: Sí, podría haberme respondido yo misma, pero no sabría cómo continuar. Sí, no quiero darme cuenta de que Ud. responde en todos los sentidos a mis deseos. El sentimiento de comprensión y protección que se desplegó en el sueño es un sentimiento que no podría darse con mi marido. Hace tanto tiempo que estoy casada, que conozco bien las reacciones de mi marido. Y la cosa es que estoy sola y él no me ayuda.

La paciente ofrece un ejemplo de su vida cotidiana con los niños y de la poca disposición de su marido para compartir la preocupación por ellos.

P.: En la casa es lo mismo; cuando me defiende de mi madre y me niega a tomar una carga adicional, entonces ella se indigna y empieza a hablar en contra de la in-útil y costosa terapia.

Algunos días más tarde, el deseo de la paciente de tener un hijo se intensifica. Aunque, ahora como antes, todas las consideraciones razonables hablan en contra y a pesar de que recientemente se había sentido aliviada cuando el ginecólogo le había negado que estuviera embarazada, ella sigue deseando un cuarto niño. Afectada por la discrepancia en su actitud, buscó una aclaración en las sesiones.

Para hacer comprensible al lector la interpretación de su deseo por un niño que ofrecí a continuación, resumo una vívida exposición de la paciente a través de la cual ella describió los juegos de los niños, de los suyos propios y de los niños y niñas del vecindario: con increíble sorpresa, había notado la despreocupada naturalidad de los niños entre los tres y los cinco años, que no hacen ningún secreto de su placer en mostrarse, en tocarse y en mirarse mutuamente. Por ejemplo, durante unos juegos sexuales, había visto como un niño había mostrado su miembro, lo que en una niña había despertado deseos de tener también uno, una reacción de envidia del pene. En el lugar del miembro faltante, la niña había puesto un enorme cocodrilo con el cual habría de comerse en breve al niño, que ya había reaccionado con miedo. Con el cocodrilo -como un miembro mucho más grande-, la niña, triunfante, atemorizó al muchacho. Después de haber satisfecho su propia curiosidad, a la paciente le había costado mucho esfuerzo dejar hacer a los niños y desviar su atención hacia otra cosa. Le habría sido mucho más familiar intervenir prohibiendo, como su madre, o desviando la atención hacia algo más hermoso o más decente, como su abuela. De las medidas educativas que su madre imponía a sus niños durante las visitas, la paciente infirió la manera como probablemente se había comportado con ella misma.

Con rabia, observaba cómo su madre contestaba con engaños las preguntas básicas de los niños y se burlaba de ellos.

Su deseo de un hijo se manifiesta de manera particularmente intensa poco después de desilusiones de distinto tipo. A pesar de saber muy bien que con un cuarto hijo su carga aumentaría considerablemente y que no podría contar con ningún tipo de apoyo por parte de su marido, cada vez que piensa en el estrecho vínculo que se produce al dar de mamar, o a través del contacto piel con piel, se siente colmada de un profundo sentimiento de felicidad. Cuando se siente comprendida y después de una sesión estimulante, al seguir el diálogo interior conmigo, el deseo de tener otro hijo se aleja. Su ocupado marido tiene poco tiempo para ella y las relaciones sexuales son insatisfactorias y tan infrecuentes, que una concepción es muy impro-bable.

Con gran conmoción interior, y después de una breve y comprometida reflexión, Erna X acepta mi interpretación de que en un nuevo hijo ella busca su propia niñez, para repetir en él su propio desarrollo bajo condiciones más favorables. Co-mo asociación posterior, aclara que durante las sesiones nunca ha tenido el deseo de quedar embarazada, lo cual no interpreto como defensa en contra de deseos edípicos, sino como expresión de su satisfacción por sentirse comprendida.

Mi interpretación de que en un nuevo niño ella busca su propia vida no vivida, formulada intencionalmente así, en un nivel general, cayó en un terreno fértil y desencadenó gran cantidad de pensamientos. Con razón, la paciente sospecha que su deseo de un niño también está al servicio de eludir la reestructuración de su vida familiar y laboral. Las restricciones que le sobrevendrían con un cuarto hijo harían imposible la mayoría de las cosas que ahora -liberada de algunas inhibiciones neuróticas- se cree capaz de hacer en el trabajo. Relata un sueño que había sido provocado por los juegos de los niños y por mis interpretaciones previas: en un ál-bum de fotos me ve, como niño, varias veces y en distintas escenas, en la playa de un lago.

Su curiosidad sexual había sido estimulada en la transferencia. Ella misma había vivido en la playa situaciones avergonzantes. Siendo una muchacha, se había pues-to una vez un traje de baño muy grande, teniendo que rellenar (ausstopfen, también "disecar", "embalsamar"; nota de los traductores) el sostén y se habían burlado de ella.

Un tío había puesto los ojos en ella, pero simultáneamente haciendo como si no tuviera ningún interés en ella.

Interpreto el deseo transferencial inconsciente de tener un hijo de mí. Esta interpretación le parece a la paciente inmediatamente evidente, a pesar de no haber te-nido nunca tal deseo conscientemente. A continuación puedo hacer una conexión con una expresión del tío, quien entonces habría dicho que a él le encantaba hacer niños, aun cuando por lo demás no quería saber nada de niños.

Algunas sesiones más tarde varían los temas, apareciendo otros aspectos del foco. La paciente hace una conexión con la última sesión, agregando que el comienzo le es hoy día fácil. Una frase, que yo había dicho en la última sesión, le seguía dando vueltas: "Hoy día Ud. no está en la misma situación que entonces, cuando era una niña. Ahora Ud. tiene algo que ofrecer".

P.: ¿Qué tengo que ofrecer? No soy fea ni tampoco soy tonta. A veces pienso que soy muy exigente. Nada me es suficiente. Luego, además pensé, ¿por qué Ud. me dijo eso bastante cerca del término de la última hora? ¿Era que estaba desorientada y Ud. quería rearmarme moralmente? Dígame lo que tengo para ofrecer.

A.: Yo no dije eso para rearmarla moralmente, aunque puede que este aspecto también esté en ello. Lo que quería era señalar un hecho, y es que actualmente Ud. no se encuentra tan desamparada y avergonzada como cuando era una niña. El que a Ud. misma no se le ocurran otras cosas y que me pregunte, me parece menos una consecuencia de sus elevadas exigencias que un signo de que hoy está aquí inquieta por su espontaneidad y sus propias ocurrencias.

P.: Todavía me sucede lo mismo, sentirme avergonzada, desamparada y disecada (ausstopfen). Sigo siendo hoy día casi igual que en aquel tiempo. Sin embargo, después de la última sesión me sentí satisfecha.

El resultado es ahora distinto que entonces en la playa. La paciente comunica que está reflexionando sobre el significado de las palabras "desamparada", "avergonzada" y "rellena". Después de un largo silencio la animo a que me diga lo que está pensando.

P.: Es difícil. A veces me siento tremendamente desamparada. Luego se da un estado completamente opuesto. Son extremos, me falta el medio. Del mismo modo como después de la última sesión: me fui enormemente encantada, pero ya cuando estaba abajo, en el auto, me vino el pensamiento: no te hagas ninguna ilusión, probablemente fue sólo su movida de ajedrez que tenía por fin darme ánimo.

A.: Algo falso entonces.

P.: No, muy verdadero, pero con la segunda intención de ayudarme a superar una situación difícil.

A.: ¿Y qué hay en contra de la segunda intención de ayudarla, de llamar su atención sobre algo? De hecho hay una segunda intención en juego y que se refiere al uso que Ud. puede hacer de su cuerpo. Ud. piensa, desde siempre, que no tiene nada. Hoy día Ud. tiene algo que mostrar (la paciente sufre de una eritrofobia).

P.: Sí, pero eso no es ningún mérito. Eso viene por el desarrollo. Es algo que se da solo, que no se ha logrado y que por lo tanto claramente no significa nada

para mí. Lo único importante es lo que uno mismo ha logrado. (Larga pausa.) Me pregunto por qué me cuesta tanto creer que tengo algo para ofrecer.

A.: Porque inmediatamente piensa en algo prohibido y que puede tener consecuencias muy precisas. Por ejemplo, que entonces Ud. sea más seductora de lo que le es permitido. En tal caso su tío podría extralimitarse aún más, o, mejor dicho, se habría extralimitado aún más.

P.: Pero, ¿quién me dice entonces cómo yo podría ser ?

Insinúo que, a lo largo de su educación, la paciente había sido tan dirigida desde afuera, que no había podido experimentar en un espacio de libertad propio. Cuando la madre determina lo que tiene que suceder, la reglas de juego están claramente establecidas. Al mismo tiempo, ella ve en sus niños el placer que encuentran en probar algo por sí mismos, cuando se les deja espacio para ello.

P.: Esto no se refiere sólo a algo corporal, sino también a algo psíquico. Ahí soy igualmente insegura. Claro, es propio del pensar y del sentir que tengan siempre otros nuevos aspectos. En tanto haya algo absolutamente fijo, hay seguridad. A mayor apertura, más segundas intenciones.

Es entonces claro que a la paciente le intranquiliza el que yo tenga segundas intenciones.

P.: A menudo le atribuyo segundas intenciones, porque es claro que Ud. tiene alguna intención, se propone alcanzar alguna meta.

Recalco que eso es así. Pero que a la vez también es posible hablar sobre ello. La paciente, en cambio, supone que no está permitido hablar sobre esas cosas. A continuación, Erna X destaca que ella de hecho no se atreve a preguntar tan directamente. A veces se deja con gusto guiar, pero si uno no se arriesga a preguntar, existe el peligro de ser manipulada, lo que ciertamente ella no quisiera. Está bien dejarse dirigir, pero, por otro lado, es también desagradable.

A.: Sin embargo, cuando no está permitido saber nada de esto, cuando no se puede preguntar, entonces también se puede ser manipulado. Ud. fue muchas veces mandada de Herodes a Pilatos e influenciada en su vida. Quisiera tener algo que le guste y que eso no puede lograrse sin reflexiones o preguntas aclaratorias.

P.: Las segundas intenciones quedan sin aclarar, porque yo no quiero ser impertinente ni quiero hacer preguntas tontas, claro que, naturalmente, a menudo me pregunto cuáles serán sus intenciones. Esto fue particularmente intenso en las últimas sesiones, porque la verdad es que con gusto le hubiera ofrecido algo, aunque al mismo tiempo tenía una enorme inseguridad. La palabra "rellena" (ausstopfen) me tocó mucho. La gente piensa en algo que yo no tengo, igual que en aquel momento en la playa, al desvestirme. Con el descubrirse viene la vergüenza, me

pongo roja y entonces me siento desamparada. Son precisamente tres etapas, no del desamparo al sentirse rellena (ausstopfen), pasando por la vergüenza, sino al revés.

Confirmando que la secuencia es claramente como la paciente la describe. Dice que las cosas materiales hacen bien. Para la paciente es importante tener dinero y un auto hermoso. Le recuerdo que en la experiencia de entonces tenía muy poco para exhibir. El "relleno" era algo artificial.

P.: Se me ocurre la imagen de un globo que se lo pincha y que pierde todo lo que tenía dentro. Sí, ésa es precisamente la secuencia: rellena (ausstopfen), avergonzada y desamparada. Esa es exactamente la situación en la que me pongo roja. Sin embargo, detrás del relleno hay mucha vida.

A.: También está eso. El sostén estaba relleno, pero detrás había algo. No es que no hubiera nada. Un pezón, un seno en crecimiento, el saber del crecimiento en base a las propias sensaciones corporales y por la comparación con las demás mujeres.

P.: Pero eso era muy poco y muy chico, y yo estaba insatisfecha. Nadie me dijo que los pechos me seguirían creciendo. Más bien me hubieran dicho, sí, ¿y qué quieres a tu edad? Si todavía eres una niña. No pude hablar con nadie sobre eso. Estaba sola con mis problemas. Claro que en esa situación aprendí algunas cosas, cosas que mi madre me obligó a hacer. Me daba instrucciones muy precisas, y resultaba. Se me ordenaban las cosas. Yo debía hacer ciertas cosas y aprenderme de memoria lo que debía hacer cuando, por ejemplo, se trataba de ir a alguna oficina pública. Pero eran más bien diligencias de mi madre y no mías propias. Yo no tenía otra elección. Estaba obligada, no lo hacía por mí misma, y por eso me falta el sentimiento de que soy yo misma quien ha progresado. Entre los extremos : "No puedo nada" y "lo puedo todo", me falta precisamente el medio de mi propio hacer.

Tomo nuevamente la idea de las segundas intenciones. ¿Cuáles son las intenciones que la dirigen y que quedan sin ser dichas, en el trasfondo?

A.: Ud. tenía la sospecha de que siempre se buscaba algo con otras intenciones. La sospecha de ser manipulada, y con el agravante de que no le era permitido saber algo de ello. Por esta razón, vacila en preguntarme cuando tiene dudas sobre lo que quiero decir, como si el lema fuera: "pero si queremos lo mejor para ti". En tal caso no se necesita preguntar.

P.: Yo fui utilizada. No se me dijo: "hazlo por favor, mira que yo no tengo tiempo", sino que me colocaban en una dirección y se me decía: "tú lo haces", sin alternativa, y ahí yo sentía las segundas intenciones, sin atreverme a más. No era sincero. Yo sabía de la falta de sinceridad y no podía hablar sobre ello.

Comentario: La interpretación de la vacilación de la paciente en la transferencia le dio ánimo y actuó fructíferamente sobre el trabajo en conjunto. La observación del efecto de las interpretaciones sobre la relación de trabajo es extraordinariamente importante para la evaluación del proceso terapéutico.

2.2.2 Transferencia positiva intensa

Las transferencias positivas intensas se mueven dentro del marco de la relación de trabajo. En el caso de las transferencias erotizadas (2.2.4), éste se ve por momentos sobrepasado. A causa de las complicaciones que aparecen en el caso de una transferencia erotizada, sería importante tener, ya desde el momento mismo de la indicación, criterios a la mano que permitan predecir su aparición e intensidad. La pregunta es si acaso hoy por hoy podemos delimitar un grupo de pacientes que, al enamorarse de tal modo de sus terapeutas, conduzcan a la terapia a su estancamiento. ¿Sigue tratándose aquí, todavía hoy, de aquellas pacientes, "criaturas de la naturaleza", que no andan detrás de un trabajo de esclarecimiento de las conexiones psíquicas, sino que buscan una satisfacción material, y "que sólo son accesibles a la lógica de sopas y argumentos de albóndigas" (Freud 1915a, p.170)? Pues muchas cosas han cambiado desde el descubrimiento del amor de transferencia, como para que podamos seguir atribuyendo a esa clase de mujeres, como Freud lo hacía, la que "no tolera subrogados" o que, a causa de "un apasionamiento elemental, ... no quieren tomar lo psíquico por lo material" (Freud 1915a, p.170).

En primer lugar, es necesario llamar la atención sobre el hecho de que este tipo de complicaciones suele aparecer, desde siempre, particularmente en el análisis de mujeres que están en tratamiento con un analista. En este punto se tendrían que aducir muchas causas de psicología profunda, históricas, sociológicas y nosológicas. Al fin y al cabo, inicialmente eran sobre todo pacientes histéricas las que se encontraban en tratamiento psicoanalítico. Desde esa época hasta ahora, la revolución sexual ha hecho posible la emancipación de la mujer, que, no en último término, se manifiesta en una autodeterminación sexual más permisiva. Esta conquista tardía no ha cambiado en nada el hecho de que los abusos sexuales y las ex-tralimitaciones siguen siendo mucho más frecuentes entre hombres y muchachas que entre mujeres y muchachos. Lo mismo vale para la proporción entre el incesto padre-hija y el incesto madre-hijo. La heterosexualidad del hombre sigue caracterizándose por un comportamiento de dominio entre los sexos. Las expectativas de una paciente, es decir, todo lo que ella cree podría pasar con el analista, están motivadas por las experiencias que

ésta pueda haber tenido anteriormente con los hombres -sean padres, hermanos u otros parientes, así como profesores, jefes o médicos-. Seducir y dejarse seducir conforman un par que está unido por una complicada proporción de atracción y de rechazo: "Si una vez fue posible, entonces todo es posible ..." Lo inquietante que esta frase pueda ser depende de manera muy esencial de cuán reales fueron los abusos en el espacio vital protegido por el tabú.

La autodeterminación sexual es una cosa. Por otro lado, los límites sociales del tabú son cada vez más permeables, de modo que las reglas tradicionales de comportamiento social han ido perdiendo su obligatoriedad de promedio. El abuso de niños y jóvenes parece ir en aumento, y las oscuras cifras del incesto padre-hija son de consideración.

Las transferencias después de un abuso, en el sentido amplio del término, son siempre complicadas, pues las pacientes traumatizadas ponen pruebas especiales a sí mismas y al analista.

En la sección 1.7 del tomo primero nos referimos a la marcada asincronía existente entre la velocidad del cambio en las tradiciones familiares y en los procesos históricos y culturales. Así es como el psicoanalista actual se encuentra en su consultorio confrontado, igual que antes, a pacientes histéricas, que no sólo se enamoran del analista, sino que buscan en el tratamiento una compensación para una vida insatisfecha y que se fijan a la ilusión de una satisfacción a través del terapeuta.

En relación con la posibilidad de predecir, es decir, la probabilidad de que aparezca o no una transferencia erotizada llena de complicaciones, es fundamental aclarar, en el momento del diagnóstico, las restricciones sobre las que las pacientes se quejan en su vida amorosa. Si las dificultades que entorpecen o hacen imposible las relaciones sexuales satisfactorias en los noviazgos actuales o en las uniones estables son predominantemente neuróticas, entonces el peligro de un amor trans-ferencial insoluble es mínimo. El pronóstico más desfavorable para un amor de transferencia ilusorio se da cuando un desarrollo neurótico grave ha llevado al aislamiento, y cuando se ha alcanzado una edad donde las oportunidades de encontrar una pareja adecuada son escasas. A pesar de la emancipación, y a diferencia de un grupo comparable de hombres, las circunstancias sociales para estas mujeres son desfavorables, pues en nuestra sociedad, conocidamente, los solteros neuróticos encuentran compañía más fácilmente que las mujeres no casadas. Las diferencias entre la psicosexualidad masculina y la femenina contribuyen también a que, por ejemplo, los solteros que buscan pareja a través de anuncios en la prensa estén menos expuestos a las humillaciones que las mujeres sufren en aventuras pasajeras.

El lector se preguntará qué tienen que ver estos lugares comunes con el espectro de las transferencias positivas. Primero, de lo dicho se puede entender por qué los pacientes hombres en tratamiento con psicoanalistas mujeres, en condiciones semejantes, desarrollan mucho más raramente una transferencia erótica que en el caso contrario. No vacilamos en nombrar aún otro lugar común, que se puede deducir de lo dicho hasta ahora, y que de acuerdo con nuestra experiencia debiera ser tomado muy en serio en el momento de la indicación. Si existe la mezcla mencionada de historia de vida y factores laborales y sociales que predispone al desarrollo de una transferencia erotizada regresiva, un analista hombre debiera revisar su experiencia previa en relación con transferencias erotizadas, antes de tomar la decisión de un tratamiento. En caso de duda, el interés de la paciente recomienda la derivación a una colega. A pesar de nuestro énfasis en el carácter diádico de la neurosis de transferencia, la disposición de la paciente condiciona una dinámica propia, que puede ser reforzada por la pareja analítica, cuando la edad y las circunstancias de vida del psicoanalista calzan como una llave en su cerradura, y así contribuir más a la confusión y al extravío de los sentimientos que a su integración en la vida.

Pero, ¿qué significan extravío y confusión? ¿Acaso los sentimientos, los afectos y las percepciones transferenciales no son auténticas? Freud no discutió su autenticidad, aun cuando transferencia implica que en ella no se alude al analista, de modo que los deseos y el anhelo sexual se dirigen a un destinatario falso. No cabe duda de que corresponde al pleno despliegue de un sentimiento el alcanzar la meta deseada y, en intercambio interpersonal, llevar al otro a una respuesta, en lo posible, a la consumación conjunta del deseo. Es por eso que el analista no puede escapar a ser aludido personalmente. Para poder cumplir más fácilmente su función de analista, para poder asumir el rol de padre, de madre, de hermano o hermana, roles que son necesarios para que el paciente despliegue su drama en plenitud, se mantiene como persona en un segundo plano. La interpretación de la resistencia en contra de la transferencia conduce al levantamiento de las represiones, con lo cual el analista actúa efectivamente como catalizador desencadenante haciendo así posible, en el sentido de un modelo escénico ampliado (véase tomo primero, 3.4), una nueva puesta en escena. Por esto es tan importante partir de la base de la plausibilidad de las percepciones del paciente y no de sus distorsiones. Hablamos de una nueva puesta en escena con roles cambiantes, en vez de una reedición, pues, en la medida en que el analista actúa por momentos como director, se preocupa de que el paciente pruebe, en el análisis, el repertorio de papeles dramáticos que tiene a su disposición y que han sido delineados en el inconsciente, y que se anime a probarlos seriamente en la vida.

¿Dónde caben pues las transferencias eróticas, que en los análisis interminables suelen jugar un papel no despreciable? En primer lugar está el grupo de pacientes descrito hace un momento, aunque también hay que nombrar un importante grupo más pequeño de pacientes que, en el sentido de nuestras recomendaciones de modificaciones técnicas, también tienen dificultades para llevar la transición de las acciones de prueba a la vida misma, por razones externas e internas. Mientras menos capaz sea un paciente de llegar a un intercambio profundo con una pareja, más fascinante será la actitud analítica empática, comprensiva y estimulante de nuevos descubrimientos, y esto, sobre todo porque ésta, precisamente, no se empaña con las desilusiones cotidianas de la vida real con los demás.

El rumbo que tomó el caso siguiente permite vislumbrar un problema general. La pregunta crucial es cómo se puede alcanzar reconocimiento, en el sentido de conocerse a sí mismo a través del otro, a pesar de la renuncia a la satisfacción sexual inmediata. En el caso de una solución patógena, los conatos y las frustraciones edípicos han sido sumergidos de tal forma por la represión, que la existencia de deseos inconscientes sólo puede ser inferida a partir de la vuelta de lo reprimido a través de los síntomas, o por la existencia de relaciones de pareja insatisfactorias y llenas de conflicto. Encontrar un acceso al mundo desiderativo productivo es una condición previa para su transformación. En ello también crece la capacidad para encontrar nuevos caminos de solución de los conflictos. Por eso es que el reconocimiento de los deseos, que en la situación analítica es estimulado y reforzado por las condiciones del encuadre y por las interpretaciones, no está unido a su satisfacción. Al mismo tiempo, la búsqueda tenaz de realización, que se acompaña de la conocida sensación de alivio y satisfacción, es inherente a los deseos y a los actos intencionales. Por otro lado, corresponde a la vida, desde su mismo comienzo, el que una multitud de intentos, que buscan su meta a través de ensayo y error, terminen en un fracaso. Si estos fracasos afectan necesidades vitales básicas, se originan deficiencias en la seguridad en sí mismo y en la identidad sexual, con múltiples consecuencias en la conducta. La paciente que describimos a continuación buscaba seguridad y reconocimiento en el amor de transferencia.

Como siempre, sigue siendo válido que el problema técnico en el manejo de sentimientos intensos reside en que se llega necesariamente a una situación de puesta a prueba, donde la cura debe navegar entre el Escila de la seducción subliminal y el Caribdis del rechazo.

Francisca X, de 26 años buscó tratamiento a causa de sus intensos ataques de angustia que aparecían especialmente en situaciones en las que su conocimiento profesional era puesto a prueba. Había terminado brillantemente su formación

en una profesión predominantemente masculina y, de no ser por sus angustias, podía contar con una carrera exitosa. Sus estados angustiosos se habían desarrollado después del término de su formación, es decir, cuando la cosa fue en serio, y cuando la rivalidad con los hombres dejó de tener el carácter lúdico de la época estudiantil. Francisca se sentía unida a su esposo, que había conocido durante el período de formación, por una satisfactoria comunidad espiritual y psíquica. No obstante, sentía que recibía poco de la vida sexual marital; necesitaba de mucho trabajo y concentración para llegar al orgasmo, el que lograba mucho más rápido y fácilmente con medios propios.

En la fase introductoria del tratamiento, la paciente da señas de un enamoramiento inminente que ya se anuncia en la cuarta sesión a través de un sueño, cuya primera escena describe a una muchacha que se exhibe en un cuartel de policía y a un hombre que reacciona sexualmente frente a ella. La segunda parte del sueño representa un examen médico en el que la paciente es observada a través de un aparato de rayos Röntgen y donde sólo se puede ver un esqueleto desnudo.

En los sueños de la paciente alternan los temas de castigo o de rechazo, como consecuencia de un amor prohibido. También en sus vivencias, oscila fuertemente entre el deseo de agradarme, de cumplir sus deberes como una escolar, y deseos que la inquietan y que se expresan a través de sus ocurrencias.

En la sesión undécima ocupó el papel del "verdadero buen amigo", que está a su disposición, pero que al mismo tiempo cumple con la condición de que con él "nunca pasará nada".

Qué sea aquello que "nunca pasará" es aclarado por las ocurrencias posteriores, que finalizan con la pregunta: "¿Vio ayer en la noche la película sobre el sacerdote que tenía una relación con una mujer convertida?" En la sesión decimocuarta Francisca X relata un sueño.

P.: Ud. me ha dicho que está enamorado y entonces me besa. Cuando estoy enamorada la cosa llega sólo hasta el beso, eso es lo más hermoso, lo que viene después hay que hacerlo por obligación. Entonces Ud. dice que lo mejor es terminar el análisis. Yo estaba de acuerdo porque así me convenía más.

La rápida emergencia de la erotización parece estar determinada además por la lucha en contra de la experiencia del análisis como una "travesía del desierto" (sesión decimoséptima; la palabra usada es *Durststrecke*, literalmente, "travesía de la sed"; nota de los traductores). Añade que durante el fin de semana, en un seminario de perfeccionamiento, logró finalmente el reconocimiento que falta en las sesiones, a través de flirtear mucho.

P.: Sí, para mí es de verdad muy importante lo que Ud. me dice. A veces pienso que yo debiera intentar restringir mis expectativas frente a Ud., o mejor dicho,

superarlas totalmente, porque es claro que no puedo esperar que éstas sean confirmadas por Ud. Todo sería tanto más fácil si pudiera dejar fuera estos sentimientos y llevar aquí un diálogo razonable con Ud.

Expresiones semejantes se pueden encontrar en cualquier análisis. Naturalmente que sería más fácil si sentimientos y afectos pudieran ser dejados fuera. Con ello, sin embargo, se continuaría con la escisión que está en la base del trastorno. Para posibilitar un cierto alivio, hago notar a la paciente que el despertar de sentimientos intensos, cuyo reconocimiento doy por descontado, es inherente a nuestro arreglo, por ejemplo, al uso del diván, y también a nuestras conversaciones. Añado que, no obstante, el que yo no acceda a sus deseos de la manera en que ella quiere tiene que ver con el tipo especial de relación que significa el análisis y con las tareas a mí encomendadas; que veo una analogía entre la inseguridad de la paciente frente a mí y la expectativa de ser aceptada totalmente por un hombre, expectativa hasta el momento permanentemente frustrada, frente a lo cual planteo la pregunta del origen de su inseguridad como mujer. Al hacer esta pregunta me guía la idea teórica de que en el amor transferencial, así como en sus amistades, la paciente busca más a la madre que al padre.

Este tema pone a la paciente en movimiento. Primeramente habla de impresiones de su madre, de quien en la primera entrevista sólo había afirmado: "De ella no hay nada que decir". La paciente dice que no tiene absolutamente ninguna imagen de ella misma como mujer. Aborda luego recuerdos de infancia y describe al padre y a la madre en la iglesia, yendo a comulgar; con sus cuatro años de edad, ella se queda sentada atrás, comienza a llorar, no sabe lo que sus padres hacen. La paciente tiene grabada con claridad fotográfica la imagen de los padres volviendo del altar, hincándose y poniendo las manos extendidas sobre el rostro: la madre, una hermosa mujer joven con una larga cabellera castaña recogida bajo un pañuelo, como una campesina que alimenta las gallinas en una granja, sin complicaciones y llena de vida.

A continuación, las ocurrencias de la paciente cambian bruscamente. Para entender este cambio repentino, es necesario intercalar que a los 6 años de edad la paciente fue internada en un hogar para niños. En esa época la madre estaba embarazada y durante el parto de la hermana menor sufrió de una eclampsia con consecuencias graves, de las que no se recuperó nunca más. En las ocurrencias, surge ahora la imagen de la madre al volver la paciente del hogar para niños: una mujer abotagada, horrible, con los brazos y las piernas sumergidos en algún líquido para reanimar los músculos. Desde esa época, la madre refunfuña permanentemente en un lenguaje que apenas se entiende. En suma, un cuadro de un espantoso decaimiento, capaz de sugerir al lector, y por

cierto también al analista, no sólo fantasmáticas edípicas, vinculadas al embarazo y a la rivalidad.

La paciente se aleja de estas impresiones para hablar, en un rápido cambio afectivo, sobre el hermoso tiempo que le permitiría venir a análisis con un vestido ligero.

El enamoramiento llega a ser el motor del tratamiento; sólo en este ánimo puede ella decidirse a hablar de temas inquietantes y avergonzantes. La idea de que nunca podría llegar a pasar algo, tampoco nunca podrá superarla.

Transferencia sí, relación de trabajo no. Así se puede describir esta atmósfera de invernadero. La constelación remite a una falta de seguridad básica, que trata de ser compensada a través de un insinuante exhibirse y ofrecerse edípico.

En una de las sesiones siguientes (23), la paciente se ocupa de la pregunta de por qué el analista no usa delantal blanco. "Con él Ud. sería mucho más neutral, anónimo, un médico entre muchos." En el trabajo de esta declaración, se ponen de manifiesto dos aspectos: el del deseo y el de la defensa. En relación con su corto vestido de verano, es claro que desea una división en los roles: el analista debe permanecer anónimo, en esa medida ella puede mostrarse desenfadadamente; mientras más concretamente me experimente como persona, menos podrá repantigarse en el diván. Por eso se siente mucho más mujer en verano que en invierno, donde todo está escondido y empaquetado.

Al poner en duda la utilidad de una imagen de sí mismo que depende del pronóstico del tiempo, desencadena una tormenta de desilusión. Al captar que su demostrativo cortejo erótico no me alcanza, la paciente reacciona con una caída depresiva del ánimo.

A lo largo de las primeras semanas y meses, la relación transferencial se va estabilizando cada vez más en una dirección, en la cual los primeros intentos de la paciente de movilizar mi interés hacia ella se vieron reemplazados por los temores sistemáticos de que yo no daría ningún paso de acercamiento a ella. Toda la historia de la relación con su padre, que después de la parálisis de la madre tuvo que estar constantemente supliendo, no puede ser contada aquí.

El juicio de su padre respecto de ella fue, y sigue siendo, fulminante: "Contigo no se sabe nunca donde uno está". A esto corresponde el sentimiento de la paciente de que el padre era imprevisible; como niña, frente a él lo único que sintió fue miedo y temblor.

El desarrollo de los primeros meses me permite ponerme en el lugar de la paciente y poner en palabras un reproche que toma cuerpo en ella.

A.: He hecho el intento de ganarlo para mí, y he fracasado; por qué no se acerca más a mí, por qué no es más amistoso y deferente conmigo. Este sentimiento está muy vivo en Ud., y la lleva a la resignación.

P. (después de una pausa): No sabría decir con quién se relaciona eso. Sí, poco antes pensé que al único que de verdad le puede tocar es a mi padre. (Silencio.) Pienso ahora en nuestra iglesia, que tiene un gran mural en el techo, con un enorme Dios Padre que está mirando hacia abajo, y se me ocurre luego pensar en mi párroco, por quien tenía un miedo espantoso.

A.: Las cosas están bien mientras Ud. se comporte bien y formalmente, cuando se esmera. Pero cuando se le ocurre otra cosa, aparece rápidamente el peligro de que yo me ponga de mal humor, con lo cual para Ud. paso a asemejarme a su padre: entonces termina en una situación en la que sólo le queda esperar que yo tenga piedad y la acepte nuevamente, como una muchacha caída en desgracia, pero este acto de piedad se demora; en el fondo, la verdad es que no llega nunca.

P.: Cuando yo tenía 15 años, me enredé con un joven de mala reputación, mi primer asunto amoroso, y en esa misma época dejó embarazada a la cocinera de un internado. Mi padre me retó como si hubiera sido yo la muchacha.

A.: En su vivencia no debe haber habido una diferencia muy grande.

P.: Por ese tipo de cosas el contacto nunca mejoró. Creo que todavía espero la señal de la cruz que el padre le hace a uno en la frente para las despedidas. Conmigo no lo hizo de un modo que yo pudiera creerlo interiormente.

En las sesiones siguientes, la paciente sigue ocupada con su pasado católico. Cuenta que vio una película donde uno de los personajes lleva su nombre, y que era como su padre quería que ella hubiera sido. Recuerda que, a comienzos de la pubertad, su padre le había puesto en la mano un cuadernillo de educación sexual de la iglesia, en cuya tapa se representaba una joven muchacha, más o menos así: decentemente católica. Ella no se puede imaginar que en ese entonces su padre tuviera algo con mujeres. Por eso se había espantado tanto cuando yo le había señalado que durante el embarazo de su madre ella había sido mandada a un hogar de niños.

La paciente pasa a ocuparse de sus especiales relaciones con hombres mayores.

P.: La verdad es que siempre he soñado con enamorarme de un hombre así, y también he soñado mucho en acostarme con un hombre mayor. Pero en la realidad lo que quiero es un mecenas que me entienda y que me deje tranquila. Lo sexual no juega en esto ningún papel. Cómico, pero desde que estoy en análisis no he vuelto a soñar algo así.

A.: También ésa era originalmente su fantasía del análisis, encontrar en mí a un mecenas, en quien poder confiar sin restricciones y a quien poder hacer y decir todo lo que se le ocurra, sin que él se enoje con Ud.

P.: Sí, así era, y ese sentimiento ya no lo tengo. Simplemente encuentro que Ud. tiene siempre la posibilidad de retirarse, de ponerse fuera de la situación, yo no

puedo en absoluto atarlo, la verdad es que Ud. es más un computador que ordena los pensamientos y hace proposiciones, no como lo haría una persona, eso le está prohibido. Pues cuando empiezo a tener la sensación de encontrar calidez en sus ojos, confianza, entonces la cosa se queda ahí, y yo me siento como si me despertaran bruscamente de un sueño, empujada hacia la realidad, como si en la mañana Ud. se sentara en mi cama y me remeciera, después de haber soñado toda la noche con Ud. Y la verdad es que no quiero volver del sueño a esta realidad.

Este ejemplo ilustra los problemas técnicos frente a una paciente que, al abrir los ojos, busca gratificación y reconocimiento.

2.2.3 Deseos de fusión

Dentro de un contexto determinado, Arturo Y me planteó la pregunta de si acaso yo estaba satisfecho con el curso de la terapia hasta el momento. Mi respuesta positiva la acompañé con el comentario de que él estaría mucho más satisfecho si yo le expresara mi reconocimiento en dinero en efectivo, en alusión al alza de sueldo que esperaba. El paciente aborda esta analogía hablando primero del alivio que sintió después de mi declaración positiva. Sin embargo, a continuación se siente intranquilo, lo que atribuye a una crítica que yo posiblemente tendría en contra de él, a saber, que quizás él no contribuye lo suficiente al avance del tratamiento. Re-cientemente, en un accidente callejero, había hecho todo lo que estaba a su alcance, y, a pesar de ello, después se había reprochado no haber hecho de verdad lo suficiente.

En la vivencia del paciente, el aumento de sueldo es un equivalente de aprecio y cariño. El paciente no puede ver que sería milagroso recibir cariño sin ofrecer nada a cambio. Súbitamente, se vuelve hacia el pasado, estableciendo un paralelo con un maestro (homosexual) en el internado durante su pubertad. (El paciente omite el inquietante adjetivo.)

Primeramente, tanteando las posibilidades que él tiene en la inminente conversación con su jefe, aborda el tema de cuánto cariño se puede aceptar sin asumir un riesgo demasiado alto.

P.: Estoy preparado para hacer sustancialmente más de lo ordinario, pero quisiera recibir por ello una retribución, y el problema reside en cuánto puedo arriesgar en la petición sin recibir un rechazo. Me es claro que tengo miedo de dos cosas: primero, de que se rechace mi deseo y, segundo, de dejar pasar la oportunidad, en el caso de desistir de antemano. Eso me preocuparía mucho anímicamente, y aquí me sucede algo parecido. El viernes, cuando le planteé la

pregunta que volví a repetir hoy día, yo le dije que mis terapeutas anteriores no me habrían respondido, sino que me habrían devuelto la pregunta como en un juego de ping-pong, como en un remate. No me fue fácil hacer la pregunta porque tenía miedo justamente al rechazo y a la consecuente plancha, por la humillación.

A.: Es verdad que una vez se dio una sesión, en la que me pareció muy claro que los rechazos son de verdad duros, pero también de este modo se puede mantener la distancia. Las autoridades se mantienen lejos.

P.: Este punto me parece muy importante. Mediante la puesta de distancia, a la vez queda asegurado que las autoridades no se comporten como el profesor [homo-sexual] en el internado. Claro que aquí se me impone la pregunta de quién me garantiza de que eso no va a suceder si salgo demasiado de mi posición reservada y yo no soy más yo, y Ud. no es más Ud., sino que como en una olla, cuando 2 pedazos de mantequilla ...

A.: Sí.

P.: ... se calientan en una sartén.

A.: Hmhm.

P.: Entonces se funden uno con el otro.

A.: Ud. garantiza que eso no va a pasar, y yo también, puesto que Ud. es Ud. y yo soy yo.

P.: Sí, sí, claro.

A.: Hm.

P.: Siento claramente que Ud. me dio un golpe, algo así como qué se ha creído éste con ese comentario.

A.: Sí, sí, sí, probablemente lo sintió como un golpe, como un rechazo, porque justamente se da ese anhelo de fusión, como la mantequilla. Esa es una imagen estupenda de una mezcla, con un sentido muy profundo. Mezcla, intercambio, comunión.

P.: Y ya que por el otro lado eso no es realizable, y por eso en este caso el Dr. A. quizás habría dicho de manera sarcástica: "y pues, tajante como un cuchillo (messerscharf), él concluye que lo que no está permitido no puede ser". Lo que quiero decir es que cuando dije -esto es tan típico en mí- "tajante como un cuchillo", algo empezó a resonar dentro, aunque mi intención era quedarme en el tema. (La frase hecha intercalada, de uso no tan infrecuente, se remonta a un poe-ma de Christian Morgenstern "El hecho imposible", que termina con las líneas: "Y entonces llega al resultado: La vivencia fue sólo un sueño. Pues, tajante como cuchillo, él concluye que lo que no está permitido no puede ser.")

A.: Tajante como cuchillo.

P.: Tajante como cuchillo. Se me vuelve a ocurrir algo, esta vez, una muchacha a la que una vez podría haber hecho algo con un cuchillo. Lo que debo hacer es repetir lo más frecuentemente posible la expresión "tajante como cuchillo" tratando de pensar en otra cosa.

El paciente vuelve a cambiar de tema. Creo poder mantener el hilo señalando el común denominador entre ambos temas.

A.: Se trataba de la mezcla, y con la irrupción del cuchillo se establece una estrecha relación entre cuchillo y ...

P.: Sí, pero destructiva.

A.: Destructiva, sí.

P.: Descarada.

A.: Sí, una insolencia sin precedente. No hay fusión de la mantequilla en la sartén.

P.: No, no, una insolencia sin precedente, es decir, sin relación con lo que el cuchillo tiene frente a los demás, con lo cual puede amenazar o herir.

A.: Sí, sí, hm, el cuchillo, sí.

P.: Y el profesor (que además tenía a su cargo el cuidado de los enfermos en el in-ternado) tenía un cuchillo así -no en un sentido concreto- en su manera de com-portarse.

A.: En distintos sentidos, en su comportamiento general y tomado concretamente.

P.: Por ejemplo, al tomar la temperatura.

A.: Al tomar la temperatura con su termómetro, que él metía dentro, y en su miembro, que se sentía de alguna manera cuando él los sentaba en su regazo.

P.: En este momento, de eso (el paciente no dice el resto de la frase : ... no puedo acordarme) ... claro que también me lo he preguntado. Pero no creo. Por lo menos no recuerdo algo así.

A.: Puede ser que esa parte haya desaparecido, y que él ...

P.: supiera muy bien ...

A.: esconder, que el miembro probablemente estaba erecto.

P.: Sí, eso es de suponer. Claro que no recuerdo nada así. Gracias a Dios las cosas no llegaron a tanto, pero, a pesar de todo, me sentí amenazado y muy en peligro. Sí, muy parecido a como es aquí. Por un lado la sensación de estar a merced de alguien. Estaba enfermo y nunca tuve la posibilidad de decir que quería tener otro cuidador. La más mínima confianza. Claro que aquí no es siempre así, sino sólo cuando trato de pensar concentradamente en eso. Entonces, en alguna parte aparecen las reservas, no debes ir demasiado lejos porque si no no podrás defen-derte. Mi personalidad y la suya garantizan con

seguridad que ello no va a suceder, pero cuando Ud. dijo eso, lo transformé en un rechazo.

A.: Sí, porque en el fundirse con otro se expresa el anhelo de llevarse lo más posible de mi manteca, para enriquecerse, esto es, lo más posible y no sólo un aumento en el sueldo, sino un millón en cariño, como expresión de fuerza y potencia.

P.: Sí, eso da seguridad, lo que Ud. justamente acaba de decir. Se me impone lo siguiente: Okay, ¿qué puedo hacer entonces con este anhelo de cariño, si en esa medida, como en el ejemplo de los dos pedazos de mantequilla, no es de ningún modo posible? Entonces, ¡fuera con eso!

En una sesión posterior, el paciente ilustró la mezcla mediante 2 barras de chocolate con lo cual se hizo evidente el origen anal, con sus distintos aspectos inconscientes.

A.: ¿Por qué fuera? ¿Quién dice que eso no es algo realizable y que Ud. no puede llevarse algo de aquí?

P.: Sí, sí, todo o nada.

A.: ¿Y que Ud. no puede cortar un pedazo de manteca de mis costillas (Rippen también significa barra de chocolate; nota de los traductores) con el cuchillo?

P. (riendo): Porque tengo la tendencia al todo o nada.

A.: Ahora, Ud. también ha descubierto que puede ser muy curioso, saber el máximo, en lo posible de todas las personas.

P.: ¿A qué se refiere concretamente?

A.: Hm.

P.: ¿Porque yo quería saber dónde Ud. iría en vacaciones ...?

A.: Sí, en eso pensé, porque ahí también se trató de la curiosidad penetrante (en alemán, voracidad, Gier, y curiosidad, Neugier, tienen una raíz común; nota de los traductores). Y Ud. también quisiera tener un hombre firme, que no pueda desvalorizar y que mantenga su independencia, pues de lo contrario sería muy débil.

Es siempre algo especialmente impresionante y convincente que paciente y analista tengan el mismo pensamiento. Después de una pausa, el paciente habla de su jefe.

P.: Ud. usó la palabra anhelo de cariño. También dijo algo más: anhelo de estar de acuerdo.

A.: Comunión.

P.: Sí, sí.

A.: Hm.

P.: Eso es algo que me ha preocupado toda la vida, cuando hice los primeros intentos con muchachas. Fue con mi mujer que por primera no pasó que perdiera

todo el interés en el momento en que mi cariño fue correspondido. Cuando se mostraban débiles, entonces empezaba la desvalorización.

A.: Sí, sí, débil.

P.: O al revés, cuando, hablando muy en general, daba a conocer un sentimiento de cariño a alguien, no importando a quién, y no era inmediatamente correspondido, me ponía agresivo. No sólo recogía inmediatamente mis cuernos, como el caracol, sino que emprendía la retirada. Me sentía terriblemente rebajado. Y además está la circunstancia aquí de que nosotros no podemos abandonar las reservas y fundirnos mutuamente.

A.: Ud. ha dicho que antes era más bien agresivo. En algún momento debe entonces haberse producido un cambio, hacia el autodesprecio, hacia los autorreproches de que Ud. no es capaz de nada, hacia las autoacusaciones y el culparse a sí mismo.

P.: En este momento me viene la imagen de los dos pedazos de mantequilla. En la religión y en la misa se encuentra lo mismo.

A.: En la comunión.

P.: En la comunión, en la reunión, en el comer el cuerpo, entonces no soy sólo yo quien tiene este deseo, sino muchos millones. Por lo tanto, el deseo simplemente me pertenece en mi calidad de ser humano.

A.: Sí.

P.: Y no porque yo alguna vez haya conocido a ese profesor.

A.: Sí.

P.: Entonces no es algo que deba ser permanentemente rechazado y despreciado, algo que me rebaje como ser humano, sino que es algo que me pertenece porque yo soy también como los demás.

A.: Sí.

P.: E inmediatamente se me ocurre que Ud. también es un ser humano, por lo tanto también tiene ese deseo, igual que yo, y debiera entonces ser posible realizar esto de la mantequilla.

A.: Sí.

P.: Por otro lado, ah, ah, sólo que despacio, si no se llega muy lejos. Ud. tiene to-da la razón. Es algo tan recíproco, como mi ánimo, que puede a veces vibrar de un segundo a otro como una balanza, en el intento de balancear las cosas. Sólo que el ánimo no se queda precisamente en esta relación equilibrada. Ahora pienso que si logro ir donde mi jefe y le hablo de dinero, a lo mejor él piensa que al menos una vez se tendría que hacer algo sin esperar recompensa. Entonces, si yo le exijo algo por lo que hago, de alguna manera se debe sentir desilusionado, pues él también es un ser humano. Yo debiera lograr abandonar un poco este punto de vista del todo-o-nada, donde cien menos uno es igual a

cero, y entender que cien menos uno siempre son noventa y nueve, y cien menos cincuenta es todavía la mitad, ¿me entiende? Y eso me cuesta muchísimo.

A.: Está bien, sólo que el cien por ciento es más hermoso, hm.

P.: Sí, pero cien menos uno son al menos ...

A.: noventa y nueve.

P.: Y para mí, noventa y nueve es igual a uno. Me interesa mucho más esa parte del ciento que los restantes noventa y nueve.

A.: Y entonces en esa pequeña parte se encuentra contenido todo, y Ud. mismo pasa así a ser nada.

P.: Claro, si no puedo tenerlo todo, entonces no quiero absolutamente nada. Sin embargo, emocionalmente sigo de alguna manera esperando el estallido que tendría que producirse cada vez que entiendo algo como hoy día, pues el Dr. B. dijo una vez que en ese momento mis angustias reventarían como un globo lleno de aire. ¡Zas, zas! Caminos que se abren. Tengo que pensar más en todo esto, pues sería hermoso que fuera posible.

A.: Tengo la sensación de que Ud. se alegra por los descubrimientos que ha hecho hoy día, pero que no puede expresar abiertamente su alegría sin que lo asalte el miedo de que sus descubrimientos sufran menoscabo. A lo mejor Ud. está además desilusionado porque yo no salto de alegría por sus descubrimientos de relaciones profundas.

Posteriormente reflexiono sobre la ausencia del reventón que un terapeuta anterior había profetizado al paciente. El historial clínico de este paciente muestra que tal exceso, que convierte al analista en un mago capaz de hacer milagros, debe necesariamente conducir a su desvalorización anal, lo que luego impidió no sólo la aparición del reventón sino también un mejoramiento gradual.

2.2.4 Transferencia erotizada

Getrudis X, soltera de 33 años, fue derivada por su médico general a causa de sus frecuentes distimias depresivas que ya varias veces la habían llevado a intentos sui-cidas. Además, la paciente se quejaba de frecuentes cefaleas. El médico muchas veces había intentado apoyar a la paciente, pero entretanto la relación con él se había puesto tan tensa que éste no se sentía en condiciones de seguir prestándole asistencia.

La situación conflictiva fue presentada de la siguiente manera: La paciente era hija única y había perdido su padre en la guerra cuando ella tenía 3 años de edad. El matrimonio de los padres tuvo que haber sido muy tenso; después de la

muerte del padre, la madre no había tenido ninguna otra relación. Al principio, la madre buscó tomar contacto con la familia de su hermano, a quien la paciente quería mucho siendo niña. Este tío cayó en la guerra cuando la paciente tenía 5 años. El abuelo materno, hombre autoritario y dominante que, al igual que toda la familia era rigurosa y piadosa, había jugado un papel importante. La madre fue descrita más bien como una mujer infantil y dependiente de la opinión de los demás, que buscaba comprometer a la paciente estrechamente con ella.

Seis años antes del comienzo del tratamiento, la amistad con una colega más joven le había hecho posible que se distanciara progresivamente de la madre, lo que constituía un desarrollo positivo. Esta colega quería ahora casarse, lo que significaba mudarse a otra ciudad. La paciente se sintió abandonada a los renovados esfuerzos de su madre de aferrarse a ella y reaccionó agresivamente. La paciente nunca había desarrollado amistades estrechas con hombres. Sus relaciones con éstos estaban marcadas por sus esfuerzos por encontrar reconocimiento, en los que la benevolencia de superiores y médicos era puesta decididamente a prueba a través de frecuentes provocaciones.

En las entrevistas iniciales, la paciente apeló a mi disposición a ayudarla, sobre todo al ser capaz de presentar de manera plausible la larga cadena de vivencias de pérdida. Le ofrecí una terapia cuya meta debía ser posibilitar una separación sin conflictos de la madre, junto con lograr una actitud menos conflictiva hacia los hombres.

Gertrudis X aceptó mi ofrecimiento, pero, para mi sorpresa, desde el comienzo manifestó dudas acerca del éxito de la terapia. Lo primero que la ponía escéptica era mi edad, aclarando que ella sólo podría establecer una relación de confianza con hombres mayores, yo, en cambio, tenía más o menos su misma edad.

En vista de esta reserva esquiva, puse una atención especialmente cuidadosa a indicios que señalaran la aparición, en la interacción, de arranques amistosos, de deseos de reconocimiento o interés erótico. La paciente rechazó las interpretaciones en esta dirección de un modo muy especial, destacando repetidamente que no tenía ningún sentido relacionarse conmigo de esa manera. En forma automática, traté acentuadamente de mostrar que sí podía tener sentido el relacionarse conmigo más intensamente; con ello traté de demostrar que ella reprimía los impulsos correspondientes. Estas interpretaciones tuvieron simplemente el efecto de aumentar la cautela de la paciente. El intento de romper el hielo a través de interpretaciones más profundas de contenidos del ello, tuvieron un efecto declaradamente hiriente sobre la paciente, que reaccionó con depresión, ideas suicidas y retirada. Estos signos de alarma me llevaron a ser muy cuidadoso con las confrontaciones interpretativas.

Era innegable que, junto a su reserva, crecía en la paciente el interés por mí: su puntualidad era exagerada, se ocupaba cada vez más del contenido de las sesiones (aunque predominantemente de manera crítica), y empezó a usar un perfume que, hasta horas después de nuestra cita, hacía que permaneciera en mi pieza su "presencia".

Con estos cambios se perfiló un nuevo tema en la interacción: la madre de la paciente reaccionó con celos frente a la prolongación de la terapia; de acuerdo con los informes de la paciente, yo mismo frecuentemente servía de testigo de cargo en las discusiones. En dos llamadas telefónicas, la madre, quejándose de su hija, trató de ganarme para su lado. Me opuse de plano a este intento y, en lugar de ello, la independencia frente a la madre llegó a ser un tema preferido en las sesiones. La paciente relató en detalle los innumerables entrometimientos de la madre, su infan-tilismo y celos, buscando en mí apoyo para su lucha por mayor autonomía. En esta fase, y por primera vez en la terapia, la interacción se desarrolló sin conflicto alguno.

La primera interrupción de verano, de varias semanas, trajo un corte importante. En las sesiones previas a la interrupción, la reacción frente a ésta no se hizo notar, y en su lugar habló sobre los conflictos con su madre. Sólo en la última sesión antes de las vacaciones la paciente apareció alarmantemente deprimida, negativista y viendo todo peyorativamente. Sin saber cómo, me encontré en el papel de de-fensor de la terapia, mientras la paciente, sin inmutarse, desvalorizaba cualquier planteamiento positivo. En la tarde del mismo día me llamó por teléfono, plan-teando abiertamente sus intenciones suicidas, enredándome en una larga conversa-ción en la que fueron nuevamente revisados los contenidos de la sesión.

Durante mis vacaciones, Gertrudis X volvió a buscar apoyo en su médico general, con quien se trabó rápidamente en una violenta discusión, cuyo desenlace fue la ingestión de una sobredosis de somníferos, lo que la llevó a tener que ser hos-pitalizada por algunos días. En el relato de este episodio me pareció sentir reso-nancias de triunfo. La interacción conmigo después de la interrupción de verano fue similar a la del comienzo de la terapia: la paciente se mostraba escéptica, negati-vista y no creía en el éxito del tratamiento. Destacaba una y otra vez que, a partir de la experiencia de la interrupción del verano, no tenía sentido hacerse aquí nin-guna ilusión, pues, a más tardar al término de la terapia, estaría nuevamente sola y sin apoyo humano alguno. Temiendo nuevas amenazas de suicidio, me esforcé en mostrar a la paciente mi interés, aclarándole que éste prevalecería a la terminación de la terapia. Yo no ignoraba el chantaje contenido en sus afirmaciones, pero, por miedo a nuevas complicaciones, no hice alusiones al respecto.

En esta fase de la terapia, mi propia situación privada tuvo efectos que agudizaron el conflicto: a la paciente no le había costado descubrir que yo estaba separándome y que mi familia se mudaba a otra ciudad. En la terapia misma, esta situación fue tocada sólo muy al pasar, pero noté que fuera de las horas de tratamiento la paciente me seguía en auto para descubrir más sobre mi vida privada. Puse en palabras esta observación, interpretando que la paciente tenía una gran curiosidad por mí y que fantaseaba conmigo una futura vida en común. La consecuencia de esta interpretación fue un nuevo intento de suicidio con somníferos que, aunque no necesitó hospitalización, hizo que las presiones sobre mí aumentaran: las llamadas por teléfono después de las sesiones se hicieron más frecuentes. Aunque regularmente me advertía a mí mismo sobre la necesidad de comentar las cosas en la próxima hora, no me atrevía a forzar la cancelación de las llamadas, de manera que me dejé enredar en discusiones telefónicas cada vez más largas. Esta constelación permaneció inalterada durante largo tiempo: la paciente callaba en las sesiones, se mostraba despectiva y desesperanzada sobre el estado de cosas. Yo trataba en parte de animarla, en parte de confrontarla con el rechazo latente, a lo que ella reaccionaba sintiéndose ofendida y comunicándose frecuentemente por teléfono después de las sesiones "para poder pasar el fin de semana". El que en esta constelación los conflictos sociales externos de la paciente se tranquilizaran en algo, en especial que los altercados con sus jefes disminuyeran, no significaba mucho para el proceso terapéutico. Ante esta situación de tablas tampoco me atreví a plantear el fin de la terapia, pues el peligro de que cualquier anuncio de una terminación fuera respondido por un suicidio manifiesto era muy grande.

La culminación, y al mismo tiempo el fin de este conflicto, lo constituyó una llamada en la que la paciente me informó que en ese preciso momento había ingerido una dosis mortal de somníferos. Me llamaba desde una cabina telefónica no muy lejos de mi consultorio. Colocado ante la emergencia, actué rápidamente: la llevé al hospital en mi auto. Naturalmente, el viaje en auto, el traspaso al médico de urgencia, etc., le suministraron una gran cantidad de gratificación transferencial: por un momento fue como si la paciente y yo fuéramos realmente una pareja, aun cuando desavenida. La verdad es que con esto se alcanzó también el punto en que yo, después del alta de la clínica, tuve que aclarar a la paciente que ella había podido movilizarme hasta una intervención médica de emergencia, pero que, al mismo tiempo, con ello me había perdido como terapeuta, porque como tal ya no podía seguir ayudándola. Naturalmente, no faltaron los intentos de hacerme desistir nuevamente de esa decisión a través de amenazas de suicidio. Sin embargo, mi firmeza en mantener

el término del tratamiento permitió cerrar nuestra relación con una reconciliación parcial.

Comentario: El tratamiento descrito está plagado de errores que son típicos de principiante. Sin embargo, a menudo las fallas de principiante reflejan las concepciones terapéuticas de las correspondientes escuelas psicoanalíticas. En mirada retrospectiva, es posible reconocer los siguientes errores:

1) La concepción terapéutica, según la cual se busca una superación de la situación de crisis permanente sólo a través de la elaboración de transferencia y resistencia, es insuficiente si ésta no está vinculada a una mejoría de la situación general de vida. Si no se quiere despertar esperanzas no realistas con efecto antiterapéutico, la paciente tendría que haberse conformado con la posibilidad, mejor dicho la probabilidad, de permanecer soltera en la vida. En este caso, las fantasías de salvación irreflexivas del terapeuta ejercieron un influjo desfavorable.

2) El hecho de que faltara un compañero de vida tiene que haber actuado antiterapéuticamente sobre la focalización en los deseos transferenciales inconscientes, pues, nuevamente, el mero hecho de nombrar forzosamente estos deseos despertó esperanzas no realistas. En la fase de apertura, el terapeuta cayó en el papel de seductor, y esto influyó dañinamente en el proceso posterior.

3) Especialmente en el primer tercio, quedó sin elaborar el que la terapia fuera usada como medio de lucha en contra de la madre, en la que el terapeuta fue seducido a tomar partido. Con ello se logró que los impulsos agresivos de la paciente, que inevitablemente debieron aparecer como consecuencia de sus esperanzas defraudadas, fueran desplazados al exterior, a otra persona. Con ello se encauzó la adversa colusión posterior.

4) Bajo los efectos de amenazas de suicidio masivas, la paciente recibió un interés mayor del que podía ser resuelto en el marco de una terapia. Con ello, se obstaculizó la elaboración de la agresión, en especial del chantaje a través del suicidio. Precisamente, en esta fase de la terapia se reforzó la tendencia de la paciente, de todos modos presente, de tratar al analista como una pareja real, sin que haya sido reflexionada en común la función de la relación transferencial (la función de aliado) para la mantención de los sentimientos de sí. La situación familiar del terapeuta es ya de por sí tan problemática, que solamente en contados casos se podría esperar una solución satisfactoria: Cuando una paciente soltera, insatisfecha con su soltería, se encuentra con un terapeuta, probablemente desdichado, de edad adecuada e igualmente solo, la realidad social de esta constelación es entonces tan fuerte que sólo en casos muy contados es posible colocar los aspectos neuróticos de las esperanzas de una

paciente en el centro de la atención. Expectativas y desengaños anti-terapéuticos son consecuencias casi obligadas.

5) Con la sensación de haber tenido al menos participación en los desengaños y complicaciones, es casi inevitable que el terapeuta no haya podido tolerar la presión de sus propios sentimientos de culpa y que se dejara enredar en conversaciones telefónicas tratando de justificar su proceder. En tales justificaciones, sucede que el terapeuta argumenta en función de sus propios intereses y no en el de las necesidades del paciente, lo que, nuevamente, promueve las esperanzas secretas de la paciente de hacer estallar los límites del encuadre terapéutico. Es digno de hacer notar que el encuadre pudo ser nuevamente valorizado sólo cuando el terapeuta reconoció su fracaso y, consecuentemente, anunció el término de la terapia.

2.2.5 Transferencia negativa

La transferencia negativa es una forma especial de resistencia que puede paralizar al analista en sus funciones de tal. ¿Llegó el tratamiento a un estancamiento? ¿Pertenece el paciente a aquellos individuos que, a pesar de buscar de alguna manera un cambio -pues de no ser así no habrían venido-, al mismo tiempo ponen veto a cualquier intento terapéutico del analista? ¿Cómo es que paciente y analista sopor-tan una transferencia negativa crónica que aparece como estancamiento?

El analista puede mantener su interés tratando de reconocer los fundamentos del inmodificable negativismo. A ello puede estar vinculada la esperanza de romper la compulsión a la repetición y de al menos transformar el frente estacionario en una guerra de movimiento con enemistad abierta. De este símil militar se puede deducir sin dificultad que el analista tratante sufre bajo el equilibrio de fuerzas. Un medio para soportar mejor la impotencia es localizar las secretas gratificaciones que el paciente logra en determinar el equilibrio de fuerzas y en controlar su regulación. Con ello se relaciona la esperanza de que a través del reconocimiento de los efectos destructivos de este control placentero puedan encontrarse nuevas vías de satisfacción. Alejarse de caminos ya transitados y buscar nuevas vías está unido a una renuncia a la seguridad, que nadie asume de buena gana mientras no se abran nuevas y más prometedoras fuentes de satisfacción, y, lo que es aún más esencial, fuentes que borboten precisamente en los momentos en que el caminante espera.

En las últimas sesiones con Clara X, paciente anoréctica, le había llamado su atención sin rodeos sobre la profunda y ancha zanja existente entre el hablar

aquí y el comportarse fuera -en general, entre el hablar y el actuar-, y sobre cómo ella se-paraba estos dos planos. Trataba de hacerle comprender mejor que, si bien ella su-fre a causa de ello, al mismo tiempo retiene el poder que reside en tal separación, contra lo cual yo no puedo hacer nada. El sentido de lo que yo había dicho era: "Ud. es poderosa y yo desvalido, y este poder lo experimento como algo muy fuer-te." Agregué que hacia fuera ella se mostraba muy pacífica, como alguien que está pacíficamente en posesión del poder, y que no tiene ninguna conciencia de su enor-me poder que me convierte en un desvalido.

Con sus primeras palabras, la paciente aludió al golpe que yo le había pegado, haciendo referencia al matamoscas que estaba por ahí tirado, con la pregunta: "¿Ud. mata las moscas en invierno?", para agregar inmediatamente: "¿Con eso golpea a los pacientes?" La paciente tomó al vuelo mi interpretación de que estaba pensando en la última sesión, y, con tono ensimismado, dijo: "Sí, me afectó bastante."

P.: ¿Entendí bien que Ud. me reprocha que yo, si bien lamento no hacer progresos, con toda intención me aferro a mis hábitos, no dejo que Ud. me enmiende la plana, para conservar mi independencia?

A.: No con toda intención. Es difícil no convertir inmediatamente mis sugerencias en un reproche. Si no lo hiciera, Ud. podría reflexionar autocríticamente sobre sus hábitos, y quizás ver y sentir que podrían darse otras y mayores posibilidades de satisfacción. Pero, al cerrar los ojos y mantenerse en aquello a lo que está muy acostumbrada, deja un margen muy pequeño para ponerse en camino de cambiar algo.

P.: Mi capacidad de obstinación es aún mucho peor. Ud. tendría que tratar de ave-riguar qué es lo que de verdad pasa con el peso.

A continuación la paciente habla sobre el único motivo que tendría para abandonar su obstinación, y que es tener otro hijo más. Este deseo es sin embargo inmediatamente bloqueado por el pensamiento de que con ello se encontraría nueva-mente encarcelada en su papel de madre.

Tomo lo que dice y digo,

A.: Dejar de obstinarse conduciría a metas en conflicto, por un lado a ser madre, pero a la vez a sentirse encarcelada.

P.: En tal caso tendría que renegar, aún más, de características propias. Tendría que ser femenina y paciente, estar a la espera de mi marido, quedarme en la casa y ser acogedora y complaciente, en lo posible muy amorosa y hablar con voz delicada y suave, pero ¡Dios me libre! Dónde queda el placer corporal de moverse; además, tendría que desacostumbrarme totalmente a la vida social y olvidar las ambiciones profesionales. Una situación de conflicto reemplaza lo

otro. Mi anhelo subliminal es (pausa) ser aceptada en todas partes y poder aceptarme a mí misma.

A.: Es decir, salir del conflicto.

P.: Salir de él con un segundo niño es una ilusión, pues en tal caso recibiría de los demás tantas señales negativas de que no soy una verdadera madre y de que todo lo hago mal.

A.: Creo que, en lo más hondo, Ud. tiene el anhelo de salir del conflicto, pero ese sentimiento la pone intranquila. Por eso recurre a estos ejemplos, para borrar la vergüenza que acompaña el anhelo de amamantar, y ahora mismo. Hace cualquier cosa para evitar la vergüenza, con lo cual también obstaculiza que los momentos más felices aumenten.

La paciente replica esta interpretación diciendo que simplemente no ve cómo se pueda cambiar algo conversando.

Reflexión: Tengo la sensación de que lo que busco es presentarle algo como especialmente apetitoso, hablando como los ángeles. Con seguridad la razón de por qué llegué a esta fantasía es que la paciente hacía algún tiempo había copiado un cuadro del pintor inglés prerrafaelista Rossetti "La Anunciación de María", que había traído con el comentario de que la María frágil, mejor dicho caquéctica, del cuadro era en realidad una "anoréctica".

En lo que digo, hago alusión a ello.

A.: En este momento yo soy como el ángel que anuncia y Ud como la María anoréctica que no cree. Yo hablo como un ángel, pero me transformo en un diablo que crea ilusiones, y Ud. es suficientemente inteligente para saber, y también lo sabe, que los ángeles mienten, pues la dicha que se anuncia no es duradera.

Acto seguido, la paciente dice, después de un largo silencio y como rezando:

P.: Hm, oh Virgen, aquel que te recibió en los cielos, alabada sea la Virgen María, bendita, naturalmente que no creo, después de todo tuve a un hereje como padre, que todavía está en una nube en el cielo, no porque haya llegado al cielo, sino porque el infierno estaba repleto. Ud. también dijo que él era demasiado hereje y que su lenguaje angelical era muy poco creíble.

A.: Ud. podría darme una oportunidad de que mis palabras le suenen más como lenguaje de ángeles, pero, sobre todo, darse a Ud. misma la oportunidad.

P.: Pero, Dios mío, ¿es que necesito un segundo hijo para librarme de esta división interior?

A.: No, no creo que necesite tener otro hijo para eso. En sus reflexiones, Ud. ya se ha planteado la pregunta de si acaso vale la pena tener un segundo hijo. Y en ese mismo momento aparece el conflicto. El segundo niño se convertirá en una cárcel. ¿Debe acaso encaminarse hacia la cárcel? Eso no lo quiere nadie. De lo

que se trata entonces es de dar más oportunidades al lenguaje de los ángeles y a los oídos propios cuando se trata de tomar una decisión con la que se termina en la cárcel. Se trata entonces del placer, del gusto en hacer su propia voluntad, que, a decir verdad, Ud. sigue encontrando más bien sólo allí donde lo encuentra acualmente, cuando, por ejemplo, come algo de noche.

P. (después de un largo silencio de alrededor de 4 minutos): El pensar en subir de peso y en comer no tiene nada que ver con el placer o con la sensación de poder aceptarse a sí misma o también de ser aceptada, de llegar a ser aceptada por los demás. Yo sólo lo podría hacer si pensara que eso es quizás necesario para tener otro niño, pero si no, no. Cuando estoy bien armada, entonces la división interior la gozo como un placer no dividido.

A.: De eso se trata: del placer no dividido, inequívoco, no disonante.

P.: Es lamentable, eso es algo que sí existe, pero sólo por segundos y prácticamente no cuando se trata de pan, o de comer, o de las formas clásicas de la cordialidad. En relación con esto, se me ocurre una cómica imagen. Y es cuando la anoréctica se embarca en el asunto y empieza a acercar sus manos, esa extraña figura hermafrodita ahí en el cuadro, Gabriel, o lo que sea, no es claro si el ángel es masculino o femenino. En una mano tiene un lirio, en la otra el matamoscas, y si ella acerca demasiado sus manos, le llega un golpe con el matamoscas. Pienso que el ser madre es una gran responsabilidad.

A.: Entonces, se trata de no alargar demasiado las manos y de que el lirio se man-tenga bajo la nariz del ángel, para que lo huela, y luego está además la mala pa-labra anoréctica, tampoco muy amable, bruja, anoréctica. Es como si Ud. misma se diera anticipadamente un matamoscas, un golpe con el matamoscas. Pues fue Ud. quien introdujo la mala palabra.

P.: Hago siempre lo mismo, toda palabra que alguna vez me han colgado, y que he sentido como muy hiriente, la vuelco sobre mí misma. Eso hace la situación so-portable, una técnica antiquísima, anticiparse al ataque, asumiendo la agresión. Es un buen invento, que ayuda.

El lector habrá notado que Clara X ha definido de manera precisa la "identificación con el agresor". Desde el punto de vista terapéutico es una desventaja el que, a través de mis interpretaciones agresivas, este proceso se haya repetido, y con ello reforzado.

Hacia el final de la hora los comentarios son directos.

A.: Ud. me ha exhortado a que diga las cosas importantes de manera clara y sin rodeos, y no a través de indirectas. Creo que esa es una exigencia que está dirigida a mí y también a Ud. Ud. quisiera escuchar claramente algo rotundo, inequívoco y unánime. Quisiera salir del conflicto. Se trata siempre de lo

mismo, y de eso se trata en especial hoy día. Casi quisiera agradecer el que Ud. me haya dado la oportunidad para eso.

En la sesión siguiente, después de un largo silencio, y mirando en retrospectiva, la paciente dice lo siguiente:

"... Sí, después de la última hora sentí armonía y satisfacción interior. Si hablara, es algo que se podría volver a romper."

A.: Sí, eso era, se trataba de admitirlo. Yo también tuve ese sentimiento, y llegué a agradecerle por ello.

P.: Aunque yo no sé lo que haya que agradecer en eso.

A.: Sí, fue una expresión de mi alegría. Tuve la sensación, sí, ... (habla entrecortado) que la profunda zanja, según me pareció, se hizo más chica.

P.: ¿Ud. ve una zanja profunda?

A.: Sí, yo veo una profunda zanja entre el actuar, el comportarse, actuar, comportarse, y hablar, conversar y pensar.

P.: ¿No le parece a Ud. también que, cuando se empieza a hablar, inmediatamente se está de nuevo en la controversia?

A.: Sí, eso puede ser, pero también hay acuerdos, como, por ejemplo, en la última sesión. Pensar, actuar, hablar, no son la misma cosa, pero tampoco deben ser terrenos muy separados, como están en Ud. en algunos puntos. Hay pues signos esperanzadores de que se logran acercamientos.

P. (después de una pausa de alrededor de 2 minutos): Sí, claro, por eso no me atrevo a decir lo que me da vueltas en la cabeza. Pienso que lo podría volver a desilusionar. Claro que Ud. puede ahora decir que ya se ha acostumbrado a las desilusiones.

A.: No, yo no lo diría -aunque sea también verdad-, más bien diría que es un camino cansador, con desilusiones ... Ud. sabe que es así.

P.: Lo que pensé es por qué se producen nuevas desilusiones, más allá de una medida aceptable.

A.: Quizás eso depende de que cuando Ud. logra acercarse, la cosa se le pone muy caliente, cuando se acerca a alguien, aparecen las inquietudes y se produce una nueva retirada.

Clara X vuelve nuevamente al tema de su papel como dueña de casa y madre, a la cuestión de un segundo embarazo y a preguntarse si acaso en vista de él no debiera forzarse a subir de peso. Relata la historia de una mujer estéril y piensa que es una fracasada si es que no llega a "producir" un segundo hijo. Aclara que sus sentimientos corporales han cambiado en los últimos meses, sin duda como efecto de la terapia. Le señalo que también yo pienso que una transformación en la manera de sentir su cuerpo traería como consecuencia una normalización en su peso. En este punto debo aclarar que la anorexia de la paciente se había

instalado poco después de la menarquía, de modo que muy pronto le sobrevino la amenorrea. La concepción de un saludable hijo fue posible gracias a un tratamiento hormonal. Desde que yo la informara al respecto, la paciente sabe que el ciclo menstrual no puede aparecer hasta que logre al menos aproximarse a un determinado peso. La regulación hormonal del ciclo se correlaciona estrechamente con la cantidad de tejido graso, de modo que la suspensión y aparición de la menstruación se puede deducir aproximadamente del peso. Los factores psicogénicos en la desaparición y reaparición del período entran en juego dentro del margen de aproximación que permite esta correlación.

Clara X rechaza crear los requisitos necesarios para tener la regla, es decir, se niega a alcanzar un peso normal. Para ella, eso no tiene futuro, no constituye móvil alguno.

A.: ¿Por qué razón este camino, que conduce a otra manera de sentir su cuerpo, tendría sentido sólo en función de otro hijo? Un peso normal sería la consecuencia de otro sentido de vida, con más placer, que Ud. podría desarrollar quizás también con más de alguna desilusión. En eso veo algo más que un niño. Es claro que para Ud. también soy un paladín del peso normal, pero ahí Ud. me ubica en el lugar erróneo. Estoy convencido de que Ud. puede llegar a sentirse mejor. El que piense que me desilusiona se deriva de que Ud. tomó contacto con sentimientos muy ardientes, de que se acercó al horno.

Comentario: la lucha en torno al síntoma y la meta de un cambio en el peso corporal han ocupado un espacio demasiado extenso. La transferencia negativa no fue remitida a la desilusión de deseos infantiles edípicos transferenciales. Una alusión hecha al respecto no fue seguida más allá. Con la metáfora del horno, el analista alude a los sentimientos sexuales de la paciente, quien a menudo caracteriza sus sensaciones sexuales y sus genitales con ese término (horno caliente). La verdad es que existe aún otro aspecto, más profundo, y que se relaciona con la madre, de modo que la vacilación del analista también podría provenir de su incertidumbre acerca del carácter de la transferencia en ese momento. Probablemente, en el tema del segundo hijo y de sus sentimientos corporales, se trata del ansia por la madre. La paciente manifestó este anhelo en el símil de un hada buena, en cuyo regazo esconde su cabeza. En la transferencia negativa, la paciente se protege no sólo de desilusiones y rechazos, sino también de intranquilizadoras confusiones y, finalmente, de la separación.

Clara X completó este informe mediante un diálogo con una lectora ficticia.

Lectora: He leído con interés lo que tu analista escribió, y lo encuentro muy convincente. ¿Qué opinas tú, desde tu punto de vista?

Yo: La primera vez que, rápida y febrilmente, leí por encima el texto, me pregunté: ¿De quién está hablando? ¿Se supone que yo deba ser X? ¿Alguna vez me di-jo lo que está ahí escrito? Después reconocí formulaciones y detalles que sólo po-drían provenir de mi análisis. Pero, muchas cosas las había simplemente olvidado.

Lectora: ¿Olvidado?

Yo: Los episodios de mi análisis que se describen son bastante antiguos. Por otra parte, la mujer X me es tan profundamente antipática, incluso repugnante. La veo recostada en el diván -yo sentada a su cabeza- como un escarabajo estercolero gordo que patalea patas arriba sin cesar, rechinando: "¡No avanzo, oh, no puedo, no puedo!"

Lectora: Un escarabajo de espaldas es realmente desvalido.

Yo: Sí, pero temo que si se hubiera ofrecido a la mujer escarabajo una pajita, en la cual colgarse y darse vuelta, ella habría gruñido secamente: "¡No quiero ninguna paja! Si no me das una orquídea, ¡me quedo donde estoy!"

Lectora: Reproduces con una imagen -¿no proviene de Kafka?-, lo que tu analista llamó "negativismo inmodificable". Ahora que tú has tomado su puesto, dime: ¿calza realmente lo que él dice?

Yo: Me siento tocada. Desgraciadamente es demasiado cierto y me siento avergon-zada por ello. En la representación que me hago de mí misma, como yo quisiera ser, avanzo por mis propios pies, independientemente. ¿Por qué en el análisis era tan testaruda?

Lectora: No te dejas ayudar fácilmente, ni siquiera con una pajita.

Yo: Siempre estaba profundamente desilusionada. Anhelaba un contacto más cer-cano, directo, por así decir, más al alcance de la mano. Soy muy versada en eso de echarme palabras encima. Puedo usar perfectamente el lenguaje para mantener a ra-ya a los demás y para convertir mi anhelo en testarudez. Crecí en medio de pala-bras. Mi padres hablaban más que lo que acariciaban. Mi propia madre dice que empezó realmente a gozar a sus hijos cuando pudo hablar con ellos. Nunca he po-dido entenderme con niños chicos que se arrastran por el suelo, que balbucean y babea, que se embadurnan con la comida, que les gusta que uno les haga "caba-llito" sobre las rodillas y otras tonterías, que besuquean. En nuestra familia el cli-ma no era frío, pero sí fresco, como al comienzo de la primavera. La promesa de sol y flores está ahí, inminente, pero todavía se tiritita de frío y se necesita un suéter ...

Lectora: Y esta promesa despierta ciertamente un ansia enorme.

Yo: Justamente. El tiempo delicioso tiene que llegar ya. En cambio qué: otra nube, otra lluvia helada. Al niño se lo exhorta a ser razonable, a dominarse, a mostrar entendimiento. Los padres apelan a su orgullo, él ya es un "adulto" ... En

la terapia reproduce este estado. Y sufrí mucho. Por lo demás, con mi hija hice lo mismo. Ella habló desde muy pequeña. Cuando chica, apenas con dos años, venía a la cocina para estar cerca de mí, me presionaba para que interrumpiera lo que estaba haciendo y la tomara en brazos. ¿Y qué hacía yo en cambio? Le decía que tenía que jugar con las ollas.

Lectora: ¿No puedes usar el hablar también para acortar la distancia?

Yo: Por suerte sé que puedo hacerlo. A veces. Hago una diferencia entre hablar (sprechen) y mero parlotear (reden). Por ejemplo, tú puedes decir: el lenguaje (Sprache) de la ira. O: el lenguaje del amor. Pero no puedes decir: el parlotear del amor. A lo máximo, se puede parlotear sobre el amor. Eso es pura paja vacía. Mientras que el lenguaje es...

Lectora: ... el grano del cual se hace el pan.

Yo: Veo que entiendes. Cuando dos personas hablan de verdad, pasa algo realmente. Durante la terapia perdí mucho tiempo valioso parlotando sobre cosas, me moví en círculos en torno a algún síntoma. Temo que a veces inconscientemente tomé el pelo al analista, y lo hice trotar en círculos detrás mío.

Lectora: ¿Eso es lo que piensas? Al menos, contigo tuvo que hacer acopio de toda su paciencia.

Yo: Sí. Y no me alcanzaba a dar cabalmente cuenta de que también él podría llegar a paralizarse, cuando lo hablado era tan improductivo. Reconozco que me alegraba el ser capaz de afectarlo tanto, de herirlo. Pero el niño sólo percibe su propia -supuesta- impotencia. Una vez me llamó directamente tirano, para hacerme clara una resistencia. Eso hizo efecto y no lo olvidaré jamás. Estaba indignada, y al irme a la casa declamé para mí: "A Dionisos, para el tirano, demonio rastreador, el puñal bajo el manto ..." Pensándolo bien, me sentí enormemente reanimada.

Lectora: Algo así puede poner en movimiento relaciones empantanadas ¿no?

Yo: Movimiento ¡Sí! Era eso lo que yo esperaba cuando trataba de maquinar situaciones en las cuales él y yo tuviéramos algo que hacer juntos. Me desilusiona no haber aprendido más espontaneidad. Por ejemplo, le propuse que hiciéramos una sesión paseando.

Lectora: ¿Y que pasó?

Yo: El asunto se quedó en la discusión. La proposición no le pareció totalmente absurda, inadmisible o infantil. La dejó abierta, y luego yo misma abandoné la idea. Para mí el aire fresco estaba afuera. El aire y el placer. Me desilusiona no haber aprendido más espontaneidad.

Lectora: ¿Y a pesar de todo ibas gustosa a la terapia?

Yo: Sí. Así y todo, me sentía más atendida y comprendida que con las personas supuestamente cercanas, con las que me relaciono diariamente. Mi resistencia era al mismo tiempo tenaz fidelidad, para no decir declaración de amor, al analista. Con ella quería inconscientemente decir: "Mira, me sigo manteniendo algo chi-flada para necesitarte. Yo sé que a ti, como a todo ser humano, le hace bien el sa-berse necesitado. Te traigo regular y puntualmente mis preocupaciones, mis cua-dros internos (a veces incluso pintados realmente), mi dinero. Con ello contri-buyo a que tú tengas una tarea y a que te ganes el pan diario. Y al mismo tiempo procuro no exigirte demasiado, no quitarte mucho de tu tiempo y de tus fuerzas, puesto que aparentemente sólo hago escaso uso de tus consejos."

Lectora: Hm, suena un poco a delirio de grandeza, pero me convence.

Yo: Por eso encuentro insuficiente la expresión "transferencia negativa". Mi actitud también se alimentaba de sentimientos que yo encontraba positivos. Antes, cuando mi madre decía: "De mi hija no tengo que preocuparme, está tan bien encarrilada, gracias a Dios es tan estable", mis oídos de niña hacían de ello un grue-so cumplido. De la misma forma, yo pensaba que mi analista debía reconocer co-mo positiva mi tendencia a dejarme ayudar sólo muy restringidamente.

Lectora: Se me ocurre algo. Si nos escuchara alguien que estuviera predispuesto en contra del psicoanálisis y que coleccionara argumentos contrarios a él, ya tendría el terreno abonado: una relación terapéutica que se autosustenta. La cliente con-serva su síntoma, porque el diván le es tan acogedoramente familiar.

Yo: Claro. Conozco ese tipo de gente. Pueden escuchar hasta que los oídos les zumben. Sólo registran lo que quieren. En cambio, yo sé que cambié. En mi vida se dio un cambio radical, que yo introduje por mí misma. Con el respaldo emocional que tenía en la terapia pude desatar un nudo que por años me pareció insoluble, y al que traté de escapar queriendo disolverme en la nada. Es posible que sólo éste haya sido el nudo que no perdí nunca de vista, como tarea, durante los años de análisis. Las otras áreas problemáticas eran para mí también importantes, pero en último término quizás de orden secundario.

Lectora: Eso suena positivo. Con todo, ¿puedo plantear una objeción crítica?

Yo: Sé que tú eres igual que yo, que también a todo le encuentras un "pero".

Lectora: ¿Ah?

Yo: Sí, alguien que le agrega un "pero" a toda afirmación satisfactoria. ¡Dilo ya!

Lectora: A las áreas problemáticas, supuestamente de segundo orden, pertenecen tus hábitos de comida, tu peso, tu apariencia, tu estado de salud, tu sentido del cuerpo, tu capacidad de mantenerte cerca de los demás, no, de percibir a los

demás positivamente y no arrancar constantemente de ellos ... ¿No estás haciendo una enorme trampa al desplazar todo esto a un segundo lugar?

Yo: ¡Cielos! No me considero una persona curada, sana. Pero no culpo a la terapia de ello, ni tampoco me siento por ello disminuida. Yo sé que me mantengo en una situación de peligro y que me gusta balancearme al borde del abismo. Pero quizás en el futuro se me aclaren más las cosas. Entretanto, gozo suficientemente de la vida como para no querer "diluirme" voluntariamente.

Reflexión: La carencia de la que se queja Clara X no puede ser remediada con pos-terioridad, y, por lo tanto, queda abierta la pregunta de si acaso la terapia habría si-do más exitosa si ... Este "si" puede unirse a muchas frases condicionales. ¿Debe-ría haberme levantado inmediatamente e ido a dar un paseo con la paciente? Y, ¿cómo tendría que haber sido este paseo para que hubiera significado un "nuevo co-mienzo", en el sentido de la espontaneidad añorada por Clara X? Una vez, sin ningún tipo de aviso, Clara me invitó a participar de un desayuno que había traído consigo y extendido en mi escritorio. Naturalmente, me sentí sorprendido, pero no molesto, y, de acuerdo con mi propia evaluación, me comporté de lo más natural. Yo había desayunado ya, y por lo tanto tomé sólo una taza de café. Clara se sirvió frutas y cereales. Permaneció sin aclarar lo que ella esperaba de estos preparativos, y posteriormente ella misma lo consideró un plan desafortunado. Ya que es inútil preguntarse con posterioridad cuáles cumplimientos de deseos, reales o simbólicos,

habrían facilitado un "nuevo comienzo" en Clara X, en lo que sigue nombro sólo algunos puntos de vista generales que guían mi actuar terapéutico:

Comentario: Es recomendable tomar en serio, en un sentido amplio, las quejas y las incriminaciones. Sólo así se puede ampliar el margen terapéutico sin que se llegue a extralimitaciones, dudosas éticamente y fatales desde el punto de vista téc-nico. Como secuela de los inquietantes experimentos de Ferenczi, en la técnica clá-sica los límites fueron puestos de manera ciertamente muy estrecha. No obstante, una actitud flexible debe prestar atención, antes que nada, al hecho de que las quejas e incriminaciones sobre frustraciones y carencias en la relación con el analista tienen una función que proviene de la insatisfacción neurótica. Si sólo se parte de la base de que los defectos y carencias resultan de lo que le fue hecho en la niñez y a lo largo de la vida, se estrecha el margen de acción terapéutico. Pues, en sentido estricto, no existe la posibilidad de reparar algo posteriormente. En todo caso, los medios profesionales de los psicoterapeutas, de cualquier proveniencia, se verían muy restringidos. Ana Freud (1976, p.263)

era de la opinión de que el yo sólo puede cambiar aquello que hizo, pero no aquello que le fue hecho. Esta tesis toma poco en consideración que el "poder-no-hacer" es parte constituyente del sufrimiento neurótico. Las inculpaciones de que la terapia se quedó muy corta sirven como protección frente al riesgo que significa asumir el propio potencial de pensar y de actuar. Con toda claridad, no alcancé a lograr que Clara X se liberara de las restricciones autoinducidas, hasta el punto en que se redujeran también sus quejas sobre carencias en las relaciones interpersonales, anteriores y actuales. Aun cuando las pacientes que sufren de Anorexia nervosa nieguen (verleugnen) que padecen por el hambre autoinducida, es a través de esta negación como se perpetúa y refuerza la enfermedad carencial. El "artista del hambre" (Hungerkünstler) de Kafka se quejaba de una carencia fundamental de amor materno, como causa de la enfermedad que lo condujo hasta la muerte. Después que murió de hambre, Kafka lo reemplaza en la jaula por una pantera. La novela termina con la exposición al público de una pantera en vez del artista del hambre. No es fácil reconciliarse con los propios aspectos de pantera.

2.3 Significación de la historia de vida

2.3.1 Redescubrimiento del padre

Desde hacía 20 años Federico Y sufría de depresiones fásicas graves, que se habían repetidos varias veces, y cuyo componente constitucional había sido evaluado como tan importante, que anteriormente nunca se había pensado en la indicación de psicoterapia. Después de un comienzo con terapia timoléptica, se había introducido una medicación de largo plazo con derivados de litio, que el paciente seguía hasta el día de hoy. Aunque nunca se habían dado fases declaradamente maníacas, Federico Y informaba de estados de ánimo eufórico, después de los cuales caía en los hoyos negros.

Dice que desde hacía tiempo postergaba el deseo de un tratamiento psicoterapéutico. Sólo ahora puede permitirse algo así y también esperar el tiempo necesario hasta obtener un lugar para psicoterapia. La razón por la que busca ayuda psicoterapéutica es que desde hace años se siente "emparedado". Este estado lo describe como viviendo bajo una cubierta de hormigón, que debe perforar cada mañana después de despertar; este estado lo atribuye a la medicación con litio que sigue por años. La indicación de psicoanálisis se basó

en los trastornos depresivos del paciente, en sus relaciones interpersonales y en el trabajo, que podían entenderse bien desde un punto de vista psicodinámico y que con gran probabilidad se podían sub-ordinar a una psicogénesis neurótica.

Después de un año y medio de tratamiento, el paciente registró grandes progresos, en especial en su capacidad para imponerse en el trabajo; como consecuencia de estos cambios, para él impresionantes, planteó la posibilidad de hacer el intento de arreglárselas sin la profilaxis de litio. En esta decisión había considerado además el problema de los efectos secundarios somáticos y psicológicos de la medicación. Schou (1986) señala que, de manera ocasional, los pacientes bajo medicación con litio describen un cambio en su personalidad. Después de evaluar el proceso mórbido total, se redujo progresivamente la medicación de litio, hasta su total retiro, en una decisión tomada en conjunto con el psiquiatra tratante.

La secuencia siguiente describe una fase de un período donde se hacen evidentes mis preocupaciones y angustias en relación con la responsabilidad conjunta, asumida por mí "sin querer queriendo".

Después de haber ilustrado hoy, nuevamente, sus grandes progresos, pienso en lo poco que habla de su padre, tema sobre el cual ya hemos hablado en diferentes oportunidades. Sus recuerdos del padre, muerto cuando el paciente tenía trece años de edad, apenas alcanzan hasta los ocho o nueve años de vida. El período de desarrollo infantil anterior es mucho más confuso. La verdad es que él sabe bastante del tiempo pasado con su madre, pero del padre recuerda sólo algunos paseos dominicales y que trabajaba en su taller "como un loco". El padre, artesano, tenía su taller en la casa. En aquel lugar él se aislaba también de la madre. La madre gobernaba en el piso alto, con su ideal de orden y obediencia.

Raramente se le permitía al joven entrar al taller, y el padre permaneció ajeno. Para colmo de sus desgracias, cayó bajo la férula de su madre pietista, bajo la cual habían crecido sus dos hermanas, ya mayores, hasta llegar a ser las personas depresivas y melancólicas que eran. A él no le esperaba un destino distinto y sus profundos estados distímicos aparecieron cuando a propósito de sus estudios comenzó a separarse de su casa.

Con esta historia previa en mi cabeza, trato de llamar su atención sobre el alejamiento que existe entre nosotros, diciéndole que describe desarrollos externos excitantes, y yo puedo observar con mucha alegría cómo él se despliega, pero que me llama la atención que él apenas perciba el taller -con lo que aludo a la transferencia-. Agregó que él entra precipitadamente a la pieza, se recuesta en el diván, se quita los lentes y no ve nada más de la situación presente.

Riendo, confirma mi interpretación: precisamente hoy día eso le ha llamado la atención, al quitarse los anteojos. Por lo demás, antes había épocas en que se entrenaba para ver desenfocado, para así poder dedicarse por entero a sus representaciones internas y a sus pensamientos. Mientras destaco su propio "cegar", me interrumpe.

P.: Aquí es como frente a una puerta de vidrio esmerilado, como la puerta que mi padre había puesto a la entrada del taller.

A.: Sí, es un paralelo que salta a la vista, como también salta a la vista que después de dos años sigamos sabiendo tan poco sobre Ud. y su padre, como si por su muerte se hubiere borrado definitivamente, del mismo modo como sabemos muy poco sobre lo que Ud. percibe aquí.

P. (después de un corto silencio): Es verdad. Los grandes progresos que hago me alegran mucho, pero la verdad es que no sé bien cómo se producen, cómo funciona esto, no sé, me es bastante nebuloso.

A.: Y tiene que mantenerse así, en la nebulosa, para evitar conflictos conmigo.

Al comienzo de una de las sesiones siguientes, Federico se ocupa largamente del padre y del extraño fenómeno de tener una imagen tan restringida de él, a pesar de que trabajó 10 años como maestro artesano en la propia casa. Dice que creció con el sentimiento de estar parado frente a la puerta. Ciertamente lo desilusionó el que el padre no haya podido imponerse frente a la madre. Junto a la madre, surge hoy, por primera vez, la madre del padre, es decir, su abuela. Esta, que describe como una mujer que goza de la vida y de su condición de pensionada, venía diariamente a comer y consentía a los niños con chocolates, en lo que era apoyada por el padre y criticada por la madre. Aparentemente, el padre compartía la alegría y el consentimiento de los niños, y la abuela, que con la edad se había puesto indulgente, re-presentaba una parte de su propio mundo deseado.

Después de la muerte del padre apareció una ensoñación diurna. El hijo veía, plásticamente, al padre sentado arriba en el cielo, observándolo cuando se masturbaba. Cuando me informó por primera vez sobre esta fantasía, pareció como si el padre estricto y malo estuviera ahí, mirando hacia abajo. En la sesión de hoy trata de diferenciar, y piensa que podría ser que el elemento estricto y malo haya sido la madre, que el padre tenía otra apariencia, es decir, como si hoy él se hubiera sentido unido a su padre, algo que la madre no habría aceptado jamás.

A.: Entonces, es posible que esta imagen del padre en el cielo represente una unión, que entre ustedes dos permaneció algo vivo, y, que de esta manera Ud. franqueó la muerte de él.

P.: Sí, no pude sentir pena, en absoluto, no pude llorar. De alguna manera fue como si no lo hubiera necesitado. Ahí estaba frente a la puerta del taller y me imaginé que él estaba muy, pero muy lejos.

El paciente continúa diciendo que esta ensoñación diurna representa un deseo de recibir más ánimo por parte del padre; este deseo lo relaciona ahora también con el hecho de que la madre no le permitió sacar permiso de conducir a los 18 años, el que obtuvo por propia iniciativa sólo al comenzar sus estudios.

En este punto señalo al paciente que en el último tiempo he notado que de manera creciente explora disimuladamente mi pieza con la vista, pero que a mí me deja fuera; a la vez indico que el tratamiento algún día llegará a su fin y que podría llegar a encontrarse nuevamente en la situación de entonces, cuando entre su padre y él no hubo posibilidad de acercamiento mutuo. El paciente reacciona con mucha intranquilidad.

P.: No quiero pensar en eso; antes de irme quiero primero recibir algo aquí.

A.: Para que no suceda que después sienta que sólo estuvo parado fuera frente a la puerta.

Comienza a llorar. Me sorprende la intensidad de sus emociones, después de que, poco antes, había contado que no había podido llorar a la muerte del padre y que tampoco había podido sentir pena. El paciente es del tipo de personas que raramente lloran; en personalidades obsesivo-depresivas, tales momentos de relajación suelen acompañarse de violentas conmociones.

El paciente dice que el llorar lo ha tranquilizado un tanto: "Estos son momentos en que tengo la sensación de que el tiempo es demasiado corto. Luego siento: ahora, una vez más, el tiempo ya se me escapó".

Aunque esto sea verdad, tengo sin embargo la impresión de que el paciente usa los límites temporales para coartarse y para contrarrestar cualquier fantasía de re-unión placentera conmigo. Pensando en esto, digo: "Ahora, todavía quedan como 10 segundos de tiempo, por si Ud. quisiera confiarme algún pensamiento, quizás desvergonzado."

El paciente se ríe relajado, se sienta y logra permanecer un instante sentado placenteramente, antes de levantarse y abandonar la pieza.

En la próxima sesión el paciente dice al entrar: "Hoy día tengo que pedirle algo." Faltan dos minutos para que empiece la hora. La puerta estaba entornada y yo sentado en mi escritorio.

Al mismo tiempo que se sienta con amplio apoyo sobre el diván, dice que hoy día quisiera no recostarse inmediatamente. Me parece extraño permanecer sentado en mi silla de trabajo mientras él lo hace sobre el diván y digo, aludiendo a los dos sillones: "Quizás es mucho más cómodo sentarse ahí." "Sí", responde, "hoy día quiero inspeccionarlo de verdad. Tengo la sensación de que

lo conozco muy poco. Eso ya me llamó la atención cuando hace poco nos encontramos en la ciudad."

El tema de mirar, de inspeccionar en detalle, sigue más allá. Sin tomar la iniciativa, de alguna manera deja que yo le diga: "Hasta ahora Ud. ha sido bastante reser-vado aquí." Responde que sí, la verdad es que tampoco ha reflexionado demasiado acerca de si lo que aquí hacemos es un análisis freudiano o jungiano. El tiene un amigo que estuvo en terapia con un jungiano. La terapia ya terminó y van juntos a navegar a vela.

Queda en suspenso la pregunta de si acá también podría pasar algo así.

A.: Ud., tendría ahora que inspeccionar muy minuciosamente cómo es la cosa acá. Si concluye que soy un freudiano, entonces algo así no podría suceder aquí.

P.: No, no dispongo de una información tan en detalle. En mis estudios leí una vez la "interpretación de los sueños", pero desde aquel entonces no quise saber más de esas cosas. Siempre me ha molestado que mis amigos recurran a escritos teóri-cos cuando se encuentran en crisis personales. Pero, con todo (riendo), es probable que Ud. haya alguna vez escrito algo, y yo, ¿por qué no? podría ir a echarle un vis-tazo.

A.: Sí, Ud. podría.

Se le ocurre entonces que el domingo pasado había ido a su ciudad natal, donde visitó a un antiguo amigo de su padre, entretanto ya de 80 años, quien le había contado algo sobre él. Hacía 25 años que no hablaba con este amigo del padre. Nuevamente, escucha de él que el padre había sufrido un accidente, continuando posteriormente su trabajo bajo grandes dolores. Los dolores provienen de un cáncer que apareció cuando el paciente tenía entre 6 y 7 años de edad; el padre murió cuan-do el paciente tenía 13 años. Federico sigue contando que los paseos dominicales habían cesado y que, desde ese momento, el padre había trabajado también los do-mingos.

Al terminar, recuerda un sueño sobre un conocido, con quien se relaciona por razones de trabajo; hace poco se cayó de un árbol frutal, se hirió la columna y está desde entonces atado a una silla de ruedas. En el sueño, saca al hombre de la silla de ruedas y se revuelca con él en el suelo. Al hacerlo, surge un sentimiento de gran ternura.

Se siente asombrado, pues, por lo demás, con este conocido lo único que hace es pelear y discutir. De alguna manera tiene sin embargo la sensación de que le ha hecho bien el poder haber llegado ahora a esto. Conecto esto con el padre y con la sensación que hoy día había traído, a saber, de que podía pedirme algo. Se ríe, y se le ocurre que está necesitando dormir poco, que ya a las cinco y media de la madrugada está despierto, pero que no se atreve a levantarse, pues podría despertar a su mujer.

A.: Sí, ahí está nuevamente la madre, vigilante, para que Ud. no le pida nada al padre, es decir, para que Ud. no salga de madrugada a caminar por el bosque cuando está despierto tan temprano.

Federico se pregunta si acaso eso no tiene que ver con el hecho de que ha reducido el litio hasta una tableta diaria. La verdad es que todavía necesita hacer siesta, tres cuartos de hora de sueño profundo, pero que por las noches tiene la sensación de necesitar poco sueño, se siente como para descuajar árboles.

Teniendo presente mi parte de responsabilidad en el retiro del preparado de litio, pregunto por la opinión del psiquiatra y sobre sus sentimientos eufóricos. En reflexión posterior me es posible entender esta preocupación en el marco de una re-acción contratransferencial; de esta manera logro percibir la inquietud del paciente de ser destructivo en un contacto más estrecho, o de la posibilidad de que se des-arrolle demasiada agresividad, inquietud que en su despliegue de buen humor tira por sobre el hombro. No sólo su mujer sería víctima de este ánimo expansivo, si-no también yo. Por eso, interpreto que lo que busca con la vista son límites y res-tricciones.

En la sesión siguiente, Federico se ocupa de lo contento que estuvo el fin de semana durante una celebración, en la que pudo desempeñarse bien en su rol profesional. La noche siguiente tuvo un sueño, en el cual se veía caminando con su padre, en una sala de duchas de un albergue de juventud donde también habían mujeres, desnudo con el padre, lo que para él fue toda una sorpresa. En la manera de relatar, queda claro que había gozado de la visión en el sueño. Sin asociar direc-tamente con elementos del sueño, prosigue diciendo que siempre le ha preocupado el que su padre se hubiera casado dos veces, y que él no sepa casi nada de la pri-mera mujer. Del segundo matrimonio del padre nunca ha podido imaginarse que él y su madre tuvieran algo en común. Además, pues al nacer él, su padre ya tenía 40. Se ríe y anota que este "ya tenía 40" expresa una extraña forma de envejeci-miento prematuro, aunque esto no haga ninguna justicia a los hechos.

Sigue reflexionando sobre el padre, y ahora se le ocurre que la verdad es que él sí aprendió algo del padre, a saber, aprendió a observar árboles, a mirarlos como a personas. En contraste con ello, la madre siempre insistía que las plantas debían ser identificadas, que se debía conocer con precisión los detalles de todas las flores. Este era el mundo de la madre. El padre era mucho más vivo cuando paseaban a través del bosque. El padre también le había enseñado a hacer pequeñas ruedas hidráulicas de pedazos de corteza y ramitas, lo que hasta el día de hoy podía hacer con gran entusiasmo.

Hasta la fecha, la imagen del padre había estado cubierta por un "vidrio esmerilado"; ahora, éste parecía aclararse, mano a mano con un avivamiento de su di-

recto interés en mi persona y con una reanimación de recuerdos infantiles que se hacían accesibles para él, al surgir en el "aquí y ahora".

Redondeo la sesión con la interpretación del sueño, diciendo que en el sueño él puede expresar bien el deseo de que el padre lo introduzca a su mundo de mujeres. Como muchacho tuvo quizás la fantasía de que el padre no le permitía el acceso a él.

En la sesión siguiente, el paciente comienza diciendo que al fin ha podido hablar con uno de sus colaboradores sobre diversos problemas pendientes. Agrega que le pudo expresar sus críticas y reservas, y también poner límites, en lo cual, a decir verdad, notó constantemente su preocupación de que no quería hacerle demasiado daño.

Luego, recuerda que, al venir hacia acá, pensó cómo titularía su biografía, si es que un día llegara a escribirla. El primer detalle que se le ocurre es que una vez, cuando niño, había soltado el freno de mano de un carro de heno, el que fue a parar a un montón de estiércol. Continúa diciendo: "Creo que alguna vez tengo que haber hecho algo así, hasta un momento en que apliqué los frenos firmemente de nuevo. Pues durante 20 años he vivido frenado".

Recogiendo este estar frenado y el cauteloso intento de soltar ahora el freno de mano, digo: "Sí, en el último tiempo Ud. ha hecho varios intentos de soltar aquí sus frenos, de expresar aquí algunas críticas." Con esto me refiero a sus intentos de inspeccionarme más de cerca, en lo cual creo ver no sólo algo positivo en relación a mí, sino también críticas soterradas.

Para mi sorpresa, el paciente recoge esto último.

P.: Sí, la verdad es que hace tiempo que con el rabo del ojo observo un micrófono, que hay aquí sobre su silla. Con extrañeza me he preguntado si acaso Ud. graba lo que aquí se habla, o si ya no lo ha hecho.

(El diálogo con este paciente no fue grabado, el informe se apoya en anotaciones minuciosas después de las sesiones.)

A.: Aun cuando su razón le dice que yo no grabaría nada aquí sin tener su consentimiento expreso, parece, sin embargo, que le produce placer pensar en que pudiera existir la posibilidad soterrada de ello, y de que Ud. podría entonces criticarme violentamente por estar haciendo algo así a sus espaldas.

P.: Aunque yo no lo crea capaz de algo así, eso me daría la posibilidad de atacarlo aquí derechamente.

A.: De ser violento.

P.: Sí, de pasar a la ofensiva. Por lo demás, no tendría nada en contra si Ud. grabara las sesiones. Me imagino que es algo que a Ud. le interesa.

Después de este corto intercambio, el paciente vuelve al terreno profesional, aclarando que en ciertas reuniones en el último tiempo se siente más capaz de

mos-trar en público lo que piensa; ahora puede arriesgar en la asamblea cosas que antes sólo podía comentar secretamente con los colegas que estaban sentados a su lado.

A.: Sí, Ud. busca la ofensiva, mostrarse delante de todos.

P.: Sí, durante un tiempo muy largo he guardado demasiadas cosas para mí. Y a pesar de que le he contado siempre todo a mi mujer, no me ha bastado. Hay algo que está incompleto.

Volvemos ahora a la situación de tratamiento. El paciente dice de nuevo: "Este inspeccionar la pieza, el percibir los detalles, es ciertamente un proceso muy difícil para mí."

Comentario: El desarrollo del tratamiento plantea una serie de preguntas que aquí sólo podemos tocar de paso. Al lector le habrá llamado la atención que nos haya-mos abstenido de hacer reflexiones psicogenéticas en relación con el cuadro clínico que data de 20 años atrás. Con todo, en la contratransferencia del analista se nota una enorme preocupación de que a través de la liberación de afanes expansivos, esperable después de la reelaboración de conflictos depresivos claramente neuró-ticos, se lleguen a debilitar aquellos sectores de la personalidad que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, están en relación con la génesis de los estados psicóticos maníacos (Abraham 1924; M. Klein 1935; Jacobson 1953, 1971). Para entender la dinámica del caso hay que contar además con los efectos a largo plazo de la me-dicación con litio sobre la personalidad del paciente, efectos hasta ahora poco investigados (Rüger 1976, 1986; Danckwardt 1978; Schou 1986). Un medicamen-to de acción psicótropa tiene, inevitablemente y más allá de su efecto farmacológico-co, un efecto psicodinámico. Para este paciente, el litio llegó a ser la personifica-ción de la prohibición materna. La terapia medicamentosa lo había derribado desde las alturas de las experiencias hipomaníacas típicamente adolescentes, claro que pa-ra él imponentes, constituyéndose en un escudo protector que de ningún modo de-bía ser cuestionado. Por eso, desde el punto de vista técnico fue importante que el analista no tuviera como meta primaria el retiro del litio, sino que empezara por la elaboración de la problemática paterna que subyacía a los trastornos laborales del paciente.

2.3.2 Envidia al hermano

La situación analítica estimula en los pacientes necesidades que se remontan a la fase diádica del desarrollo infantil; como trasfondo silencioso, se configura una

"fo-lie à deux madre-hijo" (Stone 1961), donde el inevitable tercero -cualquier otra per-sona- llegará, en algún momento, a ser sentido como perturbador de la paz y co-mo rival.

Un embarazo inesperado desencadenó en Catalina X intensas emociones que posiblemente provenían de experiencias tempranas de envidia y celos. Ya que la pa-ciente era muy escéptica en relación con un posible embarazo, los primeros signos de éste la llevaron a poner una atención especial sobre el propio cuerpo y también a mostrar mayor interés por mujeres que estaban embarazadas o que habían recién parido. En la sesión de análisis que a continuación presentamos, se busca conectar la experiencia infantil, que se supone subyace a un recuerdo particular (probable-mente sólo una construcción de la paciente), con la abrumadora situación actual y con una constelación conflictiva en la relación terapéutica.

Al comienzo de la sesión, Catalina X informa sobre la visita que hizo a una co-lega que está en el puerperio, después de haber dado a luz un hijo. Durante la visi-ta, a la paciente se le había producido un ligero sangramiento. Se siente sorprendi-da: "La visito en el hospital, y la cosa empieza."

Cuando el niño debía ser puesto al pecho, le dijo a un colega que la había acompaña-do: "Tenemos que ver eso, quiero estar presente. Los tomé simplemente por sorpresa."

A.: Mirar bien, algo que a Ud. le gusta hacer.

Comentario: Esta acotación se dirige a un punto fuerte de la paciente, algo que ha-bía adquirido en su lucha defensiva en contra de sus deseos de cercanía y fusión: Catalina es francamente dotada en lograr distancia a través de percibir detalles per-sonales y sorprender a los demás con sus acotaciones.

P.: La colega que visité es habitualmente bastante delgada. Ahora tiene pechos de verdad. Pero le quedan bien. A mis otros colegas les conté que el niño era lindo, de ojos azules. Los otros dijeron: "Con un niño, ahora sí que no se escapa del estado de guerra."

La paciente vacila y se pone intranquila. Por eso, digo:

A.: Pero en todo eso hay algo extraño para Ud., algo muy distinto.

P.: Sí, estoy muy confundida. Que ahora comience a sangrar, extraño, como en la menstruación.

Se le ocurre pensar en una conocida que tuvo un aborto al tercer mes.

Le hago notar que las impresiones de la visita la han confundido.

P.: He estado muchas veces en un hospital. En realidad todo me era muy familiar.

A.: Esta vez Ud. se encuentra en otra situación, Ud. cree estar embarazada. Esto la toca muy personalmente. El sangramiento querría decir que Ud. no está embarazada, una suerte de veredicto negativo.

Reflexión: Aunque yo tenía la hipótesis de que la paciente no se había embarazado hasta el momento por razones psíquicas, este tema no había sido traído por iniciativa de ella.

P.: Puede ser que me haya engañado. La situación en la pieza del hospital, la atmósfera solemne. El niño era amoroso. (Pausa.) También el padre era simpático. La mamá estaba aún algo pálida. Esas no son impresiones como para espantarse. Al notar que la paciente se retira afectivamente de la escena actual, escena que para mí -como su analista familiarizado con su historial de vida- es muy impresionante, decido adelantarme y salir al paso de su evitación y del cambio en el valor de sus afectos ("atmósfera solemne"). Con la siguiente pregunta, conecto la situación actual en el hospital con la situación de la paciente cuando, con 2 años de edad, había sido desalojada de la casa paterna a causa del nacimiento del hermano.

A.: ¿Qué sucedió cuando nació Carlos, su hermano?

P.: Fue en nuestra casa. Por lo que escuché, no fue un parto difícil.

A.: ¿Qué escucha un niño de 2 años? (La paciente tenía entonces algo más de 2 años de edad.)

P.: No tengo idea. De Carlos sólo me acuerdo cuando ingresó en una clínica infantil, algunos meses después de nacer. Ese es mi recuerdo más temprano. Recuerdo con exactitud cómo mi padre me tiró en el trineo hasta el hospital. Allí estaba entonces Carlos.

Comentario: El recuerdo más temprano puede valer como paradigma de relación, en el sentido de Mayman y Faris (1960), según ha sido investigado cuantitativamente por Stiemerling (1974), en un grupo de 500 personas. En este caso, éste representa la pérdida de la madre y también la íntima relación con el padre.

A.: ¿Por qué estaba Carlos en la clínica?

P.: No lo sé. Nunca me he interesado en averiguarlo.

A.: Esta vez Ud. se ha interesado en el parto de su colega. ¿Por qué ahora?

P.: Sí, quería mirar de cerca al niño. Sí ¿Por qué en realidad? Sí, con la colega no tengo en absoluto un contacto estrecho. Lo que me interesaba era el niño y cómo se ve la madre, cuán cambiada está.

A.: Así como aquí en el último tiempo nos hemos interesado por los cambios iniciales de su cuerpo.

P.: Sí, sí. ¡Cómo toma su niño en brazos! Por lo demás, es muy poco femenina.

A.: Entonces, si ella finalmente logra el cambio ...

La paciente me interrumpe y continúa su línea de pensamiento.

P.: No sé que es lo que pasa ahora. (Después de una pausa de alrededor de un minu-to.) Ayer conversé con algunos colegas sobre gatos. Una vez tuvimos gatos. Y ahora, todo el tiempo viene a mi casa una gata embarazada. Seguro que va a tener sus cachorros donde nosotros. ¿Qué es lo que debo hacer? Una colega una vez mató un gatito, simplemente lo tiró por la taza del WC. Y ahora me siento tan extraña.

Siente frío, lo que le ocurre cada vez que se ve confrontada con contenidos que la abruman, que sobrepasan las defensas.

P.: Recuerdo que mi madre también usó una vez la expresión, tirar la cadena del WC, en relación con un aborto espontáneo.

A.: Es una imagen bastante fuerte.

P.: Sí, mi madre tuvo un aborto espontáneo cuando descubrió una carta que ponía en evidencia que mi padre la engañaba. Cuando mi madre me lo contó, pensé que ella había asesinado al niño.

Comentario: Aun cuando en este episodio se manifiesta una identificación altamente ambivalente con la madre como amante del padre, el padre también había complicado a la paciente con alusiones a una relación incestuosa, forzándola a jugar un papel parental; pero, en esto también está contenida la identificación con el niño abortado, que fue como ella se sintió, lo que al mismo tiempo encarna el de-seo de que el hermano podría haber sido tranquilamente abortado.

A.: Y en Ud. ahora se abre camino algo similar, como si con el espectáculo de una madre dando de mamar emergiera algo muy impensable. El espectáculo de Carlos en el pecho de su madre, ¡si pudiera librarme de él! Y con eso, además, calza su primer recuerdo: en él Carlos está lejos y Ud. está contenta.

P. (riendo): Sí, sí, ése era el lugar adecuado para él.

Después de algunas reflexiones, vuelve al tema del aborto de la madre.

P.: Lo sentí mucho. Lo habría visto con gusto.

A.: Ya que no podía impedirlo, al menos lo habría visto con gusto. ¿Cómo se ve el intruso? ¿Cómo se ve la madre? El mirar llegó a ser uno de sus puntos fuertes.

P.: ¿Llegó a ser? ¿Cree Ud.?

Comentario: La paciente se sintió tocada por la referencia al desarrollo del mirar como condicionado por un conflicto. Por eso retomo en las próximas intervenciones una de sus peculiaridades, que me había comunicado de muy diversas maneras. Solía venir más temprano para observar a la paciente que dejaba mi consultorio antes que ella.

A.: Del mismo modo como Ud. examina mi pieza para enterarse si todo está en su lugar de costumbre o si he cambiado algo, si he retirado algo.

P. (corrigiéndome): Sí, ya no hago eso, ya no es así como dice. Hoy día sólo me fijé en la planta de flores.

La planta, un hibisco, está sobre una caja de juegos (para terapia con niños), que uso muy de vez en cuando. Después de un largo silencio, creo percibir que la paciente deja vagar su mirada por la pieza. Interiormente, estoy de acuerdo con la paciente en que ella ya no inspecciona como antes la pieza y sus objetos, desconfiadamente, en la búsqueda de cambios, sino que, entretanto, puede sentirse más a gusto. En eso, la paciente, en tono lapidario, afirma: "Interesante, ¿para lo que puede ser usada una caja de juegos!" A continuación, recuerda una película en el que un muchacho representa con una caja de juegos como la mía, básicamente 2 escenas: tira el bebé por el excusado, o hace que se lo coma el cocodrilo.

La paciente se horroriza con estos pensamientos, son muy malos, el bebé totalmente indefenso. Prefiero destacar el aspecto agresivo: "La inquieta tener que con-templar cómo el muchacho puede abiertamente hacer concesiones a sus impulsos. Que simplemente haya eliminado al molesto hermano". La paciente dice: "El muchacho estaba totalmente consciente de su rabia en contra de la madre, una rabia muy violenta".

Simultáneamente con lo último, hace con fuerza el gesto de frotarse las manos.

P.: La verdad es que ya no tengo tanta rabia con mi madre como antes, sino que noto más bien, lo cual me asombra, que rivalizo con mi marido por el cariño de mi madre.

Lo dice de manera ligeramente irónica, sorprendida, pues para ella eso era algo que antes le parecía totalmente imposible; a decir verdad, para ella fue siempre cla-ro que permanentemente envidiaba la manera como su hermano lograba la preferen-cia de su madre. La madre regalaba hermosas cosas a su hermano, mientras ella se debía contentar con un billete. La madre siempre encontraba lo que Carlos deseaba tener, pero, ¿para ella? Podía estar días enteros diciéndole a su madre cuáles eran sus deseos, pero eso no servía para nada; a la madre no se le ocurría nada adecuado. "Me es claro", agrega, "que José [su marido] asumió el papel de Carlos. Noto que me siento envidiosa de mi marido por la manera como mi mamá lo quiere."

A continuación, Catalina resume como madre y esposo están de acuerdo en pensar en que ella podía darse por satisfecha por haber logrado conseguir para ella al-guien como él.

El caso es que la madre no se preocupó suficientemente de ella.

A.: Sí, la pregunta aquí, entre nosotros, es si acaso se hace sentir el mismo sentimiento, a saber, el sentimiento de que no es Ud. sino otro quien recibe mi pleno apoyo, y que Ud. es despachada solamente con un billete.

P.: Aquí ya estaba de nuevo en lo mismo; encaminada a ver las cosas de la misma manera como con mi madre, a sentir lo mismo.

Parece sentir frío interior, comienza a tiritar.

P.: Cuando pienso en la mujer que está con Ud. antes que yo, que sale de la pieza con un semblante alegre, me siento muy molesta. Y pienso que las cosas andan mucho mejor entre Ud. y ella que entre nosotros dos.

Catalina atribuye a su predecesora diferentes papeles en la transferencia, en los que se debate la rivalidad entre hermanos.

La agudización del conflicto a través de la identificación de la otra paciente con el hermano, contiene, además, el que la paciente debe irse apenas le vaya mejor; esto es retomado en la próxima interpretación. La envidia por la otra paciente, que de-biera ser echada, la tocaría también a ella si mostrara abiertamente algo bueno.

A.: Este convencimiento la abrumba enormemente. Aquí no se puede permitir alegrarse, ni tampoco hacer progresos, o solamente muy encubiertos; yo no debo notar que a Ud. le va mejor.

P.: Sí, tiene razón. Mis progresos los muestro afuera. Ahí Ud. no los puede ver y también me puedo alegrar por ellos.

A.: No es peligroso mostrarlos a los demás.

P.: Pero también los muestro aquí. Me produce alegría el que algo cambie. Pero quizás con algo más de cuidado, con cautela.

Al finalizar, debemos discutir con más detalle el problema de la envidia al hermano.

Si nos preguntamos por qué la paciente envidia a su hermano, nos encontramos con el nacimiento del hermano, acontecimiento que ella, como niña pequeña, vivió repetidamente como una expulsión de la familia primaria. Según ella, como lac-tante era muy llorona y quejumbrosa, y, por esa razón, después del nacimiento del hermano, cuando tenía 2 años, había sido trasladada desde la casa paterna al departamento contiguo de los abuelos. Las condiciones de vida de la familia permiten suponer que ella fue un niño no deseado y que el nacimiento del hermano se relacionó con una cierta normalización de la vida familiar. Por lo tanto, más que una hipotética envidia al pecho, es lógico suponer en la paciente una carencia en la vivencia de sentimientos maternos, carencia con la que se identificó de tal manera en los años siguientes, que llegó a convertirse en una persona tan mala y empedernida como lo justificaba la conducta de su madre. De hecho, existen experiencias carenciales que pueden ser reforzadas, o también suavizadas, por fantasías posteriores. Este campo de fuerzas también concierne al modelo básico de envidia y celos, que fue

investigado retrospectivamente por M. Klein y conectado con la relación de dos y de tres personas:

En el fondo, la envidia está dirigida en contra de la capacidad creadora: lo que el pecho envidiado tiene para ofrecer, se percibe inconscientemente como el prototipo de la capacidad para producir, pues el pecho y la leche que él da son vistos como la fuente de la vida (1958, cit. según 1962, p.185).

En razón de la investigación neonatológica moderna, la cronología de la aparición de envidia y celos es actualmente materia de discusión, aunque en otro sentido que en los tiempos de la gran controversia entre A. Freud y M. Klein (Steiner 1985). Las investigaciones micropsicológicas de la interacción entre madre e hijo hacen problemático el proceso de escisión (Spaltung) como causa de la envidia, que se conecta con la metáfora, siempre a mano, del pecho "bueno" y "malo".

Los hallazgos de Stern (1985, p.252) hablan en contra de la suposición de que en la escisión estén involucrados procesos intrapsíquicos tan tempranos. Más bien, sus hallazgos apuntan a que el "splitting" -para usar la expresión inglesa corriente-, está unido con operaciones simbólicas infantiles posteriores. La crítica de Stern recalca la relevancia clínica de los procesos de escisión, pero los desliga de una hipotética raíz en la niñez más temprana.

Las experiencias repetidas una y otra vez, y que atraviesan toda la niñez de la paciente, llevan a la formación del modelo básico: "Si me porto bien y soy cariñosa, me mantendrán junto a ellos, si soy mala y cruel, seré abandonada". En el cuadro clínico de la paciente se pueden demostrar un gran número de tales procesos de escisión, o de divisiones entre bien y mal. Sin embargo, estos deben entenderse como resultados de un desarrollo, en el curso del cual las experiencias repetidas condujeron a la consolidación de esta experiencia básica temprana. El cambio de este esquema inconsciente en la situación transferencial -como reacción de la paciente a otra paciente que para ella era aún más necesitada de ayuda, y con la que puede identificarse inconscientemente- es una muestra de la ganancia en seguridad

básica de la paciente en el análisis hasta ese momento. En su libro póstumo, Rosenfeld (1987, p.266) recalca que la envidia disminuye paulatinamente cuando el paciente se siente aceptado por el analista. En mirada retrospectiva, este autor critica las típicas interpretaciones kleinianas de la envidia que conducen a un callejón sin salida. Señala que las interpretaciones estereotipadas de la envidia hacen que el paciente se sienta denigrado, de tal manera que se forma un círculo vicioso antiterapéutico. Si al contrario, el paciente siente que dispone de un

espacio para pensar y desarrollarse, la envidia disminuye progresivamente. Este cambio tardío en la manera de ver las cosas de Rosenfeld, representante prominente de la orientación kleiniana, debiera ser tomado en consideración por todo el psicoanálisis.

2.4 Transferencia e identificación

2.4.1 El analista como objeto y como sujeto

La exigencia de Freud de que "no se debe educar al enfermo para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser" (Freud 1919a, p.160) pareciera estar en contradicción con la gran significación terapéutica que tiene la identificación del paciente con el analista. Hoffer (1950), en un simposio sobre terminación de análisis, proclamó la capacidad del paciente para identificarse con las funciones del psicoanalista como un componente esencial del proceso terapéutico y de su éxito. Por lo tanto, el tema planteado tiene una significación fundamental para la comprensión del proceso terapéutico y para el campo de fuerzas que puede ser caracterizado a través de la cita siguiente:

En diversas funciones servimos al paciente como autoridad y sustituto de los progenitores, como maestro y educador [...]. Por tentador que pueda resultarle al analista convertirse en maestro, modelo e ideal de otros, crear seres humanos a su imagen y semejanza, no debe olvidar que no es esta su tarea en la relación analítica, e incluso sería infiel a ella si se dejara arrastrar por su inclinación (Freud 1940a, pp.181 y 176).

En relación con esto, surgen una serie de preguntas:

¿Con qué se identifica el paciente? ¿Qué consecuencias se pueden sacar de la teoría de la identificación para el mejoramiento de la práctica, en el sentido de facilitar al paciente la apropiación de las funciones del analista? ¿Qué es lo que el psicoanalista proporciona, y cómo lo hace? ¿Puede el paciente diferenciar, a nivel de sus vivencias, las funciones de la persona que las porta? ¿Cómo se comporta la identificación en relación con la exigencia de que la neurosis de transferencia debe disolverse al finalizar el análisis?

Las identificaciones con personas del pasado se repiten en los objetos transferenciales. Por variadas razones es oportuno distinguir entre objeto de transferencia y el analista como sujeto. Las personas significativas del pasado llegan a ser "representantes de objeto" internos y se han unido con

"representantes de sí mismo". De este modelado interior, y de sus efectos sobre las vivencias y conductas, surge el proceso que Freud (1900a) caracterizó como el restablecimiento de la "identidad de percepción". Este proceso afectivo-cognitivo lleva además a que las situaciones actuales con los demás deban ser transformadas en el sentido de los antiguos modelos. De ello surge que el paciente atribuya, de manera típica, papeles al médico, en base a su disposición inconsciente. En la constelación de la neurosis de transferencia, el analista notará lo intensa que es la presión que ejerce el paciente para obligarlo a asumir determinados roles. El paciente busca "calificar" al analista, en el sentido del uso no reflexivo del lenguaje, para luego poder equipararse con él, por ejemplo, como con un objeto idealizado, esta vez en el sentido del uso reflexivo del "identificarse con ...". En estos poderosos intentos de restablecer una identidad de percepción, intentos guiados desde lo inconsciente, el otro no es tomado en cuenta en su calidad de sujeto, sino que es convertido en "objeto". Si el analista se dejará tocar por estas atribuciones, podrá reconocer la discrepancia entre lo que le ha sido atribuido y lo que él efectivamente es. De esto, el analista logra un margen de conocimiento que le facilita la formulación de interpretaciones transferenciales, como lo ha descrito especialmente F. Morgenthaler (1978). A través de las interpretaciones transferenciales, el pasado se hace actual, con lo cual se abren nuevas posibilidades y perspectivas.

Por esta razón nos parece que no se ha avanzado mucho al calificar al psicoanalista como "nuevo objeto" (Loewald 1960). Es verdad que en la teoría y en la terminología psicoanalítica el "objeto" abarca al sujeto, pero, para el desarrollo de una "personología" psicoanalítica, de una psicología de dos y más personas, es indispensable devolver al "sujeto" su independencia lingüística. Pues, con dejarse convertir en "objeto", el analista cumple sólo parcialmente su función terapéutica genuina como sujeto.

El intento de evitar el influjo directo sobre el paciente contribuyó, además, en el contexto de la metáfora del espejo de Freud, a que se descuidara la investigación de los procesos de identificación en la terapia, aunque éstos sean de gran significación curativa. Lo que buscamos es cambiar, a través de nuevas experiencias, las "identificaciones de objeto" transformadas en estructura. El sujeto que persigue esto, es decir, el analista, debe entonces ser, por un lado, aceptable para el paciente y no caer fuera del "medio ambiente de promedio esperado", en el sentido de Hartmann (1939), para no provocar en el paciente reacciones xenofóbicas. Ya que, por otro lado, el estatus especial de la diada psicoanalítica se diferencia sustancialmente de la comunicación cotidiana, en la cual simplemente se intercambian clisés -lo que es también un tipo de

"reflejarse-en-el-otro" petrificado-, a la innovación le pertenece también un momento de extrañamiento.

Al determinar la compulsión a la repetición neurótico transferencial -en fuerte dependencia de las condiciones de la situación que crea el psicoanalista-, el contenido y forma de los fenómenos observables, la identificación con las funciones del psicoanalista facilita la intelección (Einsicht) de conexiones inconscientes hasta ahora desconocidas, y nuevas experiencias. Mucho antes, Sterba (1929) subrayó la importancia de la identificación, en un trabajo que, a diferencia de su posterior publicación (1934) sobre la escisión terapéutica del yo, sigue siendo bastante desconocido.

Al ofrecer al paciente la posibilidad de una identificación ajustada a la prueba de realidad de su yo, el analista viene en ayuda del yo del paciente, presionado por las tendencias pulsionales del ello. Esta identificación de los aspectos realistas del yo del paciente con el analista, se facilita a través de la consideración y explicación de la situación psicológica, imperturbablemente libre de reacciones afectivas por parte del analista, que llamamos interpretación. La exhortación a la identificación nace del analista mismo. Ya desde el principio del tratamiento, él habla del trabajo en común que se realizará en el curso de la cura.

Formas de expresión usadas frecuentemente por el analista, como: "lo que queremos es mirar en conjunto lo que Ud. realmente pensó/soñó/hizo en relación con eso", contienen tal invitación al yo del paciente a identificarse; sí, ella está contenida en cada uno de los "nosotros" que el analista usa para referirse al paciente y a sí mismo. Como es sabido, esta identificación con el analista es producida

1. por el deseo de curación del paciente;
2. por la transferencia positiva...;
3. finalmente [la identificación] se apoya en la satisfacción narcisista de la vivencia en común de los logros de conocimiento intelectual en el análisis (1929, p.463; la cursiva es nuestra).

En las reflexiones recién citadas, Sterba se acerca a la importante idea de que la identificación no sólo se puede dirigir a un objeto, sino también a un "trabajo en común": entonces, en esto de sacar al paciente de su neurosis, también se trata de la forma misma de comunicación.

Aun cuando una determinada intensificación del "nosotros" tampoco deja de ser problemática, porque puede actuar como seducción o porque puede obstaculizar la oposición y la independencia, creemos que en la comprensión de las reglas de tratamiento de la llamada técnica clásica se ha llegado, más bien, a dificultar la

iden-tificación con las funciones del analista y la constitución del "nosotros" exigida por Sterba. La unidad primaria de la persona con la función trae complicaciones que pensamos pueden ser solucionadas en el curso del tratamiento, por ejemplo, en la apropiación identificatoria que se produce como reflexión sobre sí mismo. Al contrario, el intento de llevar el incógnito hasta sus últimas consecuencias y de traspasar las funciones terapéuticas de manera impersonal es equivocado, tanto por razones antropológicas como psicoanalíticas y psicogenéticas.

El que coloquemos algunas cosas en otro contexto y con ello les asignemos una nueva significación, implica, siempre, que comunicamos al paciente nuestras ma-neras de ver las cosas y que nos revelamos a nosotros mismos. Ya que, desde el punto de vista psicoanalítico, la identidad personal se desarrolla tanto desde adentro hacia afuera como también desde afuera hacia adentro, no sólo por razones prácticas se suelen limitar los influjos externos. A pesar de nuestro rechazo a una deducción puramente sociopsicológica del desarrollo de identidad ("de afuera hacia adentro"), de las tesis sustentadas por algunos científicos sociales, como, por ejemplo, por Luckmann, surgen serias consecuencias para la comprensión de la "reflexión espe-cular" interpersonal.

El ser humano no tiene una vivencia inmediata de sí mismo. El puede experi-mentar de manera inmediata solamente el entorno, la conciencia directa se da sólo en relación al medio ambiente. En las relaciones sociales, el ser humano expe-rimenta a los otros. Estos otros se le dan inmediatamente, a través de sus cuerpos. El cuerpo de los demás se registra como el campo de expresión para los procesos conscientes. Sin embargo, en la medida en que las experiencias de los otros están ahora dirigidas a él, "el ser humano se refleja en sus semejantes". En las rela-ciones sociales que tienen lugar en un entorno común, el ser humano se experi-menta a sí mismo a través de sus semejantes. La capacidad de "reflejarse" mutua-mente es la condición necesaria para que el individuo desarrolle una identidad per-sonal (1979, p.299).

Esta manera de entender la reflexión, permite comprender la metáfora del espejo de Freud como una reflexión sobre sí mismo indirecta (véase tomo primero 8.4). Con todo, aún quedan algunas preguntas por plantear en relación con la metáfora -transformada- del espejo, que no debieran quedar sin mención, aun cuando su respuesta rebase el marco de la casuística que sigue. La expresión "reflexión in-directa sobre sí mismo" -aplicada a la metáfora del espejo- para referirse a la forma de comunicación que es beneficiosa desde el punto de vista

terapéutico y que con-duce a cambios, sigue siendo insuficiente. Porque no se trata sólo de la percepción de los "contenidos", hasta el momento inconscientes, y de las emociones ligadas a ellos, que son "transmitidas" al paciente. Los descubrimientos o redescubrimientos se llevan a cabo en el marco de una comunicación peculiar que hace posible encontrar una nueva manera de relacionarse consigo mismo. El vínculo que el psico-analista señala en la relación con los contenidos inconscientes -y que implica el vínculo consigo mismo en el sentido de Tugendhat (1979)-, llega a ser el modelo de los procesos de transformación, que también cambia la relación del paciente consigo mismo.

2.4.2 La identificación con las funciones del analista

Amalia X había buscado psicoanálisis porque las severas restricciones en su auto-estima habían alcanzado en los últimos años una intensidad depresiva grave. Su desenvolvimiento en la vida y su posición social como mujer estaban gravados, desde la pubertad, por los efectos de un estigma viril incorregible, un hirsutismo, al que Amalia había intentado en vano acostumbrarse. Aunque este estigma podía ser retocado desde afuera, estas ayudas cosméticas y otras "técnicas que hagan el defecto imperceptible", en el sentido de Goffman (1967), no podían elevar su auto-estima y sus inseguridades sociales extremas. A través de un círculo vicioso típico, estigma y síntomas neuróticos preexistentes se reforzaban mutuamente; escrúpulos obsesivos neuróticos y síntomas angustiosos multiformes dificultaban las relaciones personales y, en especial, impedían que la paciente pudiera establecer amistades íntimas con representantes del sexo opuesto.

Amalia X era soltera, eficiente en su trabajo, cultivada y, a pesar de su estigma viril, totalmente femenina. La tomé en tratamiento porque estaba bastante seguro y esperanzado de que el componente de significación del estigma podía ser modificado. Dicho de manera general, partí de la base de que no sólo nuestro cuerpo es nuestro destino, sino de que también pueden llegar a ser determinantes las maneras de ver y los significados que los demás y nosotros mismos tenemos en relación con nuestro cuerpo. La paráfrasis de Freud de un dicho de Napoleón de que "la anatomía es el destino" (Freud 1912d, p.183) debe ser modificada a raíz de las ideas psicoanalíticas actuales sobre la psicogénesis de la identidad sexual. El rol sexual y la identidad nuclear ("core identity") sexual surgen sobre la base de pertinencias sexuales corporales bajo influencias psicosociales (véase Lichtenstein 1961; Stoller 1968, 1975).

Nuestra experiencia clínica justifica la suposición de que un estigma viril refuerza el deseo por un pene, o mejor dicho, la envidia al pene, y reactiva conflictos edípicos. Si llegara a cumplirse el deseo de ser hombre, el esquema corporal de la paciente dejaría de ser contradictorio. La pregunta: ¿soy hombre o mujer? recibiría entonces una respuesta, se eliminaría la inseguridad en la identidad, permanente-mente reforzada por el estigma, la imagen de sí misma y la realidad corporal estarían entonces en mutua correspondencia. Después de todo, la fantasía inconsciente no puede ser mantenida ante la realidad corporal: un estigma viril no hace de una mujer un hombre. Soluciones regresivas, como buscar, a pesar del estigma masculino, seguridad interna por identificación con la madre, reavivan en ella antiguos conflictos madre-hija y conducen a variados procesos defensivos. Todos los procesos afectivos y cognitivos de la paciente están atravesados por una profunda ambivalencia, de modo que a ella, por ejemplo, le es difícil decidirse entre diferentes colores cuando va de compras, porque interiormente los relaciona con la calidad de "masculino" o "femenino".

Pensamos que en tales casos se debe poner más atención que lo habitual en la configuración de la situación analítica, de modo que el sentimiento de ser otro no se vea excesivamente intensificado por la asimetría de la relación. Pues el tema de ser otro -es decir, la pregunta por las semejanzas y las diferencias, por la identidad y la no identidad- forman el marco general dentro del cual se representan los problemas inconscientes. En este caso, se logró construir relativamente rápido una buena relación de trabajo. Con ello, se crearon las condiciones previas para reconocer, en el desarrollo de la neurosis de transferencia, interiorizaciones de antiguas formas de interacción con las personas significativas primarias -padres y maestros-. La corrección lograda se puede deducir de los cambios en el autoestima, en el aumento de la seguridad en sí misma y en la eliminación de los síntomas (véase Neudert y cols. 1987).

Los pasajes del tratamiento que se citan, a pesar de estar mutuamente alejados en el tiempo, se unen entre sí porque en ambos se trata del problema de facilitar nuevas identificaciones a través del análisis de la transferencia. En estas sesiones, la "cabeza" del analista es colocada como representante de antiguos "objetos" inconscientes y su contenido como representante de nuevas posibilidades. A través de la representación en el "objeto", que al mismo tiempo es representación de sí mismo, se hace posible la toma de distancia, ya que el analista pone su cabeza a disposición de la paciente, pero a la vez la conserva. Así, se convierte en modelo de cercanía y distancia. Con ello se aclaran los efectos terapéuticos que puede tener la comprensión de las conexiones perceptivas y de pensamiento del analista.

Elegimos este caso, porque pensamos que en muchos aspectos es adecuado para apoyar nuestra argumentación. En él, a través de un proceso de desplazamiento, la cabeza adquiere significación sexual; sin embargo, este desplazamiento no cambia en nada la comunicación de ideas entre la paciente y yo, que predominantemente gira en torno a la búsqueda de algo oculto en el interior de mi cabeza. La búsqueda de conocimientos se orienta hacia la sexualidad. Este tesoro misterioso y bien guardado (reprimido), es presumido a causa del desplazamiento inconsciente a la ca-beza (como "objeto transferencial"). Por lo tanto, el redescubrimiento del "desplazamiento" saca a la luz algo que para la paciente es "nuevo".

Las reflexiones que conforman el trasfondo de mis interpretaciones se exponen junto al texto recortado. Estas "reflexiones" fueron introducidas con posterioridad a las interpretaciones y a las reacciones de la paciente. Evidentemente, en la génesis de las interpretaciones no me guié sólo por las reflexiones citadas. No importando cómo puedan originarse las interpretaciones, una vez que son efectivamente comunicadas, deben regirse por criterios "cognitivos", según lo exige Arlow (1979). En mis comentarios, destaco el "producto final" de mis interpretaciones, producto capaz de ser cognitiva y racionalmente fundamentado, y descuido el proceso de la génesis en sus componentes irracionales inconscientes. Queda abierta la cuestión de dónde comienza mi pensamiento analítico en cada caso particular. Se parte de la base de que el aparato perceptivo del analista es guiado por su conocimiento teórico, que puede haber llegado a hacerse preconsciente, y de que es, por lo tanto, difícil retrotraer el proceso de génesis de las interpretaciones hasta su mismísimo "comienzo". Así por ejemplo, el conocimiento teórico sobre el "desplazamiento" facilita la percepción preconsciente, empapa la intuición del analista y se mezcla con la contratransferencia (entendida ésta en su sentido más amplio).

La paciente sufre bajo enormes sentimientos de culpa que se han actualizado en la relación conmigo. La ley bíblica del Talión, "ojo por ojo, diente por diente", adquiere más fuerza en sus vivencias a causa de sus deseos sexuales. El modelo ideal que surge de su historial de vida para el contenido de la neurosis transferencial es el de una relación incestuosa fantaseada con el hermano. El aumento de tensiones internas hace que la paciente juegue con la idea de dedicar nuevamente su vida como misionera a la Iglesia, o con la idea de quitarse la vida. (Como muchacha quiso ser enfermera religiosa, pero, después de un período de prueba, abandonó la idea porque se le había hecho insoportable la estrechez pietista. Con su salida, logró tomar una cierta distancia frente a los estrictos mandamientos bíblicos.) Ahora, su "antigua" biblia alega en contra mía, "con quien se encuentra en una lucha a cu-chillazos" (la expresión alemana es

im Kampf bis aufs Messer, lo que en buen castellano debiera traducirse por "en lucha sin cuartel"; nota de los traductores). Esta lucha se desenvuelve en distintos niveles, para los cuales la paciente acuña una serie de imágenes. Tiene la sensación de que el "dogma" del analista, la "biblia de Freud", no es compatible con su biblia cristiana. En todo caso, ambas biblias comparten la prohibición de relaciones sexuales con el analista.

La paciente lucha por su independencia y por sus necesidades, y las defiende frente a ambas biblias; desarrolla una potente defensa frente a mis interpretaciones y tiene el sentimiento de que yo, ya desde antes, "conocía el paño" en detalle. Se siente pillada en sus desvíos y distracciones, y degradada. Tiene el intenso deseo de llegar a significar algo para mí y de vivir en mí. Está pensando en regalarme un antiguo reloj que marque las horas -¡oh maravilla!- para mí (y para ella).

En este período del tratamiento hay un tema que cobra una significación y una intensidad especial: el recién citado interés por mi cabeza. ¿Qué resultados espera la paciente de la medición de mi cabeza? Desde hace tiempo, Amalia X tiene la idea, y ya alguna vez lo había dicho en un contexto similar, de que yo busco una con-firmación de lo que ya está en los libros, en mi pensar o en mi cabeza. Lo que ella quiere es algo totalmente nuevo.

Ella misma busca interpretaciones y se esfuerza por comprender mis pensamientos.

La paciente se explaya sobre uno de sus superiores, muy estricto, que la había injustamente criticado y frente al cual no se puede imponer.

A.: Ud. sospecha que yo estoy sentado detrás suyo y que digo "falso, falso".

Reflexión: Esta interpretación transferencial se basa en la suposición de que la paciente me atribuye funciones superyoicas. Esta interpretación la alivia y la anima a rebelarse. (Desde hace tiempo que la paciente había reconocido que yo en realidad no soy así y que no la critico, pero de esto no está, primero, segura y, segundo, tampoco se permite creer en ello, porque aún tiene sin saldar cuentas agresivas considerables con antiguos objetos.) Presumo la existencia de sentimientos trans-ferenciales muy intensos y parto de la base de que tanto la paciente como yo podemos tolerar un aumento de la tensión. Repito su preocupación de que yo no pueda tolerar aquello y finalmente formulo: "... entonces, estamos ya en una lucha a cuchillazos" (la interpretación deja abierto quién tenga el cuchillo). Con la alu-sión a un símbolo fálico, estoy pensando en una estimulación de los deseos in-conscientes. ¡Sobredosis! La paciente reacciona retrayéndose. Suposición: auto-castigo.

P.: A veces tengo la impresión de querer abalanzarme sobre Ud., tomarlo por el cuello y no soltarlo. Entonces pienso, eso no lo aguanta, ahí mismo se cae muerto.

A.: ... que yo no toleraría algo así.

Este tema tiene variaciones, en las que la paciente expresa su preocupación de exigirme demasiado, de que yo no pueda tolerar físicamente la lucha.

A.: Estamos ya en una lucha a cuchillazos.

P.: Probablemente.

A continuación piensa que, en todos estos años, siempre ha abandonado mucho antes de que la lucha verdaderamente comience, retrayéndose.

P.: Tampoco he tenido mayores dudas sobre si lo correcto haya sido retraerme. Después de tanto tiempo, siento ahora nuevamente el impulso a abandonar.

A.: En vez de luchar a cuchillazos, retraerse y sacrificarse a sí misma como misionera.

P.: Exacto, enervante.

Reflexión: Su miedo de perder el objeto es muy grande.

A.: Entonces, con ello también Ud. se asegura de que yo continúe con vida. Claro que de este modo interrumpe antes de tiempo la prueba de mi capacidad de tolerancia.

El tema de cuánto soy capaz de tolerar se continúa con la cuestión de si yo me dejaría arrastrar por su "delirio". En un contexto anterior, la paciente había hecho comparaciones con un árbol, en el sentido de si acaso ella podría llevarse algo de éste, y qué cosa.

Retomo esa imagen y planteo la pregunta sobre qué es lo que quiere llevarse al cortar las ramas.

Reflexión: Arbol del conocimiento - agresión.

P.: Su cuello, su cabeza. A menudo pienso en su cabeza.

A.: ¿Y queda la cabeza en su lugar? ¿Piensa muy a menudo en mi cabeza?

P.: Sí, sí, muy, muy a menudo. Desde el comienzo que la mido en todos los sentidos.

A.: Hm, es...

P.: Es muy curioso, de atrás hacia adelante y de abajo. Creo que rindo un verdadero culto a su cabeza. Es muy extraño. Con otra gente, muy espontáneamente examino lo que llevan dentro, pero sin que tenga que estar tasándolos.

Reflexión: Establecimiento de comuniones como identificación primaria.

(El tema se prolonga por un largo rato, con algunos silencios y "hms" del analista.)

P.: Me siento simplemente sobreexigida. A veces, después de algo así me pregunto por qué no he visto una conexión tan simple como ésta. Su cabeza me interesa enormemente. Naturalmente también lo que está adentro. No sólo llevármela, no, lo que quisiera es meterme dentro de la cabeza, sobre todo meterme dentro.

Reflexión: Por el retiro parcial del objeto, aumenta la agresividad fálica inconsciente.

La paciente habla muy bajo, de modo que en vez de "meterse dentro" (eindringen) entendí "aportar" (einbringen). La paciente lo vuelve a decir de manera clara, agregando una imagen peculiar: "Sí, es algo tan difícil de decir frente a 100 ojos."

P.: Meterse dentro, se trata de meterse dentro y de sacar algo.

El meterse dentro y sacar algo, lo veo en el contexto del tema de la lucha. Por el desplazamiento de abajo hacia arriba, el simbolismo sexual, incorporado en una historia, puede ser utilizado terapéuticamente. En relación con éste, la paciente había relatado en una sesión anterior lo siguiente: una amiga no había permitido a su novio llegar al acto sexual masturbándolo, lo que, en analogía con los cazadores de cabeza, calificó como "reducción de cabeza". La intención castratoria inconsciente, dictada desde la envidia al pene, condicionaba en la paciente una profunda angustia sexual, y tenía su paralelo en una angustia de defloración, en general y en particular. En el sentido de un suceder neurótico circular, que se autorrefuerza y perpetúa, las angustias conducían a su vez a frustraciones, que la paciente se imponía a sí misma de manera automática. Las innumerables denegaciones intrapsíquicas de sus deseos sexuales y eróticos reforzaban los componentes agresivos de los intensos afanes de tener y poseer (deseo del pene y envidia al pene).

A.: Ud. quiere tener el cuchillo para poder meterse concretamente adentro, para sacar aún más.

Después de algunas idas y venidas, entrego un resumen diciendo que en esto del tema de meterse dentro, en lo de la cabeza, y en la lucha a cuchillazos, se trata de algo muy concreto.

A.: No por nada su amiga habló de reducción de cabeza.

P.: Precisamente por eso interrumpí mis pensamientos. (Unos 10 minutos antes la paciente se había desviado a un tema apartado.)

La paciente se aparta nuevamente, después de comunicar lo que había entendido de su resistencia en contra de una intensificación de la transferencia: mediante comentarios críticos de diverso tipo logra que la transferencia no se haga muy intensa.

P.: Porque en este momento eso es tan idiota, tan alejado. Sí, se trata de mis deseos y anhelos, pero es endiablado, eso basta para que me enoje de verdad, y ahora, más encima, viene esto de la cabeza y de la cabeza reducida ...

Ríe -al mismo tiempo dice que lo siente- y calla.

Trato de animar a la paciente.

A.: Ud. sabe lo que hay en su cabeza.

P.: En este momento no me siento en absoluto cómoda dentro de mí. ¿Sé acaso lo que viene mañana? Tengo que reflexionar; estaba justamente en lo del dogma y en su cabeza, y que Ud. quiera dirigirse hacia abajo ... (Hacia la "cabeza reducida".) Lo encuentro de verdad grotesco.

Reflexión: Volví al tema de las cabezas reducidas, porque partí de la base de que una relación placentera ablandaría la referencia de objeto envidiosa, y la paciente estaría más dispuesta a colaborar.

Luego, la paciente empieza a hablar de cosas externas. Describe cómo me ve y cómo se ve ella misma, independientemente de la cabeza, la que poco después vuelve al centro de la atención, esta vez en un sentido general.

A.: A través de sus pensamientos sobre la cabeza, trata Ud. de descubrir lo que Ud. es y lo que yo soy.

P.: A veces mido su cabeza, como si quisiera pesar su cerebro.

La paciente describe entonces las asociaciones que tuvo cuando una vez vio una foto mía en una publicación.

P.: Al hacerlo descubrí algo totalmente distinto: una tremenda envidia por su cabeza. Una envidia loca. Naturalmente, ahora siempre me topo con algo de eso. Siempre que pienso en el puñal y en un hermoso sueño.

Reflexión: Evidentemente, la paciente se sintió pillada; se siente humillada por su propia asociación, como si hubiera adivinado mi suposición de qué es lo que ella envidia, y como si con este conocimiento le hubiera, por así decir, tomado la de-lantera.

A.: Se siente obviamente degradada por sus pensamientos, como si yo ya supiera dónde debo encasillar lo que Ud. dice de su envidia, o sea, piensa que yo ya sé lo que Ud. envidia.

P.: Eso vino justamente ahora, porque Ud. antes se refirió a las cabezas reducidas, algo que yo nunca he hecho. Pero lo que me impresionó fue esta lucha a cuchi-llazos, para tomar lo duro. ... Sí, eso es lo que temí, que Ud. no pudiera tolerarla. El que Ud. no pueda tolerar más es un miedo muy antiguo. Mi padre nunca toleró nada. Ud. no podría creer lo aburrido que encuentro a mi padre. No toleraba nada.

Reflexión: Sorprendente giro. La inseguridad de la paciente, su angustia al agarrar, tomó forma "inespecífica" en el padre.

A.: Entonces es mucho más importante que mi cabeza sea dura. Eso aumenta la dureza del agarrar.

P.: Sí, se puede agarrar con más dureza ... y, simplemente, se puede luchar mejor.

La paciente formula varios comentarios en el sentido de lo importante que es que yo no me deje arrollar, y vuelve a su envidia.

Retoma el tema de sus estudios, de cómo "medía" en ese entonces la cabeza de los demás.

Luego expresa un pensamiento nuevo.

P.: Quisiera hacer de un golpe un pequeño hoyo en su cabeza y, para continuar con el tema, meter algo de mis pensamiento dentro.

Reflexión: ¿Una imagen concreta de intercambio "espiritual"?

El pensamiento de la paciente sobre la reciprocidad del intercambio permitió iluminar un nuevo aspecto de la lucha. Pues a través de esta idea también se expresaba lo importante que para mí es que ella me mantenga en vida, y mantenga al mundo en vida, y que no se evada en la autoinmolación masoquista del servicio misional, ni tampoco en el suicidio.

P.: Se me acaba de ocurrir. Si acaso no puedo cambiar algo de su dogma por el mío. Pensar en este intercambio me ha hecho más fácil decir todo sobre la cabeza.

A.: El que Ud. se pueda quedar acá y así poder seguir llenando mi cabeza con sus pensamientos.

Reflexión: Temores en muchos sentidos. Compensación y reconocimiento de la reciprocidad.

P.: Claro que sí, y ofrecer pensamientos que sean de verdad fructíferos.

La paciente vuelve a sus pensamientos y fantasías de antes de la sesión, a cómo se sentía desgarrada. Si acaso tenía algún futuro y si más bien no debiera retirarse de todo y poner punto final.

A pesar de que ya desde el comienzo había tratado de aliviar los intensos sentimientos de culpa en relación a su destructividad, retomo una vez más la idea de que sus reflexiones sobre mi estabilidad son, por así decirlo, proporcionales a su agresividad. Sólo con una fuerte e indiscutible estabilidad de mi parte puede la paciente ganar seguridad y permitir que su destructividad se siga desplegando. Probablemente éste es también el contexto del dogmatismo que, a pesar de criticarlo -tanto en lo que se refiere a su propia biblia, como en lo que toca a la fe que me atribuye en la biblia de Freud-, le da por otro lado seguridad, porque el dogmatismo no puede nunca ser suficientemente pronunciado ni suficientemente observado.

A.: Naturalmente, Ud. no quiere un hoyo pequeño, ni tampoco se conforma con meter poco, sino lo que quiere es meter mucho. Ha hecho un tímido intento de probar la estabilidad de la cabeza con el pensamiento puesto en un hoyo grande o chico.

La paciente toma la interpretación que siguió, de que a través de un hoyo más grande también puede ver más y también tantearlo todo:

P.: Quisiera poder incluso pasearme por dentro de su cabeza.

Detalla estos pensamientos y destaca que ya antes de la sesión de hoy había nuevamente pensado en lo hermoso que sería descansar junto a mí; tener, por así decir-lo, un banco en mi cabeza. Muy tranquila, menciona que, en mi lecho de mori-bundo y al mirar hacia atrás en mi vida, yo podría decir que tuve un trabajo hermo-so, tranquilo y pacífico.

Reflexión: La tranquilidad y la paz tienen claramente un aspecto regresivo, que es el de evitar totalmente la lucha por la vida.

La paciente ve ahora su entrada cuando joven en un noviciado, como si entonces las puertas hubieran estado totalmente abiertas y como si ella se hubiera apartado de la vida.

Al comienzo de la sesión traza un paralelo con el hecho de que la puerta de mi pieza estaba abierta.

P.: La verdad es que allí no tuve que insistir para entrar. Sí, entonces podría dejar la lucha fuera, también a Ud., dejarlo fuera, y Ud. podría entonces conservar sus dogmas.

A.: Hm.

P.: Y entonces yo no lucharía con Ud.

A.: Sí, pero entonces tampoco Ud. fecundaría mis dogmas con los suyos. Con la paz no cambiaría nada, pero a través de sus intervenciones en mis pensamientos, en mi cabeza, Ud. quiere cambiar algo, claro que sí, quiere y puede cambiar algo.

En la sesión siguiente, después de unos 5 minutos, la paciente retoma el tema de la cabeza y de su medición, y después dice que interrumpió lo que yo había empezado a propósito de las "cabezas reducidas".

P.: Ya se lo dije. ¿Por qué quiere ahora deslizarse desde la cabeza hacia abajo?

Luego, relata que apenas había llegado a la casa se había acordado de lo que había pensado al saludarme, pero que lo había olvidado totalmente en la sesión.

P.: El (el analista) me parece estar en sus mejores años, y con ello pensé en los genitales y en las cabezas reducidas.

Pero, había apartado rápidamente estos pensamientos y me había alejado nuevamente.

P.: Cuando Ud. empezó con lo de las cabezas reducidas pensé: ¿de dónde lo vuelve a sacar?

Se trata de la cuestión de mi seguridad y de mi dogmatismo, y se me aclara que la paciente había sentido como muy dogmático un comentario hecho por mí alguna vez, de manera totalmente no dogmática, cuando el tema era o Freud o Jung (cuyo contenido he olvidado).

La paciente piensa luego en una vida plena y en el momento en que todo terminó para ella y se transformó en una "asceta", y si acaso estaría aún a tiempo de resucitar todo aquello. Luego retoma el tema de la lucha y de la cabeza.

P.: De verdad tenía miedo de quebrarlo a Ud., y ahora pienso que es tan tieso y derecho, y pienso que algo no calza en mi cabeza. Si no me siento cómoda en mí misma, ¿cómo voy a poder entrar entonces en su cabeza?

La paciente habla a continuación de su tía, que a veces era tan dura que ella pensaba en una muralla. Luego, la conversación se continúa con lo duro o blando que quisiera tener su cabeza. Sus fantasías giran, por un lado, en torno a tranquilidad y seguridad, por otro lado sin embargo, le intranquiliza lo que pudiera estar oculto en la cabeza, de manera que existiría el peligro de ser engullida.

Reflexión: Obviamente se trata aquí de un movimiento regresivo. La paciente no puede encontrar tranquilidad y alivio, porque sus deseos sexuales se conectan con fantasías pregenitales que retornan proyectadas en el peligro de ser tragada. Este componente encuentra su clara representación, y en cierta manera también su liquidación, a propósito de una ocurrencia posterior, una historia de indios, donde las madres proporcionan placer a sus pequeños chupándoles el miembro y, al hacerlo, se lo arrancan a mordiscos.

La comparación de las cabezas y su contenido gira una y otra vez en torno a la pregunta de lo que calza y lo que no calza.

P.: La pregunta de cómo llega Ud. a sus pensamientos y cómo yo a los míos ... Los pensamientos están acá para muchos ...

A.: Cómo se encuentran, cómo se rozan mutuamente, hasta dónde penetran, cuán amigables u hostiles son.

P.: Sí, exactamente.

A.: Hm, claro.

P.: Claro que lo dijo de una manera un poco demasiado deslavada.

La paciente reflexiona qué es lo que le asusta, y vuelve de nuevo al tema de las cabezas reducidas.

P.: Con eso me sentí obligada a enfrentarme con la sexualidad. Fue un salto muy grande.

El tema se continúa con la pregunta por su velocidad y por mi consideración por ella y por su ritmo.

P.: Pero es cierto, naturalmente no sólo era su cabeza, sino el miembro.

Amalia X es ahora capaz de diferenciar, con una angustia que primero crece y que después desaparece, entre el placer de relacionar con los pensamientos y el placer sexual: el diván se transforma en los pensamientos en un lugar de reunión sexual, el descanso en mi cabeza en símbolo de armonía pregenital y, finalmente, también en localización de la comunión de pensamientos y del insight. Algún tiempo después, este aspecto se hará aún más claro:

El tema de las sesiones está centrado en el síntoma de angustia de daño, que había surgido como reacción a una inflamación inocua de la vejiga. La paciente sufre de una persistente necesidad de orinar (polaquiuria), que atribuye al daño que se habría infringido por la masturbación. Con ayuda de libros de anatomía, Amalia trata de hacerse un cuadro de su región genital. Localiza sus malestares en todo el bajo vientre. Se imagina que, de tanto apretar y restregar, estropeó algún músculo, del mismo modo como puede dañarse el esfínter muscular de la vejiga en los par-tos difíciles. La paciente está muy menoscabada por esta angustia, padece de in-somnio y le cuesta trabajar. Teme que se pueda reconocer una mancha húmeda en sus pantalones. Durante la masturbación predominan en ella las fantasías destruc-tivas.

A pesar del aumento de los malestares, la paciente conserva una actitud confiada. Espera de mí una respuesta clara para su pregunta de si es anatómicamente posible que se haya dañado por la masturbación. Mi aseveración de que eso no es posible reduce su angustia y la lleva a sentir transitoriamente un gran alivio, pero también a la sensación de haberme chantajeado o "de alguna manera seducido". De ello podrían surgir "nuevos peligros". El chantajear, el admitir y el seducir se entre-mezclan. Teme que yo la pueda "conducir a alguna parte donde todo está permi-tido", como si en mi concepción de mundo no hubiera lugar para la culpa. La pa-ciente oscila entre dos representaciones: tan pronto ve en mí al seductor como lue-go al moralista.

A pesar de que su religiosidad pietista le significa ahora muy poco, el recurso a ella le aparece como la salida de la amenazante falta de límites dentro de sí, que todo lo confunde y destruye. Ya antes del análisis había relajado su relación con la Iglesia, pues en ella, en vez de experimentar alivio para sus penurias, se sentía ca-da vez más abrumada por los preceptos.

En esta fase, se produce un cambio decisivo, en la transferencia y en la relación, cuando la paciente tiene la experiencia de recibir de mí una explicación para mi proceder técnico. Esta comunicación le facilita la identificación con la función su-ministradora de insight del analista. Mi disposición de hacerla participar en

mi pensar, como un "tesoro" muy especial, eleva tanto la relación como la transferencia a un nivel nuevo. Poder echar un vistazo y con ello ganar insight, es decir, estar menos excluida, hacen superfluas las penetraciones agresivas en mi cabeza, el tener que taladrarla; en otras palabras, traen acercamiento y participación, en un nivel amistoso, placentero y lúdico.

Lo que para la paciente es ocasión para nuevas experiencias, esto es, la ojeada en mi pensar psicoanalítico, es para mí, en cambio, más bien algo trivial, de ningún modo algo especial. En una transferencia lateral con su superior, depone un "res-peto monstruoso", que ante todo se relaciona con la falta de tiempo del jefe, que no le permite aclarar en una conversación más prolongada una pequeña discrepancia pendiente.

Por lo visto, la paciente experimenta mi "señal de confianza" como expresión de una mayor libertad, como si yo me hubiera liberado de alguna restricción. El trabajo se centra a continuación en su afirmación de que desde hace tiempo ella sabe cuáles son los que yo pienso son los temas esenciales de sus vivencias y que yo "puedo penetrar en ellas y conocerlas".

La paciente ha traído a la conversación el tema con su superior y ha aclarado que se siente más libre frente a él. De manera algo exagerada, endosa su éxito al psico-análisis y a mí mismo. Después, se plantea la pregunta del aliento que ella espera de mí en este momento, a lo que manifiesto que el aliento que ella desearía es que la anime a saborear su propio éxito. El diálogo se continúa con el exagerado miramiento y respeto que ella aún siente.

A.: Eso es algo que se desmantela en gran parte por sí solo.

P.: Todavía tengo un enorme miedo de ser echada.

(Al modo de un minisíntoma, la paciente abandona la pieza desde hace tiempo regularmente algunos minutos antes de que la sesión termine. La multideterminación de esta conducta no nos ha ocupado como tal de manera expresa. Cambia sola cada vez. Entre otras cosas, la paciente quiere así evitar que el "ser echada" anule totalmente el vínculo existente entre los dos.)

Para mi sorpresa, la paciente me pregunta: "¿Le ha llamado la atención que en este momento haya dado una explicación de su técnica, algo que rara vez hace?"

A través de la respuesta a mi contrapregunta de a qué se refiere, me entero de que la paciente estaba impresionada por mi comentario de que algo se desmantela por sí mismo, sin ayuda especial. (En mirada retrospectiva: entonces sí le había suministrado aliento al decirle que muchas cosas suceden por sí solas y que no todo debe ser conseguido luchando.)

Luego, la paciente se exhibe largo sobre lo enormemente positiva que ha sentido mi afirmación y que la ve como expresión de mi libertad.

P.: ¿No le gusta la libertad que con ello le atribuyo?

Le manifiesto mi sorpresa de que ya no crea necesario penetrar en mi pensar para poder enterarse del fundamento de mis afirmaciones y reflexiones, aunque eso sea algo que ella ya sabe desde hace tiempo.

P.: Pero el que lo pueda decir es algo que encuentro totalmente nuevo.

A.: Entonces es como si sólo mi declaración le hubiera dado permiso para saber algo totalmente obvio, que por lo demás Ud. ya sabía desde hace tiempo.

P.: En esto había aún algo más, y es la imagen que yo siempre he tenido de Ud., de que Ud. justamente vigila su tesoro.

Ríe.

P.: Siempre he tenido la sensación ... Cabeza, libro y todas esas cosas, y si Ud. abre su cabeza, entonces no tengo que taladrarla, y eso es simplemente algo totalmente distinto. Es precisamente una apertura o libertad que nace de Ud. De alguna manera una señal de confianza, pienso yo, el que Ud. diga: esto lo hago por esto y por esto ... Para mí esto es así o asá. Por lo demás es distinto que lo diga Ud. y no yo.

A lo del libro abierto hay que añadir el que, entretanto, la paciente ha leído una publicación mía y otra escrita en conjunto con mi mujer. De alguna manera ella había atribuido a la "biblia de Freud" la prohibición de la adquisición de conocimientos, y la paciente estaba manifiestamente sorprendida de que yo considerara su curiosidad como algo natural, al igual que algunas averiguaciones sobre mi tras-fondo familiar, sobre el cual, en lo que se refiere a mi biblia "cristiana", ya antes del análisis se había hecho una imagen vaga a través de relaciones con conocidos lejanos.

Con el aumento de la confianza y de la identificación con mi función analítica suministradora de insight, se desarrollaron fantasías transferenciales nuevas y más intensas. La continuidad de la relación de trabajo está garantizada, ella se simboliza en "un rostro estable y confiable", en una "cara de estar ahí, presente" o en las "manos cálidas" del analista.

Este último intercambio ilustra el proceso de la génesis actual, que describimos en las consideraciones previas al segundo capítulo. Con ello se quiere dar a entender que un afecto, o una percepción, se origina siempre en el contexto de una situación actual, aun cuando en eso se activen o "transfieran" esquemas o clisés inconscientes. La denominación "génesis actual" proviene de la psicología de la Gestalt y fue introducida por Sander para conceptualizar el surgimiento de una "Gestalt", de una figura, en el aquí y ahora de la vivencia (véase Sander y cols. 1967). Recomendamos la adopción de este concepto, pues en psicoanálisis se trata constantemente de génesis actuales, no importando lo lejano en el pasado que estén las raíces de lo que se manifiesta en el aquí y

ahora de la situación analítica. El concepto de Erikson de "actualidad" se acerca al de "génesis actual" (Erikson 1962).

Transferencia y relación

Consideraciones previas

Transferencia y relación

Fomento de la "relación que ayuda"

Transferencia y relación

Apoyo e interpretación

Transferencia y relación

Transferencia y relación

Comunión e independencia

Transferencia y relación

Transferencia positiva moderada

Transferencia positiva moderada

Transferencia y relación

Transferencia positiva intensa

Transferencia y relación

Transferencia y relación

Deseos de fusión

Deseos de fusión

Transferencia y relación

Transferencia erotizada

Transferencia erotizada

Transferencia y relación

Transferencia negativa

Transferencia negativa

Transferencia y relación

Redescubrimiento del padre

Transferencia y relación

Transferencia y relación

Envidia al hermano

Transferencia y relación

Transferencia y relación

El analista como objeto y como sujeto

El analista como objeto y como sujeto

Transferencia y relación

La identificación con las funciones del analista

Transferencia y relación

□7□<□·=□·A□DøE□7
<□·=□·A□D øE□7 de □7□<□·=□·A□D øE□7□7□<□·=□·A□D
øE□7□7□<□·=□·A□D øE□7□7□<□·=□·A□D
øE□7□7□<□·=□·A□D øE□7□7□<□·=□·A□D
øE□7□7□<□·=□·A□D øE□7r.
Luego□7□<□·=□·A□D øE□7□7□<□·=□·A□D
øE□7□7□<□·=□·A□D øE□7□7□<□·=□·A□D øE□7e y cómo se ve
ella misma, independientemente de la cabeza,
□□□&'□?□□□P□3□A□b□s□≤□Σ\$t\$Á\$Ñ
'≠ysmgagagagagag[□□□@□□□□□□
□□□□□□□□'≠'a',)□)□~)□*‡*Û0(c)0¥1-1Õ2D2J4
4B4Dysmgmbmgmgmgm\m□Ä□□□□□@□□□□□@□□4D4m6ö6";R;]
=h=˜>D?g[ÿ\R\V\Æ\≤]p_¶_ß`□ysmsmsmsmsmsmsms□□□□@□□□□□¿□□
'□'□'Õ'ÍaOaUx{xâ{(c)}{(tm)ÑSÑ
rÛ□Ü3çêçóò□ò□úvpjpdpd_pjpdpdpd□□□□@□□□¿□□□
□□□úúúú-
ú»ù!ù3ù'ùüàüëüæüÏfiîfîf·Õ·Û¶2¶nysysysysysysnhsbsy□¿□□Ä□□□□□□□
@□□¶n(r) (c)□Ø/≥□≥□≥B>F¥v¥z¥¥¥[¥,µAµ%∞∂q∂†∂√[Π(r)Π'π;]æ^a
ysysysysysysysysysysys□@□□□□^aQ°ÊΩ}æ3E:EE-W-\''□"F"J'
,
'T'a"÷∂ÿVÿZÿöÿsÿ-ysysysysysysysysysysys□@□□□□ÿ-
ÿ'ÿË/ÿÏ,€C€G<S<W<äfi□fl0flê‡
·Ë,,,#%∞·%∞≤ÂMÂNysysysysysysysysysysn□□□□@□□□□ÂNÂæÂÃÂ1Á□Á
ûÁ'Ë0Ë4Ë(Ë,Ïù/ÓìÓóÔœÔÿÔ□Ò(□□_ysysysysysysysysysys□¿□
□□□□@□□□□_□□n□□3□□B□□/□□Ë□#;□\$Á□%±□%æ□&¶□(□□<
w□=B□=]□=◇□=,,□>Ø□>≥□@Ñ
□@à□A`□Adysysysysysysysysysysys□□□@□□□Ad□A£□Aß□BÖ□E_□F(
c)□F≠□GÄ□GÅ□GÖ□JM□J-
□JÁ□PA□SK□SO□T□□T□T≤□T;□Uøysysysysynshsysysysy□¿□□□□□□
□@□□□Uø□U√□U«□UÀ□UÎ□UÔ□U1□U~□V□V!□Vw□V{□V~□V□□
Vä□Vé□Ví□Vñ□V~□V"□VÎ□WÔ□Xãysysysysysysysysysysys□@□□□□□
Xã□Xú□Y|□ZØ□Z«□ZÀ□["□J□\^a□ø□\□\ÿ□\Í□\Ó□\~□\□]N□&]R□]Â□]
È□^□□^□□^□ysysysysysysysysysysys□@□□□□□^□□^b□^≥□^Σ□_□□_
□_□_2□_Δ□_□_□_&□_Ç□_Û□_æ□_~□_◇□_€□_a□_□_a□_cÃ□_c-
□døysysysysysysysysysysys□@□□□□□dø□d√□e'□fä□fï□f□□g□□g
□gJ□gK□gQ□gê□gç□gØ□gÿ□g>□hP□hT□hu□hy□h}□hÅ□h^aysysy
sysysysysysysysysysys□@□□□□□h^a□hø□i□i
□i%□i4□i<□in□i_□j¶□j_□k□□k

□k□□k□□k□□k
□k\$□l?□IC□IR□IV□mÛysysysysysysysysysysys@□□□□□mÙ□m̄□nÁ□
nî□od□oh□ox□o|□pE□pI□pM□pQ□pâ□pç□pë□pï□qK□qO□qS□qW□r
□r□□r□ysysysysysysysysysysys@□□□□□r□□r□□uf□ug□uk□u¶□u(tm)
□u"□u◇□uË□uĪ□ve□vi□v«□vÀ□xo□xs□yΩ□{D□{b□ö<ysnysysysysysysy
syhy□¿□□□□□@□□□□□ö<□ö>□†□□†□□≠Y□≠Z□≠1□Æ□□[]f□[]<□[]
Ê□πÖ□πâ□^a□^a □^aû□^o-□ΩD□ΩHysjses_sysysysysysys_¿□□□□□
□□□□□@□□□□□ΩH□ø2□ø;□øv□øz□øô□øù□¿K□¿O□¿i§□¬□□¬□√□≈+□
≈|□ΔÓ□ΔÚ□«É□«á□«·□«Âysysysysysysjsysysysys
□□□ □□@ □□□□«Â □ ò □ ' □ ÑT □ ÑX □ Ñð □ Ñü □ œ , □ œ □ - □ _ □ -c □ -
m□"Æ□'U□'J□'≤□'∂□'Ë□'Ī□÷, □÷B□÷~□÷Çysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysys@
□□□÷Ç□÷û□÷ç□◇□□◇□□◇ä□◇é□ÿ•□ÿ/□ÿç□ÿ¶□/+□//□ã□ê□€=□·□□,,
b□,,m□ÁÏysysysysysysysysysysysjs
□□□□□@□□□□ÁĪ□ÁĪ□Á1□Ër□Ët□È¥□È^a□È»□È
□Î□□Î□□ÎP□ÎR□Ī/□Ī6□ĪĪ□ĪÓ□ĪĪ□ĪÒ□Ó.□Ó0□Ò≠ysmsmsmsmsmsmsmsms
msmsm□□□□@□□□
□□Ò≠□Ò¥□ÖĪ□ÒÓ□Ù□□Ù□□Ù=□ÙD□ÙÉ□ÙÖ□Ù"□Ù<□ÙÓ□Ù1□!□1
*□iú□i°□1, □iÈ□^□□^□□~?ysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysys@□□□□~?□~F□~û□
~†□~œ□'□·□□°□□°□°-□°-
□°/□, C□, J□, z□, |□~â□~ê□~Õ□~œ□□ç□□(c)□□fysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysys@
□□@□□□□fi□□‡□□@□□G□□ç□□è□□/□□·□□Ë□□Í□□;□□B□
Σ□
π□ 1□ 2□ <□
\
]ysysysysysysysysysysmdm_□□□□
□□□□□□□@□□□□
]□
Ô□
·□□□□□è□□ò□□§□□7□□G□□≥□□<□□fi□□~□'Ñ□'"□(□□)
□)1□)'ypyjyjydy^yjyjy_¿□□Ä□□@□
□□□□□□)'□)ÿ□*\$□/Ω□0n□0r□18□4□□4`□4d□4^a□=[^]□=[^]□=[·]□?&□?1□
?ò□?ú□?·□EÖ□FB□V"□W...ysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysys@□□□□□W...□XC
□Yo□Ys□Y÷□Y/□YĪ□YÔ□Z~□[«□[¿□\□□\∞□]'□]a□]l□c"□cĭ□díysysysy
ysysysyney_y_¿□
□□□□□□@□□□□□dí□dò□dô□dü□ifi□j
□j□□k=□l?□l|□l^a□lø□m□□m•□mÙ□m^□n^a□n≈□oq□o,,□oÏysysyjsy
sysysysysysysys
□□□□□@□□□□oĪ□p[□rL□rz□r~□r¿□rf□r,,□s!□t-□t)□uZ□uÄ□uÑ
□uμ□uπ□v□□v□□v □vĈ□w-ysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysysys

□N□□N#□N\$□N%□N&□N'□NC□ND□NE□Na□Nbysyysyysyysy
□X□□□□□□□□Nb□N}□N~□N□□NÄ□NÅ□Nù□Nû□Nĵ□Nĵ□N-□N√□
NÂ□NÊ□NÁ□NË□NË□O□□O□□O'□O(□O)□O*ysyysyysyysyysy□X□□
□□□□□□O*□O+□OG□OH□OI□Oe□Of□Oy□Oz□O{□O|□Oè□Oê□Oë□
Oí□Oì□OØ□O∞□O
□OÀ□OÃ□OÕ□OÁysyysyysyysyysyysy□□□□□X□□□□□OÁ□OË□OÍ□OÎ□O
Ï□P□P

□P"□P#□P\$□P%□P>□P?□PA□PB□PC□P_□P`□P}□P~□P□□PÄ□
PÅysyysyysyysyysyysyysy□□□□□X□□□□□PÅ□Pû□Pü□P†□P°□PΩ□P"□P"□P'
P'□P÷□PÛ□PÛ□Pı□Q□□Q□□Q:□Q;□Q<□Q=□Qe□Qf□Qgysyysyysyysy
ysy□X□□□□□□□□Qg□Qh□Qi□QÖ□QÜ□Qπ□Q∫□Q^a□Q^o□QΩ□Qÿ□Q
€□Q<□Rfyssysysm□@□□□□□□□□X□□
□□□-□□ □!□"□#□\$□%□&□'□?□@□İ
(tm)□□

Ω{wwwwwwwsokgc_[□□□
□□
□□

□□
□□□
□□□
□□
□□
□□□□

Ω□□□"□Ä□π-7 √\$É\$Ñ',,)□/•4
4
4

{wsokkgc_c[WsSS□□□
□□□
□□□□
□ □ □
□□

□□
□ □
□□

□□

□□□

□4

4

4B4C4D4m4n7‡:&:İ=d=->@?gA {BΣCç{{{u{qmimea]YUi□□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□

□□

□□□

□□□□□

□CçDfiF,GyHZK□N2NiOLQ!RδSôT,UWWJXäZJ['{{wsoksgw{g{sc_w{□□

□

□□

□□□

□ □

□□

□□□

□□□

□□□

□[\"R\\Æ]p^Z_β`□`À`Ã`Õ`Í`Îcof9kdkÌ{{wsohd````\XTP□□□

□□□

□□

□□

□□□

□□Ç(r)□□□

□□□□□□

□□□

□□□

□kİpçu§x/z{(tm)~□Å□ÑQÑRÑSÑrÑsáflâ*{wsokd`s\\R\\NJ□□□

□□

□□

□d□d□□□

□□□

□□

□fj^a °M°ËΩyæ3ø√≈<≈±»ô qÕYŒ(r)œ□-ð"□"F{wsokgco_[_goggW□□□

□□□

□ □

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□"F'
"÷"ÿVÿoy-/□€C<S<äfi□fl0flå‡

·%o,,{ws{okgggocg_k[g□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□„ÂNÂ1Á□Ë0È(Ïúl+ÓiÔŒÈ□Ò□Ò□Ò(Ò)1·{wsookgco_[[[[W□□□

□□□

□□ÉÑ□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□□1·3"âD□5□□J□□n□□Û□□□□□Y□□e□~□

œ□!"□"Æ□#Ω{wsokgc_{[WS[s[□□□

□□

□□□

□ □

□□□

□□□
□□□
□□

□□□
□□□
□□□

□□#Ω□\$Á□&ç□(□□,a□/ñ□2Ò□3ö□4y□5f□8
□9

□:·□;Á□<s□=B□>Ø{wsokkggç_w_[Ws□□□

□□□
□□□
□□
□□□
□□

□□

□□□
□□□
□□□

□□>Ø□@Ñ□A`□A£□BÖ□E

□E[□F(c)□GÄ□GÅ□JM□JÆ□Jœ□J-□JÁ□JË{wswokgwc_[ssQs □□
□d□d□□□

□□
□□□□□
□□□
□□
□□□
□□□
□□□

□□JË□N%□OÖ□P=□SK□T□□Uø□U«□UÍ□U₁□V□Vw□Vä□Ví□V~□WÎ
□Z~{wsokgcccc_cc_[W□□

□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□

□□□
□□□
□□

□□Z·□Z«□["□\F□\^□\'\□\Í□\~□]N□]Â□^□□□^≥□_□□□_□_Δ□`Ç□`æ□`◇□a
□□cÃ{wso{ooo{k{ok{gg□□

□□□
□□□
□□□
□□□
□□□

□□cÃ□dø□e'□fÑ□fï□g□□gç□gÿ□hP□hu□h}□h^□i_□jç□j_□k
□k□□k □l?□lR□mÛ{{wsososo{wsoo{ok□□□

□□□
□□□
□□□
□□□

□□mÛ□nÁ□od□ox□pE□pM□pâ□pë□qK□qS□r
□r□□uf□ug□u¶□u"□uË□ve□v«□xo{wsosososkgssswc□□□
□□□□

□□□
□□□
□□□
□□□

□□xo□yΩ□{B□{C□{D□{b□{c□}
□Ä □ÇΔ□Ñ□□ÖN□â(□ät□ça□ê2□iK□ôâ{wssssokgwc_wkg_[□□□
□□

□□□
□□
□ □
□□□
□□□
□□□
□□□

□□ôâ□†□□°?□£z□§°□¶'□'□□≠Z□≠Û□≠Û□≠1□Æ□□Æ□□ØÛ□¥
{wsokgc\XXXXTP□□

□□□
□□□
□□□
□□□□□

□□□
□□□
□□

□□ÉÑ□□□

□¥ □Σ- □Πι □πÖ □^a □^aû □^o≥ □°Ã □ΩD □øv □øô □ιK □ι§ □¬ □□√-
□√1{wsokgck_[soWSc□□Ö<□□□
□□□
□□

□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□

□ □√1 □≈+ □≈x □ΔÓ □«É □«· □ ò □ÃT □Ãõ □Œ, □- □-
m□"r□"(tm)□'U□«□'F{wsookgc_s{[wgWW□□□

□□□
□□
□□□
□□□
□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□

□□'F□'≤□'Ë□÷~□÷û□◇□□◇ã□ÿ•□ÿç□/□ã□€=□‡[□·
□,□b□Á†□ÁĬ{w{w{{ss{{okgc_[□□□
□□å□□□
□□□
□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□FB□G|□J□□Mœ□P"□QL□RC□Sé□UT□V«□V~□W...□X?□Yo□Y÷□

YÎ{wso{{kgkc_[WSO□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□

□□

□□

□□□

□□YÎ□Z~□[√□[□\∞□]'□]a□c-□c"□c"□cĭ□cĭ□eC□h

□i1□i/{wsokgcssYsUQwk□□

□□□

□□

□d□d□□í□□□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□i/□j

□k9□l?□lx□l^a□m□□m_□m^o□mÚ□n^a□om□p[□rH□rz□rĭ□s□t-

□uV{wso{koo{gcg_{{ksw□□□

□□Ç(r)□□□

□□□

□□□

□□□

□□ÉÑ□□□

□ □ u V □ u Ä □ u μ □ v □ □ v □ w -
□w{□w∞□wÓ□yÁ□y' □zt□zó□{R□}&□~T□~å□~"□□□ {{{ws{{okgs{wc
_ {o{□□□

□□Ö<□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□□□□£□□ι□Å□□Å°□Ç

□Ñ‡□Ü} □ÜÕ□áu□āN□ā_□ã>□å□□åô□å

□çû□é□{ws{{okgco_gc{gc[□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□

□□Ñ` □□□

□□□

□□é□□èg□ê□□êí□êæ□ë:□ëë□ñq□ñr□ó°□óç□ô~□õF□ûu{wsoskgcYcUQ

M□□□□□

□□□

□□□□<□<□□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□ûu□°'□°·□°≠□°-□°°-□°°□°_□§-□§√□¶s□¶t□¶(c)□(r)∅□∞

□≤□yuukuuugc_cu[W[□□□

□□

□□□□□□□

□□

□□

□‡□‡□□□

□ □

□□□□≤□□μf□□
□□□□î□°+□°U□°z□□Ω;□□Ω<□æU□□î□□fπ□□f]□□«:□□«Ú{wslhdd`s\XTsP`□□
□ □
□ □

□ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ < □ □ □ □
□ □
□ □

□ □ «Ú□□«Ū□□»í□□Ã_i □ □Ã_j □ □Ã₋ □ □Ã_~ □ □Ã_. □ □ -
(c) □ ' @ □ □ ÿ € □ □ { □ □ fl □ □ , □ □ Á Ū { wsooeoa] Y] U Q M □ □ □ □
□ □
□ □ □
□ □ □ □
□ □

□ □
□ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □
□ □ □

□ □ □
□ □ □

□ □ Á Ū □ □ Ĩ □ □ Ó " □ □ ç □ □ □ fl □ □ Ò k □ □ Ò □ □ i é □ □ ^ 0 □ □ ^ V □ □ ^ Í □ □ ~ □ □ □ ~ (□ □ ± □ □ ^ H □ □ ^ ° □ □ ^ □ □ □
Ô □ □ ñ { wwssokgosooscco_g □ □ □ □
□ □ □
□ □ □
□ □ ã @ □ □ □ □
□ □ □
□ □ □
□ □ □

□ □ ñ □ □ † □ □ □ □ ° / □ □ ° g □ □ Æ □ □ , □ □ □ □ , □ □ □ □ , Ū □ □ " : □ □ " ê □ □ ... □ □ # □ □ □ □ X □ □ □ z □ □ □ Ÿ { wso
okogswc_[oWk □ □ □

□ □ □
□ □ Å Ñ □ □ □ □

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□ÿ□□ê□□«□□G□

@□%□W□v□ú□ ∞□□z□

T□

°□

°□

g□

:□

:{wsokggwc_{sw[kW□□ÉÑ□□□

□□Ç(r)□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

:□

Ï□□Ö□□□□□a□□¥□□4□□ç□□±□□2□□o□□"□□r□□-

□□*□□s□□5{wsokggco_[ooskW□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□ÅÃ□□□

□□□

□□□5□□□□□□□â□□Δ□"□£□-R□-Σ□g□o□i□ Ö□!S□!§□"A□"π□#

{wsokges_oo_cos[s□□□

□□□

□□□

□□ÅÃ□□□

□□□

□□□
□□□
□□
□□#
□#g□\$n□%U□&+□'□)ø□*:□*≥□+□□+/
□+>□+□□+,,□,;□,†□,È□.(c){ws
okgc{{__c{c_[□□□
□□□
□□□
□□Ü□□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□.(c)□1/□4√□69□8Û□:ô□<□□=>□>□□>6□?¶□@C□Aß□B2□Bi□C4□
C{□D□{wsokskggscscg_g[□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□
□□□
□ □
□□

□□D□□Dä□Dè□F2□Hy□I,,□Mi□MÜ□Má□M£□M§□M•□M¶□M√□Mf
□MÎ□MÏ□N {wsokgc_Y_Y_c_Y_c□Ù□□□□Ù□□

□□□
□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□N
□N□□N%□N&□NC□ND□Na□Nb□N□□NÄ□Nù□Nû□N¬□N√□N
Á□NË□O□□O□□O)□O*□OG□OH{u{q{q{u{q{u{u{q{u{q{□Ù□Ù□□□□
□OH□Oe□Of□O{□O|□Oë□Oí□OØ□O∞□OÃ□OÕ□OÍ□OÎ□P□P
□P\$□P%□PA□PB□P_□P'□P□ {wqwqw {wqwqw {wqwqw {wq□Ù□□
□□Ù□□P□□PÄ□Pû□Pü□P°□PΩ□P'□P'□PÛ□PÛ□Q□□Q□□Q<□Q=□Q

g Qh QÖ QÜ Qª Q° Qÿ Q{w{w{q{w{w{q{q{w{q{w{ U U Q Q€ Q{w

□□

< ~~~~~ Normal 1 Normal 2 Normal 3 Citas Normal
4+ ~~~~~ □□□□~ □Ä□□□□Ä□□□: ~~~~~ □~□□□□□□□□□(tm)

□□(tm)□
□□(tm)□□ÛÛ^fi□□□□□□□□□□(□^βz(tm)çí%N□FÅ□tg□~Z□
]□\a□ù□Δ:□P<□□Q<□□Qì□□R□□R□□□R"□□R3□□RD□□RU□□Rf□
□RÄ□□Rë□□Rç□□R≥□Ω□ (□5bC|Q□^βk,,z(tm)áÕñ
çíØ"ªÛ...q◇□%N□œ~5□
=□□Ú□*Ô□8∞□FÅ□S□□]≥□iç□tg□Ä[]□éö□ù≥□~Z□]□□Δ·□'F□·□Ô
□"(r)□

]□□Á□&"□4Æ□A/□O¿□\a□i □u □Çf□èæ□ùu□(c)±□[]
□Δ:□"@□,□□□[]□,:□∞□□-□!A□-
0□;□□H□□P<&□#□□#□\$□□%□&□□'□(□□)□*□□+□,□□-
□.□□/□0□□1□2□□3□4□□5□6□□7□8□□9□:□□;□<□□=□>□□?□@□
□A□B□□C□D□□E□F□□G□H□□I□J□□K□L□□M□N□□O□P□□Q□R
□□S□T□□U□V□□W□X□□Y□Z□□[□\□□]□^□□_□`□□a□b-
;=[É°Ω€~□□□5□Z□□□ù□;□fl□"□□□)□G□d□Ç□†□°□ÿ□~□□□6□T□1□
ã□(c)□'□~□□S□q□r□'≠4D`□úû¶nª y-
ÂN□□_□Ad□Uø□Xã□^□□dø□hª□mÛ□r□□ö<□ΩH□«Â□÷Ç□ÁÏ□Ò≠□~?
□□fi□

]□)'□W...□dí□oì□w-□~◇□ê□□°-□«Ú□~°□_...□
è□□2□i□+□/□C{□M§□Nb□O*□OÁ□PÅ□Qg□Rf□¶□β□(r)□(c)□(tm)
)□'□~□≠□Æ□Ø□∞□±□≤□≥□¥□μ□∂□Σ□Π□π□]□ª□°□Ω□æ□ø□¿□i□~
□√□f□≈□Δ□«□»□...□ □À□Ã□Õ□œ□œ□-□-□"□"□'□'□÷□

Ω4

Cç['klâ*£êØ+]]"F,,1·#Ω□>Ø□JË□Z~cÃ□mÛ□xo□ðâ□¥ □√1□'F□ÁÏ□~û□
1□"¶□6+□FB□YÎ□i/□uV□□□□é□□ûu□≤□□«Ú□ÁÛ□~ñ□□ÿ□
:□□5□#

□.(c)□D□□N
□OH□P□□Q/□Q<□◇□ÿ□ÿ/□€□<□>□fi□fl□‡·□,□,,□%□Â□Ê□Á
□Ë□È□Í□Î□Ï□Ò□Ô□□□Ò□Ú□Û□Ü□1□^□~□~□~□°□,□"□_□~

-
-
-
-

□

□

□ □ □

3 Contratransferencia

Consideraciones previas

Como lo explicáramos en el capítulo correspondiente del tomo primero, la historia de la contratransferencia ejemplifica el redescubrimiento de la complementariedad como principio de interacción social en el psicoanálisis. Si se atribuye a Heimann (1950) el mérito de haber fundamentado explícitamente la significación positiva de la contratransferencia, se debe entonces, como paso siguiente, considerar la introducción del concepto de interacción en la discusión de la teoría psicoanalítica:

Ahora bien, la interacción psicoterapéutica de cualquier proveniencia es sin lugar a dudas acción recíproca, pero la conducta de una persona no es automáticamente la actuación de la otra; [...] en especial, las reacciones de parte del terapeuta se ven parcialmente neutralizadas por su reflexión, por sus pensamientos acerca de las reacciones que el paciente busca, quiere, espera y teme desencadenar, porque 1) en el sentido de Freud, el pensar, el reflexionar en la situación psicoterapéutica se entiende como una acción de tanteo, y porque 2) los desencadenantes afectivos tienen inevitablemente algún tipo de efecto también sobre la relación profesional (Thomä 1974; 1981, p.391).

De entre las distintas teorías de la interacción, resultan especialmente útiles para el psicoanálisis aquellas que Blumer (1973) resumió con la feliz denominación de "interaccionismo simbólico". De acuerdo con Weiß (1988), este término designa un planteamiento de investigación cuya premisa principal consiste en que los seres humanos actúan frente a sujetos y objetos sobre la base de las significaciones que estos sujetos y objetos tienen para ellos. Los fenómenos de la contratransferencia también se hacen más comprensibles a través de los conocimientos de las teorías sobre la intersubjetividad, como las resumiera Joas

(1985). De la obra de Mead, prominente representante del interaccionismo simbólico, citamos el siguiente párrafo:

Más o menos inconscientemente, nos vemos tal cual nos ven los demás. Inconscientemente, nos dirigimos hacia nosotros de la misma forma como lo hacen los demás con nosotros [...]. Por supuesto, estas respuestas particulares tienen que estar en nuestro propio mecanismo. Provocamos en la otra persona lo mismo que en nosotros mismos, motivo por el cual nos hacemos cargo inconscientemente de estas actitudes. Nos ponemos inconscientemente en el rol de los demás y actuamos como ellos. En este punto, quiero solamente poner de relieve el mecanismo general, debido a su importancia tan fundamental para el desarrollo de la conciencia y de la manifestación del sí mismo. En especial a través de los gestos vocales, estamos permanentemente provocando en nosotros mismos aquellas reacciones que provocamos también en las demás personas, de tal manera que incorporamos las actitudes de esas otras personas en nuestro propio comportamiento. La importancia crítica del lenguaje en el desarrollo de la experiencia humana radica en el hecho de que el estímulo es tal, que actúa sobre el individuo hablante del mismo modo como lo hace sobre los demás (G.H. Mead 1934; 1968, p.108).

El enriquecimiento de nuestro repertorio conceptual, que la teoría de los roles representa para una nueva versión de los procesos de transferencia y contratransferencia, reside en la introducción del par conceptual inseparable del rol y del sí mismo.

En el ámbito del lenguaje cotidiano, la actuación de roles (papeles) se acerca al teatro; al comprenderlo así, muchos quisieran no tener que ver su quehacer profesional encajonado en su seriedad humana [a pesar de que el concepto de rol es prestado de aquel ámbito; agregado nuestro]. Después de todo, que el modelo escénico (por ejemplo el de Habermas) sea utilizado para la interpretación de la situación analítica, es algo que debe dar de pensar. De hecho, a menudo hablamos de manera totalmente ingenua sobre el tipo de rol que estaría actuando en este momento el psicoanalista en la situación analítica (Thomä 1974, cit. según 1981, p.392).

En la sección 3.4 del tomo primero, ampliamos el modelo escénico valorando debidamente los aportes de Mead. Corresponde al rol profesional del psicoanalista el ser sensible tanto a las emociones del paciente como a los propios afectos, sin convertirlos en acción, siendo esto lo esencial de lo que se

llama control de la con-tratransferencia. Con la interpretación, el psicoanalista cumple cabalmente con su rol profesional, a la vez que lo deja atrás. Porque, al hablar, revela su manera de pensar y con ello su persona, ya tan sólo cuando toma posición interpretativa frente a un detalle mínimo de un problema de algún paciente, aun cuando él mismo piense haber dejado totalmente de lado su propia persona.

De acuerdo con esto, el rol y el sí mismo se hacen concretos en la interacción social y es ahí donde se hacen tangibles. Correspondientemente, Sandler y cols. señalaron que "la transferencia no necesita limitarse a la apercepción ilusoria de otra persona [...] sino que puede también tomarse como incluyendo intentos inconscientes (a menudo sutiles) de manipular o de provocar situaciones con otros que son repeticiones encubiertas de experiencias y relaciones anteriores" (1973, p.43).

En el ámbito germanoparlante, Beckmann (1974) investigó sistemáticamente los fenómenos de simetría y asimetría en la asignación de roles que se dan en la configuración de transferencia y contratransferencia en los procesos de diagnóstico, investigación que no ha tenido mayor impacto en la clínica. Este autor señala la importancia de la compulsión a la repetición, a través de la cual la complementariedad se transforma en aquella relación de roles fija que el analista, como coactor en el escenario de la situación analítica, sufre en carne propia. Relaciones inconscientes de roles conducen a "cyclical psychodynamic patterns" (patrones psicodinámicos cíclicos), como fueran descritos por Strupp y Binder (1984, p.72ss.). Esta explicación entiende la psicodinámica como transacciones interpersonales repetitivas que se perpetúan en círculo vicioso. Este es también el factor que fundamenta el diagnóstico psicoanalítico interaccional, cuya puesta en práctica necesita, de acuerdo con Sandler (1976), de la disposición del analista a asumir papeles, es decir, para complementar, a través de su capacidad de discernimiento, el rol inducido por el paciente.

El ofrecimiento de una situación de tratamiento relativamente estable posibilita la actualización de los esquemas rígidos que han dado su marca a las vivencias del paciente. La función especial que ejerce el analista le ofrece una posición que junto a la identificación complementaria favorece también la identificación concordante. Estos dos planos se alternan en el sentido de una relación figura-fondo, de modo que en un momento vemos sobresalir uno, y después el otro.

Sobre este trasfondo, las reacciones transferenciales y contratransferenciales se pueden entender como procesos de comunicación e interacción, donde las disposiciones a reaccionar inconscientes influyen de manera selectiva sobre la percepción de los desencadenantes externos, es decir, sobre la importancia que se le asigne a los elementos circunstanciales. La conocida metáfora de la llave y

la cerradura pue-de variar de múltiples maneras. La presión sobre el analista para que, según el ca-so, asuma un papel complementario o concordante, será más fuerte mientras más inequívocamente ligado se encuentre un paciente a un determinado modelo de rela-ción. Llave y cerradura dependen una de la otra. Wittgenstein acuñó el siguiente a-forismo para el término "idea" de Freud:

"En la locura, la cerradura no está destruida, sólo trasformada, la vieja llave ya no puede abrirla, pero sí lo podría una llave de conformación distinta" (Wittgenstein 1984, p.496). En vez de seguir distendiendo el pensamiento metafórico, pre-ferimos hacer uso de los conocimientos existentes sobre regulación de los micro-procesos de interacción afectiva y cognitiva (Krause 1983; U. Moser 1984; Zep-pelin 1987; véase también tomo primero 9.3). Estos son concordantes con los re-sultados arrojados por la investigación más actual en psicología evolutiva, que ha presentado pruebas convincentes para la intersubjetividad entre madre e hijo (Lich-tenberg 1983a; véase tomo primero 1.8).

En las primeras dos secciones (3.1 y 3.2) ofrecimos ejemplos de contratransferencia concordante y complementaria. Estamos de acuerdo con la afirmación de Racker de que la identificación del analista con el objeto con el cual lo identifica el paciente, y el proceso patológico que la acompaña, debería ser, y permanecer, tan efímera y moderada que no menoscabe el trabajo analítico (véase Racker 1978, p. 78).

El tema de la retroactividad (Nachträglichkeit) y del fantasear retrospectivo o "retrofantasear" (Zurückphantasieren) (3.3) son de una importancia fundamental. En sendas secciones (3.4. y 3.5), discutimos en base a ejemplos el controvertido problema de la manera de hacer participar al paciente de la contratransferencia del analista y la ironía involuntaria como intento de protección frente al paciente. A través de una toma de posición crítica frente a nuestro ejemplo (3.6), se profundiza en la comprensión que la psicología del self tiene de la contratransferencia. En la explicación de la contratransferencia llegamos finalmente al tema de la identifica-ción proyectiva (3.7).

En relación con el lado agobiante de la contratransferencia, la lúcida formulación que Racker hizo recurriendo a una conocida cita de Nestroy, es especialmente cer-tera:

Entonces, admitimos que a veces perdemos [el juicio], aunque no totalmente, pero, en todo caso, hasta el punto en que somos capaces de notar y diagnosticar nuestra contratransferencia patológica, para poder más tarde utilizar esta percepción en el análisis de los procesos transferenciales del paciente, una vez que tenemos la con-tratransferencia bajo control (p.76).

No importando qué sea aquello que el paciente desencadene en el analista, es asunto y compromiso de este último hacer justicia a las tareas terapéuticas en interés del primero. No es nada fácil llegar a armonizar el rol profesional con el yo personal y la vida privada dentro del marco de esta "profesión imposible". Participamos de un tipo de vida doble y multifacética, que Schopenhauer, uno de los padres filosóficos del modelo escénico, tenía en mente cuando escribió:

Aquí, en el campo de la reflexión tranquila, [al ser humano] le parece frío, deslavadado y por el momento ajeno, aquello que allá lo posee y mueve con violencia: aquí, es solamente espectador y observador. En este retirarse en la reflexión, se asemeja a un actor que ha representado su escena y que, hasta la próxima aparición, toma asiento entre los espectadores, desde donde observa serenamente, no importando qué sea lo que se esté desarrollando frente a él, aun cuando se trate [en la pieza tea-tral] de la preparación de su propia muerte, pero que, acto seguido, nuevamente va allá, actúa y sufre, tal como debe hacerlo. De esta doble vida surge aquella serenidad del ser humano, que tanto se diferencia de la irracionalidad animal, con la que uno, después de reflexión previa, de decisión tomada o de necesidad reconocida, con sangre fría lleva a cabo, o deja recaer sobre sí, lo que para él es lo más importante, a menudo lo más terrible: suicidio, ejecución, duelo, acciones temerarias de cualquier especie ... (Schopenhauer 1973, primer libro, p.139).

3.1 Contratransferencia concordante

En la sección 3.4 del tomo primero explicamos, apoyándonos en Racker (1957), que en una contratransferencia concordante el analista experimenta sentimientos parecidos a los del paciente, como consecuencia de una identificación con él. En el marco de la teoría psicoanalítica, dentro de una clasificación de las emociones que se experimentan en conjunto, se dan, según Racker, identificaciones concordantes, que se refieren a componentes del superyó, del yo o del ello de la personalidad. En lo que sigue, nos referimos a contratransferencias concordantes que extraemos de 2 sesiones de tratamiento.

Después del divorcio, Ignacio Y se encuentra en una difícil situación de vida. La reglamentación judicial de las deudas resultantes del estilo de vida que su ex mujer le impusiera, le causa constantemente nuevos disgustos. Esta situación crítica, tanto externa como interna, ha intensificado su anhelo por un padre solícito y la transferencia correspondiente. El paciente, que creció en Suiza, se siente nueva-mente sin patria. En el análisis busca más respaldo. En repetidas ocasiones se ha considerado el aumento de 3 a 4 sesiones. Ignacio Y cancela los

honorarios de su propio bolsillo, puesto que no presentaba síntomas que pudieran haber sido calificados como enfermedad y que habrían justificado una psicoterapia en el marco del seguro de enfermedad. Un aumento en la frecuencia lo habría abrumado aún más, de modo que fue necesario sopesar cuidadosamente la relación entre inversión y beneficios.

Sobre él han recaído nuevas exigencias financieras y debe ir a ver urgentemente a su abogado. Dice que tiene que oponerse con fuerza para no ser agobiado una y otra vez con nuevos problemas financieros, y agrega textualmente: "En alguna parte tiene que haber un límite". Frente a la palabra "límite" (Grenze), pienso en la capacidad de tolerancia del paciente. ¿Va a resistir la presión? ¿Cruzará la frontera (Grenze) para comenzar de nuevo en Suiza?

De hecho, el paciente habla a continuación de su familia. Su hermana le ha enviado una carta: "Bueno, al menos un rayo de esperanza". Relata que, entretanto, ella -al igual que lo hiciera él mismo al comienzo de sus estudios-, ha abandonado el domicilio paterno en Suiza y se ha ido a vivir a una ciudad más grande cerca de Alemania Federal y con ello está más al alcance.

Me llama la atención que hasta ahora haya hablado poco de su hermana. Yo sé que, como hija legítima, era la preferida; el paciente nació ilegítimo. Sus padres se casaron sólo cuando él entró al colegio.

Sin que yo diga nada al respecto, Ignacio Y prosigue: A un jefe, suizo como él, le han hecho una atractiva oferta para colaborar en un proyecto de desarrollo, donde sería el brazo derecho de un empleado ministerial. Se hace notar una atmósfera de mal humor y envidia, que acompaña con el sentimiento de: Ajá, le tira volver a su patria. A partir de esto, desarrollo una primera intervención del tipo de que para él los pesares no tienen fin, mientras que para otros la vida es más favorable. Suelta un gemido y vuelve a los problemas que surgen de la venta de la casa, asunto que intenta solucionar trabajando horas extraordinarias. Por un lado, depende de estos ingresos adicionales, por el otro, este trabajo nocturno suplementario, que lo saca de los cauces normales, es también una expresión del alto concepto que tiene de sí mismo. El descuido consecuente de la rutina diaria profesional toma su desquite con la aparición de conflictos con sus compañeros y jefes en su lugar de trabajo oficial.

Sus reflexiones acerca de la solución de estos problemas no me convencen, debido a que, según mi parecer, en ellos se trata además de conflictos no solucionados, relacionados con la potencia y la creatividad. Antes de que me quede claro de si debo seguir desarrollando estos pensamientos, el paciente comienza a hablar de su padre, de quien dice que no debe saber nada de esta nueva catástrofe de la venta de la casa, pues sólo sabría sobarse las manos y exclamar: ¿Ves?, ¡la cagada que fuiste a hacer al extranjero! El paciente se

anima bastante y mantiene un agitado intercambio ficticio de palabras con el padre criticón, cargado de desilusiones.

A.: Tal vez abriga el deseo de volver a casa para encontrarse con un padre que haga a un lado todas las cagadas que Ud. fue a hacer en el extranjero.

P.: Sí, un padre así era lo que yo deseaba, pero nunca lo tuve.

No recuerda haber tenido en su niñez y juventud una relación estrecha con su padre. Esto lo ejemplifica diciendo que su padre nunca le deslizó a escondidas 5 francos en la mano. Dice que, en cambio, se apegó a su madre, quien lo retenía a su lado regalándole dinero. Finalmente se fue de la casa porque no toleraba más sentirse atado, sentirse prisionero de su madre, sin haber encontrado el camino para acercarse a su padre. Agrega que en el último tiempo le había quedado claro que su padre era un hombre anciano, que se había vuelto pacífico y que tenía ansias de re-encontrar a su hijo.

El relato del paciente completa dentro de mí la imagen del hijo pródigo que tiene ansias de ser acogido en el hogar. Se me ocurre que en la pubertad, Ignacio Y había sentido por un tiempo el deseo de ser sacerdote. Le recuerdo la historia del hijo pródigo.

El paciente, muy animado, alegre, se imagina un banquete: "Quizás debería leer más a menudo la Biblia."

Por primera vez surge en la sesión una atmósfera religiosa, de confianza en la fuerza de las antiguas imágenes. Hasta el momento, jamás había hablado de los restos de su religiosidad, fuera de haber dicho alguna vez que ahora tenía una representación filosófica de Dios.

La tensión disminuye, se puede palpar más armonía entre nosotros, me parece que el paciente yace cada vez con más peso sobre el diván y me siento progresivamente más somnoliento. Con todo esto, tengo una sensación de calidez que me hace sentirme bien, y me dejo llevar por este estado. El paciente sigue imaginándose escenas de su regreso a casa; pero, al incorporar a su hermana en su sueño diurno, cambia nuevamente la atmósfera. Dice que ésa es la posibilidad de volver a casa.

Me viene a la mente un poema del poeta israelita David Rokeach, especialmente el verso final: "... y al final de todos los caminos está el regreso a Jerusalén." Mi somnolencia la experimento como un agradable estado de ánimo, como un momento de relajación, en que no interpreto nada, dejando al paciente entregado a sus fantasías de regreso. Al seguir mis pensamientos, recuerdo un pasaje del comienzo del tratamiento. El paciente había tenido la fantasía de que yo era un analista estricto que jamás le permitiría levantarse y pasearse. A partir de esto, desarrollo la siguiente interpretación: "Ud. se imagina una vuelta a casa en la que se figura una relación con su padre, tal como Ud. siempre la deseó. Al

mismo tiempo, aquí Ud. se encuentra en una situación que lo abruma, en la que desearía tener más apoyo para poder compensar algo que falta: la distancia temporal con la última sesión, el indicio de que falta una cuarta sesión. ¿No son acaso éstas, apelaciones hechas a un padre solícito, que debería prepararle un hogar, donde Ud. se sienta acogido y donde pueda volver siempre que quiera?"

El paciente se siente tocado. Con dudas, dice: "En general, me cuesta pensar en eso. Un padre así, nunca lo tuve, tener esa sensación de poderme sentir en casa."

A continuación se produce un silencio, del cual el paciente me saca señalándome que la sesión ya se ha sobrepasado en unos minutos. Sin notarlo, con mi actuación llevé a los hechos el deseo del paciente de una prolongación de la hora.

En las sesiones siguientes, la idea del regreso se mantiene viva y se enlaza en el paciente con la idea de querer poner más orden en su vida. Quisiera irse del lugar que actualmente agobia su vida o, al menos, expurgar el lugar de sus deshonras.

Luego, relata un sueño en el que un hombre de características indefinidas pone orden en una iglesia atestada de trastos viejos. Al hacerlo, encuentra juguetes que coloca sobre el altar.

La sensación de seguridad que el paciente no encontró en su casa, la buscó en su juventud por un tiempo en la Iglesia y en la fantasía tranquilizadora de llegar a ser sacerdote. A menudo se ha acusado de llenar mi pieza con su desorden. Por lo tanto, no está muy alejado considerar la Iglesia como metáfora de la terapia. Volvemos nuevamente sobre el papel que yo juego en su vida y que en el sueño es representado por el hombre de características indefinidas. En el primer año de terapia, Ignacio Y utilizó las sesiones predominantemente para ordenar con mi ayuda su vida desquiciada. Por momentos, mi función era básicamente de apoyo. Para no caer en el caos, a menudo Ignacio Y se orientaba con la ayuda de mi punto de vista y de

mi apreciación sobre su situación de vida. Debido a la sobrevalorización narcisista de sí mismo, Ignacio Y era en muchos ámbitos de su vida privada y profesional bastante ciego, y cuando de súbito creía encontrarse en un callejón sin salida, caía de las nubes. De hecho, ambos nos encontrábamos, aunque de distinta manera, preocupados de poner orden. Al hacerlo, habíamos descubierto juguetes de su niñez que para él seguían siendo valiosos, pero a los que él mismo se impedía el acceso. Como lo mostraremos en la sección 7.3, el paciente había desarrollado durante su infancia un idioma privado. Algunos indicios ofrecidos por el paciente respecto del sueño me llevan a la idea de que en el hombre de características indefinidas se puede ver una figura mixta, producto de nosotros dos. Extrañado frente a este pensamiento, recuerdo haber leído hace

unos días un libro cuyo título, *The pronouns of power and solidarity* (Los pronombres del poder y la solidaridad), me es evocativo. Pudiera ser que, en la tensión entre poder y solidaridad, alcanzo a percibir el ánimo ambivalente del paciente, frente a lo mucho que él da, y que yo acepto, pero donde no queda claro qué es lo que recibirá él a cambio. Antes de que yo alcance a articular una interpretación a partir de estas reflexiones, al paciente se le ocurre pensar en una transmisión de televisión en la que se mostró la foto de una terrorista buscada: "Si nos libráramos de ella, sería una salvación".

Junto con iniciar el tratamiento, se había liberado exteriormente de su mujer que lo tenía totalmente dominado y de la familia de ella, pero temía volver a caer en una situación similar. Por esto, acto seguido interpreto: "Cuando se haya podido liberar definitivamente de los escombros de su matrimonio fracasado ..." El paciente me interrumpe diciendo: "Entonces donaría una imagen de Ud. para la ermita de mi pueblo natal." Luego compara el tratamiento con un vía crucis, un camino lleno de espinas. Yo le señalo que este proceso es para él muy doloroso, unilateral y falto de claridad de lo que le espera al final. El paciente piensa entonces en su padre que le había dado pocas cosas buenas. Siempre le había hecho sentir que era un bastardo y, en el fondo, no deseado. Sólo una vez, cuando era un niño pequeño y estaba enfermo, su padre lo había paseado en brazos. Termino este pasaje con la indicación de que en la difícil búsqueda de cabida para tratarse, posiblemente se debe haber sentido un bastardo, debido a que unos terapeutas que consultara le habían dado a entender que antes de pensar en un tratamiento analítico debería primero poner orden en su vida exterior.

3.2 Contratransferencia complementaria

Para la introducción, tomamos prestado de la sección 3.4 del tomo primero la siguiente descripción, al modo de resumen: con la expresión "identificación complementaria" H. Deutsch (1926) describió la identificación del analista con los objetos transferenciales del paciente. El analista siente así como la madre o el padre, mientras que en el paciente se vuelven a animar sentimientos como los que sintió antes en su relación con su padre o su madre, respectivamente.

Erich Y llega de buen humor a la sesión 249.^a, diciendo que la vida es nuevamente digna de ser vivida. Con mucho sentimiento, relata un sueño agradable:

P.: Yo estaba en la firma y tenía una relación excelente con mi jefe. El asunto había ido tan lejos, que nos turnábamos al hablar por teléfono. Yo hablaba

primero, luego seguía él, y entonces el jefe de la sección, y eso no lo recuerdo en forma pre-cisa, siguió tomándose un helado o algo por el estilo.

A.: ¿En su presencia, cuando Ud. hablaba por teléfono, o cómo?

P.: Sí, cuando él telefoneaba se metió un chicle en la boca o algo así.

A.: ¿Se comió él su chicle o su helado, de modo que se produjo un intercambio muy íntimo?

P.: Exacto.

Reflexión: La atmósfera armónica e íntima del sueño tiñe nuestra relación. Yo me dejo llevar por ésta, y espontáneamente retomo los deseos inconscientes del pa-ciente. Me es importante poder expresar correctamente en forma verbal su anhelo inconsciente y que la intimidad del intercambio pueda ser percibido. En esto radica mi propósito, que también se manifiesta en interpretaciones posteriores sobre ora-lidad. Sin embargo, de manera no intencional, adjudiqué primariamente al paciente el chicle, como si hubiese sido él quien primero lo hubiera tenido en la boca. No-to que el paciente había vacilado frente a la descripción del intercambio íntimo y que él mismo había pasado del helado al chicle. Pero, por mi interrogatorio, timo-neado inconscientemente, sucedió que yo le puse el chicle en la boca. La manera de cómo mi contratransferencia me llevó a interrogarlo, se escapa de mi acceso cons-ciente. Experimento la transferencia del paciente, según se configura en el sueño, en diferentes niveles. El ansia por el padre se expresa en un modo oral de relación. Las interrupciones o la poca claridad en la reproducción podrían estar señalando al-go sobre aspiraciones fálicas latentes. Mi sintonización emocional parece clara-mente haber animado al paciente a dejar de lado su resistencia. Todo se dio en for-ma tan natural, que descubrí el lapsus sólo al leer la transcripción. Puede ser que la confirmación inmediata del paciente de mi interpretación de la secuencia escé-nica, al decir "exacto", haya contribuido para que esto sucediera.

Después de este "exacto" del paciente, continúo añadiendo:

A.: Con este intercambio íntimo él pasó a ser su compinche.

P.: Se trata de una simpatía humana especial. Entonces se da además algo, sentirse atraído y no rechazado y ser al mismo tiempo iguales. En un ambiente así, tampo-co me molesta que nuestro hijo pequeño se ponga de mal genio, lo que en otras circunstancias me duele.

A continuación, el paciente se ocupa de su cambio de humor. Antes de la sesión había tenido una corta fase negativa, cuando apareció un médico en la sala de espe-ra y -a pesar de que se encontraba prácticamente fuera de la vista de aquél-, se sin-tió interiormente dividido frente al tener que saludar o no, con la idea de si el médi-co se iba a dirigir a él en forma amable o no, etc. Inmediatamente se puso tenso, se crispó, y el síntoma se hizo presente.

Reflexión: La conclusión que saco de las ocurrencias del paciente es que había acertado correctamente en su búsqueda tras una unidad más armónica y comunión. La aparición del médico pone fin a la armonía del paciente, porque se siente tironeado interiormente, si éste lo verá o no, si debe levantarse, etc. En resumen, él describe la tensión naciente, que surge debido a que comienzan las comparaciones: grande - chico, importante - sin importancia. El médico que entró a la sala de espera tiene de hecho una figura impresionante.

Luego, Erich Y describe como la tensión disminuyó cuando mentalmente se puso en un nivel humano común con el médico entrante, de hombre a hombre. Después, describe su vacilación entre los polos extremos.

Reflexión: Lo que me interesa es aclarar, todavía más, el ansia inconsciente por procesos íntimos de intercambio. Por esto, recurro a modelos genéticos tempranos de intercambio y al sueño.

A.: Sí, en relación con esto, el sueño es una imagen opuesta, Ahí sí que Uds. son uña y carne. Allí no hay tensión. El toma su chicle, y Ud. el de él. Lo que él tiene en la boca, lo tiene Ud. en la suya. Igual que entre padre e hijo o como entre madre e hijo, es decir, cuando la madre se mete algo en la boca y dice: ¡oh, qué bien sabe! y luego lo mete en la boca al niño.

P.: Incluso en el mismo sueño en ese momento me detuve y no podía creerlo. Re-trocedí y volví a mirar si acaso era cierto, si realmente era así, que él seguía usando el chicle.

A.: Sí, y es interesante constatar que Ud. al comienzo dijo, posiblemente debido a algún tipo de vergüenza, que no lo sabía con exactitud. De que también podría haber sido helado, que se derrite. Algo que no se puede meter dos veces en la boca. Sólo entonces habló del chicle, como si primero hubiera tenido que decirme, que sí era muy apetitoso. Lo del chicle es algo, por así decirlo, más íntimo. Uno se mete algo en la boca que ya otro tenía en la suya. ¿O cómo lo ve Ud.?

P.: Correcto, totalmente correcto.

El paciente describe ahora también su resistencia, que ya había comenzado durante el sueño.

Aun cuando Erich Y quisiera complacerme por mera amabilidad, sus ocurrencias hablan a favor de que yo adiviné sus deseos inconscientes. En las siguientes interpretaciones intento reforzar la relación de objeto oral, con el propósito de materializar el intercambio verbal, centrando fuertemente la atención en las relaciones orales para enriquecerlo emocionalmente.

Erich Y intenta mitigar por algún tiempo sus ansias:

P.: Ya lo volví a pensar: ¡qué sentimientos, Dios mío!, las cosas que se agitan en mí, qué pensará Ud. de todo esto.

A.: Sí, que no sólo le pasen esas cosas, sino que sea Ud. mismo quien busca algo que tiene el jefe de sección. También aquí participa así, cuando intercambiamos pa-labras para allá y para acá. Claro que aquí no hay chicle, pero tiene que ver con la boca y con la relación que se establece cuando vuelan palabras de aquí allá y de allá para acá. ¿Qué otras cosas se le ocurren además en relación con esto? Quizás hayan más fantasías, en el caso de que se atreva y si deja de estar tan asustado, sí por el amor de Dios.

P.: En este momento algo me hizo distraerme.

A.: ¿Qué cosa?

P.: De nuevo me siento muy intranquilo. (Empieza a tiritar.)

A.: Sí, yo justo me entrometí. ¿Cómo sintió la distracción?

Erich Y vuelve entonces al sueño, y yo aparezco formando una unidad con el jefe de sección. Dice: "Incluso en el sueño mismo, me detuve en este instante y no podía creerlo. Retrocedí y volví a mirar si era cierto que él seguía usando el chicle." Mi indicación respecto de su vergüenza, que lo llevó a interrumpir, le da fuerzas para darle más espacio a su profunda ansia por el padre. Hace ya tiempo que se me ocurrió que el paciente había sido seducido homosexualmente en la pubertad y tengo la sospecha de que el contenido del sueño lo intranquiliza. Por eso le indico que el intercambio desacostumbrado e indecente en el sueño es algo natural y corriente entre el hijo y la madre, o el padre, y que esta naturalidad se continúa en la sexualidad de los adultos. Intencionalmente describo la oralidad de manera bastante general.

P.: Vea Ud., cuando Ud. menciona esas cosas, me vuelvo a poner intranquilo, como si algo se resistiera a eso.

A.: Sí, con estas palabras pareciera que mi lengua y mi chicle estuvieran entrando en su boca, y el chicle es entonces como un intermediario.

P.: Sí, pienso que los pensamientos que salen de Ud. podrían ser los míos propios, y podría ser descubierto por Ud. en mi depravación, y considerado como un perverso.

A.: Sí, eso es casi terror, como si ya por percibir sus ansias por el padre fuera Ud. perverso .

P.: Ya le conté pues que un muchacho una vez me mostró todo eso.

A.: El que se restregó en su ano.

P.: Sí.

A.: Y que también quería que Ud. metiera su pene en la boca, ¿o no?

El paciente aclara a continuación que en aquel entonces no se había llegado a prácticas orales, como tampoco a masturbarse mutuamente.

El titubeo del paciente me hace suponer que se siente inseguro porque la intimidad la asocia inconscientemente con perversión; por esto nombro expresamente la palabra.

Me es importante atenuar la angustia de que sus ansias orales, que son exornadas a lo largo de la sesión, pudieran ser perversas. Por este motivo, le señalo la naturalidad de estos deseos en la relación entre el hijo y sus padres. En esta ocasión queda nuevamente claro que, a través de su conducta real, su mujer refuerza la insistencia que restringe sus pulsiones y refuerza sus sentimientos de culpa.

Desde el recuerdo de sus penurias durante la pubertad, Erich Y vuelve a la realidad responsable del resto diurno en la formación del sueño. La tarde anterior se dejó atrapar por una escena sexual de una película de televisión, donde un hombre observaba a través del ojo de la cerradura a una mujer que se estaba desvistiendo. Su mujer se encontraba en alguna parte de la casa, y él tenía miedo de que ella lo pudiera pillar.

Reflexión: Como tantas otras veces, su mujer hace aquí de representante de figuras superyoicas restrictivas. Su conducta real facilita esta atribución. Esto da por resultado desilusiones inevitables y conflictos reales. Sospecho que el rechazo de su mujer ha reforzado su deseo por el padre o, dicho de otro modo, que su regresión desde un tipo de relación heterosexual a uno homosexual se inició a través del resto diurno y del posterior rechazo real de su mujer, con lo cual el hombre simultáneamente se hace cargo de una función materna: regresión oral. En el nivel onírico latente se representa un intercambio oral.

Interpreto esta asociación de acuerdo con mis sentimientos contratransferenciales y mis reflexiones diciendo: "Sí, eso podría ser. Pero a Ud. no le estaba permitido mirar más detenidamente y luego se consoló en el sueño."

Comentario: Queremos señalar que esta sesión no solamente ilustra una contratransferencia complementaria, sino que es también reveladora porque los síntomas corporales entran en cuenta. Tal tipo de observaciones sobre la génesis actual posibilitan hacerse una idea de las relaciones psicodinámicas. Relacionando analogías entre el intercambio verbal y el material, el analista intenta aproximarse lo más posible a las necesidades corporales. Por cierto, de esta forma uno no se aproxima

al cuerpo como objeto de la medicina científico-natural, pero sí a la imagen corporal, es decir, al vivenciar ligado al cuerpo del ser humano.

3.3 Retroactividad (Nachträglichkeit) y fantasear retrospectivo 1

El siguiente ejemplo, tomado del tratamiento de Erich Y, pertenece a un vasto tema que se anuncia en el título de esta sección. Obviamente, a través de un breve informe casuístico no podemos familiarizar al lector con todos los problemas contenidos en el título. Para poder comprender desde adentro el intercambio entre Erich Y y su analista, es necesario conocer algunos aspectos de la teoría que conforma el contexto de la retroactividad y del fantasear retrospectivo. Con el objeto de poner al tanto al lector de la enorme significación que tiene la retroactividad en el vocabulario de Freud, al final de la presentación de la sesión ofrecemos un excursus al respecto.

La sesión 254.^a de Erich Y comenzó fuera del consultorio, en el estacionamiento. Habíamos llegado al mismo tiempo y estacionado nuestros vehículos a cierta distancia. El rozó el parachoques de un auto que ya estaba estacionado, lo que observé desde lejos.

Al principio, Erich Y hace caso omiso de este incidente. Comienza la sesión relatando un sueño que giraba en torno a una cañería defectuosa y a las correspondientes consecuencias. Después de que la cañería fuera desconectada, se había podido comprobar, al diagnosticar la avería, que la cañería dentro del muro había sido a-serrada aproximadamente en unos 20 cm. Hasta ahora, el muro que la rodeaba había ocultado el defecto.

El paciente acentúa que, en el sueño, había evaluado objetiva y profesionalmente la avería, aunque, por cierto, no había sido en su propia casa, pues, en ese caso, hubiese transformado esa pequeñez en algo grande, atribuyéndole a la avería una enorme importancia.

Inmediatamente veo en el sueño una representación de sí mismo: en realidad, el paciente se encuentra de momento ocupado intensamente con la remodelación de su casa. Ha tendido cañerías nuevas y ha efectuado reparaciones en el sistema de cañerías. Al fantasear sobre la imagen corporal del paciente veo en las cañerías de agua una representación del sistema urogenital y su avería, que se manifiesta en la dis-morfofobia del paciente, es decir, en su idea de tener un mentón huidizo, etc. Al comienzo, permanezco en el nivel ofrecido por el paciente y tomo en cuenta que los pequeños desperfectos siguen siendo experimentados de manera enormemente aumentada, debido a la autorreferencia y a las fantasías inconscientes que acompañan a ésta.

1 Por las razones que se entregan al final de esta sección, el término *Nachträglichkeit* no es fácil de traducir. Etcheverry lo traduce simplemente por "posterioridad", lo que no hace justicia a la complejidad del concepto, pues, como se verá, el punto central radica en la acción eficazmente dadora de

significado de un suceso posterior sobre uno anterior. Por esta razón, preferimos la traducción de "atribución re-troactiva" o, simplemente, de "retroactividad" (nota de J.P. Jiménez).

Me restrinjo a repetir dramáticamente la enormidad del daño vivido: "En las afrentas como en las heridas sufridas se trata, desde siempre, de ser o no ser, del to-do o nada, y también de su propia integridad, de su nariz torcida, de su miembro pequeño y de los ataques, daños y heridas."

Erich Y amplía mis insinuaciones mediante analogías que lo llevan finalmente a lo sucedido en el estacionamiento: "Yo toqué, apenas rocé, las defensas de goma del otro con mi parachoques. Solamente salió algo de polvo. Eso lo pude observar apenas salí del auto, por eso ni siquiera me acerqué. Me viene la idea de que Ud. también pudo haberlo visto, y la alusión a una mala conciencia porque me fui."

Desde mi punto de vista, el paciente ha vivido el daño de manera aumentada. Se puede suponer que ya estos inofensivos roces señalizan inconscientemente para el paciente colisiones graves, debido a que se encuentra bajo el efecto de un alto potencial de agresión. Es por esto que se siente inmediatamente observado y castigado.

Hablamos sobre su propia capacidad de evaluación y sobre el hecho de que, a pesar de todo, necesita del beneplácito de alguien y quiere oír que todo está en orden. El enorme daño del sueño, con su trasfondo inconsciente, lo relacionamos con el comportamiento inofensivo y con su conciencia mala.

Erich Y amplía el tema, explayándose largamente sobre su dependencia de la confirmación de los demás. Pero ahí hay además otro aspecto, a saber, su testarudez y su perfeccionismo al llevar a cabo sus trabajos, donde no permite que nadie participe de la planificación y de la realización de éstos. Tampoco a su mujer pone al tanto de sus asuntos.

Reflexión: Su impulso a la perfección se puede considerar como una reparación que sigue a algún daño surgido, sea a un daño que sufre como víctima en su propio cuerpo, o a un daño efectuado por él mismo. Aun cuando sus intenciones inconscientes no alcancen su objetivo, debido a la intervención inhibitoria de mecanismos de defensa, bastan sin más pensamientos y fantasías inconscientes, para producir una mala conciencia y exigir la reparación. Las múltiples formaciones reactivas del paciente -así como también los esporádicos arranques de rabia- son un índice de su enorme potencial de agresión, que debe ser mantenido a raya.

En la siguiente interpretación, centro el interés en la palabra "rasguño", relacionándola con el sentimiento corporal del paciente (véase 5.2).

A.: Si hay un rasguño por ahí, para Ud. es como si se lo hubieran causado a Ud.; Ud. es la víctima, y no puede hacer nada contra eso. Mientras mayor sea el daño que Ud. sufre en carne propia, mayor será la rabia. Eso se potencia mutuamente, como aquella vez cuando yo le infligí un daño, al exigirle que participara en parte en los costos de los honorarios... Todo lo que ahí pasó, está en sus sueños... Y luego, todo debe ser nuevamente reparado.

P.: Sí, esta perfección. Eso mismo pensé esta mañana. Pero, ¿por qué inmediatamente relaciono esos daños externos, o cuando algo pasa, con mi cuerpo, con esos efectos tan profundos, sin que antes los pueda percibir o sentir?

A.: Claro, observe la avería sucedida en el sueño. Las cañerías corporales se reflejen al orinar, y uno se cuida mucho de no ser tocado en ese punto. Todo eso tiene que ver con las cañerías de agua, con la casa, que es uno mismo, y ahí anduvo al-guien aserrando con malas intenciones, en el sueño las aserraron hasta cortarlas.

P.: Ya estaban dañadas al ser colocadas.

A.: Fueron colocadas estando ya dañadas, ajá.

Reflexión: Entre lo comunicado por el paciente, que la cañería la habían colocado estando ya dañada, y mi repetición, que reforzaba sus pensamientos, tuve una idea dirigida desde la teoría: ajá, el paciente vive con la fantasía inconsciente de haber sido dañado ya en el útero, de que alguna cosa pudo haber salido mal ya al ser con-cebido. Me sorprende bastante cuando, a continuación, el paciente trae un recuerdo, mantenido vivo retroactivamente, a través de las repeticiones de su madre, de que su cabeza había sido deformada al nacer. La fantasía retrospectiva de su trastorno en la imagen corporal, en especial el de la deformación de su cabeza, llega hasta el co-mienzo mismo de su vida. Esta fantasía regresiva la veo como un intento de esta-blecer un status quo ante, en el sentido que da Balint a la tentativa de lograr nueva-mente el estado anterior al trauma. Es un nuevo comienzo en la fantasía. De he-cho, el paciente trae nuevas ocurrencias que se relacionan expresamente con el daño primigenio.

El paciente retoma mi repetición, "fueron colocadas estando ya dañadas", y agre-ga:

P.: Como dije, la falla había sido incorporada ya en el momento de la construc-ción, yace en lo profundo, y por eso me surge muy fácilmente la comparación con el parto. Me viene a la memoria que mi madre me dijo que fue un alumbramiento muy difícil. Tuvieron que sacarme con las tenazas, y aquello fue tan grave, que mi cabeza se deformó.

A.: Es decir, fue creado y fabricado algo ya deformado.

P.: En el proceso de formación. (Pausa larga.) Es muy cómico, como si yo, como hace mucho tiempo atrás, estuviera en el vientre de mi madre, en esta

cueva. Pero todo es tan limpio, puro, tan parejamente igual. Y luego viene inmediatamente el salto unos años hacia adelante, en el jardín infantil, antes de que comenzara la gue-rra. Ahí surge la primera avería. No sé si ya lo conté una vez. Mi hermano y yo jugábamos detrás de la casa, jugábamos en la granja. Había una pradera en pendien-te. También habían unos vehículos por ahí. Yo solté los frenos de un carro de adrales. Comenzó a moverse, atropelló a mi hermano, que por suerte se encontraba jugando en un enorme hoyo de gallinas, de manera que el carro pasó sobre él, sin tocarlo.

A.: Hm, sólo recibió un rasguño. El carro ...

A continuación, el paciente relata cómo el carro rodó pendiente abajo a alta velo-cidad, deteniéndose contra un cobertizo, donde el choque provocó un daño conside-rable.

La vívida descripción del paciente revive en mí recuerdos bastante análogos de mi niñez. La intensidad de mi fantasear retrospectivo es tan fuerte, que no me de-tengo en los perjuicios mencionados por el paciente, como tampoco en el alboroto provocado por él. Formulo una interpretación condicionada contratransferencial-mente, que se conecta inmediatamente con la descripción del paciente.

A.: Ya que por poco hubiera matado a su hermano. Entonces, habría sido el ase-sino de su hermano, Caín y Abel.

Después de una pausa más larga, el paciente descubre retrospectivamente otro aspecto más.

P.: De alguna manera yo era algo así como el pequeño héroe que había logrado hacer eso con 3 ó 4 años.

A.: Sí, las cosas que Ud. es capaz de poner en marcha. Y luego, si todo sale bien, están todos felices y contentos, y se dice que no fue tan terrible. Y lo mismo pasó esta mañana, donde le hubiera gustado recurrir a mí como testigo de que no había habido daño, de que no había pasado nada, de que el daño surgido podía ser repara-do; tanto el que uno mismo provoca, como también aquel daño que uno de hecho no ha cometido, pero que, al creerse autor, se lo carga en la conciencia.

De su relato, de que hasta había sido considerado un pequeño héroe, deduzco que lo he abrumado demasiado a través de mi interpretación de Caín y Abel, condicio-nada desde mi contratransferencia. Queda claro que, en vista de la intensidad afecti-va, el paciente tiene suficiente por hoy, ya que el resto de la sesión la dedica a ca-sos más bien superficiales de daños sufridos en su vida adulta.

Retrospectiva (dictada inmediatamente después de la sesión): Mi fantasía sobre el origen del daño "imaginario" se topó con su propia representación, mantenida

viva por su madre, de que el desperfecto en su cabeza podía retrotraerse al nacimiento. Menos mal que no dije nada. Grande fue mi sorpresa al ver que el paciente no habló más sobre el difícil parto que había necesitado la ayuda de tenazas, sino que se dedicó a describir la situación armónica dentro del vientre materno. En esta sesión por lo tanto, tenemos la posibilidad de ver varias cosas, el nuevo comienzo y la vuelta al estado armónico previo al trauma primario, descrito por el paciente como trauma del nacimiento. Su vivencia, y mi sorpresa, se vienen abajo. La pregunta es: ¿quién ha comenzado a fantasear aquí, el paciente o yo? Además, un aspecto esencial es el desencadenamiento de sus ocurrencias por el suceso reciente en el estacionamiento, antes de la sesión. Finalmente, me identifiqué con el paciente y con su rivalidad con su hermano, de la que ya estaba al tanto, y en el fantasear retrospectivo reanimé recuerdos propios, que me motivaron a dar una interpretación sobre Caín y Abel, condicionada por mi contratransferencia.

Comentario: A través de la retrospectiva, dictada inmediatamente después de la sesión, como también por los comentarios auxiliares escritos más tarde, el analista tratante puso en claro que había establecido una contratransferencia concordante. Él participó del fantasear retrospectivo del paciente y tuvo recuerdos infantiles análogos. Lo que además impresiona es que esta inducción recíproca se encuentra cargada de ideas que pertenecen a la heurística psicoanalítica, y por consiguiente, como imágenes de búsqueda, surgen, no sólo de la sensibilidad empática del analista, sino muy posiblemente también de su cabeza.

Notas sobre la retroactividad: La expresión "retroactivo" (*nachträglich*) y la forma sustantivada "retroactividad" (*Nachträglichkeit*), fueron utilizadas a menudo por Freud en relación con su concepción de la temporalidad y la causalidad psíquica. Ya en una carta dirigida a Fließ, del 06.12.1896, Freud escribe: "Yo trabajo con el supuesto de que nuestro mecanismo psíquico se ha generado por estratificación sucesiva, pues de tiempo en tiempo el material preexistente de huellas mnémicas experimenta un reordenamiento según nuevos nexos, una retranscripción (*Umschrift*)" (1950a, p.274). Laplanche y Pontalis son de la opinión de que "todos los fenómenos con que se topa el psicoanálisis se encuentran bajo el signo de la retroactividad, es decir, de la ilusión retroactiva. Es así que Jung habla del fantasear retrospectivo: según él, el adulto reinterpreta su pasado en sus fantasías, que son igualmente expresión simbólica de sus problemas actuales. En esta concepción, la reinterpretación es para el sujeto un medio de arrancar de las 'exigencias de la realidad' a un pasado imaginario" (Laplanche y Pontalis 1972, p.314). Sin dejar de lado este punto de vista, Laplanche y Pontalis acentúan que la concepción de Freud de la re-

troactividad es más precisa: lo que se modifica retroactivamente como un todo no es lo vivido, sino, de manera selectiva, aquello que, al instante de ser vivido, no pudo ser integrado totalmente en una relación de significación. El modelo para una vivencia de ese tipo sería el acontecimiento traumático. Freud hizo suya la idea del fantasear retrospectivo. En varios lugares, aparece la expresión en el contexto de la retroactividad:

Confieso que éste es el problema más espinoso de toda la doctrina psicoanalítica. No he necesitado de las comunicaciones de Adler o de Jung para ocuparme crítica-mente de la posibilidad de que estas vivencias infantiles olvidadas (y vivenciadas a una edad inverosímilmente temprana), que el psicoanálisis postula, descansen más bien en fantasías creadas a raíz de ocasiones posteriores... ninguna duda me ha reclamado más, ninguna otra incertidumbre me hizo abstenerme tan decidida-mente de ciertas publicaciones. He sido el primero en reconocer tanto el papel de las fantasías en la formación del síntoma como el del "fantaseo retrospectivo" desde incitaciones posteriores hacia la infancia, y la sexualización retroactiva (*nachträglich*) de esta última; ninguno de mis oponentes ha señalado este hecho (Freud 1918b, p.94).

Partimos de la base de que esta reproducción bastará para producir una profunda impresión en el lector. En todo caso, entendemos el entusiasmo del analista tratante por el fantasear retrospectivo y por el redescubrimiento de la retroactividad como una de las ideas conductoras más geniales de Freud. Por esto, el que Strachey traduce esta expresión por "deferred action" (acción diferida) tuvo seguramente muchas consecuencias. En relación con lo expuesto por nosotros en la sección 1.4 del to-mo sobre los fundamentos, y en el sentido de la argumentación de Wilson (1987), recientemente publicada, queremos acentuar que Strachey no inventó a Freud y que la situación actual del psicoanálisis no puede reducirse al hecho de que la obra de Freud fuera reconvertida en el lenguaje científico angloamericano de Strachey en la Standard Edition. El que Strachey tradujera el término de *Nachträglichkeit* por "deferred action", va más allá de las numerosas faltas que son documentadas por doquier. Porque la concepción de Freud de lo "retroactivo" no puede ser reducido al concepto de la acción diferida. Queremos dejar planteado el problema de las posibles consecuencias que esta traducción que desfigura el sentido puede haber tenido para la comprensión de la obra en el ámbito angloamericano. Incluso ahí donde se conservó el original, el camino llevó irresistiblemente desde el fantasear retrospectivo hasta la datación retrospectiva de las condiciones genéticas de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, hasta la

hora primera, y aun antes. El concepto de la retroactividad no tolera reducir la historia del sujeto a un determinismo lineal que tome en cuenta tan sólo la influencia del pasado sobre el presente (véase tomo primero, pp.391s). La tendencia de datar las causas de las enfermedades psíquicas cada vez más atrás se ha ido fortaleciendo a lo largo de los decenios, como si el destino del ser humano estuviera ya decidido en los primeros meses de vida -incluso ya intrauterinamente- y no precisamente en base al código genético, a la herencia, sino debido a supuestas influencias del medio ambiente. Aquí se trata de un desarrollo universal, es decir, independiente de la lengua y de las traducciones, que se encuentra incluso ahí donde la significación de la retroactividad fuera íntegramente tomada en cuenta, como por ejemplo en Lacan, que vinculó el pensamiento de Freud con la filosofía de la temporalidad de Heidegger. El fantasear retrospectivo hasta el comienzo de la propia vida y, más allá de éste, en el espejo del encuentro consigo mismo, es un tema fascinante de los cuentos de hada y de los mitos que viven en nosotros mismos.

Este excursus muestra que el simple fantasear retrospectivo concordante tiene un contexto significativo. El proceso de discernimiento del psicoanalista se apoya en muchas condiciones previas, aunque éste no las tenga presentes durante la sesión misma. Posiblemente eso fue lo que sucedió en la sesión recién resumida, que se desarrolló con bastante delicadeza y de ningún modo con calentura de cabeza.

3.4 Participación del paciente en la contratransferencia

Los modelos biológicos básicos congénitos implican que las escenas eróticas o agresivas vívidas, especialmente cuando el analista es involucrado en la transferencia, tengan una resonancia psicofisiológica involuntaria. La sintonía del analista en las escenas descritas por el paciente lo trasladan a estados anímicos cuya cualidad se extiende dentro de un amplio espectro. Ya en el año 1913, en su obra *Zur Phänomenologie und Theorie der Sympathiegefühle und von Liebe und Haß* ("De la fenomenología y la teoría de los sentimientos de simpatía y del amor y el odio"), Scheler llamó la atención sobre la referencia objetual primaria y sobre la naturaleza bipersonal de estos procesos que se enraízan profundamente en lo somático (véase Scheidt 1986). Desde un punto de vista psicoanalítico, la mirada se dirige a las formas inconscientes previas a estos fenómenos. No se requieren mediciones fisiológicas para notar en la contratransferencia que la identificación parcial con el vivenciar del paciente

tiene un efecto animador. Por un lado, ésta depende del tipo de escena y, por el otro, de la disposición general a reaccionar o de la capacidad especial de resonancia del analista. Por consiguiente, y en el fondo, en el analista se producen todas aquellas reacciones afectivas que pertenecen a la naturaleza del homo sapiens y que Darwin, Freud, Cannon y Lorenz intentan explicar en sus teorías del afecto y de la pulsión.

Los deberes y tareas profesionales tienen como consecuencia que los sentimientos de simpatía, el amor y el odio, aparezcan en forma atenuada en la contratransferencia. El analista se encuentra, por así decirlo, sólo a medias en la escena correspondiente; con su parte involucrada, y ante todo con su cabeza, permanece, de acuerdo con las palabras de Schopenhauer citadas anteriormente, "en el territorio de la reflexión tranquila", para poder ayudar con sus conocimientos. A pesar de que aquí no corresponde sostener una discusión sobre la naturaleza pulsional del ser humano -un tema interdisciplinario inagotable entre el psicoanálisis y la antropología filosófica, como nuevamente lo muestra el trabajo de Marquardt (1987)-, no cabe ninguna duda de que también los psicoanalistas se encuentran sometidos a esta naturaleza. La sensibilidad de éstos frente a fantasías sexuales o agresivas se encuentra incluso aumentada, porque se entrenan para percibir las microseñales más finas, que para el paciente, como emisor, son aún totalmente inconscientes.

Naturalmente, sin decirlo, todos los pacientes saben que también su analista está sometido a ciertos hechos biológicos dados. Los problemas técnicos comienzan con la pregunta sobre el modo en que se reconoce que el analista es tocado de manera parecida a la de los demás seres humanos por las fantasías sexuales o agresivas de sus pacientes. Al no reconocer tal bipersonalidad de las emociones se desconcierta al paciente, cuyo sentido común se orientaba hasta el momento por las experiencias que ahora ve puestas en tela de juicio: en general, en tanto exista una relación entre dos seres humanos, las emociones de uno no dejan frío al otro. Al menos de manera vaga, el paciente percibe algo de la contratransferencia de su analista, cuya resonancia emocional necesita tanto como que éste tenga su cabeza despejada. Reconocer esta inherente tensión preserva de aquellos innumerables callejones sin salida que terminan con el estancamiento o con la interrupción de los tratamientos. El fracaso de muchos tratamientos lo adjudicamos al hecho de que el paciente, secretamente convencido de la inverosimilitud de que su analista parezca no ser tocado, lo pone repetidamente a prueba, pruebas que intensifica hasta obtener una comprobación. El rango de variabilidad que sirve de comprobación en estos intentos de prueba de culpabilidad es amplio. Las reacciones espontáneas de tipo averbal, o también las interpretaciones, que permiten sacar conclusiones sobre el

estado de ánimo del analista, sirven al paciente como indicio de que el analista fue estimulado agresiva o sexualmente. Ahora se ha logrado una prueba, y el analista ya no es digno de crédito. Por lo tanto, la intensificación de las fantasías transfe-renciales agresivas y erótico-sexuales provienen parcialmente de que el analista se desentienda (Verleugnen) de ellas. Encontrar una salida de este callejón ciego no es cosa fácil. Por esto, es aconsejable reconocer desde un comienzo la propia emocio-nalidad y clarificar las funciones profesionales del analista que le posibilitan reac-ciones afectivas menos intensas. La curiosidad personal disminuye si uno permite al paciente formarse una idea del raciocinio analítico que le concierne, por ejemplo, del contexto que fundamenta las interpretaciones. De acuerdo con nuestra experien-cia, en ese caso a los pacientes no les cuesta respetar la vida privada del analista y poner límites a la curiosidad sobre aspectos personales y privados de sus estados de ánimo o pensamientos. Para los pacientes es un enorme alivio que el analista no les pague con la misma moneda, que no reaccione con la misma intensidad con que lo hacen las demás personas con las que alguna vez se trabó, o aún se traba, en un clinch emocional. Las reacciones atenuadas del analista, gracias a sus conocimien-tos profesionales, hacen posible las nuevas experiencias del paciente. Es así como, desde un punto de vista terapéutico, el analista puede salir airoso de la prueba a que se le ha sometido, en vez de, por una abstinencia y un anonimato mal entendidos y poco naturales, transformarse en una persona no digna de crédito y con ello des-encadenar el círculo vicioso esquematizado anteriormente.

Consideremos ahora algunos detalles. ¿Qué significa el que Ferenczi (1919) vea el dominio de la contratransferencia en la oscilación permanente entre el libre jue-go de la fantasía y del examen crítico? ¿Qué quieren decir los analistas al hablar del manejo de la contratransferencia? Por cierto, es algo distinto hablar con posteri-ri-dad sobre este o aquel sentimiento surgido en la sesión terapéutica a modo de re-acción, que encontrarse de hecho frente al paciente. De lo que se trata, precisamen-te, es de la manera como el analista maneja el estar expuesto a una enormidad de estímulos. La profesión del analista sería de hecho imposible, si todos los deseos sexuales y agresivos alcanzaran su meta inquebrantablemente y el analista se viera desgarrado por los altibajos. Por muy densos que sean el compromiso y el inter-cambio emocional, es precisamente el ensimismamiento reflexivo del analista, lo que hace que las emociones del paciente lo alcancen sólo en forma atenuada. Cier-tamente, él es el blanco de los anhelos sexuales del paciente, de sus gritos deses-perados de auxilio o de su desvalorización. El es aludido y afectado, pero la intensi-dad de sus vivencias se ve mitigada por varias razones. El conocimiento de los pro-cesos

transferenciales provee una cierta protección. Amor, odio, desesperación, impotencia, se encontraban originalmente repartidos entre varias personas. Al compartir los sentimientos del paciente, el analista deja de ser la víctima pasiva de su crítica cínica; más bien, puede participar del placer sádico del paciente y sacar satisfacción espiritual de la aclaración de tales comportamientos. El ensimismamiento tranquilo, que puede ir acompañado por un intenso placer intelectual en el descubrir cómo están asignados los papeles, crea una distancia natural frente a la cercanía del momento.

El lector quizás se sorprenderá de que en esto veamos un proceso natural que en sí no tiene nada de escisión, pero que tampoco lo fuerza a una sublimación conti-nuada. El que los problemas contratransferenciales pueden ser solucionados a través del camino señalado esquemáticamente por nosotros y no por sublimaciones, no requiere de mayor demostración. Después de un corto tiempo de trabajo los análisis se agotarían y, si tuvieran que destinar sus fuerzas para una escisión en el yo o para una sublimación, se incapacitarían para trabajar profesionalmente.

De nuestra concepción se deduce por qué resulta ser la cosa más natural del mundo el que el paciente, en determinadas situaciones, pueda llegar a conocer - aún más, deba saber- el tipo de contratransferencias desatadas por él en el analista. El analista no tiene nada que confesar con mala conciencia, y de ningún modo se trata de agobiar al paciente con los propios conflictos, o de dar a conocer, por ejemplo, historias de la propia vida. Por las razones más diversas, las consultas amistosas toman a menudo un giro tal, que ambos participantes terminan finalmente abriéndose mutuamente de corazón. También muchos médicos creen poder consolar en la consulta, si ofrecen ejemplos propios de superación de enfermedades o de situaciones de vida. Así como, en cualquier forma de psicoterapia, las identificaciones o el aprendizaje en base a modelos son esenciales, así es por otro lado decisivo ayudar al paciente a encontrar soluciones a los problemas propios y adecuados para sí mismo.

Si un paciente desconoce su saber genuino de que también los analistas están sujetos al destino, existen caminos de esclarecimiento más benéficos que el de las confesiones, que dañan más que lo que ayudan, aun cuando sean hechas con buenas intenciones.

Característica de todo padecimiento -y especialmente de todas aquellas enfermedades condicionadas psíquicamente o multicausadas- es que aparezca desaliento, al menos en el ámbito de los síntomas. El paciente ("el que padece") se queja de sufrimientos contra los que es impotente y que se le imponen psíquicamente o que son causados por su propio cuerpo. A menudo, las quejas (Klagen) se transforman en acusaciones (Anklagen) indirectas. En

especial en las enfermedades psíquicas y psicosomáticas, las quejas pronto se transforman en acusaciones en contra los padres y familiares. Para no ser malentendidos, queremos acentuar que las quejas y las acusaciones que se refieren a lo que le sucedió y le fue hecho a una persona deben ser tomadas en serio. La dependencia de años del niño va de la mano con una clara distribución del poder y de la impotencia. En la lucha por la sobrevivencia, la víctima impotente también encuentra medios y caminos para imponerse. La teoría psicoanalítica ofrece una gama de modelos de explicación que facilitan la comprensión terapéutica, especialmente en aquellos puntos que son inconscientes para el paciente mismo. El denominador común que relaciona estos puntos entre sí se

encuentra en las influencias inconscientes que ejerce el paciente mismo, no importando lo mucho que se haya hecho en su contra.

Nuestros comentarios fundamentan la necesidad de, bajo determinadas circunstancias, hacer participar al paciente en la contratransferencia. La necesidad de esta participación resulta teóricamente de la evolución de la teoría de relación de objeto hacia la psicología de dos personas. En pacientes que permanecen ciegos frente a las consecuencias que tienen sus comunicaciones verbales y averbales, sus afectos y acciones sobre los demás y sobre el analista, la participación en la contratransferencia tiene una enorme significación terapéutica. Es incluso probable que ciertas interpretaciones transferenciales, que establecen una cierta distancia, estimulen al paciente a hacer el objeto más humano y, de este modo, a probar los límites del propio poder. Al hablar deliberadamente de la participación del paciente en la contratransferencia del analista, queremos poner de manifiesto que ésta pertenece sólo parcialmente al circuito funcional y de configuración del paciente. El paciente descubre los aspectos inconscientes de sus intenciones, precisamente no porque el analista participe plenamente, sino porque, como lo describimos antes, participa seriamente. Los psicoanalistas intuitivos que tienen además la valentía de presentar ante el público sus experiencias, siempre han tenido claro que este tipo de participación no tiene nada que ver con las confesiones de la vida privada. En relación con la contratransferencia, es totalmente inadecuado hablar de confesiones o declaraciones íntimas. Estas designaciones dificultan el manejo natural de la contra-transferencia. Pues así como no viene al caso ni una confesión del analista ante sus colegas, tampoco se trata de una confesión personal ante el paciente. Ya nos referimos a esto en la sección 3.5 del primer tomo. Dejar que eventualmente el paciente participe en nuestra contratransferencia lo consideramos una descripción adecuada de un proceso

eminentemente significativo y que abre nuevas perspectivas terapéuticas, pero que a la vez también profundiza el discernimiento.

Tal vez nuestros comentarios contribuyan a mitigar el choque que aún produce la franqueza con la que Winnicott (1949), Little (1951) y Searles (1965) escribieron sobre su contratransferencia. Sin lugar a equívoco, se dice que:

en determinadas fases de ciertos análisis, el paciente busca de hecho el odio del analista, y lo que entonces se necesita es un odio que sea real. Si el paciente busca un odio real y justificado tiene que ser capaz de lograrlo, de otra forma no puede sentir que puede encontrar amor real (Winnicott, p.199).

A continuación, ofrecemos dos ejemplos que dejan en claro que la participación del paciente en la contratransferencia puede tener un efecto curativo.

3.4.1 Contratransferencia erótica

Hacia el final de un análisis de varios años, la paciente Rosa X, después de larga vacilación, me sorprende con una pregunta directa acerca de mi reacción frente a su sexualidad. Las fantasías y las experiencias sexuales habían jugado siempre un papel importante. Una "transferencia a primera vista", erotización intensa con inhibiciones y evitaciones consecuentes, habían caracterizado el análisis por largo tiempo. Las desilusiones, las angustias de separación y las tensiones agresivas que aparecían, conformaban una maraña de deseos sexuales, a menudo difícil de desenredar.

Desde los 11 años presentaba intensas fases anorécticas y de angustia neurótica. Ya desde niña, y especialmente en la pubertad y adolescencia, se había sentido sola con sus sentimientos y representaciones sexuales. Mi circunspección y la situación analítica estimularon en el tratamiento estos sentimientos de sentirse abandonada, especialmente en algunos aspectos de la relación con el padre. Este había sido por mucho tiempo cariñoso con la niña pequeña, pero, al comenzar su pubertad, se había retirado y había esquivado sus preguntas acerca del "sentido de la vida". Por un lado, ella no había entendido el cambio en su actitud, por el otro, remitía el alejamiento a su desarrollo sexual.

Debido a este trasfondo, la "transferencia" y los aspectos realistas de la relación analítica eran especialmente tensos. Rosa X se sentía a menudo movida a plantearse preguntas acerca de mi modo personal de reaccionar y de vivenciar, aunque estas preguntas las expresaba preponderantemente en forma indirecta. En la fase tardía del análisis pude reconocer en forma retrospectiva que, sin

proponérmelo, yo había contribuido a esta evitación. Me sentía precisamente aliviado por el hecho de que la paciente, a pesar de la intensa transferencia positiva, a menudo erotizada, respetara el marco acordado y los límites, cuyo fundamento psicosocial último radica en el tabú del incesto. Correspondientemente, mis interpretaciones transferenciales retrospectivas se referían a sus desilusiones edípicas y preedípicas y a sus nuevas ediciones, a causa de la retirada del padre, quien había evitado toda pregunta acerca de la vida, no respondiéndolas de frente. Este cambio de conducta marcaba para ella un contraste incomprensible respecto de los mimos, casi se diría intimidades, que el padre había intercambiado con la hermosa niña hasta la prepubertad. Como hija única, había estado expuesta con mayor intensidad a las peculiaridades de sus padres. Ella había registrado en forma más bien pasiva la solicitud del padre. En muchos aspectos, el padre asumía un papel maternal y se preocupaba de compensar los traumas que ella había sufrido a causa de varias enfermedades serias durante su niñez. La madre, supersticiosa e histérica de angustia, dependió interiormente de por vida del abuelo, lo que complicó su propio matrimonio y también su asistencia a la niña. Las desilusiones sufridas por Rosa X a causa de su madre reforzaban su ambivalencia, con la correspondiente tensión agresiva, que se había hecho inconsciente, además de los sentimientos de culpa manifiestos, de origen incierto. De manera típica, la relación ambivalente hacia su madre se continuaba parcialmente en su sintomatología.

De este resumen psicodinámico puede fácilmente deducirse que las interpretaciones transferenciales retrospectivas sobre desilusiones recientes respecto de una interrupción analítica o separaciones imaginarias encontraron su lugar, mientras que las preguntas personales y concretas se escucharon por largo tiempo sólo marginalmente. Posiblemente, también fueron evitadas para no abrumar la relación. Al momento de salir, a menudo Rosa X observaba penetrantemente mi mímica y mi expresión, ocasionalmente hacía alusiones que, por ejemplo, se referían a su preocupación por mi semblante "serio". En lo demás, nos rompíamos la cabeza reflexionando sobre el origen de sus sentimientos de angustia y de culpa.

Ahora, teníamos la mira puesta en la terminación del tratamiento que se venía encima. En esta fase, junto a las agresivas, se multiplicaron las representaciones sexuales, en su mayoría como visiones retrospectivas sobre fantasías (por ejemplo, sueños y restos diurnos) que la paciente anteriormente no había podido comunicar.

Después de hacer una crítica a mi rol profesional como "aparato analítico impersonal", Rosa X me pregunta, esta vez en forma directa, cómo me las arreglo con

sus innumerables fantasías sexuales e insinuaciones, si de verdad no estoy excitado o si por momentos me ha pasado algo semejante. Esto lo relacionó de manera particular con deseos y experiencias sexuales, que ella había sentido como placenteras, escenas en las que, al exhibirse, estimulaba en el hombre una sexualidad agresiva. Ahora, la paciente quería saber lo que yo deseaba o imaginaba y si mis sensaciones eran parecidas a las de los demás hombres.

Si bien yo no había rechazado los pensamientos sexuales cuando éstos habían aparecido anteriormente, especialmente aquellos que implicaban mi persona, lo cierto es que, o había hecho caso omiso de ellos considerándolos pensamientos concretos referidos, o había pedido una aclaración, para finalmente dar interpretaciones transferenciales retrospectivas o interpretaciones actuales del contenido agresivo latente. En la época de la fase final de este tratamiento, había llegado a concebir, en base a experiencias anteriores, que era posible, y razonable, permitir que los pacientes tuvieran parte en la contratransferencia, sin que por eso se terminara en enredos o se llegara a mezclar el rol profesional con el personal. Por el contrario, permitir tal participación contribuye a clarificar y a aliviar. Al comienzo, yo me había comportado realmente en forma circunspecta -como el padre verdadero, quien se había vuelto impersonal-, y había trazado límites que permitieran un buen margen personal. Dicho de otra forma: posiblemente el padre se había re-tirado abruptamente al anonimato debido a su propio miedo a extralimitarse, del mismo modo como yo había tomado una postura impersonal pensando en posibles actos sexuales.

En el caso de producirse en la relación terapéutica tal coincidencia de la experiencia real conmigo con aquella "traumática" con su padre, la paciente ya no podría diferenciar en su vivenciar el carácter de una "transferencia" y el de una experiencia real.

Teniendo tales pensamientos en mente, formulé aproximadamente la siguiente respuesta, que formó parte de un intercambio más prolongado entre nosotros. Ateniéndome a la verdad, le dije que sus pensamientos y fantasías, que ella consideraba estimulantes, excitantes, etc., no me dejaban indiferente. Por lo demás, su propia experiencia hablaba en favor de que yo no me diferenciaba esencialmente de otros hombres. Que para colocarme en su situación anímica de modo de, desde ahí, poder sacar conclusiones y formular mis interpretaciones, era necesaria una cierta sintonización y una manera empática de reaccionar. Que la terapia requería de un cierto distanciamiento de mis propios deseos y fantasías. Que mi alegría y placer no residían en transformar las fantasías que surgían en mí en deseos o acciones, si-no en convertirlas en buenas interpretaciones, en lo posible útiles, que ojalá la ayudaran y que finalmente llevaran a un buen término el tratamiento. Lo esencial, empero, fue la

comunicación de que yo sentía algo, que también desarrollaba representaciones sexuales como reacción a sus fantasías. Agregué que en un momento habíamos descubierto lo que ambos habíamos ciertamente percibido durante una larga fase de la terapia, pero que jamás habíamos expresado en ese sentido: que nos estimulábamos mutuamente y que también yo en ciertas ocasiones me sentía tocado por su fuerza de atracción.

Rosa X se sorprendió y se sintió aliviada por esta respuesta. Inmediatamente añadió algo al relato de un sueño, hecho al comienzo de la sesión, uno de los muchos sueños con contenidos sexuales y agresivos, que giraba en torno de un encuentro entre un hombre parecido a su padre y una mujer desconocida, pero también del peligro de envenenamiento de ella. Sus primeras ocurrencias habían sido asociaciones sobre la madrastra mala y el envenenamiento del cuento de Blancanieves. Después de hacerla participar en mi contratransferencia, siguieron otras asociaciones y también interpretaciones de la paciente misma. Decía sentirse colosalmente aliviada y que ahora podía hablar más abiertamente de los contenidos sexuales callados hasta el momento; consecuentemente, había menos tensión y existía la posibilidad de un trabajo interpretativo mayor. En su significación, el sueño pudo ser entendido como simbolización de la situación de hija única, vivida en forma traumática, con un padre erótico y seductor, pero a la vez muy reservado, y una madre que en este triángulo se encontraba cargada con sentimientos de angustia y culpa. La paciente se había sentido emocionalmente muy dependiente de la madre, y en su niñez y juventud se había ocupado a menudo con la vida interior de ella. La madre había muerto de cáncer en el transcurso del análisis, aproximadamente un año y medio antes del término de la terapia.

En lo que se refiere a su pasado, esta interpretación, que no era para nada nueva -ella refería tanto aspectos de la relación con el padre como también con la madre, pero, ante todo, era un reconocimiento de su petición concreta de poder hacerse una idea del mundo de sentimientos y de representaciones del otro-, pareció por primera vez evidente a la paciente, porque tuvo lugar contra el trasfondo de una nueva experiencia: saber algo acerca de mi vida interior, sobre mi capacidad de procesamiento. A través de mi comunicación, la paciente pudo lograr ser reconocida en su propia sexualidad y corporalidad. Sus dudas acerca de lo que sus excitantes fantasías podían producir en mí perdieron sentido. Mis interpretaciones de que en la base habían sensaciones humanas, liberaron a la paciente del sentimiento de impotencia y de sentirse excluida, o de sentir que se había hecho culpable de algo. A lo largo de las siguientes sesiones, el clima de trabajo se distendió visiblemente. Los afectos traumáticos en la transferencia

podieron ser tratados en forma más abierta, y re-sueltos de manera que el análisis llegó a buen término.

3.4.2 Contratransferencia agresiva

En primer lugar, ofrecemos un resumen de los problemas especiales de Linda X, para a describir continuación la agudización en la constelación de transferencia y contratransferencia, en una sesión previa a una larga interrupción.

Ya la petición de una hora de consulta, hecha por el médico de la firma donde Linda X, en aquel tiempo de 23 años, completaba sus estudios como asistente técnica farmacéutica, fue algo desacostumbrado. Linda X no habría podido dar el salto sola, por eso el alarmado colega se había hecho cargo, no sólo de pedir la hora, si-no que también había insistido en llevar a la paciente a la cita.

Linda X le daba un gran valor al hecho de haber conseguido una hora con el ana-lista que hacía algún tiempo había escuchado dando una conferencia. Inmediata-mente después del saludo, Linda X dijo -encogida, tímida y deprimida- que espera-ba ser despachada después de algunas conversaciones. En su conducta y aspecto se manifestaba una actitud depresiva angustiada, que se había solidificado hacía alre-dedor de 10 años. Había crecido como la menor de una familia de moral pudibunda y se había enfermado de una anorexia nervosa puberal, desencadenada por comenta-rios hirientes. El anuncio del médico, de que la peligrosa pérdida de peso debería ser compensada mediante alimentación por sonda, llevó a que la paciente subiera en aquel entonces rápidamente de peso, de 36 a 80 kilos, a través de un comer exa-gerado. A los 17 años de edad, reprimió su voracidad con inhibidores del apetito. Estos fueron retirados mediante psicofármacos, de los que Linda X es dependiente desde hace años. En forma alternada, ingiere diversos derivados benzodiazepínicos y otros tranquilizantes, sin lo cuales se sentiría paralizada por la angustia.

Para huir de su soledad y para superar sus miedos al contacto, Linda X sacia sus enormes ansias de ternura a través de aventuras sexuales de corta duración, bastante al azar y, por lo tanto, peligrosas. Fuera de una superación momentánea de su soledad y de un sordo sentimiento de tomar de este modo venganza por algunos descuidos de sus padres, las relaciones frecuentemente cambiantes no le aportan na-da. Su vacío interior y su desesperación han aumentado en los últimos años y en-gendrado una rumiación suicida crónica.

A pesar de la gravedad de los síntomas, y gracias a su inteligencia, Linda X lo-gró terminar bien el colegio y conseguirse una plaza para aprender una

profesión. Su rendimiento en los cursos le aportan reconocimiento y satisfacción.

De esta corta descripción, de una situación de vida considerablemente difícil, surgen diversas preguntas en relación con la indicación adaptativa para el psicoanálisis, que sostenemos. Ya desde el momento en que al comienzo no puede apreciarse la gravedad del acostumbramiento y de la dependencia de derivados benzodiazepínicos y el círculo vicioso resultante de ello, nos encontramos aquí en terreno inseguro. No se puede descartar que las angustias de la paciente aumenten, incluso sin manifestaciones discretas de privación, hasta el punto de sentirse forzada a ingerir cada vez más tranquilizantes. A pesar de la dependencia, al menos psíquica, y de la rumiación suicida crónica, propusimos intentar un tratamiento ambulatorio. Un tratamiento largo en régimen de internamiento habría interrumpido su formación y habría traído consigo cargas adicionales. De hecho, la paciente temía ser hospitalizada y con ello perder el empalme con sus cursos. Durante el internamiento no se habría podido compensar la caída en sus sentimientos de autoestima, producto de la falta del reconocimiento que extraía de su eficiencia. Por lo demás, en las instituciones hospitalarias son también limitadas las posibilidades de control del abuso medicamentoso y de protección en contra de los intentos de suicidio.

En relación con la prescripción de psicofármacos, se tomó el acuerdo de que el analista se haría cargo de ella. En este caso, el camino tomado probó estar totalmente indicado. Las complicaciones surgidas en la transferencia y en la contra-transferencia pudieron ser resueltas de manera constructiva. Partiendo de los recrudescimientos circunstanciales, fue posible adentrarse en la profundidad de sus angustias, con lo cual la reflexiva paciente pudo ir ganando, paso a paso, un terreno más firme para sí.

Del mismo modo que antes del comienzo del tratamiento, a lo largo de la terapia, que duró varios años, sobrevinieron crisis con ideación suicida cada vez que tenía que tragarse afrentas inferidas por los padres o amigos, la mayoría de las cuales se relacionaban con separaciones. Interrupciones del tratamiento debidas a vacaciones se acompañaban de las correspondientes crisis y llevaron a tomar diversas medidas de emergencia, como hospitalización transitoria en un hogar de rehabilitación o, más tarde, a fijar citas de sustitución con un colega.

Con motivo de una interrupción relativamente larga del tratamiento, que había sido anunciada con anticipación, la paciente cayó nuevamente en un estado de ideación suicida permanente, del que hizo indirectamente responsable al analista. La negativa de la paciente de aprovechar lo mejor posible el tiempo que aún tenía a su disposición, o de aceptar ayuda transitoria durante mi ausencia,

me hizo sentir cada vez más desvalido: mi impotencia se acompañaba de sentimientos agresivos en contra del negativismo de la paciente.

Mis intentos interpretativos, donde recurrí al registro estándar de comprensión de la rabia narcisista (Henseler 1981), fracasaron. La paciente se mantuvo firme en que el mundo entero la había abandonado y que por eso ahora se suicidaría.

A una de las últimas sesiones antes de la interrupción, trajo una carta de despedida, que yo debía leer. Ya que la paciente a continuación guardó silencio, me quedó mucho tiempo para reflexionar. La carta yace sobre la mesa. En eso me llama la atención su vestido negro y pienso en duelo y muerte.

A.: Si leyera ahora su carta, entonces aceptaría su despedida. Ud. me odia porque me voy.

El silencio falto de reacción de la paciente me pesa. Parece no serle en absoluto claro lo mucho que me toca su agresividad contenida en la amenaza de suicidio. Tampoco percibe en sus relaciones con los demás cómo denigra y hiera a quienes muestran simpatía hacia ella. Por la cabeza me pasan distintas posibilidades: ¿Debo internar a la paciente, para su protección y para mi aseguramiento, o debo hacerla tomar parte de mi contratransferencia, de acuerdo a la recomendación de Winnicott (véase 3.4)? Me decido por lo último, también porque temo que de otra manera entienda como indiferencia el hecho de que no lea su carta. Además, me es importante sustentar la continuidad de la relación, más allá de la interrupción.

Así, llego a una interpretación relativamente larga, en la que expreso mi preocupación, diciéndole además que me encuentro en el dilema de que estoy furioso con ella.

A.: De hecho estoy desconcertado porque con su amenaza hace más difícil el irse y porque con ella quiere abrumar la vuelta. Yo voy a volver y nuestro trabajo continuará adelante. Por eso no voy a leer su carta de despedida.

Con ello quise expresar que no acepto el suicidio como despedida. Después de un largo silencio, continúo:

A.: Ud. me endosa la responsabilidad sobre su vida o su muerte, y con ello me exige demasiado, más de lo que puedo soportar. No comparto su visión de que Ud. tenga que deponer su poder de manera tan indirecta en un suicidio. Con ello, Ud. pone a prueba cuánto poder tiene sobre mí, más allá de la muerte.

Llamo la atención de la paciente sobre el gozo que hay en la autodestrucción, aunque muy escondido. A pesar de que la paciente sigue en silencio, se nota que está muy tocada. Por eso, le recuerdo que la terapia, a través de su deseo de venir precisamente a mí, adquirió desde el comienzo mismo una nota personal. Para aliviarla, califico además como un progreso el que ahora no relacione más

sus ame-nazas de suicidio con acontecimientos externos, sino que me confronte directamen-te con ellas.

Cuando hablo de progreso, la paciente alza la vista y despierta de su inmovilidad; me mira incrédula. Le resumo los progresos que veo.

A.: Después de todo, quizás aún podemos descubrir lo que este reproche contiene de sus deseos y necesidades, con lo que Ud. podría saber más precisamente lo que está al otro lado de la balanza.

P.: Sí, eso es, lo que me irrita sobremanera es que Ud. se vaya lejos, que tenga éxito y que lo quieran en otra parte. No tengo ninguna esperanza, ninguna probabi-lidad, de alguna vez poder trabajar correctamente, de ser tan independiente como Ud., siempre seré un apéndice cargoso que hay que cuidar materialmente, aunque haya mejores maneras de invertir el dinero. Ud. sabe que con mis amistades es también la misma cosa; mi novio sólo me tolera, y, cuando busco apoyo en él, me rechaza, él quiere verme de otra manera, con más seguridad en mí misma, más independiente, bonita y mucho más femenina, así como soy no le gusto, y a Ud. tampoco, Ud. sólo me lleva a la rastra. Mis padres quieren gozar de su vejez y no tener que preocuparse permanentemente de mí, como me lo dijo una vez mi padre, y agregó que "el analista tampoco puede estar todo el tiempo a tu disposición".

A.: Sí, y ahora el analista se va de viaje, lejos, por así decirlo, toma su casa ro-dante (alusión a sus padres, que en el verano harán un largo viaje a través de Euro-pa). El padre se lleva la razón: los que tienen seguridad y dinero empaquetan sus cosas, y eso es lo que se interpone entre nosotros, porque entretanto Ud. ha perci-bido estos deseos en Ud. misma. Esa es la diferencia con antes. Se acuerda todavía de lo que decía al comienzo: no voy a abandonar nunca a mis padres, ellos no de-ben pensar que han hecho suficiente por mí. Ahora quisiera ser Ud. misma una mujer que goza viajando, como sus colegas de la firma, como el analista aficio-nado a los viajes, que se va lejos sin mala conciencia, sin preocuparse de los que se quedan.

La interpretación de su envidia, a la que la paciente había dado un giro autodes-tractivo, la alivia, como lo muestra la siguiente reacción:

P.: Sí, para nosotros este verano alcanza para unas vacaciones de 14 días en una casucha que pertenece a sus padres (de su compañero), y después se ponen a criticar que eso no puede seguir toda la vida así, no estoy dispuesta a seguir así, no me resigno a mi mediocridad, y, además, los años de mi enfermedad me han estropeado todas las oportunidades de estudiar algo verdaderamente inteligente, y ahí es donde estoy ahora.

A.: En eso, la despedida definitiva sigue siendo al menos algo especial, algo que no es mediocre, porque por lo menos le quita una perla de su corona, al analista, sí, de verdad.

El reconocimiento de su deseo de ser y de rendir algo especial -aunque sea a través de un acto de autodestrucción- le hace bien; pues, de hecho, la manifestación temprana del grave trastorno también destruyó muchas cosas que no pueden ser recuperadas. El inestable sentimiento de sí, disimulado en la niñez a través de la dependencia de los padres, le impidió, desde el comienzo de la pubertad, el acceso a muchas experiencias propias de la edad. En vez de eso, sufrió una serie de experiencias corporales humillantes y experiencias interpersonales que dañaron su sentimiento de sí, que sólo pueden ser compensadas mediante nuevas vivencias. Con voz animada puede ahora preguntar:

P.: ¿Volvería para mi entierro?

A.: No, porque Ud. ya habría destruido nuestra relación, pero volveré con gusto a continuar el trabajo con Ud. Quizás eso es también poder y fuerza suya, el que yo vuelva con gusto. Sé los esfuerzos que le cuesta superar sus múltiples dificultades.

Con la superación de esta crítica agudización, pudimos reflexionar en conjunto sobre los medios y vías que podrían estar a su disposición en el caso de que durante mi ausencia necesitara de ayuda transitoria. Aunque en el curso posterior del tratamiento se produjeron nuevas recaídas, de la situación recién descrita la paciente pudo extraer la experiencia de que podíamos resistir sus conflictos y sobrevivir a ellos. De la catamnesis que ya lleva 4 años, podemos informar que la paciente pudo estabilizar su relación de pareja y seguir progresando profesionalmente.

3.5 Ironía

Así como por razones terapéuticas vemos con buenos ojos que pacientes sometidos, masoquistas o depresivos, logren una autoafirmación natural y capacidad de crítica, nos es a menudo difícil de tolerar el exceso de desvalorización que caracteriza el repentino cambio de sometimiento en el esperado y deseado rebelarse. Surgen cargas afectivas que en parte pueden ser contenidas por el conocimiento analítico. La ironía ofrece protección adicional (Stein 1985).

Se cuenta que Lorenz en una ocasión habría dicho, refiriéndose a sus objetos de estudio etológico especialmente queridos: "Los gansos son también solamente humanos." Por cierto que no basta hacer valer que los psicoanalistas son

precisamen-te también sólo seres humanos, y que por esa razón pertenece a su conformación natural el que reaccionen a los ataques con huida, con el reflejo de hacerse el muer-to o con contraataques. Estas o semejantes maneras de reaccionar pueden ser filtra-das y atenuadas por el conocimiento analítico. Con todo, el analista no es inmune en contra de la crítica de su paciente. Sin embargo, no debería ser tocado por ella tan intensamente como para quedar paralizado en su acción terapéutica, o como para pagar al paciente de alguna u otra manera con la misma moneda. En tal caso, el restablecimiento de un trabajo conjunto fructífero se vería imposibilitado o muy dificultado. En la regla "frecuentemente tocado, pero en lo posible no afectado tan tenazmente" -como para que la contratransferencia no pueda ser utilizada fructífera-mente en el trabajo interpretativo-, vemos una buena solución de un problema fundamental de la técnica de tratamiento psicoanalítica.

A menudo, las contratransferencias negativas se expresan indirectamente. Del tra-tamiento de Arturo Y informamos sobre tal desarrollo, en base a un protocolo re-sumido del analista tratante.

Mis extensas interpretaciones, en especial, habían malogrado totalmente una se-sión. Ante todo, yo había intentado hacer comprensible un comentario muy anti-guo, que Arturo Y había olvidado, pues, una vez más, preguntaba por sus posibili-dades de mejoría y curación. Este tema ya había sido frecuentemente tratado en todos los niveles posibles.

Es especialmente difícil cuando la crítica deseada del paciente se mezcla con una duda destructiva, que no se despliega libremente. En una dramática sesión anterior, Arturo Y había podido, con mi apoyo, dar curso más libre a sus fantasías y llegado a admitir que, después de todo no me podría creer, puesto que para eso tendría yo que revelarle el nombre de algún otro paciente tratado exitosamente, algo que no podía hacer por razones de discreción. En resumen, una situación sin salida.

Su marcada ambivalencia, con los correspondientes procesos de escisión, condu-cía además a que el paciente quisiera llevarme a la bancarrota, como reversión de un destino que a él mismo casi lo había alcanzado. Por otro lado, ponía grandes es-peranzas en que yo resistiera su destructividad, y en que no perdiera la fe en él, en mí mismo y en el psicoanálisis. A pesar de mis conocimientos sobre los efectos desfavorables de la ironía, mis afectos me llevaron a una interpretación irónica que, comprensiblemente, el paciente había olvidado totalmente y que, meses más tarde, me motivó en la sesión citada a malogradas explicaciones en detalle. En aquel en-tonces, y en respuesta a su penetrante curiosidad por mis éxitos, había dicho al pa-ciente que mi tratamiento más largo había durado 100.000 horas y que había sido un fracaso.

De manera comprensible, esta interpretación le había sido tan inquietante, que la había reprimido completamente. Mis aclaraciones posteriores no condujeron más allá y dejaron al paciente sumido en la confusión. No logré hacerle comprender su agresividad omnipotente, que suponía estaba en la base de mi interpretación de entonces. Probablemente esto depende de que en los pacientes se estimulan inmediatamente fuerzas contrarias. Con mi falta de éxito habría triunfado su omnipotencia, pero también su desesperanza. Por lo tanto, él no quisiera desvalorizarme tanto como para que yo no pueda ser más un objeto-sujeto capaz de prestar ayuda. Es digno de hacer notar que al paciente le sigue siendo difícil el acceso a este problema, a pesar de que hace sólo unos días atrás había fantaseado la manera como me castigaba en público y cómo mediante su suicidio me dejaba como un charlatán. En su mano agitaba las cuentas, para denunciarme públicamente como el culpable de su suicidio. También tuvo fantasías de que, después de un rechazo de la compañía de seguros de enfermedad, yo tendría que tratarlo, primero otras 300 horas gratis y que él, al término de ellas, decidiría cuánto me pagaría o si acaso lo haría en absoluto, fantasía que había sido reforzada al pasar por una interpretación de que, reclamando, él podría ciertamente exigir, además, la devolución de los pagos hechos hasta el momento, pues el trabajo efectuado era de mala calidad. Desde hacía tiempo se imaginaba en secreto esta exigencia de devolución.

La sesión termina con su recuerdo de que le ocurre como en una clase de matemáticas. El profesor está al frente, escribe inteligentes fórmulas, y él no entiende nada. El paciente agrega que le parecen pamplinas todo lo dicho hoy día por mí. Inquieto por la crítica, se pregunta sobre qué podría hacer y sobre cómo podría seguir desarrollándose el día de hoy. De acuerdo con el sentido, la interpretación fue la siguiente: Mucho depende de si acaso Ud. se castigue ahora inmediatamente por su expresión "pamplinas" o de si consigue afirmarse en contra del profesor, sin que la palabra "pamplinas" destruya la relación y que todo se vaya al traste cuando se defiende.

Yo estaba muy insatisfecho con mis rendimientos en esta sesión, también conmigo mismo, y con el paciente me sentía en una situación poco clara. Me fastidiaba haberme dejado arrinconar, en lo cual mis largas interpretaciones representaban simultáneamente una suerte de reparación por mi agresividad estimulada. Me llamó la atención que comenté las penetrantes preguntas del paciente de manera más bien hosca, lo que estaba al servicio del propio alivio. Otro indicio habla también a favor de esto: después de la sesión, pensé que debía encontrar un camino para liberarme de la prescripción del valium. En una ocasión anterior, el no haberle extendido una receta antes de las vacaciones de verano había tenido efectos desfavorables. El había tomado esto como signo de

desconfianza, pero a continuación se había castigado a sí mismo no ingiriendo nada por semanas, a pesar del creciente empeoramiento, que tenía que ver con la rabia desplazada contra mí. Entretanto, el paciente había encontrado un médico que a propósito de una consulta por otra cosa, con ligereza le había prescrito 50 tabletas de valium. De las 50, la mayoría estaban todavía en la caja, pero ya que ahora nos encontrábamos ante una interrupción, y que él había ya anunciado que quería vivir estos 14 días de otra manera y con menos angustia que las vacaciones de verano, yo nuevamente esperaba una lucha de poder antes de la interrupción. En consecuencia, después de esta sesión me encontraba en un ánimo contratransferencial negativo. La sesión siguiente transcurrió de manera más relajada y fructífera.

Esta vez, lo bueno y lo malo fueron escindidos, de tal manera que yo fui representante del malo y el médico que había dado la receta, que el paciente llama el "oscuro", se transformó en representante del despreocupado placer vital. Con viveza, Arturo Y describe cómo el otro médico toma con ligereza la prescripción del valium, transmitiéndole el sentimiento de que él está todavía muy lejos de la dependencia.

Con la prescripción del valium, Arturo Y conecta el pecado original con el disfrute de la manzana. Dice que la receta se la había extendido con "el dedo índice levantado", que de esta manera le había estropeado el placer, que mis ademanes amenazantes le habían producido angustia. Destaca que la prescripción y el gesto del dedo índice levantado le habían producido más problemas que soluciones. Ahora, Arturo Y coloca en mi lugar a otro médico, que en su fantasía llama K., a quien acude, y quien le prescribe un medicamento con el comentario tranquilizador: "Vuelva en 4 meses, entonces todo habrá pasado y reduciremos la medicación." Así, en esta fantasía él busca al médico perfectamente competente, que se haga cargo de toda la responsabilidad y que le asegure de que todo sucederá bien. A pesar de que algún tiempo atrás, como respuesta a sus reproches sin fundamento, yo ya le había dicho que con el solo hecho de haber extendido una receta se ponía de manifiesto que yo ciertamente había tomado una parte de la responsabilidad, queda ahora nuevamente claro que la responsabilidad compartida no basta. Lo que él busca es la responsabilidad total y también la afirmación absolutamente válida sobre lo que se puede alcanzar dentro de un determinado plazo. Yo, en cambio, había dejado a su cargo el tomar el valium según necesidad, de manera que la dosis, y con ello también una eventual dependencia, caían bajo su propia responsabilidad.

Ahora entra en juego el otro lado. Después de haberme hecho tales reproches, él espera que yo dé por terminado el tratamiento y que lo despache. Me compara con sus terapeutas anteriores, en especial con el Dr. X., que habría mostrado

reservas cuando el paciente había hecho una alusión a propósito de una prescripción y de cualquier otra forma de ayuda fuera del psicoanálisis, etc. En consecuencia, yo me habría mostrado enormemente generoso si le hubiera recetado algo, y ahora él se muestra tan poco agradecido de que yo haya ido más allá de todo lo que él antes había vivido con los psicoterapeutas. El desagrado que él siente, y cuyas consecuencias teme, se ve subrayado por la descripción del médico en extremo generoso, que sin pensarlo dos veces le había prescrito de nuevo 50 tabletas de valium. Cuando él había planteado más preguntas sobre la dependencia, este médico sólo se había reído.

Después de este informe, el paciente piensa en el trascurso posterior del día y vuelve a la pregunta de qué es lo que aún podría hacer y si acaso se sentirá mejor,

ya que ahora ha dicho todo esto. Le llamo la atención sobre el hecho de que, igual que después de la última sesión, su bienestar depende de si se impone o no un autocastigo. Para el paciente se trata nuevamente de la pregunta de lo que podría hacer para que el conocimiento ganado aquí sea más efectivo.

El trabajo interpretativo condujo a un alivio tan esencial, que no aparecieron más recaídas y Arturo Y casi no hizo uso de los medicamentos prescritos.

3.6 Reflexión narcisista y 'objeto-sí mismo'

El mito de Narciso no se agota en la superficie reflectante de un estanque en el que el mancebo se pierde a sí mismo, o en que cautiva a la bella desconocida y, extasiado, descubra a otro sí mismo. Hoy en día no sólo hay espejos permanentemente a nuestra disposición en los cuales podemos asegurar nuestra apariencia. Los disparadores automáticos de los aparatos fotográficos han hecho posible hacer autorretratos y efectuar comparaciones entre el sí mismo real y el sí mismo ideal, al nivel de la imagen corporal concreta. Rehberg (1985), apoyándose en McDougall (1928), ha mostrado que la consolidación de la percepción corporal está sustentada por la propia imagen especular.

Al siguiente ejemplo casuístico le siguen algunos comentarios sobre la metáfora del espejo. Al analista tratante le es familiar la teoría de Kohut, aunque no siga sus recomendaciones técnicas en detalle. Los fundamentos de esto fueron dados en el tomo de los fundamentos. Ciertamente subrayamos la significación del vivenciar del sí mismo y la dependencia de por vida del ser humano del reconocimiento de otros significativos, aun cuando no coloquemos esto en el marco de los "objetos-sí mismos" de Kohut. Nos alegra poder presentar al lector

unas detalladas notas de discusión desde el punto de vista de la psicología del self, seguidamente a nuestro informe.

Arturo Y siguió el camino poco habitual de la inspección ocular concreta para asegurarse de su imagen corporal. El actuar y las fantasías del paciente provocaron en el analista las reacciones contratransferenciales más diversas. Una pregunta del paciente provocó transitoriamente una inseguridad, seguida por un fructífero logro en conocimiento terapéutico.

Arturo Y se ha decidido finalmente a realizar algo que hacía ya tiempo se proponía. Con dificultad, se ha abierto paso hasta hablar aquí sobre ello, sin exigir que la grabadora sea desconectada. Al fin había hecho lo que hacía tiempo se proponía, a saber, fotografiar sus genitales con la cámara desde hacía tiempo dispuesta para ello. Una de las fotos había salido bastante buena. Repeticiones posteriores no habían ofrecido imágenes mejores.

La determinación con que Arturo Y llevó finalmente a cabo un plan largamente acariciado, sin dejarse coartar por mí o por la grabadora, me sorprendió y alegró. Inmediatamente al comienzo de la sesión, el paciente presentó un informe bastante sobrio, que dejó todo en el aire. No dijo por qué las fotos eran particularmente buenas, ni tampoco dio a conocer sus motivos y lo que buscaba en estos desnudos (Aktfoto). Me mantuve absolutamente a la espera, pues tuve el sentimiento de que no debía perturbar su satisfacción narcisista, aunque me intrigaba saber lo que para él había resultado de esta objetivación. Mi sospecha era de que había fotografiado su miembro en erección y durante la masturbación, pero reprimí mi curiosidad. Pensé que se produce una diferencia si uno se mira a sí mismo hacia abajo y ve sus propios genitales de manera siempre incompleta, desde otra perspectiva de cómo uno ve los órganos genitales de otros hombres. La diferencia cognitiva que así se origina, pensé, podría estar jugando un papel en las comparaciones, tan importantes, especialmente en la pubertad y en hombres inseguros.

Mis fantasías me llevaron finalmente a comparaciones propias y finalmente terminaron en el pensamiento del ocultamiento de los órganos genitales femeninos, cuya posición impide que las mujeres observen sus genitales sin la ayuda de un espejo. Finalmente, en cuestión de segundos me encuentro en la teoría de la afánisis de Jones (1927), que siempre me ha fascinado especialmente.

No me sorprendió que, desde que tomara las fotografías, Arturo Y sufriera de un considerable empeoramiento, según lo informó a continuación. Con toda seguridad, este empeoramiento debe atribuirse al autocastigo por los desnudos, aunque también a que se había sentido un derrochador y un destructor de su familia, porque había ido con un cliente a un local caro y había gastado en una cena una suma que a mí me pareció relativamente baja. Arturo Y siguió buscando

derechamente motivos adicionales para torturarse y denigrarse. Así fue como en la sesión bastó que yo usara la palabra "autocastigo" para que se reforzaran en él las tendencias correspondientes. Continuó criticándose que el panorama de una muchacha hermosa y bien vestida había sido para él un verdadero deleite para los ojos. Eso había sucedido después de las fotos de desnudos. Por esa razón, establecí una relación entre ser observado por uno y ser observado por otro y el placer en común en el vínculo entre los dos, del mismo modo que con el contexto del autocastigo. Este culminó en su miedo a terminar con certeza en el aislamiento más completo, y a que un síntoma se haría tan torturante que no podría decir ninguna palabra más. Al paciente le pareció evidente que, por lo visto, había tenido que pagar un precio muy alto por sus acciones placenteras. Con bastante énfasis, el paciente exigió nuevamente ayuda para transformar el conocimiento aquí adquirido en actuar externo: qué era lo que podría hacer para comportarse de otra manera afuera en la vida. Le aclaré por qué no doy instrucciones de acción y aceptó mi explicación a regañadientes. Agregó que había entendido bien por qué le niego una respuesta. Obviamente el paciente buscaba de mí una prohibición.

En la sesión siguiente se confirmó la sospecha que se me había ocurrido a propósito de las fotos de desnudos. Entre ambas sesiones, el paciente había continuado con las lecciones de autoobservación y fotografiado su miembro en erección. Durante la masturbación que siguió, había notado, nuevamente y con gran angustia, la salida de secreción por la uretra, antes de la eyaculación. El paciente no sabía que se trataba de secreción prostática. Él quería informarse con un especialista, a causa de miedos existentes desde siempre, sobre si acaso esas gotas de fluido ya podrían contener semen y si a través de ellas era posible que su esposa quedara embarazada. Primero satisficé algo más de su necesidad de información y, con motivo de su pregunta, le comuniqué que para esta cuestión la dermatología era la indicada, con su subespecialidad de andrología. En ese momento era ya de prever que me pediría le recomendara un especialista competente, así que tuve algo de tiempo para pensar más allá.

En base a su larga experiencia de vida, el paciente estaba al corriente de que los médicos no podían certificar una seguridad de cien por ciento en relación con las delicadas preguntas relativas a las probabilidades de riesgo. Después de traer nuevamente a su memoria este conocimiento y de reírse de la pretensión desmedida de recibir seguridades adicionales, al modo neurótico obsesivo, sobre los últimos decimales aún inseguros, me decidí a contestar yo mismo su pregunta: "No creo que un andrólogo le vaya a dar más información de la que puedo darle yo. Es altamente improbable que en la secreción previa haya semen y de que así sea posible una fecundación."

A continuación, expresa su angustia de ser anormal o enfermo sexual. La información de que en los hombres la secreción prostática aparece en el estadio previo a la eyaculación, lo tranquilizó. Se dio una situación difícil, porque yo no estaba seguro acerca de si era algo de acuerdo con la neutralidad analítica contestar la pregunta del paciente de si acaso también en mí aparecía esa secreción.

En lo personal, la pregunta de Arturo Y no me molestaba, más bien me sorprendía por la falta de lógica. Llamé la atención del paciente sobre eso, a saber, que en la medida en que yo pertenezca a la clase de los hombres, también en mí aparece la secreción prostática.

En mirada retrospectiva, le atribuyo una profunda significación a la atmósfera de buen humor compartido que se originó después. Si Arturo Y no hubiera tenido dudas sobre su rol sexual (y sobre el mío), y si se hubiera dejado guiar por la lógica, no se le hubiera pasado por la mente la pregunta, o la habría respondido inmediatamente. La falta de confianza en sí mismo va siempre de la mano con inseguridades frente a los demás. Con la angustia por los productos del propio cuerpo, se habían vinculado muchas preguntas angustiosas, que el paciente no se atrevió a plantear cuando era un niño.

¿Qué había pasado ahora en el nivel inconsciente? Se había establecido algo en común. Desde la atalaya filosófica, Gadamer (1965, p.349) plantea que, en cada diálogo logrado, se da un cambio hacia lo común, donde no se sigue siendo más quien se era. Junto a otras cosas, es el descubrimiento de comuniones más vitales lo que en el diálogo psicoanalítico favorece los cambios. Así, se puede suponer que, a través de su representación sobre el proceso biológico de la eyaculación, Arturo Y se vivió como hombre junto a mí y pudo aumentar su confianza en sí mismo. En ello, la secreción prostática se transformó, de signo inquietante, en vincular común denominador de placer masculino. El paciente había ganado ahora tanta seguridad, que pudieron tratarse otras causas inconscientes de sus angustias y dudas.

Fue terapéuticamente decisivo el que la igualdad de la naturaleza humana fuera en ese momento sentida de hombre a hombre. Esta consiste "en mociones pulsionales de naturaleza elemental, que son del mismo tipo en todos los hombres y que tienen por meta la satisfacción de ciertas necesidades originarias" (Freud 1915b, p.283; la cursiva es nuestra). La verdad es que el placer vinculado a la función sexual, que, como placer en la función, en los amantes cobra una significación total, se vive de manera personal, de modo que con la comunión se descubre la diferencia, con la igualdad, la desigualdad. Es por eso que, dentro y fuera de los análisis, surge también la pregunta de si acaso los sexos desiguales pueden en realidad llegar a entenderse, debido a sus experiencias corporales

básicas diferentes. Comparaciones que aluden a la Granja de los animales de Orwell, parten de la igualdad y terminan en contraposiciones denigrantes: "Todos los seres humanos son iguales, pero entre nosotros somos más iguales que con los demás".

Volvamos al diálogo terapéutico sobre la función sexual, en el que se tocan distintos niveles de transferencia y contratransferencia. En la educación sexual, no se debiera subestimar la importancia que tiene comunicar el saber de manera personal. También de eso se trató en este diálogo, que condujo a una disminución en las angustias y a un aumento en la seguridad. Bajo esta protección, el paciente pudo dar más espacio a su curiosidad y explorar nuevos territorios.

¿Qué pasó en relación con mi neutralidad, con motivo del descubrimiento de comuniones en el nivel biológico? Con mi respuesta no reconocí nada personal. Por así decirlo, sólo fui uno dentro de un grupo anónimo con funciones biológicas iguales. Sin embargo, fue obviamente esencial que el paciente tuviera primero que establecer una comunión conmigo, como compañero del mismo sexo, para poder llegar al placer vital bloqueado por las angustias.

Este tema forma el trasfondo para la contemplación de sus genitales mediante toma de fotografías de desnudos. El paciente se acercó a los fundamentos inconscientes de sus angustias relativas a la secreción. Así, quedó ahora claro que todos sus productos tenían un componente anal inconsciente. Para no ensuciar a su mujer, a menudo maquinaba una pelea en las noches, para impedir las relaciones sexuales, a través de lo cual frecuentemente rechazaba a su mujer y la hería considerablemente. De manera sorprendente, se le ocurrió un sueño que había permanecido hasta este momento ajeno, y cuya significación le pareció ahora de un golpe clara: él había inspeccionado un extenso sistema de canales en un paisaje que es su lugar de vacaciones preferido y en el que se siente muy a gusto. En relación con la auto-inspección y sus miedos a ensuciar, fue como si se le cayera una venda de los ojos, de que en ello buscaba por debajo algo que lo atraía placenteramente, pero que había permanecido como algo inquietante y ajeno debido a sus miedos al castigo. Sus asociaciones condujeron a algunas importantes condiciones originarias de estas angustias en la historia de vida.

Notas sobre la imagen del espejo y el 'objeto-sí mismo'

La imagen del espejo refleja una fascinación, que toca del mismo modo al tema del mago como al del doble (Rank 1914; Roheim 1917-19; Freud 1919h).

Para la pregunta, sobre el tipo y trasfondo de la imagen del espejo, contenida en el mito de Narciso, al que Pfandl (1935, p.279-310) dedicó tempranamente una in-terpretación psicoanalítica hoy totalmente olvidada, existen dos grupos distintos de respuesta. En un grupo, las referencias de objeto y también los demás se constitu-yen de manera narcisista. El otro grupo de respuestas está determinado por la idea de que en la imagen del espejo se continúa el diálogo con los otros, y no sólo en el sentido de la comparación. Ambas tradiciones de pensar psicoanalíticas pueden remitirse a Freud, quien, sin lugar a dudas, dio su preferencia a la deducción desde el narcisismo primario. Con todas las diferencias de detalle, Kohut y Lacan son re-presentantes influyentes del primer tipo de explicación. Este último, en la medida en que, en su original concepción antropológica del estadio del espejo, acentúa el narcisismo primario, ... con el que caracteriza la doctrina de la inversión libidi-nosa que se adecua a ese momento" (Lacan 1975, p.68).

A pesar de que, a partir de 1977, Kohut abandonó la teoría de la pulsión y del narcisismo, sus descripciones de los "objeto-sí mismos" están constituidas, sin excepción, de acuerdo con el modelo del narcisismo primario, que tiñe las descripciones de los "objeto-sí mismos". De acuerdo con nuestra manera de ver las cosas, Kohut (1959) tomó muy poco en cuenta la gran medida en que el método em-pático-introspectivo es guiado por la teoría. En el intento de hacer de la empatía un medio independiente para lograr conocimientos, no diferencia entre formación de hipótesis y su verificación. Los "objeto-sí mismos" de Kohut están contruidos según la pretendidamente abandonada teoría de la libido. Frente a eso, analistas in-fluenciados por la psicología social, como Erikson, pueden ser caracterizados por el hermoso verso de Cooley: "Each to each a looking glass, reflects the other that does path" ("cada uno para el otro / un espejo que refleja / al que pasa frente a él").

Freud descubrió la naturaleza dialogal de la reflexión preverbal en su nieto de año y medio:

Un día en que la madre había estado ausente muchas horas, fue saludada a su regreso con esta comunicación: "¡Bebé o-o-o-o!"; primero esto resultó incomprensi-ble, pero pronto se pudo comprobar que durante esa larga soledad el niño había encontrado un medio para hacerse desaparecer a sí mismo. Descubrió su imagen en el espejo del vestuario, que llegaba casi hasta el suelo, y luego le hurtó el cuerpo de manera tal que la imagen del espejo "se fue" (Freud 1920g, p.15).

El descubrimiento de la imagen del espejo se lleva a cabo aquí a través de la imitación de una acción motora de otro, la madre. La interacción se continúa en la identificación, a través de la cual el ausente permanece presente en la imaginación. Al mismo tiempo es un acto de autodescubrimiento, al menos en el sentido de la autopercepción de una forma de movimiento. Desde entonces, han sido publicadas una serie de observaciones que profundizan nuestro conocimiento del desarrollo de la autopercepción y de la autoconciencia mediante reacciones a la imagen del espejo. Amsterdam y Levitt (1980) han presentado concluyentes investigaciones experimentales y en sus interpretaciones han tomado además en cuenta estudios fenomenológicos de Merleau-Ponty (1965) y de Straus (1949), relativos a la significación de la marcha erecta y la vergüenza. Es de prever que estas investigaciones han de tener considerables efectos sobre la comprensión de la técnica de tratamiento de los trastornos de los sentimientos de sí, que han sido descritos hasta el momento en la metáfora del espejo.

De acuerdo con Lacan, el estadio del espejo se debe entender como "... la fase constituyente del sujeto humano, que se encuentra entre los 6 a 18 meses; el niño, que todavía se encuentra en un estado de impotencia y de motórica no coordinada, anticipa imaginariamente el agarrar y el dominio de la unidad de su cuerpo "... a través de la identificación con la imagen del semejante como una figura total" (Laplanche y Pontalis 1972, p.474).

Lacan habla del momento de la acogida jubilosa de la imagen del espejo como de una situación ejemplar, que representa la matriz simbólica en la cual el yo cristaliza en una forma originaria. "Esta forma podría denominarse como yo-ideal, para así ir a buscarla en un registro conceptual ya conocido" (1975, p.64). Pero la experiencia de la unidad anticipada se ve amenazada por la irrupción permanente de la fantasía del cuerpo desmembrado. Desde esta perspectiva, Lacan habla del estadio del espejo como de un drama que constantemente empuja hacia nuevas repeticiones (1975, p.67).

Ya que en el caso de Lacan, de difícil acceso en el original, es especialmente importante la orientación en base a lo conocido, volvemos a citar a Laplanche y Pontalis, quienes además consideran los aspectos clínicos. Ellos comparan la concepción de Lacan del estadio del espejo con las opiniones de Freud sobre la transición del autoerotismo -que se encuentra antes de la constitución del yo- al narcisismo propiamente tal. En esto, la "fantasía del cuerpo desmembrado" correspondería a la primera fase y el estadio del espejo a la aparición del narcisismo primario. Sin embargo, y sin considerar estos importantes matices, para Lacan es el estadio del espejo el que hace surgir retroactivamente la fantasía del cuerpo desmembrado. En el tratamiento psicoanalítico se puede

observar tal relación dialéctica: "... De vez en cuando, aparece la angustia de desmembramiento cuando se pierde la identificación narcisista, y al revés" (Laplanche y Pontalis 1972, p.475s).

Kohut atribuyó la transferencia especular a las necesidades que se dirigen a los "objeto-sí mismos" (véase tomo sobre los fundamentos, 2.5 y 9.3). "Objeto-sí mismos" son objetos que vivimos como partes de nosotros mismos. Hay dos tipos de "objeto-sí mismos": aquellos que reaccionan al sentimiento innato de fuerza vital, grandeza y perfección del niño, confirmándolo, y aquellos con cuya tranquilidad, infalibilidad y omnipotencia fantaseada, puede el niño fundirse, al fijar su vista en ellos. El primer tipo se denomina "objeto-sí mismo" reflectante, el segundo imago parental idealizada. Relaciones de reciprocidad deficitaria entre el niño y sus "objeto-sí mismos, conducen a un sí mismo dañado. Una transferencia de "objeto-sí mismo" se produce cuando viene a tratamiento psicoanalítico un paciente cuyo sí mismo ha sufrido un daño; entonces se reactivan las necesidades que permanecieron insatisfechas a causa de las relaciones deficitarias de reciprocidad entre el sí mismo en formación y los "objeto-sí mismos" de la vida temprana.

Desde un punto de vista técnico, es esencial que se atribuya una función confirmatoria a los "objeto-sí mismos" y a la correspondiente transferencia. Si no se toman en cuenta otros accesorios, el reconocimiento y la confirmación a través de los otros se transforma en el denominador común que relaciona entre sí las distintas orientaciones psicoanalíticas.

Por buenas razones, las psicologías de relaciones de objeto, fuera de la escuela kleiniana, desataron el acuerdo y la conformidad, como factores terapéuticos, de su vínculo con la satisfacción pulsional o con la sugestión burda. Con ello se lograron correcciones que profundizaron la comprensión de aquello que el paciente busca en el analista. También se proyectó una luz nueva sobre el desarrollo de las dependencias regresivas. Si se ve el intercambio bajo el punto de vista de la des-carga y de la satisfacción pulsional, se insistirá en el intento fallido o, con poco entusiasmo, se harán concesiones que pueden ser dudosas por razones de principio, o por razones éticas o técnicas. Si, en cambio, se ve la dependencia como un fenómeno de interacción, que no está unido estrechamente a satisfacciones edípicas o preedípicas, se hacen posibles reconocimientos genuinos que no conducen al dilema de las tentativas fallidas de satisfacción pulsional. En el sentido de la reciprocidad, se puede incluso decir que, precisamente porque en la línea interpretativa que surge de la teoría de la pulsión las respuestas de reconocimiento, en el sentido de Winnicott, quedan muy a menudo demasiado cortas, las necesidades pulsionales se verán reforzadas. Y esto, porque a través de este modo de sustitución se buscarán

aquellas confirmaciones de sí mismo que el analista ha descuidado. La interpretación de Kohut del deseo de un reconocimiento reflectante, si bien cumple con el precepto de la abstinencia, sigue permaneciendo dentro del círculo narcisista -aun cuando éste pueda ahora aparentemente ser abandonado con ayuda de los "objeto-sí mismos"- y evita el reconocimiento real, necesario en ciertos casos.

De acuerdo con las observaciones de Winnicott, el rostro de la madre actúa precisamente no como un espejo: el estado afectivo del niño es compartido en comunicación inconsciente por la madre, quien, por su parte, responde de manera independiente. Esencial es que a través de ello, en los casos favorables, esto es, en las respuestas positivas, tiene lugar una confirmación del sentimiento de sí del niño por parte de la madre. Este proceso continuado es descrito por Winnicott en el lenguaje de la psicología de las relaciones de objeto, donde la madre refleja en cuanto persona, es decir, como sujeto, y no como un objeto inanimado. Finalmente, en Loewald (1960) la metáfora del espejo adquiere una función futurista. Este autor dio a la reflexión una dimensión prospectiva, al acentuar que el analista refleja lo que el paciente busca como imagen inconsciente de sí mismo. Este buscar está unido a un estilo dialógico, donde la abstinencia es necesaria para evitar que el paciente sea sobrecargado con imágenes ajenas. El sentido de la metáfora del analista reflectante reside en hacer factible al paciente una representación de sí mismo en lo posible libre de perturbaciones. Se debe poner a disposición de él un espacio de pensamientos ideal, esto es, ilimitado, para no restringir desde afuera el logro del conocimiento de sí mismo. En este último, la verdad es que no podemos ver, como lo hace Habermas (1981), el resultado de autoobservaciones, en la que una parte de la persona, como objeto del otro, sale al encuentro de la parte observadora. Antes bien, el lograr conocimientos sobre sí mismo o, dicho analíticamente, el re-encontrar partes inconscientes de sí mismo o también crear partes nuevas, debe entenderse como un proceso comunicativo, que hace posible descubrirse a sí mismo en el yo de otro, en los demás, en el alter ego. En nuestra opinión, el reconocimiento de un otro significativo en la figura del analista es algo fundamental (véase 9.4.3).

Podemos ahora considerar las contratransferencias bajo el punto de vista de la teoría de los "objeto-sí mismos". La descripción ofrecida por Wolf (1983) facilita su comprensión. Él entiende los "objeto-sí mismos" como funciones que el niño en desarrollo, en crecimiento, atribuye a los objetos. El niño pequeño espera, en especial de la persona que asume el papel maternal, el tipo de reconocimiento que Kohut describió a través de la hermosa imagen del resplandor en los ojos de la madre. Los "objeto-sí mismos" responden de

funciones que deben cumplir los "otros significativos", desde el principio y durante toda la vida, para edificar y sostener el equilibrio narcisista, que Kohut distingue de la homeostasis de la economía pulsional. Hablamos con toda intención de los "otros significativos", término proveniente de Mead, para insinuar que la comprensión de los "objeto-sí mismos" se mueve en el nivel general de la psicología social.

La denominación de "objeto-sí mismo" es un neologismo desafortunado, que implica una teoría interpersonal fragmentaria. El desarrollo de la identidad, en sentido amplio, va de la mano con la integración de una serie de roles sociales. En nuestra opinión, el sentimiento de sí depende en alto grado de las confirmaciones durante el aprendizaje de competencias yoicas (White 1963). Con razón, Kohut acentuó la significación de este reconocimiento, y con ello quitó al narcisismo la nota peyorativa. Por otro lado, con la metáfora de la reflexión se reduce la multiplicidad de los procesos psicosociales en el desarrollo del sí mismo. Esta metafórica no hace de ninguna manera justicia a la diversidad de "otros significativos" en el desarrollo humano. Es por lo tanto consecuente que Köhler (1982) parta de la intersubjetividad y de la reciprocidad en la descripción de distintas contratransferencias de "objeto-sí mismo", lo que, por lo demás, ha sido confirmado en muchas detalladas investigaciones sobre la relación madre-hijo durante las últimas décadas (Stern 1985). Köhler ha descrito contratransferencias apoyándose en las transferencias de "objeto-sí mismo" descritas por Kohut. Esta tipología se orienta de acuerdo con las expectativas inconscientes del analista, que son propuestas al paciente, y son consideradas en el sentido de la teoría de Kohut. Es evidente que la acentuación que Kohut hace de la empatía conduce a dar a la contratransferencia una función recí-proca o complementaria (Wolf 1983; Köhler 1985).

La función terapéutica que el analista desempeñó en esta sesión puede ser descrita en diferentes lenguajes. Aunque el analista no vio ni tampoco admiró la foto, su participación indirecta ciertamente dio al paciente una confirmación que le permitió dominar angustias profundas y ganar en seguridad.

Toma de posición desde
el punto de vista de la psicología del sí mismo

Si se aplican al texto criterios especiales de psicología del sí mismo, es instructivo considerar lo que éste ofrece y omite.

Según cómo se considere la viñeta presentada, si desde el punto de vista del primado motivacional de la pulsión, o desde el primado motivacional de la vivencia de sí mismo, se llega a diferentes comprensiones del transcurso del fragmento de análisis presentado y también a conductas técnicas distintas. Una toma de posición que se basa sólo en el conocimiento de las dos sesiones presentadas, es decir, sobre la base de un fragmento resumido de un largo proceso, en desconocimiento de la historia de vida y del análisis, no puede ser muy concluyente. Además de esto, cada pareja analista-paciente desarrolla una forma y dinámica determinada por la personalidad específica de ambos. Por esto, las comparaciones con otras maneras de proceder carecen de fuerza probatoria. Lo que se expone a continuación es válido sólo en la medida en que desde otras perspectivas teóricas se puedan colocar otros acentos.

Si se coloca el acento en el primado motivacional de la vivencia de sí mismo, uno debe preguntarse, frente al hecho de que el paciente fotografió sus genitales, si esto no es un indicio de una falta de reflexión vivaz y gozosa por parte de "objeto-sí mismos" tempranos. Si bien la foto es capaz de dar una cierta respuesta a la pregunta "¿cómo me veo?", ya el solo hecho de que esta pregunta surja, y de que sea planteada a la cámara, es algo significativo.

No se dice por qué el paciente fotografía sus genitales precisamente ahora, de modo que estamos a merced de sospechas que, a su vez, dependen de la teoría. Qui-zás se trate de un acto perverso -satisfacción de impulsos voyeristas y exhibicio-nistas-, en vista de una fragmentación inminente del sí mismo. Sin embargo, en contra de ello habla la palmaria buena relación de transferencia y contratransferencia (el paciente puede hablar sobre el asunto, el analista está sorprendido y alegre), de modo que más bien uno se inclinaría a suponer un deseo de asegurarse a sí mismo frente a una inseguridad existente, en especial en el plano sexual.

En la relación de la sesión, es digno de hacer notar que el paciente tuvo que "abrirse paso" para contar que había realizado un plan largamente acariciado, a saber, fotografiar su pene, sin exigir que se desconectara la grabadora. Obviamente, tuvo que hacer de tripas corazón. De alguna manera, él sale de sí mismo y se convierte a sí mismo, también en la sesión, en objeto de percepción. No es sorprendente que su relato sea "bastante" sobrio.

El analista reacciona interiormente con muchos sentimientos y ocurrencias. Lo alegra y sorprende la determinación con que el paciente finalmente se decidió a dar el paso. Preguntamos: ¿Por qué? ¿Acaso porque su paciente arriesgó un paso hacia adelante, porque fue más activo, más fálico? Probablemente, como se aclarará más tarde, en la base se encuentra una contratransferencia específica, a saber, una contratransferencia especular. Posteriormente, el analista reacciona

con curiosidad, gustoso sabría más. Luego se identifica con el paciente. Se imagina que es una cosa distinta mirarse el miembro de arriba hacia abajo que compararlo con los de otros hombres, donde tales comparaciones son "tan importantes, especialmente en la pubertad y en hombres inseguros".

Siguen ocurrencias adicionales del analista. Ahora, él piensa no sólo en los genitales masculinos, sino también en los femeninos. Pero luego sus asociaciones lo llevan, "en cuestión de segundos", a la teoría de la afánisis de Jones (1928) y a la angustia de castración. De esta manera, el analista ciñó el suceso dentro de un marco de referencia teórico. ¿Quizás se protege con ello a sí mismo? Además de esto, y en vista de la situación emocionalmente muy cargada (¡el paciente informa de una acción perversa!), en la descripción hace uso de una palabra objetivante, a saber, "foto de desnudo" (Aktfoto). Se mantiene a la espera, a pesar de que lo excita saber lo que para el paciente ha resultado de tal objetivación.

La objetivación es, empero, precisamente lo que debe ser considerado como lo propiamente patológico, desde la visión de una teoría del vivenciar de sí mismo y de sus trastornos. Patológico es que el paciente busque una reflexión con métodos objetivos, sobre los cuales informa sobriamente en una sesión objetivada por la grabadora. Desde la visión de la psicología del sí mismo, posiblemente se habría abordado primero el aspecto transferencial: ¿Qué significa para el paciente el que relate esta embarazosa historia? Posiblemente también se habría tomado la sobriedad en el tipo de exposición del paciente y se habría llegado a la defensa de los sentimientos envueltos, a la superación que costó al paciente el relatar haber hecho algo desacostumbrado. Pues en esto estriba el deseo del paciente de reflexión en la superficie: en cómo reaccionará el analista frente a lo tremendo que él cuenta. ¿Es que el paciente ha recurrido para su autorrepresentación al medio mecánico de la fotografía, por miedo a una reacción no deseada del objeto, y espera ahora, lleno de tensión, la reacción de su analista? Como lo muestra la abierta exposición de su contratransferencia, éste estaba interiormente muy comprometido, aunque permaneciera "absolutamente a la espera", porque no quería perturbar la satisfacción narcisista. Aquí se hace ver la diferente concepción. Desde una visión de la psicología del sí mismo, ocupa menos el primer plano la satisfacción narcisista que la angustia y la expectativa frente a la reacción del analista en la situación transferencial, que ciertamente representan una repetición de vivencias anteriores. Tomar lo que significa para el paciente el hecho mismo del relato, qué sentimientos se relacionan con ello, en especial sentimientos de vergüenza, no sería ninguna transgresión de la actitud abstinentemente y neutral, habría aliviado

al paciente y lo habría acercado a sus sentimientos defendidos, por ejemplo, inseguridad en sí mismo, angustia y vergüenza.

Ostensiblemente se trata de la culpa. El paciente informa sobre el empeoramiento sintomático que, según el analista, "con toda seguridad, debe atribuirse al auto-castigo". Ocurrencias posteriores del paciente lo fortalecen en esta opinión. En estas ocurrencias el paciente se acusa de ser derrochador y de destruir su familia. El analista deja caer la palabra autocastigo y el paciente -agradecido por este comentario, pues ahora el analista ha abandonado su reserva y dicho algo-, sigue criticándose porque la vista de una muchacha hermosa y bien vestida había sido un deleite para los ojos.

El analista establece entonces una relación: Tanto la foto del desnudo como la muchacha producen placer, y es por eso que él debe castigarse. Nuevamente se abordan los sentimientos de culpa. Pero ¿no es más probable que las autoacusaciones sirvan al paciente para defender los mucho más escabrosos sentimientos de vergüenza, originados en él como consecuencia de una reflexión fallida de sus mociones placenteras masculinas vitales por parte de sus objetos primarios?

Pues podría verse, tanto en la foto del desnudo como en el deleite por la muchacha, algo lleno de vida, pero que por lo cual el paciente no recibe reflexión, de modo que no sorprende que tema terminar en el "aislamiento más completo". Pero, en vista de su gran inseguridad en sí mismo, este paciente está a merced de su analista. El deseo de reflexión, frustrado y no analizado, le deja ahora el último lugar a la opinión compartida por analista y paciente de los sentimientos de culpa. Al paciente "le parece evidente tener que pagar un precio alto por sus acciones placenteras". Se establece una comunión, pero en un carril secundario. Sobre este carril continúa el paciente, también con lo secundario. En lo primario, no recibió ninguna reacción. Ahora quiere consejos. (Ciertamente, hay que sospechar que en la niñez no recibió reflexión emocional, pero posiblemente sí consejos sobre cómo avanzar.) El analista niega los consejos, y el paciente experimenta una vez más que se le deniega una petición, ahora en el sentido de una confirmación. Esta vez, tiene tanto un rechazo como una satisfacción narcisista. Y ciertamente lo tiene como algo consciente.

En la próxima sesión vuelve nuevamente a las fotos. Esta vez con angustia y no más con sobriedad. Tiene angustia a causa de su secreción prostática. Ahora, ya que se trata de angustia y no de alguna satisfacción narcisista, el analista proporciona una respuesta y remite a la dermatología. En este momento, las consideraciones se dirigen a si las gotas de la próstata pueden embarazar o no. Nuevamente la discusión aborda más la realidad que la inseguridad del paciente: "¿Soy normal, soy peligroso, soy como los demás o soy distinto?" La pregunta

no se hace esperar: "¿Y qué te pasa a ti, analista?" Este responde con el comentario que, en tanto que él pertenece a la clase de los hombres, la secreción prostática también aparece en él. La tensión originada se disuelve en hilaridad, que tiene algo del alivio inconsciente de un chiste. Inconscientemente, ambos lo saben: son iguales, ambos son hombres. Ahora se estableció una comunión también en un terreno central. El paciente se siente aliviado, porque escucha que eso es así en todos los hombres.

En conclusión, uno podría preguntarse por qué el paciente tiene tales dudas relativas a lo que produce (secreción prostática), por qué está necesitado del aseguramiento de una foto de desnudo. Posiblemente, porque los "objeto-sí mismos" de la niñez, madre y padre, no lo reflejaron animadamente. Probablemente la madre reflejó positiva o aversivamente la analidad del paciente, pues un sueño lo conduce finalmente a las condiciones de desarrollo de sus angustias en su historial de vida.

La teoría del primado motivacional del sí mismo (en contraste con el primado motivacional de las pulsiones), que está en la base de estas reflexiones de psicología del sí mismo, exige algunas aclaraciones teóricas.

Un paciente con un sí mismo dañado, con un trastorno narcisista de la personalidad, dirigirá, en la transferencia regresiva, sus necesidades de "objeto-sí mismo" al analista, mientras que, según la concepción teórica pulsional, el analista se transforma en objeto de los deseos pulsionales del paciente. Se origina una transferencia de "objeto-sí mismo", una transferencia especular o idealizada. En presencia de estas formas de transferencia, el paciente espera, como algo natural, que el analista se haga cargo, por él, de aquellas funciones que él mismo no puede asumir, porque el medio ambiente de su infancia fracasó en el ejercicio de estas funciones en la fase correspondiente. De ello surge que, en el manejo técnico de tales transferencias, el analista encuentre en el primer plano la siguiente pregunta: "¿Qué soy ahora para el paciente, para qué me necesita?" (mientras que en una transferencia de necesidades pulsionales, el analista se pregunta por lo que el paciente hace con él ahora). Intentará ponerse en el lugar del paciente y, a través de correspondientes comentarios, buscará expresar su comprensión. Este comprender es una frustración óptima, pues no se satisfacen los deseos de reflexión o idealización tal vez existentes. Simplemente, el analista comunica al paciente cómo ha captado su sentir y vivenciar interior. De alguna manera, esta gestión empática se asemeja al comportamiento de una madre que capta el estado interior de su niño. Sander (1962) habla de "shared awareness" ("darse cuenta compartido"), Stern (1985) de "affect-attunement" ("concertación afectiva"), Loewald (1980) de "recognizing validation" ("validación reconociente"), en ausencia de los cuales el

desarrollo psíquico se detendrá o se verá menoscabado. En el análisis, al primer paso del comprender, se asocia el segundo paso de la explicación, de la interpretación, que reúne reconstructivamente transferencia y génesis.

La concepción sostenida en el tomo sobre los fundamentos, según la cual, cuando se investiga el proceso analítico, el paciente no debe ser considerado aislado, sino que tiene que incorporarse la acción conjunta del analista, está en total acuerdo con el concepto de la unidad "sí mismo objeto-sí mismo" ("self-selfobject unit"), constituida por paciente y analista. Con todo, es válido reparar en contratransferencias específicas que pueden aparecer en este contexto.

Transferencias de "objeto-sí mismo" pueden suscitar contratransferencias en el analista, porque para éste suele ser difícil de tolerar que el paciente no lo experimente como centro de su iniciativa, sino como parte de sí mismo. Kohut (1971) describió la manera como el analista reacciona frente a tales tentaciones, cuando no le son conscientes, y con ello llegar a perturbar o destruir el desarrollo de la transferencia. No obstante, como ha señalado Wolf (1979), pueden darse contratransferencias de "objeto-sí mismo". A través de ellas, el analista puede de alguna manera experimentar al paciente como parte de sí mismo, e interpretar (en el sentido de una identificación proyectiva) lo que le aparece, a él, como importante, sin captar en ello correctamente al paciente. También pueden ser movilizadas en el analista necesidades de "objeto-sí mismo" dirigidas al paciente, y que permanecen inconscientes (Köhler 1985, 1988). Estas contratransferencias de "objeto-sí mismo" son paralelas a aquellas contratransferencias en las que el analista se enamora de sus pacientes o rivaliza con ellos. En el caso de una contratransferencia de "objeto-sí mismo", el analista de alguna manera está necesitado de una confirmación reflexiva de su sentimiento de sí por parte del paciente, y eso, a través de una mejoría que certifique que el analista es un buen analista. El analista cae en la situación de los padres que querían ser buenos padres y que quisieran ver que su niño florece. Una actitud de expectación inconsciente por parte del analista, de que el paciente debe mejorar, puede ser una causa importante de reacciones terapéuticas negativas crónicas, pues una mejoría sería para el paciente una repetición de modelos adaptativos tempranos a las expectativas parentales, y no una liberación producida por acción del análisis.

La contratransferencia en el caso presentado no residió en una resistencia del analista en contra de la necesidad del paciente de él como "objeto-sí mismo": el analista reaccionó con curiosidad e interés al relato del paciente y no con un aburrimiento más o menos fastidiado. Sin embargo, puede estar jugando una contratransferencia especular cuando el analista dice: "Me sorprendió y alegró la determinación con que Arturo Y realizó un plan largamente acariciado, sin

dejarse coartar por mí." ¿Satisfizo quizás con ello el paciente expectativas del analista y con ello una función de "objeto-sí mismo? Por su parte, el paciente tuvo una transferencia espe-cular. El analista asumió la función de "objeto-sí mismo" a través de participación y confirmación de los roles sexuales comunes. Tal vez, y bajo el punto de vista de la teoría de la psicología del sí mismo que sustentamos, en la transferencia fue más lo que se actuó que lo que se analizó a través de interpretaciones, a pesar de la actitud neutral del analista.

3.7 Identificación proyectiva

En la resolución de los síntomas, el diálogo interior que hasta el momento el paciente ha sostenido consigo mismo se transforma en un diálogo exterior, gracias a la ayuda del analista. En especial en estructuras narcisistas de personalidad, se llega a considerables gravámenes de la contratransferencia. La perversión, que sufre el paciente que describiremos a continuación, trajo consigo, ante todo, un gran estrechamiento del margen terapéutico. Las contratransferencias que el paciente desencadenó se vinculan estrechamente con su sintomatología, que también se manifestó en el tipo y forma de la transferencia. El quería tener totalmente en su poder el guión de la terapia y, como director, hacer danzar al analista como marioneta de los hilos. Este control es un aspecto esencial de la teoría de la identificación proyec-tiva, que discutimos a continuación. El resumen y el informe casuístico dejan cla-ro que algunos aspectos generales de esta teoría de la identificación proyectiva fue-ron útiles al analista, sin que por eso la técnica interpretativa misma siguiera los supuestos de Melanie Klein.

Por razones didácticas, sería estimulante simular diálogos específicos de las escue-las. En esto se pueden pensar algunas variaciones, a través de las cuales, en un nivel ficticio, se podrían ejecutar, al modo de un juego musical, acciones interpretativas, como en un seminario de técnica. La ausencia del paciente coloca límites al conteni-do de realidad de tales experimentos del pensamiento. En las discusiones clínicas corrientes también se ponen en escena, en ausencia del paciente, juegos de "cajón de arena" de este tipo, necesariamente unilaterales, cuando los participantes en la discu-sión interpretan determinadas situaciones de manera alternativa. La puesta en escena podría ser completada incorporando las expectativas del analista que interpreta, rela-tivas a las reacciones del paciente.

Las reflexiones teóricas tienen una función heurística prominente. Por eso podría ser útil que el lector lea primero la sección subsiguiente sobre

identificación pro-yectiva, para después examinar las posibilidades de aplicación en las dos presentaciones casuísticas.

Ejemplo A

Al comienzo de la primera sesión, Juan Y entrega al analista un cuaderno de notas, en el que está contenida una descripción de su síntoma, para él muy vergonzoso; sin embargo, no quiere hablar todavía sobre eso. De sus anotaciones resulta que sufre de una perversión: cuando tenía 7 años robó un calzón de goma que la madre había arreglado para la hermana de dos años, lo llevó al retrete, se lo calzó y defecó en él. Al empezar la pubertad, comenzó a confeccionarse él mismo calzones de goma con bolsas plásticas. Su gran aislamiento social iba de la mano con considerables humillaciones, que desencadenaron varios intentos de suicidio. En la adolescencia temprana, comenzaron sus rituales de atadura, con los que podía superar autoplásticamente estados de extrema impotencia y controlar tensiones. La relación con la masturbación la pudo comunicar el paciente sólo en una fase avanzada del tratamiento. Solicitó tratamiento cuando la peligrosidad aumentó considerablemente por el atamiento con cables conductores de corriente; una vez, una parálisis momentánea lo condujo al pánico, cuando durante horas temió no poder volver a liberarse por sí mismo.

El paciente mismo refiere su enfermedad a angustias de abandono y de desintegración que se remontan lejos hasta la niñez temprana, que habrían sido reforzadas de manera importante a partir de la pubertad, sobre todo por la enfermedad psicótica de una hermana menor.

A pesar de la peligrosidad vinculada con el atarse, el paciente quería seguir un tratamiento analítico solamente si se le permitiera mantener en su poder la fijación de circunstancias como frecuencia y encuadre (acostado o sentado). Un intento anterior de tratamiento había fracasado, porque el analista había insistido en la observancia de la técnica estándar.

El analista que con tales pacientes se aventura en reglas "flexibles", se expone a una situación especial. Se ha orientado de acuerdo con los deseos del paciente y apartado de reglas que son características para la técnica psicoanalítica. Si adapta el encuadre a las exigencias de un paciente, es esencial el significado que para el analista tenga esa desviación. ¿Se trata de un chantaje? No, uno no se siente chantajeado al reconocer a un paciente gravemente enfermo el derecho de fijar por sí mismo las condiciones de terapia que puede tolerar. En la medida en que el encuadre modificado posibilite el logro de conocimientos

psicoanalíticos y permita el ejercicio de influencias terapéuticas, no se trata de un acto unilateral o, más correctamente: la conformidad del analista implica que él puede trabajar dentro del encuadre fijado, aun cuando un trabajo terapéutico en común, en el sentido de Sterba, pueda incluso ser mínimo. Al menos se logró un acuerdo que satisfizo a ambos.

Naturalmente, de inmediato surge la pregunta de por qué un paciente tiene que defender su autonomía con tanto énfasis, que frente a cada intervención que no le calza, reaccione interrumpiendo sesiones o con reproches y advertencias permanentes.

La prescripción de cuando podía decir algo y cuando mejor mantenía la boca cerrada, desencadena en la contratransferencia del analista impotencia y el sentimiento de estar "atado". El analista, de manera extrema, no es más el amo en su propia casa, sino que se embarca en una relación manipulativa, de la que con el tiempo espera volver a salir con ayuda de sus interpretaciones.

El "atamiento" por la "dictadura" del paciente lleva inevitablemente a problemas afectivos que, en correspondencia con la rígida regulación que el paciente hace de la relación, corren permanentemente el peligro de terminar en la rígida "contraidentificación proyectiva", en el sentido de Grinberg (1962, 1979). Remitimos además a un informe casuístico de McDougall y Lebovici: Sammy, de 9 años, durante largo tiempo, hablaba sólo cuando su analista simultáneamente escribía cada palabra: "Ahora escribe lo que dicto, yo soy tu dictador", acostumbraba aullar (1969, p.1).

El problema afectivo consiste en no enojarse o ponerse apático en la pasividad impuesta, mejor dicho, en la impotencia. Con pacientes con un potencial de cambio muy bajo, es especialmente importante que el analista pueda mantener su interés mediante vistazos en las relaciones psicodinámicas, es decir, a través del logro de conocimientos.

En psicoanálisis difíciles, extraemos de ello la satisfacción sin la cual los períodos de sequedad serían intolerables. Pensamos que es importante que cada psicoanalista descubra cómo puede mantener una actitud positiva en situaciones difíciles y, a pesar de considerables gravámenes, encontrar al menos un mínimo de satisfacción.

La siguiente sesión tiene lugar al final del tercer año de tratamiento:

El paciente, por lo demás puntual, llega muy atrasado, se dirige inmediatamente al sillón, y dice entender su atraso como expresión de un conflicto, que hoy no tiene ningún plan, ningún itinerario de cómo proceder. Hace notar que el modo de trabajar conmigo hasta este momento no funciona tan bien.

Para aclarar su posición, Juan Y usa descripciones plásticas de gran fuerza expresiva, que él entiende como orientaciones auxiliares y sobre cuyo contenido metafórico no puedo posteriormente preguntar.

P.: Creo que tengo que comunicarle las reflexiones que me he hecho, sobre cómo creo que funciona la terapia y además también mi vida. Existen 2 procesos: un proceso de compensación y un proceso de desarrollo. En razón de las muchas vivencias abrumadoras en la niñez, mi proceso de desarrollo se detuvo, y tuve que embarcarme en procesos de compensación, donde las mujeres juegan un rol especial. La última noche tuve una imagen frente a mis ojos, quizás fue un sueño o una visión, que me quedó confusa.

Esta descripción es típica de su dificultad para mantener estables los límites externos e internos. Imágenes internas como tales puede identificar sólo con dificultad.

P.: En el valle del recuerdo encontré a 4 mujeres, que me reprocharon el haberlas robado, y querían que les devolviera lo robado por mí. No pude darles nada, pues justamente lo había gastado. Esa era la imagen, creo que las 4 mujeres son las primeras 4 muchachas antes de María.

El paciente no había tenido todavía ninguna relación heterosexual íntima, pero siempre encontraba mujeres a las cuales ofrecerse como amigo platónico, sin jamás permitir un contacto. La mayoría eran mujeres que vivían conflictos en otra relación y que encontraban consuelo y ayuda en conversaciones con el paciente. Cada vez, el paciente extraía satisfacciones ocultas fantaseadas de estas relaciones, para de regla experimentar las desilusiones de ser abandonado en favor del "verdadero amigo".

La relación con María se diferenciaba esencialmente de las relaciones anteriores con mujeres, en que, esta vez, se había mantenido durante algunos años; en eso, la circunstancia de que María no perteneciera al medio ambiente cotidiano jugaba un papel importante, porque ella vivía a cientos de kilómetros de distancia, lo que permitía visitas sólo esporádicas. A través de esta distancia, sin embargo, pudo construir una relación estable con ella, en la que María funcionaba como un yo ideal exteriorizado.

P.: Creo que con María empezó una nueva era, por eso no puedo atravesar todavía el valle del recuerdo, sino que debo explorarlo con mayor precisión; pero por el momento estoy nuevamente en el desierto.

Sus comunicaciones están primariamente al servicio de la superación de tensiones internas; en el primer plano, se trata de típicas intelectualizaciones. Con todo, así es como mantiene su equilibrio. Incluso en el nivel manifiesto tengo a menudo dificultades para entender a qué lugar quiere dirigirme el ramificado pensar del paciente.

El paciente ha designado la fase previa al "valle del recuerdo" como "el paso a través del desierto". Por eso trato primero de establecer un vínculo con su decisión de no tenderse en el diván, sino de buscar un lugar más seguro en el sillón.

A.: Presumiblemente, es por eso seguro y al mismo tiempo razonable que Ud. no se tienda en el diván, pues Ud. se encuentra adentrado en el desierto, y sin itinerario no se puede avanzar en el desierto.

Me adapto a la forma de hablar del paciente, sabiendo muy bien que así se mantendrá la distancia lograda a través de este lenguaje.

P.: ¿Dónde estoy, en qué dimensión del proceso? Pienso que estoy en el mundo de la compensación, pero el valle del recuerdo abriría nuevamente el mundo del des-arrollo. Quisiera que Ud. se me adelantara en este camino, de modo tal que yo pudiera observar desde una gran distancia.

A.: Las excursiones que hasta el momento hemos hecho en el valle de los recuerdos, siempre han tenido el lado de los muchos recuerdos dolorosos que lo abruman, y si yo soy quien va adelante, entonces yo fijaría el ritmo y no Ud. En eso veo el riesgo.

El paciente puede asentir con eso; dice que ahora tendría que aprender a fijar el ritmo junto conmigo. Seguro que eso sería atinado y le daría al mismo tiempo la seguridad de que él podría regular el trabajo. (Al comienzo del análisis a menudo me había adelantado demasiado al paciente, con distintas tentativas de alcanzarlo en su soledad esquizoide.)

En la sesión siguiente, trae consigo un escrito y exige que primero me entere de su contenido. De acuerdo con la experiencia hecha con él hasta el momento, no leer este escrito, sino pedirle al paciente que me comunique directamente su contenido, habría llevado a la inmediata interrupción de la sesión. Por lo tanto, leo sus anotaciones:

En la sesión pasada, durante la aclaración de la pregunta de lo que quiero alcanzar con Ud., dimos un paso decisivo hacia adelante. Ahora me atrevo a entregarle una relación con la que Ud. puede hacer algo:

Se trata de "clavos sin cabeza". Aclarando: Clavos sin cabeza son planteamientos analíticos (esto es, en un sentido teórico, que desmembran) para solucionar problemas, sin una puesta concreta en la práctica. (La cabeza sería en el momento correspondiente la forma posible de realización o de desarrollo ulterior del planteamiento.)

Mi propósito es cambiar en mí estos modelos de comportamiento. Para ese efecto, se dan, en principio, las siguientes descripciones de metas:

a) Yo hago "clavos con cabeza" solo y no hablo necesariamente sobre ello.

b) Ud. hace "clavos con cabeza"; entonces éstos son sus clavos, y yo no puedo hacer uso de ellos.

c) Ud. me apoya en encontrar aquí "clavos" y me deja a mí solo la tarea de elaborar "cabezas".

Después de la lectura de su comunicación no doy ninguna interpretación del procedimiento formal, sino que tomo la imagen ofrecida.

A.: La tarea que se nos plantea a ambos no es fácil, pero probablemente muy importante, a saber, que Ud. tenga aquí la posibilidad de llevarse "clavos", es decir, sugerencias que yo pueda darle, y de que Ud., a su vez, se sienta además seguro de que la realización, la puesta en práctica, de verdad sea sólo cosa suya.

Por el momento, el paciente se muestra satisfecho e informa luego de variadas actividades, en las que él, en muchas partes, se ha conseguido en los últimos meses campos donde poder moverse de manera relativamente segura.

P.: Creo que busco libertad de autodeterminación, libertad como yo la entiendo. Su gran falla del año pasado fue no haberme acompañado demasiado en mi desarrollo positivo, activo, haber incluso forzado el ritmo. Esa fue también una razón por la que reduje las horas. Ahora Ud. sólo me acompaña.

El paciente se refiere a un episodio en el que varias veces había intentado romper interpretativamente sus determinaciones, con el resultado de que cayó en un ánimo suicida y tuvo que recurrir por algunos días a la protección de una clínica psiquiátrica. Mi sentimiento, crecido con la situación, de estar "atado" por él, no en el sentido de cautivado, sino apretado y sujetado firmemente, me había llevado a la interpretación de que él no me dejaba participar en su despliegue de la manera que yo quisiera. El intento de darle, mediante una interpretación, una perspectiva sobre la forma como manejaba nuestra relación, presumiblemente reactivó una experiencia de intrusión de la madre.

Desde el punto de vista de su historia de vida, el aspecto esquizoide del trastorno se puede atribuir a experiencias traumáticas como niño pequeño. En sus recuerdos, el paciente se ve como un bebé que llora largas horas y que la madre descuidó. Cuando, con 5 años de edad, y después del nacimiento de la hermana, se había puesto progresivamente más difícil y como la madre no quería dejarlo solo con la hermanita, lo había atado con la cortina en la pieza del lado. Hasta el día de hoy el paciente puede recordar lo vergonzoso que fue cuando él, que ya tempranamente había sido un niño limpio, empezó en la época del nacimiento nuevamente a cagarse.

Mi estrategia interpretativa se dirigió predominantemente a relaciones genéticas actuales de rechazo, humillaciones y a los ofrecimientos de seducción por parte de las mujeres, que le producían angustia y ponían en movimiento la respectiva

reti-rada narcisista en la perversión; en correspondencia con el manejo cada vez mejor de tales situaciones se llegó a un claro descenso en la frecuencia de los actos per-versos.

Después de 3 años de tratamiento, el paciente está en situación de poner por escrito los siguientes pensamientos sobre la función del atarse:

Se me ha aclarado la significación del atarse. Es una experiencia de mí mismo elementalmente importante para mí. Lo que aquí vale es que pueda librarme sólo si me concentro en ello y dejo de lado otros aspectos, como dolor y sentimientos angustiosos. Si los sentimientos angustiosos predominan, no tengo casi ninguna oportunidad. Eso corresponde exactamente a mi situación real; cuando los sentimientos de angustia llegan a ser determinantes, cuando no tengo ningún margen más para pensar y actuar "libremente", entonces mi enfermedad se agudiza. En ello se corresponden exactamente la peligrosidad del atarse con el grado de amenaza de la situación respectiva. Ataduras simples, sin accesorios, me dejan mucho tiempo, es decir, hasta que me "muero de sed", o sea, alrededor de 3 días. Dadas estas condiciones previas, no he necesitado hasta ahora nunca más de una hora. Cuando entran a jugar la corriente eléctrica, la falta de aire, o quizás también el calor en aumento, de manera correspondiente se acorta el plazo, mi concentración debe crecer en la misma medida, aumentando con ello el valor de la "experiencia de sí mismo". En las respectivas combinaciones, he necesitado hasta un máximo de 3 horas, pero, en "circunstancias afortunadas", ya a los 2 minutos me he liberado. La significación del atarse es de impedir con ello el estado de enfermedad aguda, pues éste toma el lugar, por un plazo determinado, de una experiencia de sí mismo, o de identidad, imprescindible, y que no puede ser garantizada de otra forma.

Lo que el paciente describe como "enfermedad aguda" son angustias masivas que aparecen con interacciones demasiado directas. En el acto de atarse dominan las amenazas fantaseadas, en tanto que, al provocarse él mismo las humillaciones pro-feridas a él, con ello controla también su destructividad. La angustiosa pérdida de control del cagarse, de entonces, en el acto perverso se vincula de alguna manera también con autosatisfacción masturbatoria, como evacuación del vientre intencio-nada y voluntaria. Con ello, termina el placentero triunfo sobre la madre y sobre todas las mujeres que, como sus sucesoras, lo inquietan y humillan. El desprecio por las mujeres -en el que también está contenido una identificación con el padre, quien declaradamente daba muy poco por la madre- se encuentra, junto al correspondiente cambio hacia reparación, admiración e idealización, también fuera de la perversión, en

la vida cotidiana. Al mismo tiempo, el paciente está obligado a mantener distancia para preservar a las mujeres de sus ataques y para mantener el amor fantaseado de la madre, como también lo destaca Stoller:

Perversión, la forma erótica del odio, es una fantasía, usualmente actuada, pero ocasionalmente restringida a un ensueño diurno... Es una satisfacción habitual, una aberración preferida, necesaria para la autosatisfacción total, motivada primordialmente por hostilidad. La hostilidad en la perversión toma la forma de una fantasía de venganza escondida en las acciones que conforman la perversión y sirve para convertir el trauma infantil en triunfo adulto (Stoller 1986, p.4).

En el cambio de roles inconsciente, el paciente mismo es la madre, más bien, todavía más poderosa que ésta, y puede controlarlo todo. Una motivación más superficial de su necesidad de controlar -que se puede definir como autonomía anal- vincula al paciente con muchos cambios de domicilio, que no le dejaron desarrollar nunca el sentimiento de sentirse en alguna parte, seguro y en el hogar.

Ejemplo B

En el ejemplo siguiente (véase Jiménez 1990), los fenómenos percibidos se remiten a procesos inferidos, cuyo diagnóstico se funda en una comprensión de la contra-transferencia del modo como lo permite la teoría de la identificación proyectiva. Por su formación, el analista tratante se inscribe dentro de la tradición de la escuela kleiniana. Por lo tanto, no sólo está familiarizado con la teoría, sino que también fue formado en la aplicación técnica de la misma. Naturalmente, para enjuiciar un tratamiento es indiferente el que alguna autoridad lo declare como específico de una escuela. No obstante, cuando se trata de comparar terapias entre diferentes escuelas u orientaciones, es imprescindible establecer un acuerdo sobre el cumplimiento de ciertos criterios. En nuestro ejemplo no se trata de eso, aunque en nuestros comentarios hagamos observaciones comparativas. Estas sirven el propósito de aclarar problemas, donde la pregunta sobre la diferente eficacia es tocada sólo al pasar. En este sentido, la independencia del lenguaje terapéutico metafórico, citada anteriormente, nos impone circunspección.

Verónica empezó su psicoanálisis a los 25 años de edad, a causa de una tortícolis espasmódica. La tortícolis aparecía en forma de ataques sólo durante situaciones sobrecargadas de emoción y especialmente en relación con pruebas durante la formación profesional. Los desencadenantes psicógenos del giro de cabeza involuntario o, dicho de otra manera, las influencias reforzadoras de las emociones sobre la enfermedad neurológica eran claras en una observación más precisa y ya llamaban la atención a la paciente misma. Se originaba un círculo vicioso, que describimos como típico para varios padecimientos en 5.2 y 5.5, a propósito de otro caso de tortícolis, no importando si ahora en este caso las causas primarias puedan estar más en el nivel anímico o en el somático.

En la terapia de Verónica X, el síndrome neurológico aparecía sobre el trasfondo de una estructura fronteriza grave. Una violenta erotización de la transferencia socavaba permanentemente la alianza de trabajo, de modo que en muchas sesiones la contratransferencia se sobrecargaba considerablemente.

Durante el primer año de tratamiento, la paciente rara vez era capaz de permanecer recostada la hora completa. Frecuentemente ocurría que caminaba con angustia por la pieza, lanzándose de tiempo en tiempo miradas furiosas, que al mismo tiempo expresaban gran desamparo. A menudo, Verónica se acurrucaba junto a mí, mientras yo permanecía sentado en mi sillón. El tolerar estos comportamientos se acompañaba de tentativas de interpretar los sentimientos de la paciente y sus miedos de una pérdida de control que fuera más allá. Una vez fue necesario colocar claros límites: reaccioné muy enérgicamente cuando la paciente no toleró que durante la sesión tomara algunas notas y saltó del diván para arrebatarme el bolígrafo de la mano: "Si no me devuelve el bolígrafo inmediatamente, me obliga a interrumpir el tratamiento."

Comentario: Se recurrió entonces al freno de emergencia para evitar ataques posteriores que serían abrumadores para el analista y que para el paciente pueden ser altamente traumáticos. Pues la pérdida del control evoca angustias profundas y conduce a sentir vergüenza. En los ataques de rabia, los niños buscan firmeza en los mayores.

A pesar de todo, Verónica era capaz de trabajar terapéuticamente de manera productiva. Traía sueños que, no obstante la intensa fragmentación y el predominio de un mundo de objetos parciales y lenguaje corporal, permitían el trabajo analítico. A través de ello, se mantenía por ambos lados la esperanza de que el tratamiento valía la pena, lo que se confirmaba a través de los progresos en la vida diaria y por la disminución de la sintomatología anímica. Mi capacidad de mantener la calma y la visión de conjunto, de reconocer relaciones, despertaba en la paciente gran admiración. A menudo expresó la idea de que no tendría más dificultades si pudiera llegar a pensar como yo lo hacía; esta admiración

desencadenaba preguntas sobre cómo había llegado a ésta o aquella comprensión, reaccionando frecuentemente con violenta rabia frente a mis respuestas. Pensaba que mis respuestas eran evasivas o incompletas, o que escondían la intención de evitar transmitir la "fuente" del conocimiento.

Comentario: Como lo explicáramos en el tomo de los fundamentos, bajo 7.4, precisamente en los casos limítrofes es importante dar respuestas realistas. Más allá de eso, en todo psicoanálisis es útil hacer participar al paciente en el contexto del saber del analista, como lo hemos descrito en la sección 2.2. Con ello no se eliminan las quejas o acusaciones de estar excluido de la "fuente", pero a menudo se suavizan de tal forma, que la relación de tensión entre poder e impotencia se re-suelve en favor del paciente. Entregamos este comentario por razones didácticas, y sin saber si el analista tratante en general podría o no haber dado más información sobre el trasfondo de sus interpretaciones.

A lo largo del análisis, las reacciones terapéuticas negativas se fueron haciendo más frecuentes, donde el componente envidioso se fue haciendo gradualmente más visible. Cada vez que la paciente tenía la impresión de que yo, a pesar de todas las dificultades -por lo demás totalmente conscientes para ella-, era capaz de proseguir con mi trabajo y de reconocer su extrema necesidad de ayuda, reaccionaba muy am-bivalentemente, con una mezcla de rabia y de reconocimiento de que la terapia le era de real provecho.

Durante el tercer año de análisis, al comienzo de la segunda sesión semanal, y antes de recostarse en el diván, Verónica X me dirigió una mirada a los ojos, larga y penetrante, que me produjo gran impacto, aunque no alcancé a saber por qué. Se siguió un largo silencio, y a mi pregunta sobre lo que pensaba, dijo algo que ya había manifestado varias veces: en sus deseos sexuales hacia mí. Esta vez, la expresión directa de sus deseos sexuales tuvo el efecto, a diferencia de ocasiones anteriores, de despertar en mí fantasías sexuales. De manera muy concreta, comencé a imaginarme una relación sexual con la paciente, lo que me produjo gran malestar. Mi primera reacción fue sentirme provocado, pero no a través de la expresión sexual directa, sino de una manera difícil de definir. Durante un largo silencio que siguió, luché por entender qué había pasado esta vez y qué me había llevado a comprometerme emocionalmente de manera tan intensa. Nuevamente pregunté a Verónica sobre lo que la ocupaba en ese momento. Respondió que se acordaba de algo que había vivido hacía algunos años atrás en España. En un castillo medieval, en un día de mucho calor, había bajado hasta una cripta con un grupo de turistas. Allí hacía fresco y la atmósfera era agradable. En la cripta había un sarcófago de piedra con una hermosa figura yacente encima que representaba a algún príncipe. Fue una sola cosa sentir fascinación por la figura y una enorme ansia de poseerla, junto a rabia de que

estuviera a disposición de tanto turista tonto. Frente a estas asociaciones, y en base a mis propias fantasías sexuales (en las que la paciente se acurrucaba junto a mí y acariciaba mi cuerpo), formulé la siguiente interpretación.

A.: Creo que Ud. quiere tenerme para Ud. sola en alma y cuerpo, que para Ud. son una sola cosa. Sólo para Ud., sin compartirme con los demás pacientes tontos. Tenerme para Ud. y de alguna manera explorarme, investigarme, tocarme, conocerme en detalle, leer mis pensamientos, para finalmente saber lo que hay dentro de mí.

Como complemento, y confirmando la interpretación con su reacción, la paciente agregó que en su fantasía se había introducido entonces en el sarcófago. En el interior se sentía muy bien y tenía la ilusión de que el príncipe le pertenecía a ella sola.

A.: Sí para Ud. sola, pero convertido en un cadáver. Tiene la fantasía de que sólo me puede poseer totalmente, si es que se acuesta conmigo. Y debe suceder por iniciativa mía, por mi deseo de poseer su cuerpo. Sin embargo, al mismo tiempo le es claro que en el momento en que lograra excitarme hasta una relación sexual, me convertiría en un analista muerto, moriría como analista para Ud.

Después de esta interpretación, de manera dramática sentí que desaparecía la excitación. Más tarde en la sesión, completé la interpretación.

A.: Pienso que le es muy difícil de tolerar el deseo de una relación total conmigo, y la única posibilidad de hacer este estado más llevadero, consiste en tratar de transmitirme el mismo sentimiento, es decir, el deseo que la paraliza y la ata al diván como la figura yaciente al sarcófago. Sólo así puede Ud. comunicarme este intenso sentimiento.

Al comenzar de la sesión siguiente, la paciente dice que la interpretación del día anterior la había puesto "verde de rabia". Replico que habitualmente se dice "verde de envidia", que, en todo caso, el color de la rabia es el rojo. Después de algunos minutos de silencio, Verónica relata un sueño de la última noche: ella era una niña muy pequeña y estaba acurrucada a los pies de un señor mayor, que podía contar cuentos muy buenos. Estaba entusiasmada con las historias, pero al mismo tiempo le daba rabia que el viejo tuviera esa capacidad. Entonces, empezaba a escalar su cuerpo hasta el nivel de sus ojos, y trataba de reventarle los globos, metiendo los dedos dentro de ellos. El viejo, sin embargo, y sin rechazarla abiertamente, evitaba muy hábilmente sus intentos con lo que ella no lograba cegarlos.

A través de este sueño, me fue posible entender las reacciones terapéuticas negativas de la paciente y el uso que hacía de la identificación proyectiva. Cómo se entusiasmaba con mi capacidad de contarle historias, pero cómo el entusiasmo

des-pertaba en ella una enorme envidia, junto al sentimiento de ser muy pequeña y des-amparada. Con este sentimiento de desamparo, crecía en ella la necesidad de eli-minar la peligrosa diferencia, destruyendo su "fuente", es decir, mi capacidad de "ver dentro" de la paciente. A su vez, la paciente se defendía en contra de esta dife-rencia, intentando "meter dentro" de mí deseos sexuales que pudieran confundirme. Cuando Verónica notaba que, a pesar de sus intentos, yo mantenía mi capacidad de ver dentro de ella, se sentía por un lado aliviada, pero, por el otro, se reforzaba el círculo vicioso. El hecho de que esta vez la paciente no mostrara una reacción tera-péutica negativa, sino que, muy por el contrario, estuviera en situación de traer un sueño que explicaba las reacciones terapéuticas negativas anteriores, es probable-

mente un signo de que, en este episodio, se rompió el círculo vicioso, algo que se confirmó en el curso posterior del tratamiento. Verónica confía ahora de que su muy temida agresividad, incluidos sus ataques envidiosos, pueden ser soportados por la alianza de trabajo. Ella sabe por experiencia propia de que yo soy capaz de tolerar intensas emociones y de acompañarla en el descenso de una profunda cripta, donde vida y muerte se confunden, sin perder el contacto emocional con ella y mi capacidad de pensar.

Comentario: Quizás el círculo vicioso se reforzó al principio porque el analista vio algo nuevo en ella. Por eso quiere cegarlo. ¿Por qué no está en situación de identi-ficarse con el placer de ver y de ser vista? Y, ¿qué puede hacerse para interrumpir el círculo vicioso? La imperturbabilidad del analista es en cierta medida algo no natu-ral, que hace nacer un inmenso estímulo en la paciente para lograr confundirlo y desviarlo. El meter dentro sirve el propósito de compensación entre arriba y abajo, entre derecha e izquierda, entre poseedor y poseído, etc.

Notas sobre identificación proyectiva

Como lo expusimos en la sección 3.2 del tomo sobre los fundamentos, la teoría de la identificación proyectiva (e introyectiva) sirve en la escuela de M. Klein co-mo explicación y fundamento de la concepción total de la contratransferencia. Ori-ginariamente, el concepto de la identificación proyectiva (e introyectiva) se basaba en supuestos "sobre la significación de angustias y mecanismos paranoides y es-quizoides tempranos", que M. Klein caracterizó como asertos, como "hipótesis" inferidas a través de "deducción del material", que habrían sido logradas en el análi-sis de niños y adultos (1946, p.99). En esto, queda por ver en qué dirección funcio-naron las deducciones, si

del material hacia la teoría o al revés. Lo último es probable, pues Melanie Klein pertenece a aquellos analistas cuya técnica interpretativa está guiada en alto grado desde la teoría, como se puede deducir de su presentación del caso de Ricardito (véase 1.3). De la manera que sea, la teoría de la identificación proyectiva e introyectiva se refiere a fantasías tempranas y primitivas. El núcleo de este sistema interaccional de fantasías inferido es penetrar en la madre y "meter dentro" de su cuerpo partes escindidas y separadas de sí mismo o, de manera retrógrada, ser nuevamente penetrado por ellas. Al principio, M. Klein consideró esto como el prototipo de una relación de objeto agresiva. Más tarde, Bion (1959) y Rosenfeld (1971, 1987) describieron una forma especial de identificación proyectiva al servicio de la comunicación, donde el "meter (sensaciones o emociones) dentro" de la madre (analista) tendría el propósito de desencadenar en ésta (o en éste) una sensación o emoción determinada, y con ello manifestar un estado anímico no verbalizable y, eventualmente, "mover" a la madre (analista) en alguna dirección.

Si a través del modelo de la identificación proyectiva e introyectiva se pudiera entender y explicar la capacidad empática del analista y, sobre todo, lo esencial del intercambio entre paciente y analista, entonces el psicoanálisis dispondría de una teoría sobre la comunicación propia y original. Esta estaría totalmente fuera de la verificación crítica por otras ciencias, porque, en caso de dudas, se podría recurrir constantemente al argumento de que aquí se trata de procesos inconscientes que tienen su origen en la edad del desarrollo preverbal temprano. Con este argumento, los resultados de las observaciones directas de la interacción madre-hijo pueden ser dejados aparentemente de lado. Incluso críticas científicas bien fundamentadas no tocan a muchos analistas, posiblemente porque el lenguaje de la práctica que se apoya en esta teoría puede encontrar una fuerte resonancia en el paciente. Las metáforas usadas para dar color al intercambio de ideas, se remiten a vivencias corporales. Sólo para nombrar algunos ejemplos: "Me caló hasta los huesos", "quiero que te metas esto bien adentro". Un verbo preferido por el lenguaje terapéutico kleiniano es "meter dentro". Con ello, se despiertan connotaciones orales, anales y fálicas. El lenguaje de la teoría, que se vincula con la teoría de la identificación proyectiva, es por lo tanto un acentuado "action language" (lenguaje de acción; en inglés en el original) con énfasis en la agresividad (véase Thomä 1981, p.105).

La expresión del "meter dentro", posiblemente deba remitirse a las metáforas con cuya ayuda M. Klein trató de describir el proceso de la proyección:

La descripción de tales procesos primitivos se dificulta grandemente, porque estas fantasías surgen en una época en que el niño aún no ha empezado a pensar con palabras. En este trabajo, por ejemplo, estoy usando la expresión "proyectar

dentro de otra persona", porque ésta me parece ser la única manera de comunicar el proceso inconsciente que estoy tratando de describir (1946, p.102; cursiva en el original).

Entonces, por las razones citadas, los analistas pueden hacer bastante con el concepto de la identificación proyectiva, y esto, precisamente porque se lo define de manera especialmente vaga y porque pertenece a las conceptualizaciones del psico-análisis entendidas de manera particularmente insuficiente, como lo consigna Ogden (1979), uno de sus proponentes.

Abordamos ahora el tema de la diferencia entre proyección e identificación proyectiva. Esta diferencia se suele ver en si la persona que proyecta permanece o no en contacto con los contenidos proyectados y, si lo hace, cómo lo hace, y en qué nivel de conciencia. Sin embargo, es dudoso de que sea posible fijar la diferencia entre proyección e identificación proyectiva en el que, quien proyecta, en el primer caso no permanecería ligado a las partes expulsadas y desmentidas de sí mismo y, en el segundo caso, sí lo haría. Y esto porque, según Freud (1937d, p.270), tales ligazones también caracterizan los sistemas paranoides originados a través de proyección y mantenidos luego circularmente. Hay que llamar expresamente la atención sobre el hecho de que el proceso de proyección, en el que tienen lugar identificaciones inconscientes, puede conectarse con muchos contenidos. Es por lo tanto engañoso pensar sólo en la proyección de contenidos homosexuales en los desarrollos paranoides como lo describió Freud en el delirio de celos. Ya que Freud se ocupó especialmente de la proyección de deseos homosexuales, se pasó totalmente por alto que la teoría de la proyección se refiere a procesos formales, que pueden conectarse con muchos contenidos inconscientes. Sólo en una versión simplificada de la teoría de la proyección parecen establecerse diferencias esenciales entre ésta y la identificación proyectiva.

El conocimiento sobre la proyección es antiquísimo. De acuerdo con la Biblia (Lucas 6.42), se ve la paja en el ojo ajeno pero no la viga en el propio. Esto calza con la explicación de Freud de los sistemas paranoides. Estos se mantienen porque el "portador de la viga" busca por todas partes "pequeñas pajas", y además las encuentra, que le confirman lo malo que son los demás con él. Así se preserva de reconocer la propia "viga" como el fundamento de su sensibilidad aumentada para el mal en los otros y para los que los demás le hacen. En esta descripción se expresa el enraizamiento de los procesos proyectivos en la intersubjetividad.

Kernberg (1965) describe el proceso de la siguiente forma:

La identificación proyectiva puede ser considerada como una forma temprana del mecanismo de proyección. En términos de los aspectos estructurales del yo, la identificación proyectiva difiere de la proyección en que el impulso proyectado dentro de un objeto externo no aparece como algo ajeno y distante del yo, porque la conexión del yo con el impulso proyectado continúa aún, y así el yo "empati-za" con el objeto. La ansiedad que provoca la proyección del impulso dentro del objeto, llega a ser ahora, en primer lugar, miedo al objeto, acompañado de la necesidad de controlar el objeto con el fin de impedir que éste, bajo la influencia del impulso, ataque al yo. Una consecuencia, o desarrollo paralelo, de la operación del mecanismo de la identificación proyectiva, es el borramiento de los límites entre el yo y el objeto (una pérdida de los contornos yoicos), ya que parte del impulso proyectado aún es reconocible dentro del yo, y, así, yo y objeto se fusionan de una manera más bien caótica (Kernberg 1965, p.45).

Llama la atención esta manera de ver el contacto empático, pues esta declaración no se aviene con la afirmación de que "así, yo y objeto se fusionan de una manera más bien caótica". Pareciera entonces que la micropsicología de estos procesos se mantiene hasta el momento, en gran parte, en el nivel de las metáforas.

La identificación proyectiva, como otros mecanismos inconscientes, no es observable directamente, sino que debe ser inferida. Son suposiciones que se hacen sobre fantasías, y no fantasías mismas. En conclusiones de este tipo, se debe examinar con especial cuidado la plausibilidad de los supuestos teóricos en los que se apoyan las interpretaciones. En el caso de la identificación proyectiva y su melliza, la identificación introyectiva, debe por lo tanto aclararse hasta qué punto estos procesos y posiciones supuestos dependen del hipotético núcleo psicótico en la edad del lactante. Probablemente, muchos analistas presuponen en sus interpretaciones la validez de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, de modo que no les surge ninguna duda sobre si acaso el núcleo psicótico, como fase universal de transición, existe realmente con efectos casi atemporales.

En la sección 1.8 del tomo primero, hablamos de las distintas mitologías sobre el bebé. El mito del núcleo psicótico hace que cada desarrollo sano necesite de una explicación. Muchas premisas, que sirven de fundamento de las interpretaciones kleinianas típicas, hoy en día no pueden seguir siendo mantenidas (véase, por ejemplo, Lichtenberg 1983a). Por lo tanto, las interpretaciones clínicas que se deducen del supuesto de un núcleo psicótico, etc., han sido, y siguen siendo, falsas. Los analistas vinculados estrechamente a escuelas se dejan impresionar

poco por esto. Se remiten a la evidencia clínica, según la cual las ideas de Melanie Klein habrían demostrado ser enormemente fructíferas desde el punto de vista terapéutico. ¿Es posible actuar correctamente partiendo de premisas falsas? Lo que lógicamente es imposible, en la práctica parece funcionar, pues el actuar terapéutico puede encontrar un fundamento independiente y, por lo tanto, no guiarse en absoluto según las premisas teóricas falsas. En este sentido, entre las distintas escuelas psicoanalíticas no hay ninguna diferencia de principio.

Si se libera el concepto de la identificación proyectiva de sus premisas insostenibles, se gana una nueva perspectiva. Sin considerar que, como mujer, M. Klein fundó en el movimiento psicoanalítico una posición contraria frente a Freud, y con ello satisfizo una significativa función histórica, sus ideas deben entenderse como precursoras de una fundamentación psicológico social del psicoanálisis. En la identificación proyectiva (e introyectiva), se trata de la descripción de procesos de intercambio en la influencia recíproca entre los seres humanos.

Los procesos de intercambio determinan la vida humana desde el nacimiento. Es de esperar que la identificación proyectiva y otros conceptos psicoanalíticos sean integrados en una teoría y en una práctica de la intersubjetividad, fundamentadas científicamente.

Tal transformación afecta indirectamente al lenguaje terapéutico rico en imágenes. En la aplicación de metáforas, surgen algunos problemas. Ya que la identificación proyectiva se define primariamente como una fantasía inconsciente, ésta puede ser interpretada aun cuando el analista no perciba ninguna sensación o emoción contratransferencial que pueda ser puesta en relación con esa determinada fantasía del paciente. Por ejemplo, el paciente puede relatar un sueño, en base al cual el analista puede sacar conclusiones respecto de una identificación proyectiva particular. Aquí, el problema consiste en poner el contenido de una fantasía inconsciente en relación de causalidad con la vivencia o la conducta del paciente, y esto respecto de su intencionalidad particular, esto es, por ejemplo, del deseo de meter algo dentro del cuerpo del otro. No basta partir de la intencionalidad esencial, es decir, de la referencia objetal primaria de todo deseo y fantasía.

En primer lugar, una determinada vivencia contratransferencial debe ser reconocida como realmente proveniente del paciente. Luego, se debe encontrar un acceso a la fantasía supuesta en el paciente y poner ésta en relación con los medios (expresiones, gestos, comportamientos, etc.) que éste usa en la interacción para desencadenar en el analista la vivencia correspondiente. Finalmente, el analista debe aclarar si la proyección tiene el propósito de atacar el vínculo con el analista y con ello paralizar su capacidad de pensar o, al contrario, si el fin buscado no es otro que comunicar un estado interior no

verbalizable. En este sentido, el destino de una identificación proyectiva determinada es en última instancia de naturaleza diádica. Esto significa que el carácter de una identificación proyectiva determinada no puede ser fijado sólo por una supuesta "intención" del paciente, sino que depende de la capacidad del analista de entender los sentimientos contratransferenciales y, de esta manera, de "metabolizarlos", esto es, de decodificarlos y de alguna manera de devolverlos a través de interpretaciones. Este proceso fue caracterizado por Bion como "capacidad de rêverie". De acuerdo con su concepción, cuando fracasa en su capacidad de ensoñamiento, el analista se ve "inundado" por las emociones desencadenadas, no puede pensar más y se siente confundido. La comunicación con el paciente se ve interrumpida, y el analista tiende a la suposición de que el paciente le "metió dentro" la propia confusión.

Sin embargo, a lo mejor otro analista, en la misma situación (o el mismo, pero con mejor capacidad empática), no termina confundido por la misma identificación proyectiva y es capaz de entender el mensaje transmitido, de modo que la interpretación puede alcanzar el contenido de la fantasía inconsciente. Ambas situaciones son por lo tanto contrapuestas. En el primer caso, tal vez se interprete liberación a través de destrucción, en el segundo, la necesidad libidinosa de mantener el vínculo. De ello resulta que la función de la identificación proyectiva es negociada interpretativamente.

A pesar de que de la descripción originaria de M. Klein (1946) no se desprende forzosamente que de esta manera sólo representantes negativos de sí mismo pueden ser imputados a otra persona (la madre), en la aplicación clínica destacan predominantemente los aspectos destructivos de la identificación proyectiva en pacientes psicóticos, como lo ha mostrado Hamilton (1986, p.493), tomando como ejemplo a Bion. El aboga, y pensamos que con razón, para que también se tome en cuenta la utilidad clínica de una "identificación proyectiva positiva", donde se proyectan las "good and loving self-representations" (representaciones buenas y amorosas; en inglés en el original). Entonces, a través del vínculo empático con el receptor, se puede promover, mediante reintroyección, la creación de relaciones objetales positivas (véase nuestra discusión de los "objeto-sí mismos" de Kohut en 3.6).

En lo que sigue, abordamos una evaluación final del concepto de identificación proyectiva, haciendo nuestro un argumento de Meissner. El constata que el supuesto de un "mecanismo psicótico básico" es una condición previa para la validez clínica del concepto (1980, p.55). La difusión de los contornos yoicos tiene entonces la misma significación que la pérdida de la diferenciación entre sí mismo y objeto. En su ampliación posterior del concepto, con la metáfora del container (continente; en inglés en el original), Bion (1967) contribuyó de

manera especial a un cambio que Meissner conceptualiza de manera claramente crítica de la siguiente manera:

En términos de Bion, la identificación proyectiva es una forma de relación simbiótica que tiene lugar de modo recíprocamente provechoso entre dos personas, entre un continente y un contenido. Consecuentemente, la identificación proyectiva llega a ser una metáfora, traducida libremente en términos de continente y contenido, que se aplica a casi todas las formas de fenómenos de relación o cognitivos en los que se puede apelar a las notas comunes de relación, contención o implicación (1980, p.58).

La forma no psicótica de "identificación proyectiva" y, correspondientemente, también la "contraidentificación proyectiva" de Grinberg (1956, 1979), pueden ser probablemente entendidas mejor, y de manera más económica, con conceptos de la inducción recíproca de roles, tomados de la "signalling behavior" ("conducta señalizante"; en inglés en el original). Concordamos con Grey y Fiscalini en que el hablar de "meter dentro" describe plásticamente experiencias subjetivas:

Quizás, "meter dentro" puede ser entendido como una conducta señal expresada por un participante para desencadenar una respuesta recíproca en el otro; si es así, el iniciador "pone dentro" de la situación una invitación a una interacción defensiva, como sucede en cualquier actividad transferencial. De otra manera, tal evocación metafórica de posesión psíquica es potencialmente engañosa (1987, p.134; la cur-siva es nuestra).

Los casos que presentamos aceptan una interpretación que se aviene bien con la siguiente constatación de Porder:

Creo que la identificación proyectiva puede ser entendida mejor como una formación de compromiso que incluye, como su componente principal, una "identificación con el agresor" o un "cambio de pasivo en activo", en el que el paciente actúa inconscientemente en la transferencia el papel del progenitor patológico principal, o de ambos padres, y, a través de esta puesta en escena, induce en el analista sentimientos similares a aquellos que el paciente experimentó de niño. Sugiero que la nueva puesta en escena de este drama, con los roles infantiles invertidos, es la interacción inconsciente transferencia / contratransferencia crucial, observada en pacientes que muestran lo que se ha llamado identificación proyectiva (1987, p.432).

De manera semejante, Heimann también colocó la inversión de roles en el centro del concepto:

La "identificación proyectiva" aparece como fenómeno contratransferencial cuando el analista falla en sus funciones perceptivas, de tal manera que, en vez de reconocer a tiempo el carácter de la transferencia, introyecta inconscientemente al paciente, quien en ese momento actúa desde una identificación con su madre rechazante e intrusiva, lo que finalmente conduce a una nueva puesta en escena de su propia experiencia en una inversión de roles (1966, p.257).

Nuestra opinión es que, en la interpretación, la función de la identificación proyectiva es negociada. En esto se trata, ante todo, de que el paciente reconozca los aspectos positivos y negativos de sí mismo imputados al analista. El análisis de estos procesos debe comenzar con un examen de los sucesos reales en la interacción. Con su conducta, el paciente fuerza una interacción que el analista sólo puede entender si deja que, con ello, suceda algo sustantivo en él mismo. El "contacto empático" con los aspectos proyectados del sí mismo, destacado por muchos autores, corresponde al conocimiento inconsciente sobre la partitura de este acontecimiento interpersonal. Mediante el rodeo a través del analista enredado en la interacción, el paciente puede reconocer los aspectos desplazados de sí mismo, con la ayuda de las interpretaciones. Este logro en conocimiento de sí mismo es previo a su reintegración, pues, en tanto a una persona le sean ajenos aspectos de su sí mismo, tampoco podrán estos ser aceptados y asimilados.

Contratransferencia

Consideraciones previas

Contratransferencia

Contratransferencia concordante

Contratransferencia

Contratransferencia

Contratransferencia complementaria

Contratransferencia complementaria

Contratransferencia

Retroactividad (Nachträglichkeit) y fantasear retrospectivo

Retroactividad (Nachträglichkeit) y fantasear retrospectivo

Contratransferencia

Participación del paciente en la contratransferencia

Contratransferencia

Contratransferencia

Contratransferencia erótica

Contratransferencia erótica

Contratransferencia

Contratransferencia agresiva

Contratransferencia

Contratransferencia

Ironía

Contratransferencia

Contratransferencia

Reflexión narcisista y 'objeto-sí mismo'

Reflexión narcisista y 'objeto-sí mismo'

Contratransferencia

Notas sobre la imagen del espejo y el 'objeto-sí mismo'

Contratransferencia

Contratransferencia

Toma de posición desde el punto de vista de la psicología del sí mismo

Contratransferencia

Contratransferencia

Identificación proyectiva

Contratransferencia

Contratransferencia

Identificación proyectiva. Ejemplo A

Identificación proyectiva. Ejemplo A

Contratransferencia

Identificación proyectiva. Ejemplo B

Contratransferencia

Contratransferencia

Notas sobre identificación proyectiva

Notas sobre identificación proyectiva

□7□<□.=□•A□DøE□7sico□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D
øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D
øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D
øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7ción crít□7□<□.=□•A□D
øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D
øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D
øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D ø E □ 7 a d o a

eso□□□□"□:□;□*□ÿ 2ø

X

W□#h#z#~#¿%`ysmsgag[gagag[g[g□@□□□□□□Ä□□□□□□□□□□%`%d
&°&¢(□)Ó.□.□.95J5S5[]5¿>ù?/?3?oAÆAœysnhshsbsysysysys□Ä□□□□□□
□□□@□□AœPèPèT□T(ZÄ[

JÉ^∞^Ψ^Ô^Û_7_ ;_ë_i_ù_ßbgytynyhynynynynyn_y

□□□Ä□□@□□□□□□□□□□bgvbvØbµdfldÄeÁff#g*hÛh_kÿk·lôn

n□nøn√púp†ysysysysysysjsysysysys

□□□□□@□□p†pørΔs7s;u=u@ukuouzu~u°uªuÛy9y§y(r)z2z6z/zfi {9ysysysysysy

sysysysysysysys□□□@□□{9{:;{?{|{Ä{û{ç{¶{(tm){ÍÄ[ÄeÉ(c)ÉÿÉÔÑ

□ÖíÖiÛ&}wqwqwqwqwqhqhqwqcq□□□

□□□□□@□□@□Û&Û9ÛKÛfÛHà□à\$à*aÀè`èΣèèèè_ê□ë†ysylf f fYISMS□

@□□□□□□□□@□□□□□

□□¿□□Ä□

ë†ò!ò+ð0úÍú□ùCeù"ü□ü□ü@üDüoüy°°0çgçw£ª•□•

ypyjyjyjyjyjpjyjyjy□@□

□□□□□•

•B•F•b•q(r)\$((r)R(tm)*(tm)Ú'P'≥`Σ≠iØØ,≥◇≥,∂H∂f∂Çysysysysysysysjsysjs

□□□□□@□□∂Ç∂è∂]∂Õ[]y[]ÑπmπÛªÈ°□°5°N°°øβø∂¿

√G√Y√Å√ëysysysysysysmgmsysy□@□□□□□□@□□√ë~r~ã~î~(tm)...f...~Ä

ÄC Õ/Æ#-i-

v>□>!‡û‡•Ú,Ú4ÚSÚ]ysysynyhysysysysysys□Ä□□□□□@□□□□□Ú]iρiq~D~M

¿'□□□£□≈□Y□Z□'□□' □)U□)x□-%o□-

Û□@¶□@Bytynhybytynbybyny□¿□□□□@□□□□□□□□@β□@'□A□□D

Ñ

□Ea□Eœ□F,□Ix□J6□J:□Mç□M¶□M,□NO□På□Q□Qç□Q†□Rj□R≈□St□

V%□VAysysysysysysysysysysys□@□□□□□VA□VE□W:□W;□Yx□YÉ□Å

z□Å{□ÉE□ÉR□àç□ái□çk□çt□ël□ët□β@□BH□(r)□□(r)#□(r)/ysnyhynhysy

sysysysy□Ä□□□□□@□□□□□(r)/□(r):□(tm)]□(tm)s□'!□'"□≥K□≥É□]S□

∫□]o□] {□°^□æ6□-ê□-ç□ÿ-

□ÿ÷□ÿ°ysynshsbsysysys□□□Ä□□□□□□□@□□□ÿ°ÿj□>(tm)□≥□
%ot□%ou□É□ÈQ□~□~Ö□
%o□
Â□□<□□fl□□~□□Ç□□□□□□□,□□
□□...ysynshsbsysysysysys□Ä□□□□□□□@□□□□□...□□œ□-3□-
4□%5□%S□)'□+□+□+□,□{□,á□,œ□-‡□-
Í□Bb□B°□C□□C□ysnshsbnb\bshsysty□@□□□□□Ä□□□□□□□@□□□□C□
□C/□DW□E□□F□□J
□J"□M□□M,□Nm□OÉ□Oá□P□□S4□VÌ□Wv□X≤□Yí□ZΣ□b&□h
□l~ysysysysysmysysymy□□□@□□□□□l~□n]□n□n~□oÍ□oí□{°□{«□
ÄÛ□Ä□â□ç(tm)□é(tm)□ê-□êø□í□□ôu□ôvysnshs_s_sYsYsYsn□@□
□□□Ä□□□□□□□□□ôv□ôu□ôÄ□ù(tm)□ù-
□£□□£7□£ã□£≈□'P□"□>□"D□"Ô□Æà□Æí□Æï□ÆØpyjydydy^X^ydyd□
@□□□□@□□Ä□
□□□□□□ÆØ□≥
□≥□□≥6□□≥@□¥J□¥N□¥j□¥n□∂§□|£□ø/□øfi□...»□...,□D□
]□Ö{□Öé□œB□œI□ÿ;ysysysysymysysysysysy□□□@□□□□□ÿ;□ÿE□ÿÛ□/
Ï□<Ä□fi
□fi5□fix□fiÏ□·"□,1□%o□□É□□É□□É*□É+□ÉE□ÉFysmsmgmsmsmsa[[a□
□□□□X□□□□@□□□□□□@□□□□ÉF□ÉG□ÉH□ÉI□ÉJ□ÉK□Éb□Éc□ÉÖ
□ÉÜ□Éá□Éà□Éâ□É†□É°□Éç□Éπ□É]□Éfl□É‡□É·□É,□É
yysysysysyysyy□X□□□□□□□□É
□É□É□É□□É
□É"□É#□É2□ÉD□Éa□Éb□Éc□Éd□És□ÉÖ□Éç□É£□É§□É•□É¶□ÉΩ□É
æysysmsysmsysysy□@□□□□□□□□X□□□□Éæ□Éı□É^□É~□É-□É-□Í□
□Í□□Í□□Í)□Í*□ÍH□ÍI□ÍJ□ÍK□Íl□Íj□Ík□Íl□Ím□ÍÑ
□ÍÖ□Í§ysysysyysysysysy□X□□□□□□□□Í§□Í•□Í¶□Íß□Í(r)□Íø□Í¿□Íj□Íÿ
□Íÿ□Í,□Í,□Í%□ÍÁ□ÍÊ□Í"□Í□Í~□Í□Í□Í□ÍB□ÍC□ÍDysysysysysysysy□
□□□□X□□□□□ÍD□ÍE□Íp□Íq□Ír□Ís□Ít□Íâ□Íã□ÍΔ□Í«□Í»□Í...□Í
□Í·□Í,□Í,□Í°□ÍD□ÍE□ÍF□ÍGysysysysysysysy□X□□□□□□□□ÍG□ÍH
□Í_□Í`□Ía□Íx□Íy□Íi□Íñ□Íó□Íò□Íô□Í∞□Í±□Í≤□Í...□Í
□ÍÖ□ÍÛ□ÍÛ□ÍÛ□ÍÛ□Í□□Íysysysysysysysy□□□□□X□□□□□Í□Í□Í-
□Í□Í6□Í7□Í^□Í_□Í`□Ía□Íb□Íy□Íz□Í{□Íl□Íl□Ía□Í°□ÍΩ□Íæ□Íø□ÍË□Íÿsy
ysysysysysy□X□□□□□□□□Í□ÍÏ□Ó~□Ó_□Ó□ú□□¶□□β□□≤□□"□□"
□,□□Á□□Ê□□Á□□Ë□□
□□&□□'□□(□□)□□*□□+ysysyyyymyyyyyyyyyy□@□□@□□□□□□□□
□□□□□□□□□□-□□□!□"□:□;□)□*□ÿ□/æøxttttttttttphldl□□
□□□□□□□
□□□□

□□

□□□□□□□∅

X

Y

V

W□·□,□(c)□í□-□~□!±#K%~xtplbl^ZVVRVVN□□

□ □

□□□□

□□

□ □ d□ d□□□

□□□

□□□

□□□□□□

%~&°&¢(□(□)Ì)Ó.□.□.∴;0i4-5,,7Y8\${wsokgwg`gk\XT{□□□

□□□

□□

□□□

□x□□□

□□□□□

□□□□□□□□□

□8\$<

>ô?/?oA;B√C+D;FJnK□K"LÛM≠PèVE{wsowkgkc_g[c[cW□□□□□

□□

□□□□□

□□□

□□□

□□□

□□

□□

□VEZ,,Z%ZÂ[

[

\%o]□^∞^Ô_7_ë_ùeße,,fg*{wwmiea]iYUiYwi]□□□

□□□□□

□□□

□□□

□□□
□□
□d□d□□□
□□□g*hÛkkÿlîn
nøpúpøqrçr¬s7u=uk{wsokgc_[WSOK_□□

□□□
□□□
□□□□□
□□□
□□□
□□□
□□□Ç(r)□□□
□□Û□□□□

ukuzuΣuÛy5y\$z2z/{;|{û{¶{Í|q}□~±Ä[{{{wssok{{{gc_[□□□
□□□
□□□
□□□
□□ÅÃ□□□
□□□
□□

□□□
□Ä[ÇÀÉ(c)ÖiÛ\$Û%Û&ÛiÛjâ
ä□ãΩâ≈è`èèΣ{wsokkkksgcg_kX□□□
□ † □ □
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□□□
□□ÛÛ□èΣë°í;îRíúñΔò!öõö,úÛüÜü□ü@üofçfΣxttptplhd`XdTt□□ã@□□□
□□□
□□□
□□□□□
□□ÛÛ□□□
□□□□□†□£Σ•□•B(r)\$ (r)R(r),(tm)É(tm)Ú'L'≥≠îØ≥∂H^{o''''}{wswookgcc_ccX
T□□□

□□□å□□□

□□□□□

□□□

□ □ □ □

□□□

□□□

□^oı

ı

...≈ wÃÃ Ã□ÃDÃE-/,wÈ§Í÷Ô≥□±1q{wsokggsgsc_____□□□□

□□□

□□□

□□□

□□□□□

□□□ıqıŨ"Ò,'ı'□□□

□°□¢□£□≈□Δ□□

□□≈□

ó□□\{wsokogoo]YUQwQ□□

□□

□□□

□□

□<□<□□□□□□□□□□

□□□

□□□□□

□□□\□□•□□

□□€□□fi□Y□Z□\$,,)S□)T□)U□)x□)y□*_□+Ê□0R□2_□3H{wsossskkgg

c{s[□□□

□□

□□□□□

□□□

□□□

□□□□

□□□

□□3H□8` □:\□<~□>å□?{□@β□A□□Cÿ□DÄ□Ea□EÀ□F, □HÌ□It□J6□M¢

{wwwsok{sg{c{g[□□

□□□

□□□

□□□
□□□
□□□
□□□
□□

□□□□Mø□På□Q□□R;□St□V!□VA□W:□W;□Yv□Yw□Yx□YÉ□YÑ
□[Q□`□`□{wsokgoc_ggggs[W□□□
□□□
□□

□□□□□
□□
□□□
□□□
□□□
□□

□□`□□b□□d□□gB□m7□o"□u`□wù□}F□Ä÷□Å{□Ç'□ÉC□ÉD□ÉE□Ér{
wsokgc_[wWSOOO□□□
□□□
□□□
□□

□□□
□□□
□□□
□□
□□□
□□

□□□□□
□□Ér□És□Ü-
□à¥□ä□□ã◇□ê3□ë±□ñ·□ò□□úi□ü□□†i□°ü□£Ú□β□{wsokgock_so[WS□
□

□□
□□□
□□

□□□
□□

□□□
□□□
□□
□□
□□□

□□β□□'!□'"□~□Æ∂□≥I□≥J□≥K□≥É□≥Ñ
□¥□□[]/□°□°]□°^□æ6{wssokkkkg{c_[Q □□□□<□<□□□□
□□□
□□

□□□
□□□
□□□
□□□
□□□□

□□æ6□æ7□¬w□f/□≈i□Δy□ E□Œ\□œf□÷x□fi2□·,□%ou□Á<□È
□È{wsookgc_[kWSO□□□□
□□

□□□□□
□□□
□□□
□□

□□

□□□
□□□
□□

□□□
□□È□È □È!□ÈQ□ÈR□È-□Ì[□Ô&□Ò(tm)□Ûk□^l□~?□□□□□Z□□1□
¿□
,{{{wsookgc_ko[W□□□□□□
□□□

□□
□ □
□□
□□□
□□

□□□
□□□
□□

,□□Ã□□§□□.□□□□-4□!2□%3□%4□%5□%S□%T□)'□+~□,œ□,-
{ws{okgccc_XQc□□□□□†□□□□†□□

□□□
□□

□ □

□□□□□

□□□

□□□

□□,-□-fi□-fl□-‡□-Í□-

Î□2s□3~□4Í□8»□9ø□;<□=x□>œ□@□@e□Aí□B^{wwwwsokgokckk_o[□

□□

□□□

□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□B^□DW□E□□F□□H

□J

□J"□L&□M□□M,,□Ni□OÉ□P□□Q‡□S4□T□□UR{wsookgwkcsgg

_[□□□□□□□□□□□□

□□□

□□□

□□

□□□
□□□
□□

□□UR□U·□V+□Vç□VÌ□VÓ□Wr□X≤□Yê□ZΣ□]h□_Û□añ□b%□b&{w{
{slhdh`XTs□□□

□□□

□□

□□

□□□

□□□

□□□

□(□□□

□□□□□□□

□b&□h

□h!□l}□l~□n]□n^□n~□oÈ□oÍ□oÎ□oI□o^□tR□wW□xEuqm qi ea]]]]mYU□

□□

□□

□□□

□□□

□□□□□□□□

□□□

□□□□□□□□□xÉ□{°□}□□ÄÛ□É±□Ö≥□åg□ç(tm)□é¶□ê-
□ê^a□í□□ïB□ôv□ðu{wsokgc_[W[SOK□□

□□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□

□□á-□□

□□Ñ`□□

□ ðu □ ù(r) □ ù(c) □ ù(tm) □ ù- □ ù-

□ §İ □ (tm)^a □ 'P □ "Ô □ ÆY □ ≥ Ê □ ðh □ ð£ □ ð§ {wwwwsoka]oYUQ □ □ □

□ □ □

□ □

□ □ □

□ □ □ □ † □ † □ □ □ □

□ □ □

□ □ □

□ □ □

□ □ Ü □

□ ð § □ ∫ £ □ ∫ § □ ^a · □ ø L □ √ ¶ □ ≈ ' □ Δ Ÿ □

§ □ -

ö □ "İ □ ÷ e □ ÿ Ũ □ ÿ Ũ □ ĩuqmica]YUQiQqM □ □

□ □

□ □ □

□ □

□ □ □

□ □

□ □

□ □

□ □ □

□ □ □

□

□ d □ d

□ Ĩ □ Ĩ □ < À □ < Ñ □ fix □ fiy □ fiĤ □ fiĬ □ · " □ · " □ , 0 □ , 1 □ % □ □ % □ □ Ë □ □ Ë * □ Ë + {w {
s {ohd {o `s `XT □ □ Ũ □ □

□ □ □

□ □ □ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □ □ □

□ □ □

□ □ Ë + □ Ë G □ Ë H □ Ë I □ Ë J □ Ë b □ Ë c □ Ë á □ Ë à □ Ë † □ Ë ° □ Ë π □ Ë ∫ □ Ë · □ Ë , □ Ë

□ Ë □ □ Ë " □ Ë # □ Ë c □ Ë d □ Ë § yuququyuququyuyuyuyuy □ Ũ □ □ Ũ □ □ □ □ Ë

§ □ Ë · □ Ë Ω □ Ë æ □ Ë ~ □ Ë - □ Í □ □ Í □ □ Í □ □ Í * □ Í J □ Í K □ Í k □ Í l □ Í Ñ

4 Resistencia

Consideraciones previas

De acuerdo con la clasificación de las distintas formas de resistencia que hicieramos en el primer tomo, nos centraremos ahora, desde el punto de vista técnico, en la función reguladora de la relación de la resistencia.

Es evidente que la ampliación de la teoría de la transferencia, que describimos en la sección 2.5 del primer tomo, tuvo considerables efectos sobre la teoría de la re-sistencia, que se subordina a la de la transferencia. A pesar de las concepciones de renombrados analistas actuales, que nos recuerdan el tenor de las controversias entre A. Freud, Fenichel, M. Klein y Reich en los años treinta, existen numero-sos indicios que señalan que los fenómenos de la resistencia son considerados cada vez más desde el punto de vista de la relación. Estas transformaciones se hicieron evidentes a raíz de una discusión entre Sandler y Rangell durante el congreso psico-analítico de Madrid en 1983. La siguiente cita contiene los puntos de vista más importantes de Sandler:

Parece claro que la introducción y la descripción de estos procesos referidos a ob-jetos (object-related), particularmente las defensas referidas a objeto, reflejan una dimensión esencialmente nueva en el trabajo analítico y en el concepto de transfe-rencia. El análisis del aquí y ahora de la interacción analítica comenzó a tomar precedencia, en términos del "timing" de las interpretaciones, sobre la reconstruc-ción del pasado infantil. El que el paciente use defensas dentro de la situación ana-lítica que lo envuelven tanto a él como al analista fue visto como transferencia, y progresivamente esto llegó a ser un foco primario de atención para este último. La cuestión "¿qué está sucediendo ahora? pasó a contestarse antes que la pregunta "¿qué revela el material del pasado del paciente?"

En otras palabras, el trabajo analítico (en Inglaterra al menos), llegó a centrarse cada vez más en el uso que el paciente hace del analista en sus deseos

y pensa-mientos inconscientes, de la manera como ellos aparecen en el presente -esto es, en la transferencia, como implícita o explícitamente fue entendida por la mayoría de los analistas- a pesar de la limitada definición oficial del término (1983, p.41; la cursiva es nuestra).

Esta concepción fue comentada críticamente por Rangell, con la pregunta de si en la técnica interpretativa la resistencia y la defensa siguen siendo anteriores a la transferencia, como lo son en Freud, A. Freud, Fenichel y muchos otros más, o de si nos estamos dirigiendo hacia aquella dirección propagada por muchos: En primer lugar la transferencia o, incluso, nada más que la transferencia. Todo parece apuntar hacia una nueva polarización, a saber, que la preferencia por el aquí y el ahora, en comparación con la reconstrucción y el insight, se encuentra muy difundida entre los psicoanalistas. Rangell exhorta a tomar una decisión:

Finalmente, debiéramos decidirnos entre dos conceptos de transferencia, el intra-psíquico versus el interaccional o transaccional. La misma elección tendría que ser hecha entre los modelos intrapsíquico e interaccional de proceso terapéutico (1984, p. 133).

Los problemas planteados por Sandler y Rangell serán decididos a largo plazo, a través de la investigación psicoanalítica sobre proceso y resultados terapéuticos. Según nuestra opinión, no son de temer nuevas polarizaciones, puesto que la jerarquía en la relación de las interpretaciones de resistencia y transferencia no puede ser establecida de acuerdo con posiciones extremas, como las predicadas por Reich y por M. Klein. Reich sistematizó técnicamente la teoría de la defensa en el análisis consecuente de la resistencia, lo que finalmente desembocó en el análisis de carácter estricto.

La regla que dice que se debe partir desde la superficie se transformó en un principio y fue aplicada en forma rígida: "Ninguna interpretación de sentido [contenido], mientras sea necesaria una interpretación de la resistencia" (Reich 1933, p.43; cursiva en el original). Por la descripción de la resistencia a la interpretación, que Reich hizo basándose sobre todo en las conductas, la actitud y el modo de cómo los pacientes responden a la regla básica, se introdujo una útil diferenciación entre forma y contenido. El texto correspondiente dice:

La resistencia de carácter no se expresa en el contenido, sino que en la forma, típica e invariablemente, en la manera general de comportarse, de hablar y de caminar, en la mímica y en las conductas peculiares (sonreír, mofarse, hablar en forma ordenada o confusa, el tipo de cortesía, el tipo de agresividad, etc.) (Reich 1933, p.65; cursiva en el original).

Los rasgos caracterológicos neuróticos, no importando lo dispares que sean, reci-bieron el nombre de "coraza" o también de "coraza caracterológica", con lo cual se describió la compacta función de protección que determinadas conductas tienen en la regulación de la economía pulsional entre lo interno y lo externo.

Las recomendaciones de Reich apuntan a que hay que restringirse en primer lugar a la interpretación de la resistencia en contra de la transferencia y evitar interpretaciones de contenido, en especial aquellas que se dirigen a las profundidades genéticas. Así formula Reich, como regla general, el "que en el análisis de las resistencias nunca una intervención es demasiado temprana, mientras que en la interpretación del inconsciente, sin considerar el caso de las resistencias, nunca se es suficientemente cauteloso" (Reich 1933, p.55; cursiva en el original).

Reich actualizó el análisis forzado de la resistencia en el aquí y ahora. Ya en las primeras sesiones establecía una relación entre resistencia y transferencia, al decir al paciente, en la primera ocasión que se prestara para ello, que tenía algo en contra de él (el analista), pero que no se atrevía a expresarlo (1933, p.72). Ferenczi (1926) tomó de Rank una sugerencia parecida y recomendaba interpretar cada sueño, gesto o acto fallido, empeoramiento o mejoría, en primer lugar como una expresión de la relación entre transferencia y resistencia. Según Ferenczi, debemos a Groddeck la introducción de este principio; fue él quien hacía siempre la misma pregunta este-reotipada frente a cualquier empeoramiento de un enfermo: "¿Qué tiene Ud. contra mí? ¿Qué le he hecho yo?" Los análisis caracterológicos y resistenciales de Reich, por muy alejados que estén de la técnica de Ferenczi, son muy parecidos a los de éste, en la acentuación del aquí y del ahora, como reacción a la fase de la técnica que Ferenczi y Rank (1924) criticaron como fanatismo interpretativo. Bajo este término, estos autores entendían aquellas interpretaciones reconstructivas que hacen del paciente un experto, intelectualmente, en el origen de su enfermedad, pero sin ninguna ganancia terapéutica para él.

Como vemos, el énfasis en la actualidad de la resistencia y la transferencia no es ninguna novedad. En técnicas psicoanalíticas que se diferencian mucho entre sí, se partió (y se parte aún) de un aquí y ahora, que es concebido también de manera diferente. Posiblemente, la comprensión de Ferenczi de la resistencia en contra de la transferencia era bien distinta de la de Reich, aunque ambos se rigieran por la misma regla y en sus interpretaciones partieran desde la superficie, según cada uno la entendía.

La discusión de Sandler y Rangell se puede considerar como una versión tardía de aquella sobre las interpretaciones superficiales y profundas que estaba en la base de la controversia entre la psicología del yo y la escuela kleiniana. En

relación con esta discusión, que data hace ya tanto tiempo atrás, la posición de Fenichel sigue siendo instructiva:

No tiene sentido dar "interpretaciones profundas" (aun cuando fueran correctas en su contenido) mientras haya asuntos superficiales previos. Por lo tanto, uno no puede, tal como Melanie Klein quiere, "ponerse en contacto directo con el incons-ciente del paciente", pues analizar significa, precisamente, enfrentarse con el yo del paciente, forzar el yo del paciente a reconocer sus propios conflictos... La postura defensiva del yo es siempre más superficial que la postura pulsional del ello. Por esto, antes de lanzar a la cara al paciente el tipo de pulsiones que tiene, hay que interpretar su temor frente a sus pulsiones, el porqué de este temor y de su defensa frente a ellas (1935, p.80; cursiva en el original).

Todo parece indicar que Sandler, con la acentuación de los procesos defensivos di-rigidos al objeto, se mueve entre el análisis tradicional de la defensa de la psico-logía del yo y la técnica interpretativa de la escuela kleiniana. También nosotros partimos de la intencionalidad del ser humano, que implica que todas las fantasías inconscientes se dirigen al objeto. Esta es la razón de por qué las angustias básicas hacen su aparición en los puntos de contacto intersubjetivos. En la sección 2.5 del primer tomo, recalcamos como algo positivo el hecho que la postura de M. Klein hubiera puesto en movimiento el rígido frente del análisis de la resistencia. Poste-riormente aparecieron nuevas polarizaciones y unilateralidades. La relación entre fantasías inconscientes, angustia y defensa, llegó a ser el centro de atención de las típicas interpretaciones transferenciales kleinianas. La proyección reemplazó a la represión como prototipo de los mecanismos de defensa. De acuerdo con ello, la resistencia de represión perdió su posición. La técnica kleiniana opera, por así de-cirlo, a espaldas de la resistencia, porque a través de las angustias parece posible un acceso directo hacia las fantasías inconscientes que se supone las causan. Así, tan-to por razones técnicas como teóricas, la denominación de "resistencia" pudo desaparecer del vocabulario de la escuela kleiniana. Es así como en el índice de ma-terias de los libros representativos de autores kleinianos falta del todo la palabra "resistencia" (M. Klein y cols. 1952; M. Klein 1962; Segal 1964;), o bajo esta rúbrica se encuentra solamente un indicio, por ejemplo, sobre la reacción terapéuti-ca negativa, como en el caso de Rosenfeld (1987), o, como en el caso de Etchego-yen (1986), se la trata indirectamente, a través de las "vicisitudes desfavorables del proceso".

Por la atemporalidad del inconsciente, pareciera que el aquí y ahora se hicieran una sola cosa con el pasado. La comprensión kleiniana de la relación en la situa-ción analítica actual es totalmente distinta de la de Gill, aunque ambas hablen

por igual de la importancia de la transferencia. Si se parte de las repeticiones ahistóricas, como expresiones en la transferencia de deseos y angustias dirigidas al objeto, es cierto que todo lo fundamental se desarrolla en la relación terapéutica presente, pero con ello también se descuida su realidad, es decir, los aspectos realistas de la relación con el analista. Si se piensa que fantasías y angustias inconscientes se imponen de forma prácticamente atemporal en la transferencia, entonces el aporte del analista a la resistencia del paciente pareciera ser irrelevante. A diferencia de la escuela kleiniana, Kohut (1979) acentúa la dependencia de la resistencia del comportamiento presente del analista, en especial de su falta de empatía. Es evidente que estamos totalmente de acuerdo con él en este punto.

Ha llegado el momento de centrarnos en la función reguladora de la relación que tiene la resistencia, en relación con el principio de salvaguardia. Al hacerlo, contamos con malentendidos. Y esto porque Groddeck, Ferenczi, Rank y Reich vieron el aporte del analista a la resistencia y a la transferencia en las conexiones forzadas que citamos anteriormente. Esta tradición sigue viva, aunque de manera disimulada, en la jerga psicoanalítica germanoparlante en la llamada referencia (an-sprechen) resistencial (y transferencial). Este estilo de intervención parece expresarse en el ámbito angloamericano a través de preguntas tales como: "What about me?" ("Y eso, ¿qué tiene que ver conmigo?") o "Aren't you really talking about me?" ("¿No está usted en realidad hablando de mí?"). Reed (1987) mostró, en base a una primera entrevista de un candidato, cómo éste relacionó directamente consigo mismo la descripción de la paciente de una tonsilectomía traumática, insinuándole que, después de todo, ella estaba hablando en realidad de él (el analista). Si bien en el análisis se trata de descubrir similitudes, esto solamente se logra si es que, a su vez, quedan claras las diferencias. El establecimiento de transferencias a través de referencias transferenciales forzadas, como en los ejemplos anteriores, impide re-conocer la influencia del analista sobre la resistencia del paciente, pues actúan más bien en contra de la vivencia de la transferencia, en el sentido de Gill. Si se entiende la génesis actual, es decir, el énfasis en el aquí y ahora, en el sentido de una mera "referencia", entonces este proceder, por lo demás muy extendido, dificulta el establecimiento y el análisis de la transferencia, y ocasionalmente incluso llega, por diversos motivos, a hacerlo imposible. En la etapa inicial de un análisis, tales comentarios tienen un efecto amedrentador, pudiendo llevar al paciente a dudar de la normalidad del analista e incluso a que no comience el tratamiento. En fases posteriores, este tipo de interpretación dificulta la diferenciación entre los diversos niveles de la relación y de la transferencia.

Tomando distancia de las "referencias transferenciales" y de sus equivalentes en otros idiomas, recomendamos, junto a Gill, investigar con cuidado el aporte del analista a la transferencia y a la resistencia, es decir, la génesis actual de la resistencia, en los puntos de enlace realistas que, por ejemplo, están contenidos en la resistencia a la asociación. En esto vemos el denominador común que nos une a las concepciones de Gill, Klauber, Kohut y Sandler.

El asunto reside en persuadir gradualmente al paciente a no temer una repetición, en una nueva relación, de sus experiencias anteriores de frustración. Sólo entonces podrá dejar de lado las habituales autodefensas, como lo expusieran en forma con-vincente Weiss y Sampson (1986). Esta manera de entender las cosas es especialmente útil en el manejo de las resistencias superyoicas. En la búsqueda de un aumento en el sentimiento de seguridad del paciente, es posible ensayar diversas intervenciones, que pueden aprovechar todo el libre juego del diálogo útil desde el punto de vista terapéutico.

Con el objeto de aclarar la función reguladora de la resistencia en la relación, extraemos las reflexiones técnicas del siguiente párrafo de Cremerius (1975) "Sobre el manejo de los pacientes que no pueden asociar libremente":

El terapeuta tiene tan sólo que pensar en el esfuerzo que costó a su paciente, y en las batallas que éste tuvo que dar en la niñez, para lograr la obra maestra de socializar la naturaleza pulsional y, de ello, retener algunos elementos que le permitirán entender correctamente su comportamiento en la situación terapéutica... Una vez que este aspecto le quede claro, entenderá también que el paciente no puede ahora simplemente permitir que suceda algo que alguna vez tuvo que reprimir para salvar su vida. Entenderá que el paciente en el entretanto se haya organizado y acostumbrado a vivir de esta forma y así podrá compartir los sentimientos del paciente frente al significado que tiene el exponerse a un proceso cuya finalidad es la vuelta de lo reprimido (citado por Cremerius 1984, p.79).

Gracias a la ubicuidad de los fenómenos resistenciales, el lector podrá encontrar ejemplos de ellos en todos los capítulos de este tomo. Debido a la especial importancia terapéutica del oportuno reconocimiento de la resistencia en contra de la transferencia, queremos destacarla en las ilustraciones siguientes. Dedicamos un subcapítulo al tema de la resistencia de identidad y a su relación con el principio de salvaguardia, porque con este tipo de resistencia se dan dificultades técnicas especiales.

En general, el período de acentuación extrema del análisis de la resistencia y de las polarizaciones que son su consecuencia se puede dar por superado. Nuestra

manera de entender la resistencia como un fenómeno dialogal se fundamenta en la visión de los procesos de defensa hipotéticos como procesos de intercambio. En este sentido, sustentamos la utopía idealista de que las restricciones en las vivencias y en el comportamiento, condicionadas por la resistencia, son en principio accesibles terapéuticamente. El interés en la realidad "resistencial" radica en la posibilidad de transformar los motivos del fracaso en un punto de partida de reflexiones autocríticas o, incluso, de descubrimientos, como Freud esperaba en los análisis de casos difíciles. Por este motivo, aconsejamos leer los siguientes ejemplos casuísticos siguiendo el hilo conductor de este libro y considerar los procesos de intercambio desde el punto de vista de lo que el analista contribuye a la construcción o al desmantelamiento de las resistencias.

4.1 Afectos desmentidos

Nora X llega tarde a la sesión 413.^a, algo desacostumbrado. Durante los cinco minutos de espera, la paciente ocupó mis pensamientos de manera intensa. Estaba preocupado, pero, además, me percaté de una tensión interior creciente, que iba tomando un tinte agresivo. Mi preocupación se basaba en la tendencia de la paciente a comportarse autodestructivamente, por ejemplo, no fijándose suficientemente en el tráfico durante maniobras arriesgadas al manejar. Cuando la paciente finalmente llegó, me sorprendió con su cara sonriente y radiante, mirándome más tiempo de lo común y en forma interrogante al momento de entrar. Su alegría y mi mal humor me producían una tensa discrepancia interior.

P.: Vengo sin aliento, claro, sí, además llegué muy tarde (pausa corta). Pienso que, sin embargo, hay algo más. Pero, no sé si mi alegría se debe a que llegué tarde y lo hice esperar, o a una situación anterior.

Relata entonces que estaba con su amigo (novio) en un café. Por estar conversando muy animadamente, se retrasó. Al final, llegó el momento de tener que pagar y, al hacerlo, la paciente había constatado que ése había sido precisamente el tema de la última sesión. En esa sesión había reflexionado acerca de la frecuencia con que posterga el pago de los honorarios analíticos.

P.: Sí, creo que lo que todavía me ocupa es la última observación con la que me fui, de que se trataba del pago; y ése fue también el tema de la última sesión, y encuentro simplemente notable que ése haya sido justo el tema final de la con-

versación con mi amigo, siendo que al comienzo hablamos sobre cosas totalmente distintas.

Había estado conversando con su amigo sobre las dificultades con su jefe. Las discusiones con él las siente como "andar con dimes y diretes, como un peloteo". Dice haber sentido el mismo tira y afloja con su amigo a raíz del pago del café, donde se había dado "un cómico juego de dar y recibir". Pienso que el aspecto agre-sivo se encuentra en un primer plano.

En vista del atraso y de mi preocupación, establezco una analogía entre aquí y afuera.

P.: Ahora ... bueno, yo hago el mismo juego cuando se trata de decir lo que pienso, de retener las cosas, y luego viene eso de pagar las cuentas y ... pienso si eso tiene que ver ahora con el hecho de llegar tarde.

A.: Hmhm, yo pienso que sí.

P.: Sí, claro, Ud. piensa que sí. Yo robo tiempo. Aunque la verdad es que yo lo distribuyo de otra manera, y el tiempo lo pasé estando más rato con mi amigo.

A.: Hace poco hablamos de que Ud. sabe cómo dárselas a su amigo. Hoy me toca a mí.

P.: Sí, y eso me divierte.

A.: Por eso es que al entrar me miró tan radiante.

Comunico a la paciente mi percepción, con la intención de hacerle entender la alegría que demostró al llegar atrasada y su placer al manifestar sus impulsos agre-sivos.

P. (riéndose): Honradamente, esto me produce una -de ahí debe venir la expresión- "diversión furtiva". [La traducción literal de la expresión "diebisches Vergnügen" es "diversión ladronesca"; nota de los traductores.]

Afecto y conducta se entrelazan en una "diversión furtiva", donde el placer y el comportamiento que daña la relación ponen de manifiesto la agresividad defendida de la paciente.

A.: Sí, claro, y Ud. se permite esa diversión. Pero, lo que no me queda tan claro es si Ud. está consciente de las consecuencias de esta diversión.

P.: Es cierto, la pregunta de qué gano con todo esto, hasta el momento no me la he planteado. Pero, si me la planteo ahora, pienso que de este modo puedo lograr que Ud. ponga su atención en mí y que se pregunte algo así como "bueno, y qué le pasó ahora a ésa", o algo por el estilo, bueno, y así es como yo también reacciono cuando alguien no es puntual. En realidad, me da bastante rabia.

A.: Hmhm, de eso sí que puede darse cuenta.

P.: De que me indigna. Pero el que eso moleste a los demás es algo que no quiero tener muy claro.

A.: Precisamente en eso consiste su diversión: en producir mucho malestar en los demás, aparentemente de manera muy inocente.

Aquí tendría la posibilidad de fundamentar la necesidad de defensa frente a los afectos en sentimientos de culpa de la paciente, pero este paso no me parece aún indicado; además, la paciente se queda en el tema del enfado.

P.: Bueno, en relación con esto, recuerdo que mi amigo me dejó esperando tres veces durante el fin de semana. Y a pesar de que él tocó el tema, yo no dije nada la primera vez. La segunda vez tampoco dije nada, sino sólo a la tercera. Aquí, acabo de hacer la experiencia de lo que es eso. Por supuesto que, como conté anteriormente, hace poco le di con todo, cuando ... ¿qué fue lo que pasó?

Aquí, en el instante de estar hablando, la paciente olvida la manera como se apartó interiormente de su amigo. A pesar de que este olvido momentáneo (véase Luborsky 1967) configura un detalle interesante de cómo la paciente se distancia, a continuación reconstruyo el transcurso global respecto del tema del atraso, para interpretar el cambio de pasividad (donde es víctima del atraso de otros), en actividad (donde es ella quien se atrasa).

A.: El fin de semana fue usted quien quedó esperando y fue Ud. quien se molestó, es decir, Ud. fue la víctima pasiva. Pero ahora Ud. hizo algo que ya hemos visto en repetidas ocasiones, es decir, da la vuelta a la tortilla y me deja esperando a mí. Se dice a Ud. misma: "No quiero que a mí me hagan esto, por eso se lo hago a los demás"; ése es su modo de proceder con lo que la molesta o la hierde. Es por eso que en el atraso no se trata de otra cosa sino de molestar o de ser molestado.

P.: Hmhm (pausa corta), sí, tal vez se trate de eso, de molestar y ser molestado.

En el siguiente pasaje, la paciente aclara que ella habló con su amigo sobre el atraso de él, pero que le cuesta mucho tiempo poder superar sus inhibiciones internas para expresar sus sentimientos. En base a la interacción con su amigo, le queda claro el uso que hace de sus impulsos agresivos y la manera como los traduce en acciones. A continuación, intento dirigir la atención de la paciente sobre su comportamiento en el análisis.

A.: Usted habló de dar y de quitar, y en realidad se trata de molestar y de ser molestado. Y eso tiene naturalmente una estrecha conexión, porque, como Ud. bien lo sabe, le irrita cuando no recibe lo que espera, sea puntualidad o dinero. Y parte del hecho de que yo reacciono, pienso y siento del mismo modo si no recibo lo esperado. Y ese placer de molestar se hace evidente en sus acciones. Y ese enorme placer oculto, de frotarse las manos, que le produce el hecho de molestarme, queda a descubierto en su risa y en su expresión radiante. Se puede alegrar tanto, porque no percibe en toda su dimensión ese malestar al momento de producirlo en el otro, como lo hace con su amigo.

Frente a esta interpretación, la paciente reacciona describiendo de nuevo la interacción entre ella y su amigo, pero acentuando más claramente el carácter agresivo de ese andar a dimes y diretes con él. Paralelamente, su buen ánimo y su risa van en aumento.

P. (riéndose, cita a su amigo): "Basta ya, si lo dices nuevamente, te voy a dar uno" (y agrega con ímpetu) ¡paf!

A.: Eso suena como si se estuvieran dando mutuamente cachetadas. Uno pega, ¡paf!, y luego el otro, ¡paf! (la paciente asiente en forma contenida), y yo también recibí un ¡paf! (la paciente ríe), y a Ud. eso la divierte.

P.: Claro, y a decir verdad, muchísimo. De uno u otro modo, no quiero aguar me la fiesta ahora. Es como si al fin eso pudiera haber salido claramente a luz, aquí. Después de tomar conciencia del placer que siente en sus actuaciones agresivas, hasta el momento preconscious (¿o inconscientes?), en su relación extraterapéutica más importante y en la transferencia, podemos continuar con el siguiente pa-so, restableciendo la conexión con el síntoma principal de la paciente (el corte de relaciones):

A.: Sí, su diversión consiste en utilizar a una persona para abofetear a otra. Hoy día utilizó la conversación con su amigo para abofetearme a mí. Le cuesta quedarse con una sola persona y expresarle a ella lo que siente, sino que se busca una se-gunda persona para que reciba el golpe destinado a la otra. Y es eso lo que caracteriza sus relaciones, es decir, en vez de concentrarse en una persona, expresa sus sentimientos más importantes refiriéndolos a la siguiente persona.

P. (en voz baja): Porque produce placer.

A.: Sí, es cierto que le produce placer, pero también la hace desgraciada.

P.: Tengo la sensación de no haber encontrado jamás placer. Es por eso que me dije: "es importante que ahora, de una vez por todas, muestre mi risa aquí", la que normalmente escondo. En eso no veo diversión, ni placer, sino que me siento per-manentemente triste, algo que está siempre presente, pero eso no me lleva a nin-guna parte.

A.: Ambas cosas son importantes. El dolor es algo que siente más cerca de Ud., y su diversión furtiva, como venganza, rabia o irritación, no la teníamos presente hasta ahora.

A continuación, hago referencia a amistades anteriores, donde la agresividad aparecía sólo reflejada en el comportamiento de los demás, sin que la paciente tuviera conciencia de la parte que le correspondía a ella misma en su producción.

A.: Ahora podemos ver, dicho derechamente, lo placentero que le es maltratar a los hombres. Pues la verdad es que Ud. me maltrata cuando goza haciéndome esperar, y se muere de la risa cuando eso queda en evidencia.

P.: Sí, pero eso es así sólo ahora último. Antes me ponía siempre triste, y luego todo terminaba en nada.

En la siguiente secuencia, y a modo de resumen, le presento una interpretación más larga, en la que conecto la transformación del deseo en desilusión, con el cambio de pasividad en actividad como defensa ante una temida situación traumática, y con la agresividad que resulta de este desarrollo. Cada eslabón de la cadena es el resultado del trabajo anterior, aunque no hayan sido tocados explícitamente en esta sesión. Termino esta interpretación resumen refiriéndome al aspecto transferencial de su comportamiento:

A.: Y para prevenir esa desilusión, ese dolor que teme, da la vuelta a todo el cuento, negándose a darme algo que cree yo espero. Y con eso me ha producido un daño que es precisamente el que teme le produzca dolor a Ud.

P.: Curioso, ahora me viene a la mente el final de la sesión. La rabia que sentí cuando Ud. dijo: "Se acabó el tiempo".

A.: Sí, con eso la herí, y ahora contraataca. Pero eso no mejora la situación, sino que, por el contrario, el enojo acorta aún más la sesión y eso es lo fatal de todo este esquema: su situación no llega a ser más favorable con su reacción, sino que empeora.

P.: Interiormente, tomo muchas otras medidas que me acortan el tiempo, pues cuando tan sólo comienzo a sospechar que la sesión podría estar llegando a su fin, me digo: ¡cuándo lo dirá, ya pues, cuándo lo va a decir! Hace unos días pude constatar de que, en ese momento, en mis pensamientos yo ya me encontraba muy lejos de aquí. Como si así quisiera hacer el quite a este dolor. Además, hace un rato atrás también pensé que al irme de aquí en mis pensamientos tenía al menos algún placer, con lo cual todo es menos doloroso.

A.: El ponerse tan activa la lleva a tener esa agradable sensación de controlar la situación, pero eso tiene también la desventaja de que termina recibiendo aún menos.

P.: En esos momentos estoy justamente menos concentrada, menos intensamente, y, por una parte, el irme es ciertamente una ganancia en placer, pero, por otra, es también una pérdida, ya que se pierde en intensidad.

A.: Cierto, y lo que vemos aquí en dimensión reducida, es una muestra de cómo Ud. configura sus relaciones, porque cada vez que sus amistades amenazan volverse intensas, Ud. les da, activamente, un corte prematuro, y por las mismas razones que tiene para poner interiormente un fin prematuro a nuestras sesiones aquí. Es decir, por temor de que otra persona pudiera ocasionarle dolor al decir:

"Esto se acabó". Al hacer eso, posiblemente Ud. provoca activamente una situación que quizás, sólo quizás, podría llegar a producirse alguna vez.

P.: Aquí sí, aquí sé que esa situación va a venir. Y en una relación es algo que estoy temiendo todo el tiempo.

A.: Ese es su problema, que se le hace difícil tolerar la incertidumbre, y por eso es que una y otra vez Ud. misma provoca la separación, cuando la relación se pone intensa.

P.: Hace un rato, al hablar de separación, no pensé tanto en la separación de mi padre, sino más bien en la manera en que nos tratábamos mutuamente con mi madre.

La paciente se explaya sobre esta idea hasta el final de la sesión, refiriéndose a comportamientos típicos de su madre.

El atraso de la paciente permite aclarar, y elaborar en la transferencia, su disposición a reaccionar en forma masoquista frente a situaciones de rechazo y de separación. El desarrollo de la sesión muestra una secuencia que va desde el deseo de aceptación, pasando por la desilusión, hasta el cambio de pasividad en actividad, para desembocar finalmente en una agresividad defensiva. En el historial de vida de la paciente esta secuencia temática se puede retrotraer a la relación con su madre.

Basándonos en Klauber (1966), podemos formular el hilo conductor de la sesión en términos de angustia, defensa y escenificación. La angustia principal de la paciente reside en que los afectos la sobrepujan. Por tal motivo, estos deben ser desmentidos (*verleugnen*). El juego de dar y recibir golpes tiene un componente placentero, pero también uno angustioso, ya que, al tener interiorizada la expectativa de que sus deseos (por ejemplo, a obtener reconocimiento) no serán cumplidos, la paciente termina necesariamente dolida. Su principal defensa es la desmentida de afectos, es decir, desentenderse de ellos, y la actuación de impulsos agresivos. De este modo, la paciente pone en escena una desilusión por adelantado, causada activa, aunque inconscientemente, por ella misma.

4.2 Pseudoautonomía

Si bien en análisis deseamos pacientes independientes, no es menos cierto que también tenemos aquel tipo de pacientes que creen poder hacer todo por su cuenta.

Bajo el punto de vista de la curación, existe la tendencia francamente marcada de enjuiciar la independencia como algo inequívocamente positivo, y la

dependencia inequívocamente como negativa. De esta manera, el lado positivo de la independencia encubre al negativo, con lo cual ésta se presta para camuflar propósitos neuróticos. Del mismo modo, el lado negativo de la independencia también encubre el positivo, razón por lo cual la crítica de la dependencia puede estar también al servicio de tendencias patológicas o de medidas defensivas (Racker 1978, p.209).

El tema de la independencia también encuentra su expresión en el tipo de conducción del diálogo analítico. La descripción fenomenológica y clínica de las formas de resistencia ha clasificado desde un comienzo como resistencias las desviaciones graduales, en el sentido del más y del menos, a partir de un modelo de diálogo ideal (no importando cómo éste sea definido). Con razón, Cremerius subraya que debemos entregar los criterios en que nos basamos para decir que un paciente habla mucho:

La respuesta dice que el hablar de más no se refiere a algo cuantitativo, sino a algo cualitativo, a saber, de que en este caso el hablar -específicamente el hablar demasiado- se coloca al servicio de la defensa y de la resistencia (1975, p.58).

Con el siguiente ejemplo, queremos ilustrar un tipo de manejo sereno de la verbo-rrea, que da tiempo al paciente "para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él, para reelaborarla, para vencerla ..." (Freud 1914g, p.157).

Se trata de una sesión de un período avanzado del análisis de Gustavo Y, de 35 años, cuyos trastornos en el trabajo analítico se habían manifestado, como resistencia de transferencia, a través de un silencio testarudo persistente (véase Moser 1962). Después de la elaboración de los afectos agresivos defendidos, el paciente desarrolló la pseudoautonomía que describiremos a continuación, y que se expresaba a través de un hablar reflexivo que tomaba características de un monólogo.

El paciente me participa, al comienzo camuflada como pregunta, la decisión de tener que terminar la sesión "algo antes", para poder recoger a tiempo a sus hijos. Fundamenta esto en los problemas de tráfico y en una situación peligrosa que había sucedido al venir.

P.: Al venir hacia acá viví una situación bastante crítica; uno que venía detrás mío adelantó por la derecha ... y en eso, justo apareció otro en contra, por la otra pista, un camión muy ancho, que no habría podido de ninguna manera esquivar. Tampoco era bueno frenar, porque por todas partes habían charcos de agua ... de verdad, fue por centímetros, alcanzó a enfilarse justo antes de pasar por el lado

mío y, bueno, es claro que ahora no quisiera correr más riesgos, porque, obviamente, si tengo que manejar y empiezo a pensar que estoy corto de tiempo, entonces es im-posible no manejar algo más rápido que lo conveniente.

Comentario: El paciente tiene que hacer un recorrido de 35 a 40 minutos en auto. La petición de terminar antes consiste en cinco minutos.

P. (después de una pausa): Sí, y además hay que agregar que justo antes de partir leí en el diario, eso pasó ayer ... ya no sé si era ... acaso un ... en la carretera B 30 justo antes del acceso ... ese trayecto en construcción de la autopista allá a-trás ... de que ayer pasó un accidente grave, una mujer murió en el hospital y hu-bo tres o cuatro lesionados graves ... hm ... a todo esto se añade el que yo haya pensado, así es pues, el peligro que se corre hoy en día en las calles, estaban jus-to ... en gran parte secas, así es que pensé algo así como, ahora puedes de nuevo andar normalmente y anduve, a pesar de tener suficiente tiempo, bastante rápi-do ... me refiero a ese trayecto, más tarde, donde se puede andar a 120, bueno, yo ya sé que el tacómetro anda atrasado, así es que eran 130, pero justo antes de ... cuando supe dónde era y miré por todos lados, pero no pude ver nada, y en eso se me ocurrió ... se me metió a la cabeza, qué tipo de ... qué tipo de sensación se tiene que sentir, ¿no?, y ahí salía también que ese ... ese auto que había provocado el accidente es de Heilbronn, y con ... dio un patinazo en la curva, dio vueltas y quedó atravesado en la calle y el otro se incrustó en él por el lado y la ... precisamente la suegra de ese chófer fue la que sufrió heridas tan graves que después ... que murió después.

Y al pasar por ahí pensé en lo que se debe sentir cuando uno tiene un accidente y alguien que anda con uno llega a morir a consecuencias de él, o, por ejemplo tam-bién, cuando es uno mismo el que provoca ese accidente y otras personas, como ya lo dije, de otro vehículo, bueno, mueren.

El paciente continúa un buen rato más de igual forma con su "asociación libre". Recuerda que al venir a la sesión de ayer le dio de pronto tanto sueño, que tuvo que parar un rato a descansar.

P.: Pienso que precisamente ese ... pienso que, de verdad ... también aquí en nues-tra conversación ... ese problema ha jugado un rol importante, no, el ... de que precisamente debido a la situación del tráfico surja un peligro y que yo en realidad no haya hablado sobre ese asunto aquí.

A.: Hm.

Comentario: El paciente fundamenta con otras ocurrencias los riesgos que se co-rren al venir al tratamiento. Luego, encuentra una conexión con la sesión anterior, donde se había tocado el tema del tratamiento como algo indirectamente peligroso o, mejor dicho, el tema del analista como amenaza.

P.: Por lo mismo también que, de alguna manera, inmediatamente me ... de alguna manera me recojo en ese rol y tengo que ... bueno ya, sea lo que sea o ... es decir, yo pienso que ... en ese sentido ... tengo que tomar sobre mí la carga o algo así, no me queda otra que ... cargar con eso, claro.

A.: ¿Qué es lo que Ud. trata de evitar al hacerse cargo de todo eso?

P. (después de una pausa): Sí, tal vez puede ser de alguna manera el revés de la moneda de este aspecto desagradable del tratamiento, y ... y ... y agobiante ... y seguro también en cierto modo agradable, esto es, tener la sensación en todo esto, hm, de poder de verdad decidir por mí mismo lo que quiero hacer y si es que quiero hacer algo en absoluto, es decir, de que yo ... eeh ... quizás también ... aunque no sea exactamente lo correcto, no lo tengo totalmente claro, de querer precisamente ahora evitar ... digamos ... eso ahora ... dicho de manera algo patética ... eeh ... de algún modo, algo así como compasión, o algo por el estilo ... por ejemplo, que Ud. muestre alguna comprensión de que es una situación difícil o peligrosa, o algo así.

A.: Hm.

Comentario: El paciente puede sacar algún provecho de la indicación del analista sobre el porqué de su comportamiento, a saber, que quiere evitar que su analista se aproxime demasiado a él al tocar el tema de la amenaza. Esto ya había aparecido la sesión anterior.

P.: Y de algún modo eso ... y de algún modo en ello ... yo creo que, donde ... donde aún no me queda muy claro ... eeh ... lo primario en ese asunto es si acaso yo ... eeh ... de verdad no quiero, si acaso yo ... si acaso de verdad lo quiero hacer sólo o si tan sólo es esta ... esta timidez ante ... sí ... de una cierta cercanía personal, o algo por el estilo, que se estaría manifestando a través de eso. Eso ... a mí ... a mí mismo ... no me queda bien claro y yo pienso que por mi parte (carraspea) y desde ese otro punto de vista, tengo la idea de que yo ... de que realmente yo quisiera decidir por mí mismo y de que ciertamente también existe esa otra alternativa, digamos, de que, al no tomar una decisión, yo diga, no no, eso no lo hago, es demasiado el riesgo, o algo así, y esta ... y de algún modo quiero poder tomar esta decisión ... hm ... solo, sin tener que ahora ... por ejemplo, tener que venir acá a ... pedir permiso. Sí, eso es ... eso también está dentro de to-do eso.

A.: Sí, por consiguiente, su independencia en este asunto es para Ud. algo muy importante y se plantea la pregunta: "En realidad, ¿es esto algo primario o podría ser que esta independencia sea el resultado?" Quizás Ud. se ha retirado de la posibilidad de tener expectativas, ha renunciado a ellas, y es este retirarse lo que le da una mayor independencia. En este momento, Ud. es independiente de mí, no importando si lo que diga al respecto sea útil o no, o indique comprensión

de sus problemas. Ahora Ud. es el héroe que domina solo el peligroso camino, y ésta es una imagen que hace tiempo se impone acá.

Uno de los sueños diurnos preferidos en esta fase del tratamiento se refiere a un héroe del oeste americano, que va en ayuda de viudas y huérfanos, y que al final re-chaza el ofrecimiento de la mujer rescatada, siguiendo su camino solitario.

P.: Sí, en realidad, me ... hace un rato también ... digamos ... me vino a la mente algo así como, igual que ahora ... el modo como yo ... hm ... trato a mi mujer este último tiempo, me retraigo mucho y mantengo sólo algunas obligaciones.

El paciente describe a continuación las quejas de su mujer cuando él rechaza sus deseos de cercanía e intimidad, y dice:

"Pero, desde mi punto de vista, el asunto es que yo realmente no tengo necesidad de eso, es decir, tampoco siento nada sexual, no pierdo nada, en realidad, casi ni tengo necesidades sexuales."

Gustavo Y dice que siente deseos de dormir con su mujer, siempre y cuando ella no infiera de este hecho algún tipo de exigencia respecto de su autarquía.

P.: No, aunque de hecho es así, y en este momento lo siento muy intensamente ... hm ... bueno ... a ver, cómo lo digo ... sencillamente quiero que me dejen tranquilo, no. No quiero que me vengan a jorobar con cualquier cosa. Y de hecho es así, quizás me las he sabido arreglar de tal manera, que me siento, en cierto modo bien cómodo en esta ... hm ... en esta situación, al menos en ... o quizás esos otros ... otros deseos o necesidades, de hecho ... los he reprimido totalmente.

A.: Hm.

Comentario: La realización concreta en la vida cotidiana del sueño del héroe confirma que el paciente prefiere reprimir sus deseos sexuales antes de acercarse a su mujer y terminar en una cercanía que lo inquieta. Su niñez se vio ensombrecida por una larga ausencia del padre (que fue prisionero de guerra hasta que el paciente cumplió los diez años). Como "el único hombre sobreviviente de la familia", el paciente fue mimado y coartado por un medio ambiente de mujeres dominantes. De niño recibía permanentemente reproches de preocupación, nadie quería que le pasara algo. Es precisamente esto lo que no desea escuchar del analista, y está convencido de que si éste llega a mostrar comprensión por los riesgos del tráfico, por los peligros del goce fálico, no sería más que una manera de disimular los reproches.

P.: No es que, y naturalmente también es así ahora, cuando ... no, cuando yo ... cuando mi mujer viene de alguna manera con ... con ... sus quejas y ... y me dice que me odia o qué sé yo, cierto, entonces mi reacción es "oye tú, hazme el favor, ¿qué quieres entonces, eh?, lo mejor sería, ah, que redujéramos nuestros

contactos solamente a lo práctico, aparte de eso, cada uno puede hacer lo que quiere".

A.: El punto decisivo está en el sentimiento del "a qué viene todo esto, y a mí qué", donde Ud. levanta los hombros y piensa, bueno, por qué tengo que estar hablando de esto, qué asunto tiene todo eso. Al venir hacia acá le suceden cosas de mucho peligro para su vida. Y es casi como si Ud. mismo se metiera en todo eso, viniera con todas esas fantasías de lo que sucedió el día anterior, entonces acelera a fondo, y aquí -lo que pasa entonces aquí- ¿qué está contenido en ese "y a mí qué"? Por poco Ud. se mata. Por la culpa de otro, claro está, pero bien podría ser que Ud., segundos antes, -eeh- pudiera haber visto al otro y de esa manera reducir el peligro.

P. (después de una pausa): Sí, pero donde ... sí, seguramente, desde un punto de vista general, claro que sí, pero donde yo ... no encuentro ... que quede bien claro, quiero decir sobre lo que acabo de contar de ayer. Dije que eso pasó ayer al viajar hacia acá, naturalmente, ... pero en ese sentido no puede ... hm ... digamos que ... no puede ser una directa reacción a lo que estuvimos conversando.

Comentario: La interpretación intranquiliza inmediatamente al paciente, y por eso responde primero con una negación; pero, en comparación con fases anteriores del análisis, esta vez se permite una ocurrencia fructífera.

P.: Sí. Sí, pero ... eso ... ahora recuerdo algo más, que deja aún más en claro que precisamente ese tipo de fantasías surgen justo cuando uno podría, por así decir, dosificarlas, no, que yo pudiera retirarme en este momento de la circulación debido a un accidente no tan serio, no, en lo cual con toda certeza la carga del trabajo juega también un rol, no, y tener que permanecer en cama en el hospital debido a alguna herida y así poder tener algo de tranquilidad y poder centrarse en uno mismo. No, no será que también ... yo creo que ... eso apunta hacia el hecho de que algún tipo ... eeh ... de deseo, o algo por el estilo, haya tenido parte en todo esto.

Comentario: A lo largo del tratamiento, el paciente ha podido por lo menos mitigar la idea regresiva de una tuberculosis grave que lo recluiría por años en un clima tipo "montaña mágica", hasta el punto de que ahora puede conformarse con un "accidente no tan serio" por el cual podría retirarse "de la circulación".

El paciente relata entonces una importante observación de sí mismo, de cómo había tramitado con mucha desenvoltura una diligencia que se le había encargado, "con un desgaste de nervios considerablemente menor que antes", y de cómo su propia liberalidad lo espanta.

La instancia crítica del paciente está siempre presente en sus diálogos internos con los demás: "¡Por Dios!, si alguien llegara a darse cuenta de esto, qué cosas

pensaría, el tipo planificado que eres". En parte, sin embargo, puede sustraerse de esta expectativa.

P.: Me dije, ¿por qué te haces cargo de este trabajo adicional, o algo así, si de todos modos da lo mismo, no, si algo no está correcto, siempre va a haber alguien que lo va a corregir; y con una disposición interior similar voy también por el momento al trabajo. Me preparo aún menos que lo normal, pero sin castigarme después en forma tan terrible.

A.: Al escabullirse de las expectativas que se ha impuesto Ud. mismo, se complica menos la vida.

P.: De acuerdo, yo sé que eso es también contradictorio. Puesto que si de verdad relativizara la situación, y en parte mirara las cosas con más indolencia, naturalmente el deseo que surge al instante de hacer el quite a todo, no calzaría. Al menos, veo ahí en este momento una cierta incongruencia, pero pienso que también puede ser que, en el fondo, no me doy cuenta al instante que también los problemas caseros tienen algo que ver en esto, porque así me libero también de ellos, ¿no?

A.: Sólo que cuando Ud. habló por primera de las tareas adicionales, una pregunta quedó claramente en suspenso. "¿Por qué me dio el jefe esa tarea, por qué justo a mí?", y luego una pequeña insinuación, de si acaso realmente el jefe iba a decir el porqué. Quizás Ud. tenía la expectativa de que él lo alabara. Y ese "y a mí qué" podría ser una reacción a la desilusión, una retirada a mirar las cosas con más indolencia y, análogamente, se podría considerar en este contexto el "y a mí qué" también como una reacción ante una desilusión. "Total a ése le da lo mismo si me rompo los sesos." Y con ese "y qué más da", Ud. se independiza.

Comentario: En su última interpretación, el analista intenta transmitir al paciente un motivo para su pseudoautonomía. Que el paciente evita desilusionarse del deseo de andar buscando reconocimiento y en vez de eso cosechar sólo preocupaciones. En su hogar, se daba por sentado que se sacara buenas notas, porque su madre era quien le hacía todo, sin promover el despliegue de su iniciativa motriz. En la adolescencia, y lejos de las miradas ajenas, se entrenaba como corredor de fondo; pero en sus sueños diurnos lograba éxitos en carreras cortas, de 100 metros planos, que se llevaban a cabo frente a la tribuna principal. En la relación transferencial trata de evitar el deseo de obtener reconocimiento por su peligroso "viaje existencial"; sin embargo, retrospectivamente, ese aspecto

parece no ser tan claro. Las intervenciones del analista se dirigen a la resistencia que encubre sus deseos de dependencia.

4.3 El desgano como resistencia del ello

Para comprender mejor este pasaje, aconsejamos leer previamente el subcapítulo 9.3. En él hacemos un resumen del historial clínico de Cristián Y y del marco externo y temporal de su análisis. En la sección 9.3.1 ilustramos sus angustias de separación a través de un ejemplo de la sesión 203. Luego de superar estas angustias, el paciente pudo ser atendido en forma ambulatoria, a partir de la sesión 320. Su desgano e ineptitud tocaron fondo en la sesión 503. Se encuentra, finalmente, en una situación tal, que apenas puede llegar a pie a mi consulta. Actividades llenas de imaginación no le producen ningún tipo de satisfacción ni ningún aumento de la confianza en sí mismo.

En esta fase de su tratamiento, su sintomatología consiste en una falta de ganas extrema, que se expresa en incapacidad laboral e indolencia. Por mucho tiempo, la pereza que ahora lo tortura había estado encubierta por ataques graves de angustia que le impedían actuar y trabajar activamente.

Desde un punto de vista descriptivo, a un desgano que todo lo impregna le adjudicamos la calidad de una resistencia del ello, la que, sin embargo, no remitimos a la "inercia" o a la "pesantez de movimiento" de la libido (Freud 1918b, p.105; 1940a, p.182; véase primer tomo, capítulo 4.4). De hecho, en las dos sesiones re-producidas, típicas para un largo período del tratamiento, todo parece estar inmóvil. El analista tratante intenta desesperadamente encontrar un sentido a las quejas monótonas del paciente sobre su absoluta ineptitud. En el desgano, que aparece como una resistencia insuperable, se hace visible una satisfacción encubierta y totalmente inconsciente de obstinación anal y su correspondiente autoafirmación regresiva. El paciente se encuentra ciertamente muy lejos de reconocer el poder que yace en la pasividad, o de gozar del triunfo. El estado anímico del paciente oscila desde un extremo a otro, donde la señal de angustia hace su aparición de manera uniforme, dependiendo de si Cristián Y expresa su rabia abiertamente o de si la esconde tras la pasividad o la autodestrucción. Pero la angustia también lo protege frente a la interrupción del tratamiento y del suicidio. Cristián Y se prepara para su futura profesión desarrollando secretamente circuitos eléctricos y programas con los cuales hacer sombra a su padre. Sin embargo, la observación realista de su rendimiento quita todo el viento a las velas de sus fantasías omnipotentes. Mientras más cosas logra en la vida, paso a paso, más evidente se hace la discrepancia, como problema central de la terapia, entre sus progresos y la evaluación subjetiva que hace de ellos.

Como lo muestra el siguiente trozo de la sesión 503, Cristián Y insiste en su idea de que la única manera de llegar a ser una persona aplicada es que el analista lo transforme en alguien aplicado. A través del influjo del analista, el paciente espera sentir, no sólo ganas y placer, sino también el impulso a ser activo.

P.: Siempre tengo susto de irritar a alguien o de ser muy fresco. Al venir acá, las más de las veces ya estoy tan nervioso, que no puedo aguantar cargas adicionales, por muy mínimas que sean. No importa por dónde empiece, Ud. siempre me lleva a ponerme terco. ¿Qué quiere lograr con eso? Me aburre hablar sobre terquedad, ya que, por el momento, lo que me interesa es la manera de ponerme activo, y no veo la relación entre obstinación y pereza, y encuentro también innecesario hablar sobre obstinación, porque ésta contiene rabia, y la rabia es un cuento aparte, ésa to-davía no se me va. Si Ud. siempre vuelve a hablar de obstinación, tiene que haber algo particular con ella. ¿Qué pasa?, ¿por qué no dice nada?

A. (después de una pausa): Un aspecto importante de todo esto consiste en bloquear el placer directo y de incapacitar a los demás, eso fue algo que Ud. pudo entender ayer.

P.: No, eso no me aclara nada, que obtenga placer poniéndome terco, eso no interese, porque la verdad es que no quiero refrenarme. Si lo que intento es hablar. No tiene ningún sentido el que yo me alegre cuando Ud. no me dice nada, como si yo le hubiera ganado la mano. Lo importante es saber que de eso no saco la conclusión de que Ud. no me puede ayudar. Y fuera de eso no hay nada más. Encuentro que nuevamente hemos estado perdiendo el tiempo, y eso me da rabia, porque yo quiero seguir adelante, por ejemplo, ser más activo. ¿Por qué no resulta nada de eso, realmente nada? No quiero hacer el esfuerzo, tengo susto de hacer algo tonto. ¿Por qué Ud. no me ayuda? No puedo pensar nada por mi cuenta, no puedo tener una opinión propia, siempre dependo de la opinión de los demás, ¿por qué me asusta la crítica? Siempre pienso que las ando cagando. Hablo, pienso, hago cosas -pura mierda-, nada más que eso. Me pregunto por qué no me bastaría con contar con su aprobación. Aunque ella no me es más importante que la aprobación de otra gente, y además, no quiero tener que ganarme su aprobación, porque precisamente no quiero depender de ella. En el caso de que Ud. me diera algo así como un consentimiento general, no se me ocurre qué podría hacer con él, es demasiado agua-chento para mi gusto. No puedo entender eso como apoyo, sigo angustiado porque todo lo hago mierda, cómo camino, cómo me paro, lo que toco, lo que pienso, de algún modo ahora mismo las estoy cagando. Tengo un miedo enorme de cometer un error. Miedo de que se rían de mí, miedo ante la rabia. No voy a dejar nunca de hacer algo mal, y sea lo que haga, nunca será perfecto, así es que siempre tendré que contar

con situaciones adversas. Y otra cosa más, me da muchísima rabia no poder nunca discutir con alguien. Sólo puedo agachar el moño, asentir, y no quiero tener que hacerlo. Si Ud. no me ayuda a poner orden en todo esto, bueno, entonces todo seguirá igual.

A.: Ud. teme entonces que si yo no le doy algo, no puede hacer nada por sí mismo.

Reflexión: Es un intento de señalar al paciente que él también es independiente, aunque esta idea se encuentre sólo muy sutilmente implícita. En parte, esta precaución guarda relación con la sensación de que casi todo lo que yo pudiera decir, proponer o hacer, es "erróneo". Por otro lado, y de acuerdo con la experiencia, Cris-tián Y no puede soportar un silencio prolongado. Necesita mi respuesta para poder sentirse seguro. Esta intranquilidad se puede percibir en la última frase de su apertura de la sesión: "¿qué pasa, por qué no dice nada?" Si yo callase, su intranquilidad sería insostenible. Simultáneamente, y en lo que atañe al contenido, me expongo a su severa crítica. Durante un período, el paciente memorizaba mis comentarios sin que yo me diera cuenta de que con eso extraía apoyo para sí mismo.

P.: Claro, pero si eso es así. A eso no le tengo miedo; eso es así. ¿Podría Ud. acaso mostrarme otra manera de entender todo esto? Si Ud. no pusiera nada de su parte, si yo permaneciera ausente, ¿qué sucedería con mi angustia? Qué quiere con todo esto, no lo entiendo. Mire Ud., ¿cómo puedo zafarme de la angustia que me da al tocar cualquier cosa? Vengo acá con mi angustia a cuestas, no recibo nada nuevo de Ud. y luego me siento muy desgraciado porque nuevamente no gané nada. Por ejemplo, ahora me pongo muy contento cuando pienso en las vacaciones, porque no voy a tener que sentir a diario la angustia de haber venido acá por nada.

A.: Sí, lo pone muy contento el que por un tiempo no necesite venir acá.

P.: Sólo por un lado.

A.: Una felicidad verdaderamente enorme.

P.: Pero esto es nuevamente un tipo de obstinación. Le doy furiosamente las espaldas y cargo con las desventajas.

A.: ¿Pero de dónde saca la idea de que si yo no pongo nada de mi parte, tampoco Ud. tendría nada en Ud. mismo? Parece que mi silencio lo siente como si yo no tuviera nada, pero ¿cómo lo relaciona con la idea de que tampoco Ud. tiene nada?

Reflexión: Es posible que esta pregunta exprese desorientación. El animar indirectamente no basta, y sólo me resta tener que soportar el haber cometido un error.

P.: Bueno, entonces lo intentaré con una contrapregunta: ¿Podría Ud. decirme qué provecho he obtenido con la sesión de hoy o con la de ayer? ¿Puede acaso decirme algo?

A.: Sí, realmente la pregunta es qué significa ganar algo.

P.: He ganado algo cuando puedo resolver mejor un problema, gano algo cuando tengo menos angustia.

A.: Entonces sería una ganancia haber aprendido en la sesión de hoy que hay algo en Ud. mismo, sin que yo tenga que poner algo de mi parte.

P.: Yo no tengo nada, sólo angustia, demasiada angustia.

A.: Entonces hay una relación entre mi silencio y su angustia.

P.: Pero si Ud. durante toda la sesión prácticamente no ha dicho nada que pudiera tener relación con alguno de mis miedos. Si sigo angustiándome con la idea de poder hacer alguna tontería, realmente no se ha ganado nada.

A.: Lo que está sucediendo en este momento aquí es un ejemplo de sus dificultades con el trabajo. Si no tomo inmediatamente algo al vuelo de lo que Ud. dice, o lo confirmo indirectamente, instantáneamente saca la conclusión de que todo lo que aquí sucede es una mierda, que no sirve para nada, y que esto sólo podría llegar a tener un sentido en el caso de que yo hiciera algo, si, por así decirlo, le agregara de mi propia mostaza. ["Den Senf dazugeben", literalmente, "agregar mostaza". Este modismo alemán, cuya traducción se encuentra entre "meter la cuchara" y "poner color" o "pimienta", acepta la analogía entre mostaza y mierda, que aparece más adelante; nota de los traductores.]

Reflexión: Cristián Y depende en grado extremo del reconocimiento. El paciente alguna vez dijo, en otro contexto, que debido al amor y a los mimos sin límites de su madre, se le produjo una situación deficitaria que consiste en que él no puede ser, tampoco hoy, como a él le gustaría ser. A pesar de esto, lo creía capaz de iniciativa propia. Se trata de un déficit muy curioso, producido por un exceso de bondad. O dicho de otro modo: la bondad hizo crecer el falso sí mismo. Lo que el paciente quisiera ser, permanece oculto tras una vaga idea.

P.: Sí, sí.

A.: Entonces cuando la mostaza se mezcla, mi mostaza. Un problema de sus dificultades en el trabajo es que Ud. rápidamente se siente descorazonado cuando emprende algo y empieza a probar con una y otra cosa.

P.: Sigo no estando de acuerdo con eso, pues yo no he hecho nada más que contarle algunas angustias, no he tratado de solucionar nada, porque no lo puedo hacer y porque tampoco se me ha ocurrido algo al respecto, y no creo que esto se pueda traducir en forma tan simple. He planteado preguntas y, en lo fundamental, no he obtenido respuestas, y eso me desilusiona, porque para mí, el tener en lo sucesivo más o menos angustia depende de la contestación a mis

preguntas. Yo tengo razón, y sería un autoengaño aparentar no estar angustiado, cuando sí lo estoy. Hablar de esta manera, así, para mí mismo, no puede servir de mucho. De ningún modo puedo estar de acuerdo con que saqué algún provecho de la sesión de hoy. Ud. no ha dicho nada acerca de la angustia que tengo, y lo único, que Ud. dice haber dicho, es un engaño.

A.: Si no digo nada, ¿es ahí donde se angustia?

P.: La angustia la tengo de antes.

A.: Eso bien lo sé, pero lo actual es, dicho en forma simple, que la angustia aparece cuando no digo nada.

P.: Al comienzo me da rabia, y quizás la angustia viene después.

A.: Entonces, ¿la angustia se intensifica con la rabia?

P.: El tiempo pasa, y yo no entiendo lo que Ud. quiere decir con eso.

A.: Si yo no hago nada, Ud. cree que tampoco puede hacer algo.

P.: Sí, pero si así es, evidentemente no es que no haya nada de nada, sólo que hay demasiado poco.

A.: O sea, si yo no agrego mostaza, tampoco Ud. lo hace.

P.: Sí, claro que eso es así, lo siento así porque me siento muy mal.

A.: Sí, sí.

P.: Y mientras no me sienta bien, no puedo meter mostaza.

A.: Esto hay que tomarlo muy en serio. La conexión que Ud. hace es tan estrecha, que para Ud. algo es bueno sólo si se trata de la misma mostaza, si la mostaza es una mostaza mezclada. Si hace algo por su cuenta, entonces ese algo es -¿cómo lo digo?- mierda, tan sólo mierda, mientras yo no agregue mi mostaza para que juntos revolvámos en el tiesto.

P.: Ahora sí que no le encuentro ningún sentido, pues la conclusión es que sólo me queda una sola mierda. Yo creo que tengo razón, y si aparento ser testarudo es que tal vez sea sólo demasiado idiota para comprender, no entiendo. Podría solucionar el problema de otra manera, es decir, no buscar nada en Ud., pero, en ese caso, al final no voy a haber solucionado nada. ¿Dónde estará en este momento mi equivocación al pensar, dónde estará el problema del asunto? Cierto, no quiero estar cerrado cuando Ud. tenga algo mejor para comunicarme.

A.: El problema consiste en que para poder hacer algo por cuenta propia, se necesitan también cosas en común.

P.: Sí, claro, ¿y si Ud. no dice nada?

A.: En este instante, es claro que evidentemente sigue teniendo un miedo enorme de que no se saque nada que valga la pena del tiesto, de la olla común, si es que Ud. llega a producir algo por su cuenta. Es por eso que hace un rato dije que estaba muy contento con la idea de no tener que ver nada conmigo por un

tiempo. Por cierto, hay algo de obstinación en todo eso, y rechazo, pero también es una demos-tración de su independencia ...

Reflexión: ¿Cómo podría Cristián Y liberarse del dilema que significa que le repugne ser dependiente, a la vez que no se atreva a ser independiente? Se le hace muy difícil poder soportar la desvalorización que hace de sí mismo; supongo que por este motivo intenté aquí valorizar su capacidad de hacer algo en forma indepen-diente.

La próxima sesión continúa sin variaciones.

P.: Me cago de susto cuando pienso en los signos de cansancio, vuelvo a lo de la pereza. ¿Sabe Ud?, no me mejoraré nunca. No siento absolutamente nada por el trabajo. Hacer cualquier cosa es algo totalmente ajeno a mí, en serio, totalmente ajeno, no hay nada que hacer. El viernes pasado me sentí nuevamente tan desesperanzado; al repasar la semana, no había nada, pero absolutamente nada, que pu-diera haber despertado en mí ganas de trabajar, nada, y rechazo el trabajo. Tampoco quiero trabajar, no vale la pena hacer el empeño. Todo es una lata, la vida es to-talmente latosa, vacía y aburrida, y jamás va a cambiar, de eso estoy pero total y absolutamente convencido. ¿Por qué tengo que hacerme cargo de un futuro tan desabrido y gris?, es absurdo ...

A.: Así es que cuando Ud. trata de hacer algo por su cuenta, ahí mi aporte es especialmente mínimo, nulo, o prácticamente nulo.

P.: De eso de trata.

A.: Cuando Ud. hace algo y yo nada. Cuando se trata de que Ud. desarrolle una mayor actividad sin mí. Luego, ¿su meta sería hacer más y sin mí?

P.: Claro, pero no lo puedo hacer, porque soy flojo, por ejemplo.

A.: ¿Y qué logra con la flojera? ¿Qué es lo que quiere lograr, al ir yo en su ayuda?

P.: Eso no lo sé, y, ¿por qué tendría Ud. que echarme una mano? Yo quiero hacerlo por mí mismo, me persiguen unas angustias que tienen que ver con todo eso, que permanentemente se las estoy contando, pero que Ud. no toma en cuenta. Ten-go angustia de hacer cualquier cosa. Tengo angustia de verme enfrentado a situa-ciones de prueba.

Anoche, nuevamente soñé algo referente a esto, tenía que dar un examen y estaba sentado allí, y no supe nada, y me cagué terriblemente de miedo y, al final, para colmos, alguien me castigó. Soy un cagado. Por ahí podríamos empezar, ¿qué es lo que quiero de Ud.? Pues, ¡nada! No quiero nada personal, a mí me gusta vivir en forma impersonal, ser reservado y distante, eso es mejor.

Comentario: De un envi3n, nombra aquí las dos aspiraciones opuestas. En el instante en el que quiere hacer algo por sí mismo, le sobreviene inmediatamente una angustia que lo paraliza.

Sin tomar en cuenta que el analista fue demasiado reservado al darle un reconocimiento concreto, para él es avergonzante ser dependiente; por este motivo le es difícil aceptar ayuda. Al analista no sólo le es difícil sobrellevar los regaños de insatisfacción del paciente por la falta de ayuda, sino que también le preocupa que los sentimientos de culpa, que resultan de esta situación, pudieran tener el efecto de aumentar la angustia.

A.: Sí, precisamente eso es lo que yo quiero decir. Ud. quiere hacer algo por sí mismo, totalmente neutro, y ahí radica el problema, ¿cuál es la razón de que esto no suceda, por qué?

P.: Por ejemplo, porque tengo susto de que lo que haga sea inspeccionado por otra persona en detalle, por ejemplo, porque no me puedo dar el lujo de tener una opinión propia, ya que no me puedo confrontar con nadie. ¡Qué sé yo! Cuando hago algo soy tan impreciso, tan desconcentradamente precipitado, que tengo miedo que me lo rechacen. Cuando algo me ha salido mal, es terrible.

A.: Así es, y mientras yo me hago cargo de algo suyo, pensando por Ud. o cooperando con mi ayuda, Ud. se siente liberado del peligro de hacer algo por su cuenta y de que yo caiga en el papel del crítico.

P.: Eso no lo entiendo.

A.: Mientras haya alguien que se haga cargo de lo suyo, mientras pueda permitirse ser totalmente pasivo y sea otro quien haga las cosas por Ud., mientras sea otro quien sostenga su opinión, solamente así se siente seguro.

Comentario: El analista entiende el desgano del paciente en estas sesiones básicamente como testarudez anal. Correspondientemente, el placer encubierto en agresividad pasiva es buscado en la autoafirmación testaruda. En la sesión recién descrita, la estrategia interpretativa se centra especialmente en el aspecto interaccional de la testarudez, debatiéndose, a través de una analogía, el esquema inconsciente de la analidad. El analista intenta dar a entender al paciente que en la relación (transferencial) puede mandarse y mandarlo abiertamente a la mierda (mostaza). El paciente se caracteriza a sí mismo literalmente como un "tipo de mierda".

Hoy como antes, en las quejas del paciente sobre su incapacidad corporal sigue siendo posible identificar, además, un componente de angustia de castración, cuyas raíces alcanzan capas más profundas, como se puede deducir de los pasajes recién citados.

La idea del paciente, de que su "defecto de sustancia" puede tan sólo ser aliviado mediante un abastecimiento material, revela un problema técnico muy difícil de resolver. La dificultad es aún mayor, porque toda proposición de una mezcla concreta, la vive como una profunda denigración. Esto lo lleva a sentirse cada

vez más desesperanzado, lo que se acompaña de amenazas de interrupción y de suicidio.

4.4 Estancamiento y cambio de terapeuta

La evaluación realista que, desde su punto de vista, hace el analista del estancamiento en el tratamiento, y para el cual la mayoría de las veces encuentra motivos plausibles en la psicodinámica del paciente, es un problema que habitualmente se discute poco. En estos casos, el analista tiende a pensar en una reacción terapéutica negativa (Freud 1923b), cuya motivación inconsciente fue discutida en la sección 4.4.1 del primer tomo.

La desventaja de esta visión es que descuida el aporte del analista en la producción del estancamiento. Porque es probable que también la ecuación personal y la técnica participen cuando no se logran cambios terapéuticos. En este sentido, los resultados de la investigación en psicoterapia subrayan que una experiencia previa desfavorable no representa necesariamente un indicador negativo para el resultado de un intento terapéutico posterior. Este resultado estadístico está en contradicción con concepciones clínicas corrientes (véase Kächele y Fiedler 1985).

A raíz de un estancamiento que se arrastraba desde largo tiempo, Maria X consultó a otro analista, de común acuerdo con su analista anterior. La infructuosidad de los esfuerzos terapéuticos que ambos participantes habían experimentado había llevado, sin embargo, a diferentes conclusiones. La paciente por ningún motivo quería finalizar su terapia, mientras que la terapeuta aconsejaba hacer una pausa, dejando a su criterio el consultar posteriormente un terapeuta masculino. La situación que llevó a esta resignada evaluación fue que todos los esfuerzos de transmitir algo

bueno a esta paciente, que sufría de una angustia difusa y que mostraba un ánimo básico depresivo, parecían fracasar. Durante casi dos años, había sido imposible abordar el crónico descontento consigo misma y sus circunstancias de vida, determinado por su sentimiento básico de carencia. Debido a que frente a cada conflicto inconsciente la paciente respondía con un empeoramiento, se diagnosticó una re-acción terapéutica negativa.

Frente a terapias fracasadas, el analista se plantea preguntas críticas. Wurmser destaca que, en tales situaciones, el analista se conduce a sí mismo al banquillo de los acusados:

Una táctica defensiva, muy querida por los depresivos, si no típica de ellos, consiste en tratar de que el otro se sienta tan culpable y humillado como ellos mismos se sienten. ¿Cómo se logra esto? A través de la inculpación abierta y velada. Por así decirlo, es una manera de dar la vuelta a la tortilla, que abarca las formas defensivas de la proyección y del cambio desde lo pasivo a lo activo, además de una transición desde la identificación con la víctima hasta la identificación con el acusador. Esto puede convertirse en una forma de resistencia de transferencia extraordinariamente poderosa. Yo creo que una buena parte de la reacción terapéutica negativa es adjudicable precisamente a esta vuelta de tortilla de la acusación (1987, p.149; cursiva en el original).

Ciertamente, existen diversas maneras de arreglárselas con esta acusación. Wurmser describe de manera muy convincente cómo él entiende la lucha de años, agobiante para cualquier analista, con un paciente aparentemente intratable. Como algo importante, subraya, entre otras cosas, la flexibilidad en el manejo que bajo ciertas circunstancias podría implicar un cambio de terapeuta.

Al consultar, la paciente, de 37 años, se queja con amargura de sus constantes esfuerzos en participar, hechos durante el tratamiento de ya casi dos años de duración. Después de todo este tiempo, debe constatar que nada ha cambiado en su problema fundamental de insatisfacción consigo misma y en sus sentimientos de fracaso. Después de averiguar cómo ve la paciente la configuración de la relación terapéutica, puedo constatar que existe un sinnúmero de preguntas que la paciente no se había atrevido a plantear, en especial las concernientes a la terapeuta como persona. Mi impresión global es que la paciente no había sido alentada suficientemente a dirimir su transferencia negativa proveniente de la relación con su madre.

Pensamos que el diagnóstico de reacción terapéutica negativa hace recaer de forma demasiado unilateral sobre la paciente toda la responsabilidad del intento, hasta el momento fallido, de analizarse. En vez de esto, debería buscarse la estereotipia de interacción que ha llevado a que las dificultades, probablemente reales, de la paciente, no hayan podido ser mejor influenciadas. La meta de este nuevo intento de tratamiento debe consistir, en este caso, en la transformación del negativismo de la paciente en una transferencia negativa abierta. Según nuestra opinión, en el primer tratamiento no se destacaron suficientemente las metas de la terapia originalmente buscadas, así como tampoco se discutió la realidad misma del tratamiento.

Ofrecemos a la paciente partir con una terapia focal, centrada en los aspectos negativos de su relación hacia la terapeuta anterior, no tratados hasta el momento.

En un sentido, este ofrecimiento toma en cuenta el escepticismo de la paciente frente al tratamiento anterior. En otro sentido, la planificación de la terapia está centrada, como meta circunscrita, en el abordaje del correspondiente problema de la transferencia materna.

Originalmente, María X había sido mandada al departamento de medicina interna, con el objeto de aclarar la génesis de una hipertensión que persistía desde hacía 11 años. Los exámenes somáticos dieron por resultado que la presión alta se debía a una estenosis de las arterias renales, cuya corrección quirúrgica había sido en esa ocasión desaconsejada. También desde hace 11 años la paciente sufre de "insatisfacción", según ella misma describe su síntoma. Además, sufre de estados angustiosos desde la pubertad, que surgen ante todo frente a situaciones de estrés o a propósito de discusiones con autoridades. Una interconsulta en el centro psicosomático de hipertensión arterial la llevó a iniciar una psicoterapia regular, ya que los sentimientos de angustia y de inferioridad ya citados se habían acentuado como reacción a la enfermedad corporal. La paciente temía influencias negativas sobre su relación de pareja.

En relación con la psicodinámica del conflicto, en la solicitud a la mutua de salud se destaca la relación tensa entre la estrecha unión con la madre y la insuficiente separación respecto de ella, con sus correspondientes ataques de ira y de desilusión. Los intentos de separación llevan a reacciones externas inadecuadas que, por su parte, se encuentran íntimamente ligadas a intensos sentimientos de culpa. Se prevé una terapia analítica sin límite temporal: "debido a la problemática de separación y de su correspondiente conflicto masivo de agresión, pueden esperarse resistencias considerables que deben ser elaboradas en el marco del desarrollo trans-ferencial."

Después de haber presentado este esquema introductorio del problema, reproduci-remos a continuación algunos pasajes que vuelven a mostrar el comportamiento de la paciente relatado por la anterior colega, a la vez que intentaremos dejar ver un manejo terapéutico más favorable.

Después de convenir la continuación de la terapia conmigo, le entrego el formulario de solicitud de la mutua para la prolongación de la prestación de servicios. Al momento de tomar el formulario en sus manos, la paciente suelta un gemido, sutil, pero perceptible. Le hago notar esta exteriorización de desazón y, de malas ganas, responde que no quiere llenar esa cosa.

Esta primera demostración del comportamiento que ya me había informado la colega que había remitido la paciente, me impresiona. De acuerdo con mi modo de entender la situación, doy la siguiente interpretación:

A.: Para Ud. esto es simplemente agobiante: un formulario que conoce y que representa sus propios intereses; no se demora ni dos minutos en llenarlo y tiene el valor de nada menos que 6000 DM. ¿No será que hay una desproporción entre la prestación real de servicios y lo que todo esto significa para Ud? En su gemido está tal vez contenido el deseo de poder permanecer en el paraíso, donde abunda la leche y la miel.

Mi tono frente a la paciente de ningún modo era descortés; más bien estaba sorprendido con esta forma paraverbal de reducir su disgusto y su desgano a un míni-mo común denominador. Es por esto que mi acotación se encuentra impregnada de una cierta simpatía por la paciente.

P.: Bueno, es que ya tuve que llenar muchísimos formularios de ese tipo en los exámenes previos en la clínica de la universidad; en esa ocasión no me opuse a llenarlos, aunque podría haberlo hecho.

A.: En este caso se trata de una ventaja para Ud., y Ud. se queja.

Pienso a continuación que sus suspiros podrían representar una reacción crónica frente a un esfuerzo excesivo y un desplazamiento de su protesta hacia expresiones paraverbales. El hábito de gemir encajaba bien con algo que la paciente me transmite muy marcadamente, a saber, que puede comportarse y vestirse con gusto, y que sin embargo, su cara expresa un ánimo sombrío, a pesar de todo el cosmético que usa.

P.: Sí, siempre cuando se trata de algo ventajoso para mí, doy un traspie. Estos últimos días han aumentado nuevamente mis angustias, en el trabajo tengo que hacerme cargo de un grupo nuevo, que debo instruir.

A partir del comentario de que por el nombramiento de encargada de perfeccionamiento dentro de la empresa se siente más exigida en sus conocimientos y en su competencia, lo que estimula sus angustias, llego a la conclusión de que la paciente, veladamente, es muy crítica consigo misma.

A.: Quizás podríamos entender mejor sus angustias si nos detenemos en el problema de lo que Ud. se cree capaz y de lo que se espera de Ud.

La paciente relata entonces su carrera escolar desilusionante; había repetido dos veces de curso y luego se había retirado de la enseñanza media (la razón por la cual repitió queda poco clara). El bachillerato lo había rendido a través de una segunda vía alternativa, después de darse cuenta de que los trabajos simples no le satisfacían.

En la siguiente sesión, me entrega, con un suspiro, el formulario llenado. Retomo nuevamente el asunto del suspiro: "Todo esto es demasiado, la agobia". La paciente asiente, me mira, algo sorprendida de que yo haya captado en forma tan directa su estado de ánimo, esboza una sonrisa, pero sigue de mal humor.

P.: Sólo ya el sentir que tengo que venir a la terapia, que tengo que hablar, me agobia.

A.: Me gustaría poder entender mejor eso, ¿qué quiere decir con todo esto?, ¿puede dar un ejemplo de cómo el placer se le transforma en un deber?

P.: Claro, por ejemplo, cuando hace buen tiempo, tengo que jugar a tenis, o tengo que dar un paseo, todo lo que quiero hacer se transforma en algo que "tengo" que hacer.

Si hoy día me propongo ir mañana a algún acto cultural, simplemente porque tengo ganas de hacerlo, al día siguiente seguramente voy a sentir que debo ir a esa función, porque eso ya se me ha transformado en un deber.

Al oír su atormentado relato, pienso en un bebé que quisiera hacer lo que se le venga en ganas, que no quisiera tener aún deberes, pero que tiene que asumirlos. Pongo en palabras algo de esta idea:

A.: Un deseo se transforma en un deber, en una obligación, se independiza, en el momento en que Ud. siente que tiene que seguir sus propios deseos. Quisiera poder hacer en cualquier momento lo que se le viene en ganas, sin tener que temer las consecuencias de ello.

A continuación, hablamos de su madre, quien tenía que trabajar mucho y que, al hacerlo, constantemente estaba diciéndose a sí misma: tengo que hacer esto y lo de más allá. Infructuosamente, el padre había tratado de disuadirla: "Y ahora, ¡basta!, ¡no tienes nada más que hacer!"

Le interpreto que ella lleva a su madre dentro de sí y que se trata a sí misma del mismo modo como lo había hecho su madre. En ella habían entonces dos aspectos: por un lado está llena de deseos y, por otro, está la muy fuerte conciencia del deber.

Al expresarle esta interpretación en detalle, tratando de que la sienta emocionalmente cercana, comienza a llorar. Pronto logra recobrar la serenidad. Me queda claro que una y otra vez se siente sorprendida por sus ansias de ser consentida y de que se le cumplan los deseos, ansias que normalmente controla bien. Al imaginarme sus fantasías y en vista de su experiencia de una terapia más larga, le digo que a esa parte suave, llorosa, le gustaría tanto ser acogida en el diván y arropada con una manta. Aunque esto era algo que por otro lado no se lo podía permitir.

P.: De ninguna manera me puedo imaginar estar recostada aquí, sin tener que decir nada. Algo así no funcionaría de ningún modo, no, ¡ni hablar de eso! En tal situación me sentiría aún más desamparada, más aún como una paciente inferior a Ud.

A.: Con sólo imaginárselo se pone intranquila. Por eso prefiere permanecer terca-mente en el medio, como el burro de Buridán -lo conoce, ¿no?-, es ese que

estando entre dos fardos de heno se murió de hambre. Ud. se queda al medio, en el estancamiento, como lo pudo comprobar en la terapia con la doctora B. (su analista anterior). Pienso que el primer punto por aclarar sería si cuando Ud. viene hacia acá, y cuando siente ese "ahora debo ir allá", puede siquiera mentalmente imaginarse que da media vuelta y se va.

Después de una interrupción del trabajo por razones de la empresa y durante la cual tuvo unos días libres, habla con rabia sobre el hecho de que incluso durante aquellos días libres no pudo liberarse de la idea de tener que hacer algo; incluso el descanso se transforma en una prescripción, en un deber que la abruma. La paciente presenta un ejemplo de cómo deberían ser las cosas: ella está en cama con gripe, ha estado toda la tarde dormitando, y puede liberarse totalmente del compromiso de tener que visitar a unos amigos por la noche; así tendría que ser siempre, dice. Subrayo la congruencia entre pensar, sentir y obrar: "Sólo cuando el dedo gordo del pie se mueve tan lejos como quiere, uno deja de sentirse comprometido."

A continuación, María X habla en forma explícita de una voz interior que la maneja y la dirige constantemente; al leer un libro, la voz le dice que tiene que leerlo hasta el final, con lo cual nuevamente se le estropean todas las ganas. Esta voz no es de naturaleza delirante, sino que es la inexorable voz de la conciencia, que ella relaciona de inmediato con el tono de voz de su madre, quien permanentemente la agujoneaba. Al comenzar las vacaciones escolares, su madre nunca había sabido decir otra cosa que: "Qué bueno que estás aquí, ahora pueden hacer esto o aquello". Las ocurrencias de la paciente aclaran por qué había sido tan placentero esto de "meterse a la cama". Había podido dejar todo tirado en cualquier parte, su ropa tirada por ahí, y había podido soñar despierta.

A.: Esas fueron algunas pocas horas en que Ud. se tomó vacaciones de la estricta mala conciencia.

Muy pronto queda claro que el analista va a encarnar esta interiorización. El comienzo de la sesión se transforma en un martirio permanente para la paciente. La posibilidad de poder hablar aquí sobre aquello que la agita se transforma en una exigencia, en una prescripción. Al insinuarle la posibilidad de que no necesita hablar, si eso es lo que siente en ese momento, responde con dudas agresivas.

P.: Es sólo una cuestión de tiempo, hasta que a Ud. le pase lo mismo que a la doctora B.; al segundo año lanzó la pregunta de si acaso yo era realmente capaz de aprovechar las sesiones.

El dilema de la paciente consiste en que su propio obrar, de acuerdo con sus propias intenciones, debe también corresponder inconscientemente con los

conceptos de su madre. En este sentido, la situación analítica se transforma obligadamente en una repetición, frente a la cual responde con una desgana hostil. El que en la terapia hable está primariamente al servicio de la satisfacción del analista. A esto co-responde la acusación de la paciente de que había trabajado duramente en la terapia anterior, es decir, de acuerdo con las exigencias de su madre. Sea lo que haya sido, había obtenido el reconocimiento de su madre a través de los rendimientos. Naturalmente, su deseo inconsciente más profundo es ser reconocida sin tener que esforzarse por ello. Por otra parte, este deseo encubre una marcada rivalidad con su hermano 4 años mayor, quien gana "buena plata" como asesor fiscal (en materias impositivas). Las consecuencias de esto se dejan ver en su relación de pareja, donde, una y otra vez, ella se resiente por la satisfacción de su amigo, quien, sin ganar mucho dinero, parece estar contento consigo mismo.

Las bases psicógenas de su deficiente autoestima se encuentran muy seriamente reforzadas por su enfermedad corporal (la hipertensión arterial). Se siente, ahora sí, amenazada de verdad al tener que vivir con una deficiencia, que si bien puede ser dominada a través de los medicamentos, nunca podrá ser remediada realmente.

Poco a poco, puedo ablandar su obstinada resistencia, tratando de esquivar una situación de lucha. Una espera silenciosa muy prolongada de mi parte lleva con gran seguridad a una reactivación de la desilusión. Las primeras sugerencias mías, que normalmente se refieren al visible estado de ánimo actual de la paciente, le ayudan a poner sus dificultades en palabras.

Como leitmotiv, sale a la luz que son tantos los deseos que tiene, que quisiera realizarlos todos al mismo tiempo. En el ámbito laboral, desea seguir calificándose, y en lo privado, leer mucho. En el momento en que se encuentra realmente enfrascada en un libro, la sobrecoge el pánico, se pone rápidamente de pie y tiene que ir a un café. "Quiero hacer tantas cosas y no tengo tiempo."

En lo que siguió, logró tener acceso al sentimiento de pérdida en la pubertad, cuando perdió definitivamente el reconocimiento del padre debido a sus rendimientos deficientes. Fue necesario trabajar diversos estratos de su sentimiento de culpa y de su vergüenza con el fin de reducir la incriminación a través de la cual la paciente había evitado exitosamente un primer intento terapéutico.

4.5 Cercanía y homosexualidad

A Arturo Y le gusta ir a la piscina, aunque con considerables inhibiciones. Especialmente, el nadar desnudo le produce una sensación corporal placentera. Se aver-güenza de tener estas sensaciones. En el ir y venir sobre este tema, en la última se-sión pudo percibir que a mí también me gusta nadar, lo que es cierto, aunque eso no fuera confirmado por mí en forma explícita. El paciente aparenta como si tuviera que avergonzarse de esas sensaciones especiales del contacto del cuerpo con el agua, de la piel con el agua. Le hago ver que él ha notado algo de mi actitud po-sitiva respecto a bañarse, a nadar y al agua. Arturo Y responde sumamente asusta-do frente a este comentario:

P.: Ojalá que no resulte ahora que a Ud. también le gusta nadar sin traje de baño, pues es algo que yo ya me imaginé; y estuve largo rato pensando, después de que se me ocurrió espontáneamente, si puedo permitirme sin más expresar eso aquí. Pues bien, ahora mismo lo digo: Ud. es tan cerdo como yo.

A.: Al nadar Ud. y yo en el agua, estamos unidos, "pija con pija". Su inquietud tiene, probablemente, algo que ver con el contacto.

Trato de modular el calificativo de "cerdo", que puede tener tanto una calidad pla-centera como una condenatoria, con el comentario que recoge una designación en dialecto de los genitales: "pija con pija" (Seckel), con la intención de acercar las experiencias placenteras a sus componentes homosexuales inconscientes.

P.: De manera que ya no hay distancia entre Ud. y yo, y con eso vuelvo al problema, de por qué tanteo tan cuidadosamente el terreno.

El paciente vuelve a hablar del contacto y de la comunidad que se establece cuando se nada en las mismas aguas.

A.: La distancia no es algo que se acaba totalmente, pues cada uno tiene su propia piel, sus propios límites.

P.: La conversación me es altamente desagradable. Va a parar en un borramiento de la distancia.

Arturo Y menciona que en terapias anteriores se sintió seguro manteniendo una cierta distancia:

P.: Sencillamente porque me dije que, a mayor distancia, mayor la superioridad de estos médicos y de sus conocimientos técnicos, y mayores también las probabili-dades de mejorarme.

A.: Aunque con eso Ud. se coloca en una posición aún más inferior. Con la esperanza de que mientras mayor la admiración que tenga por el otro, más podrá reci-bir de él.

P.: Claro que los otros [terapeutas] no hicieron nada para cambiar esa situación, aunque tal vez sea injusto decir eso de ellos.

A.: Por otra parte, es siempre un alivio mantener el equilibrio consigo mismo que ya es familiar, aunque eso entrañe mucho dolor.

Esta intervención se refiere al comienzo de esta sesión, donde el paciente había dicho que se le hacía muy difícil modificar o salirse de modelos de conducta que se habían formado a lo largo de varios decenios. El objetivo de la observación del "pi-ja con pija" se puede entender, entre otras cosas, como un intento de llevar el con-flicto a una etapa genética superior, desde el cerdo (anal) hacia el miembro (fálico).

Después de un rato, sale nuevamente a luz el tema, aunque en otro contexto.

Una conversación pendiente con el jefe, que trata de una redistribución de áreas en el trabajo, ha provocado una desazón totalmente irracional y un empeoramiento de los síntomas. Arturo Y se siente seguro de contar con el respeto y la benevolencia de su jefe. El paciente es superior a sus competidores y sus ventas son con mucho las mejores.

P.: Anímicamente sin embargo, temo perder mi área, o tener que aceptar considerables limitaciones. Yo sé que el jefe aprecia mi opinión y que me acepta como un igual. A pesar de todo, tengo la sensación de estar a su merced, totalmente indefenso -a merced de poderes extraños.

El paciente llega incluso a temer que su jefe podría echarlo si es que él osa plantear algún reparo. Sus síntomas obsesivos y sus angustias se han intensificado.

P.: Simplemente, tengo la sensación de ser un objeto, no un sujeto.

Después de describir detenidamente los problemas objetivos que surgirán de la re-distribución prevista en las áreas de trabajo, queda claro que va a tener que aumentar la competencia con los colegas, si es que desea mejorar su posición en base a sus éxitos. Quiere sacar provecho del aumento de trabajo que piensa se le viene encima. Por las mañanas despierta antes de tiempo, lo que lo tortura. Acostado, tras-pira de susto temiendo el nuevo día.

P.: Tengo susto de fracasar, miedo de esas fantasías, de esas imaginaciones obsesivas, de que se vuelvan tan poderosas, de manera que ya no me pueda mover más en forma normal y de que desde afuera se pueda notar que algo pasa conmigo ... Simplemente tengo susto de no ser nada, solamente un mísero montoncito, a pesar de que una y otra vez he tenido la confirmación contraria durante los últimos 25 años. Me dan ganas de vomitar. He tratado de analizar yo mismo mis inquietudes, para poder salir de todo este cuento. Me volví a acordar de ese profesor del internado que casi me violó, y me di cuenta de mi horror cuando se acercó tanto a mí con su cara, su boca horripilante y sus incisivos salientes horribles. Se me pasó por la mente de que tiene que haber una razón para que una y otra vez me surjan pensamientos relacionados con sangre y matanza de animales, y de que no me pueda librar de pensar en cerdos. En eso

me acordé de ese hombre, que con toda probabilidad era sólo un pobre diablo, pero que yo sentí como alguien repugnante. Si hubiera tenido el poder, quizás lo hubiera matado, literalmente, como a un cerdo en el matadero.

Uno de los contenidos de las angustias del paciente consiste en que podría terminar como un delincuente sexual. Esta angustia fue desencadenada por una película de detectives y ha permanecido ligada al rol de uno de los actores (véase cap. 9). Sus ocurrencias van del profesor hacia el actor, mejor dicho, a unas escenas de la película. Pregunto si existe un parecido entre el profesor y el actor, con el objeto de preparar una interpretación transferencial. El paciente confirma mi sospecha.

P.: Sí, ya me di cuenta de eso al pensarlo y, en realidad, me tranquilizó tanto, que pude quedarme dormido y me dije a mí mismo que aquella experiencia con ese hombre en realidad no era tan terrible. Había compañeros de curso que decían que eso no era tan terrible. Decían, él quiere solamente hacernos bien, consolarnos solamente. Sin embargo, yo temía mucho a ese hombre y de alguna manera reprimí ese temor, no dejándolo escapar como debiera haberlo hecho, durante estos últimos años.

A.: Hoy hay un desencadenante importante. Ud. se ha confiado acá a mí. Y en relación con sus ganas de ir a nadar y su placer al bañarse desnudo, se le ocurrió que este cerdo, o sea yo, quizás se baña también desnudo y me seduce a placeres corporales.

P.: ¡Ah sí, claro! (se ríe).

A.: Viene acá y pone su confianza en mí. Lo que se podría prestar para un abuso, un mal uso de la relación, y transformarse en una relación muy cercana, homo-erótica ... como dos cerdos.

P.: Sí, claro, eso es cierto. Creo que a veces lo siento como a mi profesor. En este momento me es muy claro, y me es muy desagradable hablar sobre esto.

A.: Precisamente, el problema es si Ud. puede tener buenas experiencias sin que se transgredan los límites, solamente cosas buenas, sin abusos.

P.: Muchas veces he pensado en cómo poder arreglármelas con Benignus [el maestro homosexual] de una manera tal que me permita hacerme dueño de mis angustias y hacerlas desaparecer. Y entonces esos comentarios de que yo lo siento a Ud. de la misma manera como lo sentí a él, me molestan. Me ponen inseguro, me dan

susto. Porque si realmente resultara ser que Ud. es como él, yo me encontraría indefenso, a su merced, igual que en esa ocasión. En ese caso, mi futuro dependería de la suerte.

A.: De ningún modo Ud. está en la misma situación, porque no depende de mí como dependía en ese entonces del maestro. Ud. se encuentra en otra situación

de vi-da. Sólo que en Ud. algo quedó resonando de todo aquello, como si fuera tan de-pendiente y como si no le estuviera permitido volarme los dientes de un golpe y ponerme a descubierto como a un cerdo, mandándome al matadero.

A continuación, Arturo Y describe con énfasis y en forma muy expresiva cómo el profesor lo había raspado con la cara sin rasurar. Comienza desarrollando fanta-sías de cómo podría hundir un cuchillo en el cuello grasoso, para dejar escapar el aire. Al final de la sesión, el paciente comunica que la aparición de sus angustias neuróticas están en relación temporal y temática con esas experiencias.

P.: Cuando tenía aproximadamente 12 ó 13 años, en una novela de detectives leí que se había matado a un hombre con un cuchillazo por la espalda; me sobrevino un miedo enorme de que me sucediera lo mismo. El libro lo rompí en pedazos, lo boté al excusado y tiré la cadena. Debe haber sido en esa misma época cuando tuve los problemas con ese maestro. Después se me pasó ese miedo. Quizás me sentí como un cerdo y a lo mejor también tuve el impulso de, bueno, no sé cómo de-cirlo, de entregarme o algo así, a ese hombre, aunque no de esa forma. Pero eso ya sucedió hace tantos años atrás, que no me debiera preocupar como en estos últimos días. En resumen, el sentimiento fue muy atroz.

A.: Sí, han pasado muchos años desde entonces. El tema fue actualizado por la terapia, por el hecho de venir acá, es decir, el tema de cómo arreglárselas con otro hombre. ¿Sigue siendo el niño chico, dependiente, que no debe defenderse? ¿Es que tan sólo puede ser amado si se somete, acaso no puede permitirse una sospecha, expresar su descontento o exigir algo?

Comentario: El tenor de la interpretación permite reconocer el énfasis que el ana-lista pone en la actualización de antiguos problemas en la transferencia. Las pre-guntas planteadas contienen un estímulo indirecto para que el paciente examine crí-ticamente las condiciones de entonces y las actuales. Se sugieren respuestas al pa-ciente que le permitan tomar distancia y con eso posibilitar una nueva experiencia en la relación interpersonal actual hacia el analista. Muchas interpretaciones tie-nen, en el contexto de aquellas sugerencias, un componente sugestivo, que cierta-mente dista mucho de aquellas persuasiones torpes que le han traído la mala fama a la sugestión. Las sugerencias contenidas en las interpretaciones psicoanalíticas se encuentran en otro nivel que aquellas de la persuasión. Como lo expusimos en el primer tomo, se estimula al paciente para que éste haga de las vivencias actuales el punto de partida de reflexiones críticas.

4.6 Resistencia y principio de salvaguardia

En la sección 4.6 del primer tomo, asignamos a la resistencia de identidad y al principio de salvaguardia una función global que va más allá de la definición de Erikson. En un nivel descriptivo, existen similitudes con la defensa narcisista. Sin embargo, este concepto descansa sobre la teoría de la economía de las pulsiones, teoría que actualmente se ha hecho insostenible. Frente a ésta, la resistencia de identidad se encuentra dentro de un marco teórico global que toma en cuenta los co-nocimientos actuales de la psicología social sobre el desarrollo del sentimiento del yo y del sí mismo, sin descuidar por eso el significado que tiene la satisfacción pulsional para la identidad personal. En contraposición con la teoría integrativa de Erikson, la teoría de Kohut postula el desarrollo paralelo del sí mismo y de las pulsiones, lo que llevó a incongruencias y contradicciones dentro del sistema, a pe-sar de la revisión tardía que Kohut hizo de la psicología del sí mismo. Por lo de-más, este planteamiento tampoco hace justicia a la realidad humana. Tanto el prin-cipio de salvaguardia como el sentimiento de sí se desarrollan a propósito de la sa-tisfacción de múltiples necesidades y, en los casos más favorables, en una relación recíproca. Una experiencia total, en el sentido recién planteado, puede completarse en el instante, circunscrito, de la satisfacción de una necesidad determinada, en la medida en que esta satisfacción se de junto con un sentirse reconocido y confir-mado. Con razón, Kohut llamó expresamente la atención sobre esto, iniciando con ello la revisión de la teoría de los objetos parciales e introduciendo correcciones en la técnica psicoanalítica.

En todas aquellas personas que no tienen conciencia de enfermedad es posible ob-servar una fuerte resistencia de identidad y, consiguientemente, una falta del deseo de ser tratadas. Nos encontramos frente a una inversión de la situación habitual: el entorno sufre y los allegados intentan convencer al familiar insentato de que es ne-cesario hacer algo. Pero, ¿cómo es posible convencer a una persona que aparenta estar conforme consigo misma, aún más, que se considera sana y que considera en-fermos y locos a los demás, de someterse a una terapia que a lo sumo la llevaría a un cambio indeseado desde el punto de vista del afectado?

En la resistencia de identidad triunfa la capacidad humana de autoafirmación, cueste lo que cueste, aun a costa de la eliminación del principio de autoconserva-ción biológica. Pareciera que fue más bien al pasar que Freud (1940a) adscribió al yo, no sólo la tarea de autoconservación, como lo había hecho anteriormente, sino también aquella de autoafirmación. (Esta diferenciación queda confusa en la Stan-dard Edition, por la traducción que hace Strachey del término de "autoafirmación" [Selbstbehauptung] por "self-preservation" en vez de hacerlo por "self-assertion".) Cuando se trata de la

realización de los ideales, esta capacidad es también la condición previa para imponer la autoafirmación por sobre la conservación de la propia vida, ofrendándola por una buena causa, y eso, sobre la base de procesos de decisiones que tienen su origen en la libertad personal. En aquellas formas de autoafirmación que se nos presentan en la resistencia de identidad la situación es diferente. Tenemos buenas razones para suponer aquí una falta de libertad, aunque el afectado rechace la idea de que está enfermo, sin libertad y necesitado de ayuda.

La resistencia de identidad y el principio de salvaguardia no sólo plantean problemas técnicos difíciles de solucionar, sino que también muchos problemas éticos y filosóficos. ¿Quién nos da el derecho de iniciar una terapia con una persona que, en el mejor de los casos, se siente enfermo sólo a medias? De esto surge un dilema: si con una situación normal es difícil analizar a alguien desinteresadamente, con pacientes graves es imposible abstenerse de intervenir activamente, por ejemplo, si la paciente sufre de una anorexia nervosa, en especial cuando la autoconservación llega a sus límites y se encuentra en peligro de muerte. Particularmente, en la terapia de la anorexia nervosa nos encontramos enfrentados a problemas existenciales que parecen no tener solución. Se da una ambigüedad que todo lo paraliza y que Kierkegaard interpretó desde un punto de vista filosófico y religioso denominándola "enfermedad de muerte". Desde el punto de vista psicoanalítico, la desesperación se puede localizar sin más en el sí mismo. Con esto damos un giro dinámico a las dos frases de Kierkegaard: "Uno desespera por no querer ser uno mismo; uno desespera por querer ser uno mismo" (1957 [1849], p.8). [Las reflexiones de Kierkegaard en "La enfermedad de muerte" (1849), toman su punto de partida en la frase de Jesús cuando, frente a Lázaro muerto, dijo "esta enfermedad no es de muerte" (Juan 11,4). Si no es la muerte la que mata, ¿qué entonces? La respuesta de Kierkegaard es: la desesperación. En este contexto, el autor plantea que la anorexia nervosa es la enfermedad de la desesperación; nota de J.P. Jiménez.] La contraposición de Kierkegaard caracteriza un dilema que subyuga a muchas personas. Las anorecticas crónicas impresionan a los demás sobre todo por la decisión con que defienden su sí mismo extremadamente arbitrario. El terapeuta se transforma en un seductor que trata de acercar a estos enfermos a una imagen de sí mismos, lo que les provoca una volición contraria. La desesperación no se desarrolla entre las dos imágenes del sí mismo, sino entre el enfermo y su medio ambiente. ¿Cómo podemos entonces intervenir con medios psicoanalíticos en el dilema y lidiar con pacientes mujeres que durante años han convertido su imagen corporal caquética en una segunda naturaleza y que consideran al analista como un entrometido?

Literalmente, aquí se nos presenta la unión entre una resistencia de identidad y un equilibrio que, después de permanecer constantes durante años o decenios, han adquirido una inercia propia: esta identidad ha llegado a convertirse en una segunda naturaleza.

Clara X llega a la sesión 427 con una copia hecha por ella del cuadro de Rossetti "La anunciación de María", cuadro que la impresiona desde hace ya mucho tiempo. En él, María se ve casi caquética. Por el agregado del título de la copia: María como "anoréctica", se puede deducir que es una suerte de autorretrato. Clara X describe la encrucijada en que se encuentra: sigue sentada ahí (igual que María) y está indecisa.

Sus pensamientos vuelven a girar en torno de la imagen de un hada que está sentada en el cruce de caminos para guiarla por el buen sendero.

A.: Déle al hada una oportunidad, a las hadas que están sentadas en este lugar -y también a Ud. misma.

P.: Hace unos días, al atardecer vi un hada sentada ahí y a mí misma, aquejada de las mismas costumbres de siempre. El hada sonreía, medio divertida, medio extra-ñada: ¿por qué haces eso? Debo moverme, para cansarme, y así quedarme dormida junto al hada. Sobre el camino hay, de verdad, un montón de papilla, decía el hada, como alrededor del país de jauja. Yo debía atravesarlo comiéndomelo.

Clara X hace todo tipo de expresiones de asco.

El cuadro lo entiendo como una expresión de la lucha que estamos sosteniendo en la encrucijada actual.

Frente a mi sugerencia de que estamos en lucha, Clara X me lleva la contraria, pero no de manera muy precisa.

Desde un comienzo, el tema de la lucha ha jugado un papel importante. A Clara X le había dado rabia el que yo, ya en la primera sesión, hubiera pronosticado que tendríamos que librar una dura batalla. Durante las últimas semanas y meses, la lu-cha ha ganado en intensidad, condensándose en la imagen, acuñada por la paciente, de la encrucijada, del cruce de caminos. A esta metáfora corresponde un hada buena como figura transferencial materna, en cuyo regazo le gustaría a mi paciente per-manecer. Sin embargo, el hada a la vez cumple con la función de apartarla de la anorexia que se ha transformado en su segunda naturaleza.

Mi interés por la representación de la paciente de sí misma concernía a la lucha por la mantención de su identidad anterior y, ahora que nos encontramos en la en-crucijada, al intento de un nuevo comienzo. La actualidad de esta lucha queda de manifiesto cuando, al repetir yo la frase "bueno, ahora tendremos que

dar...", la paciente primero me interrumpe con un "hmhm", y luego, cuando después de completarla con "... una verdadera lucha", ella continúa:

P.: Sí, lo mismo se me ocurrió esta mañana. Me gustaría, eso sí, saber quién va a dar una lucha contra quién o contra qué cosa ...

A.: Hmhm.

P.: Y la verdad es que no me gustaría para nada tener que luchar contra mí misma. Me refiero contra alguna parte de mí misma. Hay algo que este último tiempo me está pareciendo cómico. Me he ido haciendo a la idea de tratar de comer más du-rante el día, y de hecho lo estoy haciendo. La mayoría de las veces resulta que me dan ganas de comer pasteles o algo por el estilo. Me compro algo en la panadería, pero inmediatamente después tengo la sensación de que eso no es lo correcto. Un pastel ciertamente no es la alimentación más saludable. Y tampoco me siento de lo mejor con ese apetito. Hasta ahora había solucionado el problema del siguiente modo: durante el día prácticamente no pensaba en la comida. Tenía la mente libre para otras cosas. Eso es algo que a menudo se describe en los textos sobre anore-xia ... siempre los leo con sentimientos mezclados ... con gran interés. Me había liberado de estar permanentemente pensando en la comida, algo que les pasa a la mayoría de las anorécticas y que me parece bastante denigrante.

Comentario: En efecto, en los casos graves y crónicos, el hambre se transforma; sólo así se puede alcanzar el estado recién descrito por la paciente, cuando dice que su cabeza estaba libre para otras cosas. Había conseguido limitar, temporal y espacia-mente, la satisfacción del hambre, y reducirla básicamente a comer galletas du-rante la noche.

Me parece natural llamar a continuación la atención de Clara X sobre las dificultades que se presentan al intentar cambiar su conducta, vale decir, cómo ella siente humillante tener que ocuparse nuevamente de la comida y de todo lo que eso im-plica.

P.: En eso me sucede que rápidamente comienzo a pensar demasiado en los asuntos domésticos y en las compras. Bobadas. Fuera de eso hay otras cosas que me inte-resan más, que me satisfacen más. Sí, ahora me pasa que empiezo a pensar, hm, te llevas algo de la casa como refrigerio, o te compras algo, o qué podrías comer, y qué le das a la Francisca (su hija) para la merienda. Y este pequeño campo de pro-blemas lo puedo transformar en problemas de toma de decisiones y así dar rienda suelta a mi tortura infinita entre el sí y el no, lo bueno y lo malo. Pero muy pron-to estoy de nuevo harta de todo eso, pero, ¿por qué no intentar comer con apetito y gozar? Ayer en la mañana estuve a punto de comenzar a pensar, hm ... pero luego ya se me pasó.

A.: Sí, las tribulaciones internas son enormes en esta situación de cambio. Ud. sabe que el hambre y el apetito varían, y ahora el apetito le viene cuando come. Pa-reciera que antes tenía mucha libertad, pero contrariamente a lo que Ud. piensa, yo considero que era una libertad aparente. Con todo, con ello logró muchas cosas de manera formidable. Es muy difícil cambiar eso.

P.: Sí, libertad aparente. La verdad es que me pregunto si me podré acostumbrar a comer simplemente a determinadas horas. Sólo el pensar en eso me produce males-tar. Por lo menos me he esforzado en comer algo durante el día. Por eso es que es-toy de verdad algo extrañada por haber bajado un poco de peso. ¿Será eso miedo de la voracidad u otra cosa? Por otra parte, ciertamente tengo unas ganas de vivir muy positivas y nuevamente ganas de hacer cosas, ganas de levantarme por las maña-nas. Ese estado anímico del año pasado, seguramente Ud. lo recuerda, en que me aburría con todo y todo lo encontraba monótono, eso ya pasó.

A continuación, la paciente describe su agitado trajín diario como dueña de casa y como madre, y cómo se siente muy insatisfecha con estas tareas. "Volver a casa, a la cárcel, hacer comida, acostar a la niña; me siento verdaderamente aprisionada". La detallada descripción termina con el relato de su agitación interminable, que la empuja y la pone de mal genio e impaciente.

Luego reproduce un sueño diurno donde todo es fantástico, y que tal vez puede ser evaluado como un indicio de que, con la ayuda de un hada bondadosa que ella misma se ha inventado, ella podría emprender un camino nuevo y llegar a poseer una identidad cambiada. Toda la historia gira alrededor de su madre, que tiene tiempo para todo y que espera que los niños, con quienes tiene una relación tierna y armónica, vuelvan a casa. Como en un cuento, describe un día con su madre. Clara X duda de que yo, como hombre, pueda comprender esa atmósfera de una felicidad casi fuera del tiempo. Por su parte, ella se rebela en contra del ritmo regular y puntual con que tiene que cumplir los deberes domésticos.

P.: ¡Pum, pum, pum! igual que en la fábrica, mi marido quiere que todo marche en la casa de acuerdo a reglas. Estas exigencias me producen un profundo rechazo y mucha angustia. No puedo darme a entender, y creo que Ud. tampoco lo entiende. ¡Es un desastre!

A.: Claro que lo puedo entender, aunque Ud. lo dude, porque por aquí yo vivo cerca del pum pum. Horarios, tiempo. De acuerdo con mi horario, su hora terminó, y eso no corresponde con su sueño diurno, es algo que la perturba. La puntualidad que se me impone desde fuera es perturbadora, si la comparamos con el cuadro de felicidad que Ud. trae.

P.: ¿Acaso Ud. cree que todo lo que fantaseo tiene que ver con el comienzo o con el término de las sesiones acá arriba? Eso es algo que ...

A.: Esa es una conclusión algo apresurada. No pienso sólo en el comienzo y en el término, entre ambas cosas habría mucho que describir. No, me refiero a las veces en que Ud. se acelera al acercarse el término de la sesión. Tracé un paralelo con sólo un punto mínimo, eso es, con la interrupción al final de la sesión. Ahora, si eso es cierto o no, eso es otra cosa.

Algunos pasajes de las próximas sesiones muestran lo difícil que es para Clara X lograr otra imagen de sí misma. Queda claro que no me es posible ser tan desintere-sado como a Clara X le gustaría que fuera. En todo caso, la comparación entre aquel hermoso cuadro -pintado por la paciente- y su realidad, la hace sentir muy humillada.

De acuerdo con sus sentimientos de sí misma, su cuerpo y su apariencia externa son ideales. Se siente bien en su pellejo y teme transformarse en un ganso cebado, y así no poder "traspasar los barrotes de su propia cárcel".

Pregunto por la razón de esa imagen chocante y contraria del ganso cebado. La paciente subraya que el punto neurálgico es la cárcel. Ella duda de que un hombre pueda realmente entender que una mujer perciba su papel de dueña de casa como una cárcel.

A.: Entonces, su descontento matrimonial se expresa manteniéndose excesivamen-te flaca. Pero al hacerlo, también está luchando en contra de su lado de chocolate .

Comentario: Esta expresión ambigua había sido introducida con anterioridad por la paciente, y desde entonces servía para designar su lado dulce, tanto en un sentido literal como figurado. Clara X hace responsable a las condiciones externas de no poder realizar su lado de chocolate, es decir, su ansia de dulzura y de ternura, y de esta forma quedar aún más fijada a sus orgías nocturnas. La paciente satisface el hambre reprimido durante el día comiendo grandes cantidades de dulces durante la noche y a medio dormir, y con esto logra al menos mantener constante su peso considerablemente reducido. Se trata de típicas "night eating binges" (comilonas nocturnas), descritas por Stunkard (1986), y que están también al servicio de la sa-tisfacción compensatoria. De hecho, la paciente achaca a su marido parte de la res-ponsabilidad de la mantención de su enfermedad, porque éste no ve el aspecto tier-no y femenino contenido en el esqueleto humano.

Reconozco frente a ella en forma explícita el componente real de sus dificultades. Por lo visto, el hecho de ser rechazada y menospreciada como esqueleto humano, la ha llevado a emplear su condición como medio de lucha. De este modo, ha en-contrado una forma especial de autoafirmación, por la que

dice sentirse muy bien interpretada. Cualquier cambio la llevaría a caer mejor y a dejar de ser un esqueleto. Perdería su identidad, edificada a lo largo de muchos años, y de esta forma encontraría también más agrado en su persona. Entonces llegaría a ser Dornröschen, pero sin espinas, hermosa de contemplar. [En la versión de los hermanos Grimm del antiguo cuento infantil de origen francés, "La Bella durmiente del bosque", la protagonista se llama Dornröschen, literalmente, "Rosita con espinas". Nota de los traductores.] Pues ella fue la que pintó el cuadro. "Si me permite decírselo, a mí también me gusta Dornröschen".

Reflexión: Aquí hago alusión a una acuarela que la paciente me había regalado hacía algún tiempo atrás y que me había impresionado mucho. El cuadro muestra una guirnalda circular de rosas en las que se han entretejido muchachas cuyos senos se destacan mediante una coloración especial. Mi forma tan cuidadosa de expresar-me puede parecer exagerada; pero, en este momento, la prudencia es lo indicado. El desarrollo posterior de la sesión, lo que la paciente recoge y conserva, muestra su susceptibilidad. Al contraponer la imagen chocante del esqueleto con la mujer de las rosas, me dejé llevar, sin considerar en este momento la diferencia que hace el que sea el mismo paciente quien se rotule con una imagen negativa de sí mismo, o que sea el analista quien emplee esta misma designación. No porque dos personas hagan lo mismo, se produce la misma cosa.

Las figuraciones plásticas y metafóricas de Clara X acompañan toda la terapia. Es común que ellas se refieran a los temas en discusión, muchas veces iluminando, además, aspectos desconocidos de sus vivencias. Como presentaciones de sí misma, expresan plásticamente el estado interior de la paciente. Del párrafo siguiente, se deduce que el pintar y regalar sus cuadros tiene naturalmente también una función comunicativa. A través de esta función ejerzo mi influencia sobre su vida interior y sobre sus figuraciones plásticas. Con esto llegamos nuevamente a la pregunta decisiva desde el punto de vista terapéutico: ¿qué puede hacer el analista para facilitar los cambios?

P.: No quisiera que mi esposo vea ese cuadro. Lo pinté de manera que él no lo pudiera ver, y luego lo enrollé. La verdad es que tengo la sensación de que a él le podría parecer algo chocante.

A.: Pero quizás Ud. tuvo también miedo de que él hiciera algún comentario. Quizás hubiera hecho comparaciones.

P.: Posiblemente me hubiera dicho, ahora sí que estás totalmente loca, pintando mujeres desnudas.

Abordo estos temores de ser humillada, compartiendo sus sentimientos. Digo que tal vez a eso se deba que ella haya tenido nuevamente la idea de que una

analís-ta mujer la podría comprender mejor que yo: de mujer a mujer, de Dornröschen a Dornröschen.

La paciente comienza la siguiente sesión declarando su malestar: "Ud. me puso como esqueleto y me comparó con mi propio cuadro, con la mujer de las rosas." Dice que le disgustan las comparaciones, son típicas medidas pedagógicas. "Los padres dicen: a tu edad yo ya podía hacer esto y aquello. A uno le duele que la com-paren."

A.: ¿Qué la aflige ahora? ¿Ser también la mujer de las rosas?

P.: Que Ud. prefiera a la mujer de las rosas.

A.: Claro, la comparación le hizo recordar la falta, el déficit.

P.: No, la cuestión es que se pongan condiciones. Sentí el deseo de pedir un favor o de hacer una pregunta, algo que por lo demás me parece muy poco educado. ¿Me podría pasar el cuadro para que pueda hacer una copia de él? Yo no tengo ninguna. Se lo regalé a Ud. La verdad es que encuentro incorrecto pedírselo de vuelta. Hay un poco de obstinación en eso. Aún sigue siendo mi cuadro.

La paciente acentúa otra vez esto último.

P.: Hay algo de obstinación en todo eso: es mi cuadro. Siento que hay algo típico de un puerco espín al decir: ya que el fulano utiliza el cuadro de esa manera, más vale al menos sacar provecho de eso.

A.: Fantástico, hmhm. Así tampoco podrá seguir siendo utilizado en contra suya. Ud. siente que yo lo usé en su contra y ahora parece ser que al tener Ud. una copia, también podría usarlo en su favor y la cosa ya no sería tan unilateral. Que Ud. me pasara el cuadro, no lo sentí como una cesión, como un regalo. Lo veo como un cuadro que está entre Ud. y yo, no como una propiedad mía. Lo veo como el cua-dro que Ud. se hace de Ud. misma y a la vez como lo que Ud. desearía ser.

P.: Ambas cosas están contenidas en él, pero al momento de entregárselo -y que Ud. lo haya aceptado, por cierto que me hizo bien- lo consideré como un regalo (después de una pausa prolongada). En este momento no tengo la sensación de que el cuadro pudiera representar un ideal para mí.

A.: Pero en este momento es muy fuerte el sentimiento de no ser querida así como Ud. es, y le es terrible sentir que se pongan condiciones. Pero, el que Ud. podría ser más querida si fuera distinta no es un rechazo. Sin embargo, parto también de la base de que a Ud. le gusta más su lado de chocolate que el del asceta, que tam-bién es suyo. Aquello que Ud. dijo sobre Ud misma también lo relaciono con-migo. Pero yo no tengo ningún poder.

P.: No es cierto que Ud. no pueda hacer nada. Ud. sólo está haciendo como si nin-guna de sus palabras hubieran caído en terreno fértil.

A.: Sí, es así, pues a menos que Ud. se haga cargo de algo, yo no puedo hacer nada. Y seguramente eso también depende de si, lo que le entrego, lo dosifico o no en bocados, a pedir de boca. Pero en el instante en que los bocados son demasiado a pedir de boca, entonces la cosa se pone difícil. No deja de ser una lucha difícil. A la vez veo en Ud. un terreno enormemente fértil, que puede llegar a ser aún más fértil. ¿Qué sucedería si Ud. dejara de lado algo de su poder y, al hacerlo, descubriera que en realidad no es una pérdida, sino una ganancia de poder, pero de otro tipo? Es seguro que Ud. se da cuenta del poder que subyace en su cuadro, en la Bella Durmiente. Claro está que en ese caso uno se siente más susceptible y sensible frente a tener necesidades y mostrarlas, necesidades que luego no son vistas ni reconocidas y que tampoco son satisfechas. Eso es malo.

Reflexión: En este punto hago participar a la paciente de mi contratransferencia (véase 3.4). El hecho de comunicar a la paciente un estado de ánimo provocado por su conducta también tiene una función terapéutica, lo que se puede deducir de la re-acción de Clara X. En este sentido, la participación de la paciente en la contratransferencia tiene el efecto de ser un anclaje de emergencia terapéutico para ambos: de alguna manera, yo sé y presiento que precisamente la confesión abierta y honrada de la falta de poder moviliza en la paciente otro lado suyo. En el fondo, tampoco Clara X busca a un hombre impotente, castrado, puesto que, en tal caso, ella misma permanecería estéril. El problema terapéutico consiste en hacer "lo fértil" (das Fruchtbare) tan apetecible, que las palabras y los hechos no se equiparen con "lo aterrador" (das Furchtbare), en último término con la muerte, sino con la vida. [Los términos "fértil" y "aterrador", respectivamente fruchtbar y furchtbar en alemán, son fonéticamente muy parecidos; por esto se les emplea a menudo en giros populares y en chistes de humor negro; nota de los traductores.] La transformación del no destructivo en un sí constructivo por la vida significa reconocer lo pulsional y con ello también la temporalidad. Ahora, si bien el poder decir no es intrínseco a la naturaleza humana, no es menos cierto que no hay mortal que haya caído del cielo como un negador destructivo, como un "espíritu que eternamente niega". Por mucho que tengan que decir los filósofos y los teólogos respecto del significado constructivo de la negación (Verneinung), se requieren laboriosas investigaciones psicoanalíticas para poder entender y explicar el desarrollo del negativismo patológico. En este negativismo patológico, la destructividad individual ha encontrado una forma autodestructiva. A la vez, se niega (verleugnen), es decir, no se reconoce, que el "objeto" ha sido tocado por tal autodestructividad. De esta forma, las personas con anorexia nervosa, así como otros negadores patológicos, pueden negar

(verleugnen) el peligro de muerte. La percepción del peligro puede reaparecer en la transferencia.

P. (después de una pausa prolongada): Sí, eso suena convincente. Pero no me lo puedo imaginar de verdad.

A.: Me parece bien que al menos le suene convincente. En ese momento, entre Ud. y yo, no hay una diferencia de poder. Es cierto que es algo que yo traje a colación, pero, al encontrarlo convincente, lo hizo también suyo, lo asimiló. Así, por un tiempo estamos en buen pie y opinamos lo mismo. Naturalmente, de inmediato se puede restar a esto toda importancia. Siempre se puede decir que existe algo mejor aún.

P.: En este momento no estaba pensando en eso. Es un sentimiento tan agradable, que apenas lo puedo creer. A la vuelta de la esquina ya me están aguardando 3 "pe-ros" y 5 "siempre que" y otras 5 condiciones más que no encuentran palabras en el momento mismo, pero que sin embargo están ahí.

Retoma una comparación anterior con los puercos espines.

A.: En el sentimiento de estar de acuerdo había una espina, como si yo no estuviera satisfecho con el estar de acuerdo mismo e inmediatamente quisiera tener éxito.

P.: No puedo imaginarme que Ud. se dé por satisfecho con un acuerdo momentáneo.

A.: Sí, creo que nadie se da totalmente por satisfecho con eso. También Ud. quisiera tener más, pero no se atreve a darle más duración a lo momentáneo. Su descontento le sale al paso desde afuera: soy yo el que quiere más, no Ud.

Comentario: El analista se esfuerza demasiado por lograr un cambio, lo que la paciente nota con disgusto. Clara X critica las metas "pedagógicas", que dejan traslucir que él no confía demasiado en el otro yo de la paciente. De lo contrario, no estaría alentándola tanto, aunque sea en forma velada. También la confesión de la impotencia se introduce claramente con la intención terapéutica de motivar a Clara X a reflexionar sobre su poder y facilitar una cierta renuncia. En resumen: una resistencia de identidad que se ha ido acumulando a lo largo de 20 años es una resistencia que se las trae.

Resistencia

Consideraciones previas

Resistencia

Afectos desmentidos

Resistencia

Resistencia

Pseudoautonomía

Resistencia

Resistencia

El desgano como resistencia del ello

El desgano como resistencia del ello

Resistencia

Estancamiento y cambio de terapeuta

Estancamiento y cambio de terapeuta

Resistencia

Cercanía y homosexualidad

Cercanía y homosexualidad

Resistencia

Resistencia y principio de salvaguardia

Resistencia

7 < = • A D ø E 7 7 < = • A D ø E 7 7 < = • A D ø E 7 7 < = • A D ø E 7 7 < = • A D ø E 7

d e

5 La interpretación de los sueños

Consideraciones previas

El sueño tiene en la técnica psicoanalítica la misma significación que la transferencia y la contratransferencia. La interpretación de los sueños como "vía regia hacia el inconsciente" sale a cada paso al encuentro del lector de este libro. Al menos como soñante, el lector ya ha recorrido el camino real. El sueño no puede equipararse con el inconsciente, sino con la vía regia que conduce hacia él y que se pierde en algún lugar de las profundidades. A través de la interpretación de los sueños es posible acercarse a las fantasías inconscientes. Las interpretaciones conducen al tras-fondo latente, inconsciente, del sueño. Por esta razón, es más exacto decir que no es el sueño, sino su interpretación, la vía regia hacia el inconsciente.

La serie de sueños que presentamos a continuación pertenece a un proceso terapéutico que configura una fase esencial en la historia vital y de la enfermedad de un paciente. El conocimiento del trasfondo histórico-vivencial y del cuadro patológico, con sus consecuencias sobre el sentimiento de sí, es indispensable para poder entender íntima y críticamente las interpretaciones de los sueños. Las informaciones y discusiones referentes a esto sirven a varios propósitos. La enfermedad neu-rótica y corporal del paciente se expresa también en el relato mismo de sus sueños. Por esto resulta muy natural discutir problemas generales del psicoanálisis y de la medicina psicosomática en base a este caso.

Rank (1924) escribió una monografía con el título de Un análisis de neurosis en sueños en la que presenta un tratamiento como puro análisis de sueños. A lo largo de un tratamiento exitoso de 150 sesiones, Rank no hace diferencias entre las interpretaciones abstractas y las interpretaciones técnicas particulares en una gran cantidad de sueños. Mencionamos esta publicación, típica de los años veinte, porque en comparación con ella se puede demostrar el avance en la

técnica. Consideramos esencial familiarizar al lector con cada uno de los pasos del trabajo interpretativo en el diálogo con el paciente.

5.1 Representación de sí mismo en el sueño

En la sección 5.2 del tomo sobre los fundamentos llamamos la atención sobre la intrincada relación entre palabra e imagen en la teoría de Freud. Esta relación se caracteriza por varias transformaciones que, por un lado, condujeron a la diferenciación entre el contenido latente y el contenido manifiesto del sueño, y, por el otro, se vinculan con la tarea de traducción terapéutica, donde las imágenes son traducidas en palabras e ideas. Sólo si se parte del contenido latente como pensamiento onírico, base del trabajo de sueño, la figuración plástica del contenido manifiesto del sueño se convierte en un suceso comparativamente superficial en la génesis del sueño. En este sentido, Freud habla del contenido manifiesto del sueño como de una figuración concreta que "toman como punto de partida la literalidad de ciertas palabras". Al mismo tiempo, en contradicción contextual, dice que, sin embargo, "hemos olvidado hace mucho tiempo la imagen concreta de que surgió, y ya no lo reconocemos en su sustitución por la imagen" (Freud 1916-17, p.110; la cursiva es nuestra). Entretanto, Bucci (1985) reemplazó la contradictoria teoría freudiana del "zig-zag", referente a la relación entre palabra e imagen y totalmente dependiente del ya insostenible principio económico (véase tomo 1, 1.3), aplicando la "teoría del doble código" (Paivio 1971). En ésta, la diferenciación entre el contenido figurativo manifiesto y el pensamiento onírico latente en la génesis del sueño se desplaza en favor de etapas de la interpretación del sueño (véase tomo 1, pp.186s). La representación figural recupera así la significación que en la teoría de Freud siempre tuvo el símbolo. En el análisis configuracional del sueño de Erikson (1955), se preparó una técnica interpretativa que hace plena justicia al primado de la figuración plástica.

Con estas notas introductorias queremos preparar al lector para la subsiguiente serie de sueños, donde las representaciones de sí mismo son variaciones sobre el

significativo tema de la imagen corporal (véase además 1.5). Las imágenes que tenemos de nosotros mismos, y las que los demás se hacen de nosotros, se refieren no sólo a características personales, a maneras de comportarse, o a nuestro carácter, sino, además, se relacionan siempre con la existencia corporal. Como la identidad personal, las imágenes propias y de los demás abarcan la imagen corporal -nunca libre de conflictos- contribuyendo, esencialmente, a condicionar la vivencia de seguridad en uno mismo. Más allá de este punto de vista general, el tipo de sin-tomatología del paciente, de cuyo tratamiento referiremos una serie de sueños, conlleva a que la imagen corporal juegue un papel especial en la actividad interpretativa.

Freud dio el consejo técnico de sospechar que el yo del soñante está representado por la persona que en el sueño experimenta un afecto. En pacientes que ya en su vivencia consciente sufren de defectos corporales imaginarios, es probable que éstos estén repartidos en varias personas en secuencia escénica y con ello también en relación con las conexiones de su génesis. Con todo, antes de emprender con la ayuda del sueño "el camino real hacia el inconsciente", y antes de llegar a la puesta en escena y a la solución de problemas del yo del soñante, creemos adecuado partir de los problemas generales y especiales que este paciente plantea como caso típico.

5.1.1 Dismorfofobia y tortícolis espasmódica

Desde la adolescencia, esto es, desde hace cerca de 25 años, Eric Y sufre de dismorfofobia. Alrededor de 3 años antes del comienzo del tratamiento le apareció, además, una tortícolis espasmódica. Esta produjo tal inseguridad al paciente que le desencadenó una distimia depresiva.

De la monografía sobre la angustia de Strian, reproducimos la definición de dismorfofobia:

La "dismorfofobia" es un miedo irracional a una deformidad corporal localizada. Las representaciones fóbicas se refieren a partes del cuerpo a las que se les asigna una función estética o comunicativa especial. [...] Los miedos de una apariencia no estética, fea u horrorosa, se circunscriben casi exclusivamente a partes del cuerpo, y sólo de manera excepcional se dirigen a la apariencia general. Lo más común es que los miedos se refieran a partes del rostro o a caracteres sexuales específicos (1983, p.197, 198).

Después de revisar la historia del concepto, Küchenhoff (1984) asigna al "miedo a la malformación" (Mißgestaltsfurcht) un lugar independiente en la terminología y nosología psiquiátrica, entre los síndromes hipocondríacos y el "delirio de llamar la atención" (Beachtungswahn). De la revisión que Küchenhoff hace de la literatura, se puede deducir que algunos historiales clínicos psicoanalíticos antiguos tra-tan en realidad de pacientes dismorfofóbicos, aunque no se los llame así (por ejemplo, el caso del hombre de los lobos de Freud).

La psicodinámica de la imagen corporal en su relación con el desarrollo pulsional ha sido considerada muy unilateralmente en la literatura psicoanalítica, como para hacer justicia, tanto desde el punto de vista genético como terapéutico, a la variedad de defectos o deformidades. La antigua reducción al complejo de castración fue reemplazada por la acentuación del narcisismo, para finalmente atribuir a la sintomatología una función protectora contra la desintegración psicótica, en forma parecida como en la hipocondría crónica (Philippopoulos 1979; Rosenfeld 1981). Pensamos que una consideración interaccional de la génesis de la imagen corporal puede aclarar muchos de los enigmas hasta ahora no resueltos.

Según nuestra experiencia, la dismorfofobia está ganando en importancia, porque no son pocos los pacientes que visitan al cirujano plástico buscando, por ejemplo, una rinoplastia o una mamoplastia, y que sólo imaginan una deformidad. Incluso después de una eventual operación se modifica poco la opinión que tienen sobre su apariencia, supuestamente antiestética (Mester 1982).

A lo largo del tiempo, es frecuente que el componente angustioso de la idea de tener una deformidad parcial vaya cediendo frente a una preocupación, hipocondríaca u obsesiva, por esta deficiencia y su corrección, con un bajo nivel de angustia. Desde la publicación de Fisher y Cleveland (1968) y luego de una tardía recepción de la obra de Schilder, la teoría de la imagen corporal se ha aplicado provechosamente en la comprensión y en la terapia de la dismorfofobia. Evidentemente, también las teorías de la identidad y del sí mismo de Erikson y de Kohut contribuyen a la comprensión de aquella inseguridad que toma una posición central para estos enfermos, como para muchos otros (Cheshire y Thomä 1987). Por cierto, en estas teorías el cuerpo no es un asunto tan central como en el concepto de "imagen corporal", cuya génesis interaccional fuera tan brillantemente descrita por Schilder (1933; véase sección 9.2.1).

Eric Y sufría desde la pubertad de una dismorfofobia importante, es decir, de la idea no fundamentada -elaborada en forma más bien fóbica que hipocondríaca- de tener un mentón huidizo, una nariz torcida y, en general, una cabeza deformada. Trataba de neutralizar las supuestas deficiencias a través de un cuidado obsesivo de la cabellera y de otras medidas, como el deslizamiento hacia adelante del mentón. Su seguridad en sí mismo se encontraba limitada porque, adicionalmente, se imaginaba tener un miembro muy pequeño, con las correspondientes consecuencias para su capacidad de toma de contacto. Mencionamos esta idea en el último lugar de la serie de síntomas, porque este paciente, al igual que la mayoría de los que sufren de lo mismo, no hizo mención de ella inicialmente, lo cual no se puede atribuir únicamente al desplazamiento, típico de las fobias, hacia otras partes (corporales). Es más correcto decir que en estos pacientes la angustia de vergüenza es a menudo tan grande, que sólo a lo largo de la terapia son capaces de abordar el punto de partida preconsciente de sus supuestos defectos.

Es comprensible que el lábil sentimiento de sí de Eric Y se viera seriamente quebrantado cuando se agregó un síntoma, esta vez de ningún modo imaginario: una tortícolis típica, con torsión de la cabeza hacia la derecha. De acuerdo con sus recuerdos, ésta hizo por primera vez su aparición durante un ejercicio de meditación, es decir, en una situación en la que él buscaba relajarse.

Inmediatamente le asignó un sentido a la dolencia, relacionándola con una crisis matrimonial. Observó, ante todo, que el movimiento automático de la cabeza aparecía, o se agudizaba, preferentemente cuando lo miraban o cuando de algún modo debía presentarse. Así, la angustia de vergüenza, de por sí ya presente, adquiriría proporciones considerables.

Por este motivo, Eric Y se sentía fuertemente presionado por el sufrimiento y por la reacción depresiva frente al síntoma; dicho brevemente, el modo de combatir la tortícolis aumentaba este sufrimiento.

Aproximadamente dos años después de finalizar un psicoanálisis exitoso, el paciente se volvió impotente durante una nueva crisis matrimonial. En relación con esto se dio una recidiva de la sintomatología del cuello y el paciente retomó el análisis, con sesiones de baja frecuencia, superando la impotencia condicionada psíquicamente y lográndose además una mejoría considerable de las molestias producidas por la tortícolis. Para dejar claramente establecido que la causa de esta última se encuentra en otro nivel que el de la dismorfofobia, ofrecemos a continuación una breve descripción de este cuadro patológico.

La tortícolis consiste en una torsión o una inclinación anormal de la cabeza, imposible de reprimir conscientemente, a menudo con un componente adicional de temblor, debido a una actividad permanente, predominantemente unilateral y es-

pontánea, de los músculos encargados del giro de la cabeza y de la nuca. El aumento del tono en los distintos músculos -de comienzo lento y decaimiento perezoso sólo después de muchos segundos-, los movimientos arrastrados, y la estereotipia en el curso y en la localización, configuran el cuadro de una distonía hipercinética, en el marco de una enfermedad extrapiramidal. Estos movimientos no se desencadenan en forma refleja a través de un estiramiento pasivo, ni tampoco se trata de un aumento del tono con características espásticas como sería en el caso de un trastorno en el sistema motor central.

Una tensión voluntaria de los músculos antagonistas o una presión contraria pasiva, ejercida por otra persona o por el paciente mismo, no pueden reprimir el movimiento distónico de la tortícolis. Esta disminuye al dormir y bajo el efecto de la narcosis. Predominantemente, el síntoma se agudiza con la intención de hacer un movimiento, aunque también con la excitación afectiva, con la fijación de la atención y por la exposición en público. Con determinadas maniobras auxiliares en las que no se ejerce fuerza, sino, por ejemplo, se toca suavemente la mejilla con la punta de un dedo o el costado contralateral de la cara, se puede reprimir o debilitar el movimiento anormal (efecto magneto).

La dependencia de la génesis actual del síntoma de influencias del medio ambiente se puede considerar una observación clínica segura, que fue impresionantemente descrita por Bräutigam (1956). Muchos pacientes se ven libres de síntomas en la soledad de la naturaleza. La torsión involuntaria de la cabeza aparece preferentemente cuando se toman contactos visuales que producen intranquilidad.

El paso siguiente, y esencial, es definir la importancia que se asigna a estos factores precipitantes, sabiendo distinguir entre la imputación del paciente y la interpretación del especialista basada en los hallazgos. Está demostrado que quienes sufren de un síntoma tan llamativo se vuelven inseguros y que, al sentirse observados, su cabeza, con mayor razón y con gran fuerza, gira y se inclina, pudiendo aparecer también un suave temblor. Se desarrollan expectativas ansiosas que ponen en marcha la aparición del síntoma. Desde el punto de vista médico, esta causa parcial puede ser interpretada de distintas maneras. Debido a la dependencia de la tortícolis y de otras enfermedades somáticas del medio ambiente, ésta fue erróneamente diagnosticada como "histérica", lo que ha producido serios malentendidos en la discusión sobre lo psicógeno versus lo somatógeno. En relación con esto, Bräutigam hizo la siguiente observación: "La dependencia de las condiciones situacionales es seguramente una de las razones fundamentales para que por tanto tiempo se desconocieran los síntomas extrapiramidales, considerándolos como histéricos" (1956, p. 97).

La reducción de los componentes psicógenos en la génesis de los síntomas y en el desarrollo de la enfermedad al modelo de la génesis de los síntomas histéricos, fue una equivocación desde un comienzo. En relación al componente psicógeno de los trastornos extrapiramidales, orgánico-cerebrales, se debe comenzar con la determinación de las correlaciones, al igual que en las demás enfermedades somáticas (Alexander 1935; Fahrenberg 1979; Meyer 1987). En resumidas cuentas, se puede decir que la aparición del movimiento de la cabeza en la tortícolis en conexión con tensiones ambientales no permite sacar la conclusión de que se trate de un movimiento expresivo, sea en el sentido de una emoción, o en el de una acción con sentido.

Las hipótesis sobre el componente psicógeno en la etiología y la patogénesis tienen que estar en concordancia con los hallazgos somáticos, si es que se quiere superar la dicotomía -del tipo "esto o lo otro"- entre lo somático y lo psicógeno. De este modo, creemos que también el neurólogo puede hacer justicia a la enorme importancia de la disposición psíquica de los enfermos frente a las influencias ambientales, es decir, frente a los factores precipitantes situacionales.

El analista puede hacer valer sus recursos técnicos toda vez que, al modo de un círculo vicioso, se ve reforzada la aparición de determinadas disposiciones reactivas, por ejemplo, en el caso de una angustia de vergüenza desproporcionada. Aquí

hay una oportunidad favorable de cambio, debido a que las maneras de reaccionar no están fijadas en forma absoluta. Ya en las primeras entrevistas diagnósticas está en juego la posibilidad de descubrir, junto al paciente, las influencias de las vivencias sobre la evolución del síntoma, como en el ejemplo citado, o bien, de hacer que las observaciones del paciente sean el punto de partida de una reflexión en conjunto. En condensado lenguaje técnico, se podría quizás arriesgar la aseveración de que el complejo de Edipo jamás se extingue del todo, sólo "decae", y "exige, una y otra vez, [...] algún tipo de vencimiento a lo largo de la vida" (Loewald 1980, p. 39). Muchos de los hallazgos clínicos y experimentales examinados por Greenberg y Fisher (1983) hablan a favor de que los hombres son más inseguros que las mujeres respecto de su integridad corporal. Nuevas tensiones pueden ser el motivo de que angustias sin vigencia, así como inseguridades ya superadas, sean actualizadas y reforzadas por un temor realista, al aparecer una enfermedad somática, de manera que el dominio de la enfermedad se ve dificultado. Este punto de vista general vale igualmente para las mujeres como para los hombres, por muy diferentes que sean las angustias de ambos sexos referidas al cuerpo. Es también evidente que los miedos infundados de tener una deformidad corporal tienen en las mujeres otro

tras-fondo consciente e inconsciente que en los hombres. La génesis de defectos imagi-narios de la imagen de sí mismo, en el sentido amplio de la palabra, sigue la tipo-logía de las fases de desarrollo psicosocial. Todos los factores que causan inseguridad en los sentimientos de identidad pueden tener también un efecto sobre la ima-gen corporal. Interrumpimos en este punto la presentación clínica, dejando en el aire la difícil pregunta de por qué en algunos casos los defectos alegados se man-tienen en el nivel de los sentimientos de la propia valía mientras que en otros afec-tan la imagen de la apariencia corporal.

5.2 Una serie onírica

Una de las razones de por qué la representación de sí mismo en el sueño abre una dimensión profunda es que el "lenguaje onírico" tiene un carácter escénico. Las de-formaciones de la imagen corporal aparecen en un contexto interaccional. En com-paración con el lenguaje onírico, las descripciones de la malformación imaginaria son unidimensionales, no importando lo coloridas que puedan ser las quejas hipo-condríacas. Las descripciones del cuerpo vivido como defectuoso -por ejemplo, la mandíbula pequeña, la nariz torcida, el cráneo deforme, la vagina estrecha, el cora-zón dañado-, y del correspondiente sentimiento de sí disminuido, no hacen paten-tes los procesos de génesis de estas representaciones de la imagen corporal, a me-nudo abstrusas, ni tampoco permiten al paciente un acceso vivencial a ellos. Al contrario, las representaciones de sí mismo en el sueño manifiestan dimensiones latentes, de las que sólo el producto final, como fijación imaginaria, se manifiesta en la vivencia consciente. El contexto escénico del sueño permite entonces miradas en la génesis, en el sentido de daños que se expresan en la vivencia consciente como fenómenos psicopatológicos, como "imagen corporal dañada", como acostum-bramos decir abreviadamente.

La lectura de la serie onírica siguiente permite echar un vistazo en el trabajo interpretativo del analista tratante. El analista entregó sus comentarios sobre lo que sintió y pensó inmediatamente después de la sesión o, poco más tarde, al leer la transcripción de ella.

5.2.1 El sueño de la inyección (sesión 37.^a)

Al comienzo de la sesión n.º 37, Eric Y cuenta con entusiasmo el descubrimiento de afinidades entre él y su jefe, con quien anteriormente -

"cegados por nuestra ambición"- tuvo muchos altercados. De manera espontánea y sin transición evidente, el paciente relata un sueño de la última noche: "Estaba en un hospital con un médico joven. Yo había informado sobre mi enfermedad y él me había dado esperanzas; él conocía un medicamento en contra de ella. Intentó algo colocándome inyecciones en la espalda, y mientras lo hacía -lo que duraba bastante-, me retiró de dolor".

De manera vaga, Eric Y empieza a hablar de vivencias agradables, quizás también con su mujer. El día anterior le ocurrió algo bueno en la familia, donde se le aclaró lo importante que es el reconocimiento mutuo. Al largo relato siguió una pausa, que interrumpí con la indicación de que en el sueño el paciente había recibido algo bueno, pero que también le había producido dolor. Se habla sobre la ambivalencia del paciente frente a la terapia. Pocas sesiones antes, el paciente estaba bastante perplejo frente a lo que podría responder a quienes con curiosidad preguntaban sobre lo que recibía en el análisis. La frecuente experiencia de no recibir ninguna ayuda concreta de mí podría haber llevado, además, a que el paciente se dirigiera en el sueño a un médico joven, quien, menciono al pasar, conocía un medicamento especialmente bueno.

P.: Sí, se ha demorado bastante.

A.: Aquello que le fue administrado.

P.: Sí, por eso me puse intranquilo. Quería que ya todo hubiera pasado.

A.: Hm.

P.: Era demasiado. Y entonces enseguida apareció nuevamente la idea de si acaso el medicamento no habría ya actuado.

A.: Sí.

P.: Todavía me estaba inyectando y yo ya trataba de mover nuevamente la cabeza.

A.: Hmhm.

P.: O sea, respondió inmediatamente.

A.: Claro, y ahí entonces se pone en juego la situación del tratamiento, con la expectativa angustiada de: y..., ¿ayuda? Se está demorando bastante.

Reflexión: La expectativa de una ayuda más rápida se ve frustrada; al mismo tiempo, el paciente se esfuerza por tener paciencia, sin embargo, busca una ayuda concreta e inmediata para el síntoma, que en su contenido interpretativo inconsciente también estaría referida al cuerpo.

P.: Hmhm.

A.: Yo me siento detrás suyo. En el sueño, pues, le hacen algo ¿no? Detrás.

P.: Hmhm. (Pausa larga.)

El paciente trae la imagen de una roca de granito que él o algún otro esculpe. En contraste con ello se le presentan impresiones débiles que desfilan ante él sin

que las pueda describir. El paciente me aparece como sintiéndose algo desdichado, y confirma la alusión que le hago a ello. En la comunicación del paciente de que no puede fijar nada y de que se siente como frente a una plataforma giratoria, veo la expresión de una resistencia. El paciente vuelve al sueño y nombra algunas pala-bras claves: terminar abrupto, marcharse, que él luego resume.

P.: Hoy nuevamente todo cambia mucho. Sólo impresiones débiles.

A.: Lo dice con cierta desdicha. Como si fuera Ud. quien cambiara mucho, ¿o no? Pues hay ciertos pasajes donde Ud. sintió que no quisiera seguir pensando o fan-taseando, por ejemplo, cuando yo le sugerí que Ud. busca más acá. En el sueño se le administra un medicamento especialmente bueno. Eso duraba bastante y ahí sin-tió no querer seguir ocupándose más del asunto.

P.: En conexión con la impaciencia y eventualmente con el sueño, me viene ahora el pensamiento: quedarse el tiempo que sea necesario, no abandonar prematura-mente de modo que después quede algo a medias.

Reflexión: La desilusión desencadena insatisfacción, que se tiende sin embargo a reprimir. En las próximas interpretaciones se volverá sobre este tema.

A.: Hmhm. Sí, ése es entonces un lado, la desilusión, pero el deseo está ahí, el deseo, que está detrás, es pues, recibir lo más rápido y la mayor cantidad posible, ¿no?

P.: Sí, sí, sí, sí.

A.: Este es probablemente uno de los deseos que Ud. tiene en el sueño.

P.: Correcto.

A.: Y poder recibir algo especialmente muy bueno ...

P.: Hmhm.

A.: ... lo más rápido y la mayor cantidad posible.

P.: Que haga efecto. (Breve pausa.)

A.: Es un médico joven quien le administra, le da algo, más joven que yo.

P.: Sí, así se ve.

A.: Hm.

Comentario: El paciente no toma la sugerencia transferencial, lo que el analista registra en silencio.

P.: Esa impaciencia, eso calza, que yo me pongo impaciente. Se debe poder ver algo rápidamente. Debe poder disponerse de algo eficaz, algo agarrable. Sí, y cuando no es así, me pongo impaciente y lo único que quisiera es terminar con todo. Si, en cambio, completo las cosas bien, tengo entonces mucho más.

A.: Entonces sucede que Ud. se llega aquí casi a violentar al armarse de paciencia ¿no? Sofoca un anhelo natural y se esfuerza en no ser impaciente.

Comentario: El destacar que la impaciencia es algo natural alivia al paciente y lo anima a experimentar de manera más consciente una agresividad mucho más intensa, que está envuelta en impaciencia.

P.: Sí, sí, sí. Pero no quisiera darme cuenta de ello.

A.: Hm, hmhm, hm.

P.: Ahora, si pienso en ello, me viene el sentimiento ...

A.: Hmhm.

P.: ... de que ojalá Ud. no me deje botado.

A.: Hmhm. Sí, quizás a causa de esta preocupación, Ud. se esfuerza mucho por no ser impaciente, como si en el caso de mostrar impaciencia Ud. fuera a ser dejado botado.

Comentario: Una formulación típica en el sentido de un estímulo indirecto: Ud. no será abandonado si se pone impaciente. Sólo el aseguramiento tardío aunque inequívoco permitió al paciente soltarse más decididamente. En relación con esta secuencia, quisiéramos comentar que las formulaciones en subjuntivo del tipo como si, a menudo no logran transmitir una seguridad suficiente para el despliegue de la transferencia. En la base de este frecuente tipo de interpretaciones se encuentra el supuesto de que el paciente ya sabe que su angustia es injustificada. Es claro que a través de esta forma gramatical se establece una apertura que estimula la reflexión. Pero por otro lado, el paciente también es dejado en la incertidumbre. También es cierto que los aseguramientos no pueden anular las expectativas inconscientes. No importando lo oportunas que sean estas observaciones, no debiera pasarse por alto que las interpretaciones como si pueden además socavar la seguridad en sí mismo del paciente. Tenemos la impresión que este tipo de estereotipias interpretativas se asocian frecuentemente con procesos terapéuticos desfavorables.

P.: Muchas veces me he hecho el razonamiento de que ésta debería ser mi oportunidad, que probablemente nunca más en mi vida tendré, de percibir algo así, y después me asalta el sentimiento de sacarle todavía más provecho, tomar todavía más ...

A.: Hmhm.

P.: ... recibir más aún.

A.: Hmhm. Sí, y quizás el sueño también apunta a que Ud quisiera, precisamente hoy, llevar mucho consigo, a causa de la interrupción.

Comentario: Se establece la referencia a los posibles desencadenantes situacionales del sueño: interrupción y alejamiento.

P.: Hmhm, puede ser, sí.

A.: En lo posible poder recibir aún más.

P.: Hmhm.

A.: El tema del alejamiento está también ahí, con vistas a la sesión de hoy, por la interrupción.

P.: Hmhm.

A.: En todo caso, Ud. se retira, se retira de la jeringa.

P.: Hmhm.

A.: Quizás de manera figurada se representa un pequeño dolor, un dolor que, sí, de alguna manera también duele que ahora venga una interrupción, un distanciamien-to. (Pausa corta.)

P.: Sí, se me ocurre lo siguiente: mi mujer ya ha dicho un par de veces: ¿qué vas a hacer cuando ya no puedas ir más donde tu médico, cuando estés nuevamente solo?

Reflexión: ¿Una confirmación de los supuestos contenidos en las interpretaciones?

A.: Hmhm, hmhm.

P. (respira profundamente): Y yo le respondí, la verdad es que todavía no he pen-sado en eso y tampoco quisiera hacerlo.

A.: Sí, sí, para empezar digamos que Ud. está todavía aquí, y yo también.

P.: Sí.

A.: Sí, hmm, hm. (Pausa más larga.)

P.: De golpe me siento tan protegido, y pienso en marionetas que son hechas caminar, pero que están atadas, o sea, que no están libres. Yo tengo libertad de mo-vimientos, pero hay alguien, hay alguien ahí, que me lleva. En verdad, nunca me había sido tan consciente como en este momento.

Reflexión: Mi alusión tranquilizadora, "para empezar digamos que Ud. está todavía aquí, y yo también", posibilitó una reveladora fantasía y puso en marcha una re-gresión. Quizás ya no se trate más de recibir un medicamento (¿cuál?) por medio de una inyección, sino de ser llevado por la mano del padre (o de la madre).

P.: Ahora me pregunto internamente, sí, libertad de movimientos, libertad de mo-vimientos, y -sin ser presumido- que yo realmente puedo atreverme a todo, a hacer cualquier cosa, porque sé que hay alguien junto a mí. (Pausa muy larga.) El sueño de anoche me vuelve una y otra vez, el médico está ahí y yo me nuevo.

A.: Hmhm, hmhm.

P.: Me doy vueltas en círculo, tanteando todo.

A.: Hmhm, hmhm.

P.: Y pasan cosas.

A.: Hmhm.

P.: Y él está ahí y observa, me observa. (Respira profundo.)

A.: Hace un momento pensó en marionetas, que se mueven, sí, que son tomadas y llevadas por la mano, entonces, no sólo observadas.

P.: Hmhm.

A.: Pueden tantear, moverse, girar, cambiar de dirección, ¿no?

P.: Sí, sí.

A.: Hmhm, sí.

P.: De golpe tengo ayuda. Tengo a alguien que está ahí. A causa de mi inseguridad no sabía si eso era así o no. (Larga pausa.)

A.: Por hoy quedamos aquí. Continuamos entonces el lunes 25.

P.: Que lo pase bien, doctor.

A.: Gracias, igualmente. Hasta luego.

P.: Hasta luego.

Resumen (dictado inmediatamente después de la sesión): Me es difícil resumir en temas principales la riqueza de esta hora. Una despedida cargada de sentimiento en los últimos minutos. También por mi parte percibo una relación especialmente estrecha con el paciente, como respuesta a sus ansias de armonía. Pienso en un tea-tro de marionetas que siempre me ha impresionado mucho, el teatro de marionetas de Kleist, en el que una madre toma a su niño de la mano. En los últimos minutos, formulo una interpretación para disminuir la distancia producida por la observación, que el paciente mencionó, y para compensar el sentimiento de que sería dejado solo, y observado solamente desde afuera. Este estado de ánimo debe verse en conexión con el sueño, que constituye el punto central de la hora y que el paciente relató al comienzo de ella. Tengo la impresión de que se resistía a continuar aquello de que él quisiera tener más de mí. Opinaba que había demasiadas cosas diferentes para coger, lo que yo también creo (¿como resistencia frente a deseos transferenciales pasivo-receptivos, homosexuales?). Su preocupación de que sería rechazado si exige con impaciencia es importante, por eso se fuerza a ser paciente. Pienso en sus deseos orales y demás deseos, de recibir lo más posible y lo más rápido, y, luego, en su miedo a que sea demasiado poco, porque, debido a tales exigencias, probablemente cuando niño fue rechazado a menudo. Yo formulo ese miedo. El tercer tema es la interrupción. La verdad es que a mi sugerencia de que en la última hora él quisiera llevarse lo más posible, trae a colación comentarios de su mujer: ¿qué harás cuando no puedas ir más al médico? Yo confirmo la continuidad, asegurándole que no lo rechazaré si se pone impaciente.

5.2.2 El sueño de la grúa (sesión 85.^a)

Eric Y abre la sesión con el relato de un sueño que obviamente le impresiona especialmente y que cuenta intercalando breves pausas:

En el montaje de una grúa participaba un vecino muy hablador con quien de vez en cuando se han producido tensiones. El paciente agrega inmediatamente que no quiere desvalorizar al vecino. Luego comete un lapsus linguae al hablar de "lucha" en vez de "sueño". En el sueño, Eric Y era un observador interesado, pero sin función. Para el montaje de la grúa faltaba una parte importante, el brazo.

P.: Me quedé de verdad pegado en el sueño: ¿qué apariencia podría tener el brazo?, ¿cómo encaja? Mis pensamientos se fijaron a esta parte faltante, en cómo se vería en el conjunto de la construcción, en el material de que podría estar hecha. Fue como si toda la noche la hubiera pasado en eso. Mis razonamientos se concentraron en buscar la manera de completar la grúa. Hoy día en la mañana no sé que significado pueda tener, no le veo mucho sentido. Al paciente no se le ocurre nada. Para poner en movimiento el trabajo interpretativo, me acuerdo -pensando en el complejo de castración- de que él busca deses-perado la parte faltante. El paciente repite lo que lo torturó hasta el amanecer: "¿por qué, qué sentido tiene que falte algo?" En la siguiente descripción de su estado de ánimo, hay una palabra clave que anuncia los recuerdos de los traumas del final de la guerra, que aparecerán posteriormente.

P.: Lo peor es que estoy tan atado, como si estuviera metido dentro de algo, como si estuviera prisionero. No puedo salir, no hay manera de salir del paso. Como técnico, ciertamente debería poder solucionar este problema. Ciertamente debiera tener la capacidad para ello.

Al preguntarle sobre la parte faltante, el paciente describe la forma precisa y la función del brazo en la grúa. Dice que el pescante es un importante miembro de conexión, sin el cual el conjunto no funcionaría. Que está indignado por la indiferencia del personal de montaje, y que al mismo tiempo le molesta enojarse, aunque esté ahí únicamente como observador. Que él se enfurece, y el personal a cargo permanece indiferente.

Reflexión: Su afecto es un claro indicio de que, de ninguna manera, es sólo un observador, sino, en alto grado, el afectado, ¡igual que yo! El relato del paciente me trae el recuerdo de mi propia búsqueda desesperada de objetos extraviados y de una angustia de pérdida exagerada.

A.: Ud. no es solamente el observador. Es obvio que Ud. está tan afectado porque es a Ud. quien le falta algo. Así también se entiende el intenso esfuerzo de encontrar, por todos los medios, la parte faltante.

P.: Entonces ya no estoy tan fuera del asunto.

Reflexión: El paciente se ha formado el ideal de "estar fuera del asunto". Por eso señalo el nexo entre estar afectado y la intranquilidad, como también la formación reactiva del distanciamiento.

Nuevamente Eric Y destaca lo enfadado que está de que no haya manera de evadirse de este campo tan limitado, no poder salir. Después de una breve pausa menciona que a veces le va bien. Sin embargo, esta constatación no le ayuda a seguir.

Entonces, sorpresivamente, trae recuerdos infantiles del cuarto o quinto año de vida: "A través del pueblo se arreaban prisioneros, primero los rusos por los alemanes, después los alemanes por los rusos". En su recuerdo toman vida la miseria y el desamparo. Ataques a la granja en vuelo rasante aparecen en el horizonte actual de sus pensamientos. Todavía sin miedo, fascinados y curiosos, los niños abandonaron la seguridad del subterráneo. Con el fuego estalló el pánico; los animales se soltaron y desaparecieron.

Hablo de "herida" y "pérdida", destacando intencionadamente primero su esfuerzo de toda la vida de compensar la pérdida de los bienes familiares. Este reconocimiento del restablecimiento exitoso de las propiedades perdidas mitigará la revivencia del trauma y facilitará su superación.

El paciente describe luego escenas de angustia. Miedo de los rusos y temor por la madre. Establece una relación con su posterior conflicto triangular entre la madre, la mujer y él mismo.

P.: No puedo decidirme por mi mujer como ella lo quiere. Claro que yo no puedo retar a mi madre. La solidaridad con ella ciertamente existe.

Cuenta que su mujer perdió a su madre cuando aún era una niña pequeña.

Quizás por esa razón espera de él que le pertenezca totalmente. Se queja ahora de la pérdida de su padre.

P.: Por qué tuvimos nosotros justamente que perder el padre, con él habríamos tenido ciertamente más seguridad.

Con gran bondad, el abuelo echó una mano. Sus valores contribuyeron esencialmente a la formación del superyó del paciente.

Por iniciativa mía, consideramos ahora la función del padre, el que habría podido facilitar la vinculación con el mundo. Me quedo en la significación general de la pérdida y trato de acercar al paciente a la autorrepresentación de la grúa, presentando "el sobresalir de la grúa sobre el paisaje" como deseo de compensar las múltiples humillaciones que junto a su madre y hermanos debió vivir durante la huida. Estas experiencias dolorosas constituyen el contenido de sus ocurrencias posteriores. "Fuimos tratados como leprosos".

Sus sentimientos de inferioridad y sus esfuerzos por llegar a ser alguien lo devuelven a estas humillaciones.

Bajo la impresión de ocurrencias adicionales, se refuerza mi suposición de que sus defectos en la imagen corporal pueden entenderse como precursores del complejo de castración.

Presento una interpretación resumen, en la que con toda intención uso un lenguaje figural oniroide, para dar vida a las sensaciones corporales.

A.: Ud. quisiera poder sostener la cabeza más libremente y girar en torno al paisaje la grúa con su pescante, muy elevada. Pero entonces viene esta inseguridad deses-perante de que para eso faltan toda clase de cosas. No es sólo el síntoma como tal lo que lo obstruye. Ud. no puede mostrar lo que en verdad es. En tales momentos se le ocurren toda clase de pérdidas. Lo que Ud. deja ver son daños, y secuelas de daños. Hoy día se le ocurrieron amenazas, bombardeos. Si estira la cabeza fuera del hoyo, le llega un tiro.

Acto seguido, el paciente se queja nuevamente de su falta de seguridad, de que todavía retrocede dos pasos cuando ha dado uno hacia delante. Que cuando es estimulado a entrar en una discusión, o incluso cuando es atacado, no reacciona de manera óptima, más bien "rehúsa" (versagen), es decir, que es un fracasado. En esta reacción del paciente, queda una vez más en claro, que el dar nombre a los acontecimientos traumáticos es sólo un paso preparatorio para la superación de éstos, a través de la cual se puede recuperar la seguridad.

Desde mi punto de vista actual, debo acotar autocríticamente que mi entusiasmo por las relaciones psicodinámicas me llevó a no ver el daño actual provocado por el vecino hablador (el analista) y que, posiblemente, dejé pasar la ocasión de ofrecer interpretaciones transferenciales curativas.

A continuación presentamos un resumen psicodinámico, elaborado con el objeto de mostrar al lector el trasfondo teórico que, de manera más o menos consciente, me influyó claramente. El deseo de estirar bien la cabeza hacia adelante y de sentirse grande y con fuerza, fracasan frente a la angustia inconsciente del paciente de no poder mostrarse sino más que como un impedido. A través de su enfermedad neurológica, la tortícolis, se reforzaron sus defectos condicionados neuróticamente, su fantasía de tener un miembro muy pequeño, un mentón demasiado corto, una nariz desproporcionada, etc. Un defecto real se ha hecho visible para todos. Así, se ha establecido un verdadero círculo vicioso, donde se engarzan traumas muy antiguos con las miradas de los demás que lo llenan de vergüenza de ser una persona "deforme". El daño anterior, sólo imaginario, se ha vuelto realidad, primero, por el establecimiento de una enfermedad corporal y, además, porque el trastorno de su imagen corporal toma dimensiones reales dentro del círculo vicioso descrito.

Entre otras cosas, relacioné el complejo de castración, como expresión de la naturaleza pulsional del ser humano, con una carencia y con una representación de

sí mismo defectuosa. Este postulado contiene varios pasos interpretativos intermedios. De hecho, la representación no fue de un torso al que le falta el falo, sino de una grúa sin brazo. De este modo, se opera con una equivalencia, donde se parte del primado de la percepción y del pensar antropomorfo. Las máquinas hechas por el hombre son extensiones de su propio cuerpo y son manejadas por el soñante con un tipo de pensamiento animista. Así, la grúa está al servicio de la representación de sí mismo, a la que naturalmente llegamos interpretando la equivalencia entre ambas. Entonces, en este recorrido se deben resolver varios problemas. ¿Por qué el paciente no se representó a sí mismo como un torso humano sin falo, y, al hacerlo como una grúa, por qué no le agregó el soñante un brazo enorme, sino que escenificó una desesperada búsqueda por una parte faltante? En todo caso, en este punto no se impuso un deseo fálico omnipotente. En cambio, nos topamos con deseos reparatorios. Se representa una deficiencia, se busca un sustituto. En el sueño, el trauma parece haber sucedido de verdad; se busca ayuda. Se requiere la hipótesis de que el dolor por la separación de una parte erógena del cuerpo, vitalmente necesaria, es tan enorme, que el soñante recurre a una representación indirecta, que claramente acepta la posibilidad de llegar a ser un todo "íntegro". De este modo, se hace presente, a pesar de todo, la posibilidad de superar y de subsanar el temido trauma, que hasta el momento se impone como un defecto. En este sentido se da una analogía entre la representación onírica y la dismorfofobia. Volvemos a recalcar que la etiología de la tortícolis se encuentra en otro nivel. De esta descripción se puede deducir la manera como interrumpir terapéuticamente el círculo vicioso, de modo que también las situaciones desencadenantes, como por ejemplo el ser mirado, no lleguen a sobrepasar el umbral de la aparición del trastorno motor de la tortícolis, fenómeno primariamente neurológico. Ahora se trata de la transformación adecuada de la teoría de los desencadenantes ambientales -bien fundamentada desde el punto de vista clínico- y de las relaciones recientemente descritas en técnica de tratamiento.

5.2.3 El sueño de la reparación del automóvil (sesión 153.^a)

En el comentario adicional, dejé constancia de los pensamientos que fundamentan mis interpretaciones. Mis reflexiones se basan en sentimientos que surgieron en mí a propósito de los temas planteados.

La primera parte de la sesión giró en torno de una pelea con su mujer. El paciente considera soluciones constructivas, cerrando con ellas esta parte de la sesión.

P.: Hice el intento de hablar con ella. Dime lo que te preocupa. Por qué no habla-mos ahora sobre eso. Yo noto que sus agresiones se acaban cuando ella puede des-ahogarse de este modo. Debo ser más fuerte, y en lo posible no sentirme siempre atacado, sino ver lo que ella quiere descargar en mí, ya que, según su opinión, yo soy el responsable de que ella haya llegado a ser lo que es. Un resultado positivo de la terapia alcanzado hasta ahora es que acepte mejor a su mujer.

Después de una pausa, el paciente relata un sueño que vivió de modo extraño.

P.: Anoche tuve de nuevo un sueño, tan extraño. Yo estaba otra vez en un taller de reparación de automóviles y tenía problemas con el tubo de escape que estaba roto. Habían problemas, no había nadie que se quisiera ocupar bien del asunto, empe-zaron a hacer un tubo de escape nuevo. Se trataba del silenciador, y cada vez par-ticipaban más personas en la confección del mismo. Al final, todo el taller giraba en torno a esta pieza del tubo de escape. En un dos por tres estaba listo. El auto-móvil estaba nuevamente a mi disposición y casi no podía creer que tanta gente se había movilizó para ayudarme. Luego se me pidió que yo diera algo a cambio. Yo dije que eso lo daba por descontado.

Reflexión: El sueño permite sospechar el trasfondo anal del defecto hipocondríaco de la imagen corporal que se vio agudizado por la enfermedad neurológica.

El paciente reflexiona sobre las muchas personas que le tendieron la mano.

P.: Esta mañana, al rezar, reflexioné respecto de eso. Inmediatamente me surgió la idea de que son mis hermanos de confesión los que me dieron tanto, cuando ya en ninguna parte encontraba ayuda. Allí fui aún admitido, allí fui tomado en cuenta en todo (este es un giro verbal predilecto del paciente: percibirse y ser percibido en forma distinta y más intensamente), y usted también se encontraba entre ellos; ya la última vez quería decirle, que mientras más libre me siento de lo que me aqueja, más creyente me vuelvo, y reconozco tanto en eso, tanta acogida.

A.: Sí, claro, en el sueño restituye algo, se repara lo que se había roto.

Reflexión: Al comienzo me desconcertó que me incorporara en el grupo de sus her-manos de confesión con quienes se siente unido espiritualmente en la oración (véa-se también 7.1). Luego sentí que, para fortalecer su seguridad, el paciente necesita-ba abiertamente de esta armonía y tenía que incluirme. Me entusiasma el sueño de simbología anal. Hasta ese momento del análisis, es el primer sueño con este tipo de contenido. Pensé que en ciertos trastornos extrapiramidales surge coprolalia co-mo síntoma acompañante. Tales pacientes necesitan expresar obsesivamente pala-bras obscenas, en especial, del vocabulario anal.

Me dejo llevar por el interés en la representación de sí mismo en el sueño y el significado anal latente que supongo en él, mencionando directamente contenidos anales, como tirarse pedos, disparar, armar barullo, apretar el acelerador y despedir mal olor. Más adelante utilizo también las palabras soltar pedos, mierda, y tomo literalmente la alusión a la olla (el orinal). Tengo la sospecha de que rechaza este aspecto anal suyo, y que su anhelo de ser querido, también como alguien que "apesta", es grande.

P.: Curiosamente, me surge el pensamiento de que en ese taller de reparación de automóviles había también una mujer soltera que me fascinó desde un comienzo, yo era soltero. No había modo alguno de hacer coincidir eso con lo del tubo de escape.

Reflexión: Este aditamento posiblemente fue desencadenado por mi interpretación de su anhelo de ser querido a pesar de todo: la mujer no calza con el mundo anal de los hombres o de los muchachos.

El paciente recuerda, extensamente, juegos sexuales de su infancia, con algunos detalles nuevos.

A.: En la oración con sus hermanos en la fe usted se siente acogido. En ese momento, usted no es un desalmado, ni alguien que apesta y que se tira pedos.

P.: Yo tengo otra opinión de las cosas sexuales, pero mi mujer me repudia aún hoy en día, cuando, por ejemplo, le hago masajes o le acaricio el trasero, los senos o sus genitales.

A.: Pareciera que lo que yo le dije sobre el tubo de escape, sobre la defecación y heder le es ciertamente más bien algo extraño, tengo la impresión de que usted no le encontró mucho asunto.

P.: No del todo.

Reflexión: Mis intentos forzados de interpretar fueron muy lejos. El paciente no se interesó por ellos. Por eso intento ofrecerle algo que haga de puente, volviendo nuevamente al tema y cuestionando yo mismo mi impertinencia. Si bien estaba seguro respecto a los contenidos inconscientes, me habían surgido dudas de la ex-actitud del momento y de la fuerza con que había formulado la interpretación. Por eso intenté que el paciente recordara las observaciones que él había hecho en su granja familiar. En relación con esto, el paciente presenta numerosos detalles.

P.: Allí había un toro de la comunidad, las vacas eran llevadas donde él para la monta; ahora recuerdo un suceso, era durante el período de aprendizaje de la profesión (la adolescencia). Un compañero me instó a que me desvistiera y que recorriera su trasero con mis genitales y luego al revés.

Quedo sorprendido de que se haga consciente un recuerdo olvidado, de temática inequívoca.

No queda claro hasta dónde llegó la seducción y yo no quería ser impertinente. Hasta el final de la sesión el paciente habla sobre esa vivencia, sobre su angustia de ser pillado y castigado, sobre su sometimiento, sobre su angustia de arruinar al-go, pero también sobre su curiosidad llena de gozo.

5.2.4 El sueño del agente (sesión 216.^a)

Eric Y introduce este "sueño típico" diciendo que el sueño de un agente, que relata a continuación, calza bien en el marco de sus problemas.

P.: Se buscaba un agente. Sospechaban de mí. Para no ser descubierto me moví como un lisiado.

Mi actitud expectante da al paciente la posibilidad de enriquecer el escueto relato sobre el sueño: no importando adónde fuera, permanentemente había un observador que le andaba pisando los talones. En viajes, en la estación de ferrocarriles, en los servicios higiénicos, en todas partes era acompañado y controlado.

P.: Tenía que violentarme a mí mismo, no debía estirarme ni levantarme para que por ningún motivo se me reconociera ni descubriera.

En el sueño no queda claro por qué se le persigue, ni qué cargos se le hace; sencillamente se le busca por agente y el hecho de esconderse ocupa el centro de su vivencia.

La descripción de más fácil retención, la de su postura agachada y de su evitación angustiosa de estirarse -para no ser reconocido y tomado preso- me lleva a insinuarle algo acerca de cómo estrangula sus movimientos expresivos. Le señalo que muchas de sus acciones son acompañadas por sentimientos de culpa. Como agente, él realiza las cosas en secreto, a escondidas.

Cuidadosamente introduzco una interpretación transferencial indicando la ambigüedad del rol que me asigna: en su vivenciar consciente soy yo el que le ofrezco ayuda. Pero inconscientemente teme por todo lo que podría salir a luz y ser descubierto.

A.: Usted siempre tiene esa preocupación. ¿Cómo poder mantener en secreto las fantasías agresivas, sus fantasías de agente, cómo poder esconderlas? Porque usted no se permite ser malo y no se permite dar a conocer plenamente en todos los sentidos.

P.: Sí, es cierto. Hay muchos aspectos que yo estrangulo, sólo para no dar a los demás ningún indicio de algo.

A.: De manera que usted se agazapa, como mosquita muerta, incluso ahí donde no tiene la necesidad de hacerlo, por ejemplo, aquí.

Comentario: El lector se asombrará tal vez por esta precaución, ya que el paciente sabe que el analista no es ni policía, agente secreto, ni tampoco abogado. A pesar de todo, el llamar la tensa ambigüedad por su nombre contribuye a esclarecer las cosas. Muchos analistas renuncian a hacer esto, partiendo de la base de que clarificaciones tan simples sobre algo que el paciente de por sí ya perfectamente sabe es-tán de más, o que pueden tener lugar en relación a un motivo actual. Nosotros pen-samos que, por un lado, la indicación sobre la doble función de la interpretación transferencial tranquiliza, pero, por el otro, precisamente contribuye a desplegar las acciones secretas inconscientes en toda su dimensión.

En este sentido, redondeé mi interpretación sugiriendo al paciente observar las películas sobre detectives y agentes, profundizando el rol de su preferencia, con el objeto de aumentar la percepción de sí mismo.

En respuesta, el paciente busca las causas que lo llevan "cada vez más a esa postura agachada, aplastada, para no ser reconocido". Se acusa a sí mismo de cobarde, y luego, intempestivamente, recita el proverbio: "Llegar a ser padre es cosa fácil, serlo, en cambio, muy difícil" (Vater werden ist nicht schwer, Vater sein dagegen sehr).

Este giro en el pensamiento nos sorprende a ambos y, sin rodeos, agarro al vuelo la ocurrencia del paciente interpretando: "Si la cola se mantiene sin retirar, se es rápidamente padre. Para evitarlo, usted siempre tuvo que mantener el rabo entre las piernas".

El paciente muestra su interés por la metáfora contenida en este dicho popular, trayendo varios ejemplos. Sigue temiendo ser expulsado si se deja llevar por fantasmías agresivas. Se representa como un pájaro cautivo que quiere escapar o que, al

llegar a edad adulta, quiere abandonar el nido. Pero, inmediatamente surgen angustias de ser castigado o de ser dañado: "Sí, me quitaron las alas".

A continuación, ofrezco en una interpretación una serie de posibles causas, que el paciente había buscado anteriormente con desconcierto. Con el objeto de mostrar el espectro de posibilidades y de ampliar lo más posible la perspectiva, hablo en forma general de las ganas de moverse. Hablo de manos que no deben tocar nada, manos de agente. En medio del diálogo aparece la siguiente declaración: "Ud. es un agente. Como tal, cuando mira a su alrededor, ve mucho más, incluso aquí en el consultorio. No alcanza a hacerlo, y ya cree haber hecho algo prohibido."

Alentado por mi directa indicación, el paciente hace el positivo descubrimiento de que es él mismo quien se ata las alas, mientras que hasta ahora siempre había partido de la base de que eran los demás quienes lo coartaban.

Reflexión: Ciertamente que este descubrimiento no puede eliminar de un soplido el que Eric Y, en el sentido de la teoría freudiana de la angustia, se encontrara ex-puesto a peligros reales, y el que hubiera perdido algunas plumas en la lucha. Que-da en pie la pregunta terapéutica fundamental de por qué el paciente se conduce, hasta el día de hoy y de acuerdo con su descubrimiento, como un "mosquita muer-ta" y esconde la cabeza. La siguiente interpretación también se refiere a este tema.

P.: Soy yo mismo quien se ata a esta situación. Soy yo quien se amarra las alas.

A.: Una y otra vez renace la angustia de ser castigado, el miedo a que le recorten algo más, si es que no se mantiene amarrado.

P.: Hmhm.

A.: ¿Qué sucedía en aquel sueño, ahí donde se le practicaba alguna operación?

P.: Sí, hmhm, era en la cabeza, me estaban cortando un trozo de cerebro.

A.: En el sueño usted se protege, para que no pase nada más, para no seguir siendo dañado.

P.: Sí, es curioso que deje aplastar tanto mi cuerpo y todas mis posibilidades, que camine encorvado como un tullido, que no me resista, oponiéndome contra eso. ¿Por qué y con qué objeto?

Al final de la sesión se tematiza la relación entre perseguido y perseguidor. El paciente hace suya esta idea enumerando lo que sucedería si pudiera volcar la situa-ción, pagando todas las humillaciones y vergüenzas con la misma moneda. De ma-nera drástica, en el siguiente sueño de la amputación se representa esta vuelta de tortilla.

5.2.5 El sueño de la amputación (sesión 223.^a)

En el último tercio de la sesión, y como al pasar, Eric Y menciona un sueño muy drástico: en un cierto contexto, la palabra pie le hace recordar haber tenido un sueño terrible.

El relato del sueño se desarrolla a partir de un tema que mantiene muy ocupado al paciente y que actuó como resto diurno. Le preocupa si la mutua de salud se ha-rá cargo en lo sucesivo de los costos, y quisiera reducir la frecuencia de las sesio-nes. El paciente se hace cargo de una pequeña parte de los costos del tratamiento, aproximadamente 10 DM por sesión. Como afiliado voluntario a una compañía de seguros de enfermedad, Eric Y es atendido como paciente privado. Hay que men-cionar esto de antemano, debido a que es un desencadenante -pequeñas causas sur-ten gran efecto- para que el paciente se

sienta permanentemente afectado por este aporte; inconscientemente siente esta suma como una pérdida material grave.

Al comienzo, todo gira en torno a problemas de financiamiento, ahorro y avaricia. Las diferencias de opinión que existen al respecto entre él y su mujer conducen a tensiones. Como consecuencia de pequeñas deudas contraídas a propósito de la construcción de una casa, Eric Y se encuentra extremadamente preocupado. Después de sopesar largamente los aspectos racionales e irracionales de este asunto, cae una palabra clave que le recuerda un sueño.

P.: Yo quiero que me pongan en libertad ("auf freien Fuß setzen": literalmente, "ser puesto a pie libre") nuevamente. En relación con la palabra pie (Fuß) recuerdo un sueño cruel que tuve anoche. Yo estaba donde usted, usted cojeaba, luego tomó asiento. "¿Pero qué le sucede?", le pregunté yo. "Me han quitado el último pie que me quedaba." "Cómo, ¿el último pie?" "Sí, esta pierna ya era de palo y ahora he perdido también el otro pie". Yo no podía creerlo y no entendía todo aquello. No había percibido antes que usted ya tenía una pata de palo y ahora la otra. Ud. lo sobrellevaba con bastante serenidad. Yo no podía superar todo eso. Qué extrañas combinaciones de ideas aparecen en el sueño.

A.: Sí, Ud. me quiere sano y salvo, y quiere estar seguro de que por ningún motivo me pase algo; eso significa que tiene que estar alerta aquí y cuidarse de no ofenderme. En la última sesión se trató de persecución y de víctimas, ser pasivo versus ser agresivo, herir versus atacar.

Las asociaciones y las interpretaciones emanan del resto diurno. El paciente atribuyó a mi exigencia de que participe en los costos un significado de amenaza existencial. Está asombrado, por no decir perplejo, por los enormes efectos emocionales que han producido mis expectativas.

En el centro de mis interpretaciones está la idea de que el paciente busca asegurar la paz y la armonía a través de la sumisión y que, al mismo tiempo, se siente una víctima. Mediante la retención y el cuidado avaro de su propiedad, ha encontrado un equilibrio y ha reparado los daños.

A.: Mi exigencia la ve entonces como una usurpación material. Ojo por ojo, diente por diente. Donde las dan las toman.

P.: Me imagino que en el caso de tener que pagarle el total de las sesiones por mi cuenta, me sentiría con tal presión interior, que rápidamente empezaría a hacer cosas con tal de poder liberarme de esto y sentirme aliviado nuevamente.

Comentario: Sin su participación en los costos -que trae consigo un aumento adicional de los honorarios desde aproximadamente 80 DM a 90 DM la sesión, que, aunque mínimo, es bienvenido-, sus deseos y expectativas inconscientes hubieran encontrado otra conexión plausible a una percepción realista. De este modo, la participación en los costos no representa un medio introducido

intencionalmente para dirigir la transferencia en una dirección determinada. No es necesario introducir artificialmente percepciones realistas plausibles, que pueden transformarse en una afrenta. La siguiente secuencia de ideas corrobora lo útil que fue en este caso la participación mínima en los costos, que por lo demás el paciente puede afrontar de buen modo.

A.: Sí, en tal caso Ud. se sentiría suficientemente presionado, como para que le sea más fácil ponerse furioso, porque sería yo quien le mete la mano hasta el fondo en su bolsillo, cortándole las piernas que lo sustentan. Si tuviera en cambio que pagar todo por su cuenta, ésa sí que sería una carga enorme. Pues ya sufre a causa

de los 10 DM. Posteriormente puede minimizarlo todo, diciéndose que es una ba-gatela, que realmente no es tan terrible, aunque vivencialmente sí que lo es. Eso se ve ya en el sueño. Mediante mi exigencia, yo lo estoy atacando, ojo por ojo y diente por diente. Es una suerte que se haya tenido esa ocurrencia, sobre todo que haya sido capaz de soñarlo y que haya podido posteriormente comunicarlo. Recordó el sueño muy de improviso.

P.: Hmhm, sí, ya durante el fin de semana me acordé del sueño un par de veces. Pensé varias veces sobre su sentido.

Comentario: Por razones de principio, y no solamente por el poder intranquilizador de la dinámica inconsciente, se aconseja ubicar en el primer plano del trabajo inter-pretativo el aspecto de la seguridad, y comenzar, en el deseo de integridad, con las formaciones reactivas y con los intentos reparatorios. En este tratamiento, el ana-lista sigue esta regla interpretativa. Parte del hecho de que el paciente lo quiere ver íntegro, sin daño alguno, o que tiene el deseo de que nada le suceda y de que se pueda reparar un posible daño. En caso contrario, tampoco existiría para él mismo, como lisiado, ninguna oportunidad.

Este sueño transferencial posibilita echar un vistazo en los orígenes de los defectos de la imagen corporal, gracias a que el daño es retraducido en términos de su historia genética interaccional.

En el siguiente relato del sueño de la decapitación continúa desarrollándose el tema.

5.2.6 El sueño de la decapitación (sesión 230.^a)

Al comienzo de la sesión, Eric Y informa sobre el empeoramiento de los síntomas en relación con una disputa matrimonial.

Al respecto, hago la siguiente reflexión: ocasionalmente, el paciente reacciona frente a la pedantería de su mujer intentando hacer todo lo más correctamente posible, en lo cual, comprensiblemente, no logra perseverar. También yo me siento desorientado frente a estas dificultades matrimoniales, debido a que la conducta de la mujer influye los vaivenes anímicos fortaleciendo los aspectos superyoicos. Hasta el momento, sin embargo, ella se ha negado a recibir ayuda terapéutica, a pesar de que al mismo tiempo le echa al paciente en cara que es solamente él quien tiene la posibilidad de poder confiar sus problemas y encontrar alivio en ello.

Luego de una corta pausa cambia de ánimo y relata muy turbado el "sueño atroz" de la noche anterior.

P.: Nos encontrábamos en una firma pequeña, desconocida para mí. Al comienzo habían dos hombres que se estaban peleando. Pero después, la situación se puso seria, comenzó una verdadera lucha. Uno le arrancó la cabeza al otro y la lanzó lejos, y de repente había desaparecido el hombre a quien le habían cortado la cabeza. A pesar de que yo estaba presente, pregunté por él, pues, ¿adónde se había metido? Me respondieron que se había ido, que había sido eliminado sin rastro alguno; lo mismo había sucedido con una muchacha - ya me llamaba la atención que faltaba hacía un buen rato-. Decían que ella había desaparecido de manera parecida. Con cabeza, pero desaparecido, igualmente. (Pausa breve.) Curioso, estos sueños tan atroces.

A.: Sí, es la continuación de aquel sueño de la pérdida de la pierna. Ahora se hace más evidente la intensidad de la lucha y del luchador, del imponerse.

Reflexión: Con esta indicación, busco acentuar la continuidad del tema de la castidad.

P.: El sueño continuó en que yo trataba de borrar todo rastro, para hacer imposible averiguaciones posteriores. Todo giraba en torno a un horno, y ya no sé qué otras cosas más, y también de que todo era destruido y tirado lejos, para que por ningún motivo quedaran puntos de referencia, a pesar de que yo era un espectador en ese suceso. (Pausa más larga.)

A.: Ud. ha tenido siempre que acallar, que tapar, esconder, y que esconderse, esto es, ha tratado de no ser para nada agresivo, de nunca darle un término a una lucha, a un duelo. También por miedo. Pues Ud. era el que perdía, el chico, el muchacho refugiado que tenía que replegar el miembro frente a la visión de un duelo de vida o muerte entre dos hombres. Claro está, Ud. sólo es un espectador en el sueño, pero como espectador participa intensamente en el encubrimiento de los hechos.

Reflexión: El duelo cruel y mortal lo entiendo como una representación de la transferencia y también como una múltiple representación de sí mismo del

pacien-te, quien ha elaborado, en un nivel inconsciente, las consecuencias de luchas (due-los) anteriores de modo tal, que ha terminado siendo él mismo quien anda caminan-do por ahí con una cabeza deformada. Al mismo tiempo, ha establecido una distan-cia o, si se quiere, una escisión, en virtud de la cual él es solamente un observador imparcial. Lo primero, y que me parece ser lo más importante, es el aspecto defen-sivo del sueño.

P.: Bueno, pero que todo sea tan atroz.

A.: No es una mera casualidad de que se trate de la cabeza. Es precisamente en la cabeza, donde se desarrollan tantas cosas. La imagen de pequeñez suya proviene, en parte, del hecho de que algo ha sido cortado, aunque, naturalmente, nunca en los hechos. Pero en el nivel de las imágenes, de la fantasía y de lo inconsciente, los deseos se transforman en hechos, por ejemplo, cuando uno le dice a alguien que se está jugando la vida, que está arriesgando la cabeza.

P.: Hm.

A.: Hm. A Ud. también le pareció extraño el haberme representado dañado.

Reflexión: Establezco una relación con el sueño en el que el paciente me vio am-putado, haciéndole notar que se está produciendo un cambio: en el sueño él no sólo es la víctima, sino también el verdugo. El cambio desde un sufrir pasivo hacia una actuación activa no es sólo fundamental desde un punto de vista terapéutico gene-ral.

Una y otra vez vuelvo a la idea de que, contra el fondo del movimiento automá-tico, podrían imponerse "displacement activities", en el sentido que le dan los etó-logos (Tinberger 1952; Lorenz 1968; además, véase Rapaport 1960 p.834).

P.: Hm.

A.: Por largo tiempo, Ud. se ve a sí mismo como alguien dañado, como una víctima.

P.: Hm.

A.: Por el susto que se tiene a sí mismo, ha preferido ser más bien la víctima que el verdugo. Por eso trata de borrar las huellas, para que no se le pueda acusar de na-da y para que nadie sepa que Ud. tiene algo que ver en el asunto. Como todos, Ud. también compite, participa en altercados violentos, en rivalidades, en asuntos de vida y de muerte, aunque no en la realidad, claro, sino que todo eso se mueve en su fantasía.

Por esta generalización, de que él rivaliza como cualquier otra persona, trato de minimizar su angustia frente a las agresiones mortales, con el fin de que pueda dar más espacio a estos aspectos inconscientes. Por esta misma razón acentúo el nivel de la fantasía, después de haber exagerado con la mención de palabras como vida y muerte o golpe mortal, lo que había asustado muchísimo al

paciente. Al releer el informe, se me ocurre que el paciente también tiene algunas reservas, del tipo de que yo sí podría tomar en cuenta sus ideas, pero, inconscientemente, no está seguro de que yo vaya a utilizar sus pensamientos en favor suyo.

P.: Sí, es precisamente ese sentimentalismo. Ayer en el trabajo, por ejemplo: con nosotros tenemos transitoriamente a una persona que más adelante va a hacer carrera en una filial nuestra. Está recogiendo información entre nosotros, lo estamos entrenando, y ayer vino a mí a preguntarme sobre esto y lo otro. Lo informé, le di datos, y le hice una copia del informe mensual, para que supiera lo que se debe informar al directorio de la firma. Más tarde, un colega me comentó que a ese hombre sí que se le estaba aprovisionando y dotando de la mejor información disponible. Con eso quiso decir que no se le debía ofrecer ayuda para iniciar la carrera.

Reflexión: La exagerada buena voluntad del paciente tiene también su lado poco sincero. La rivalidad y la competencia del paciente irrumpen, como resto diurno, en el nivel de la pugna por quien tiene las mejores ideas. En las siguientes ocurrencias queda claro que el paciente tuvo una buena idea que le fue usurpada por otro. Le es quitado algo concebido en su cabeza.

Al paciente se le ocurrieron algunas ideas muy buenas para mejorar sustancialmente el funcionamiento de la firma. En silencio, y con amargura, Eric Y tuvo que tragarse que el jefe de la sección se apropiara de sus ideas y que hiciera como si éstas hubieran surgido de él.

P.: Me dolió mucho, pero me lo tragué.

A.: Mire, él le quitó lo que Ud. tenía en su cabeza. En el lenguaje del sueño, él le quitó su cabeza. Fue una pequeña situación de rivalidad. Usted encogió la cola, y no ...

Mi interpretación está en relación con reflexiones teóricas implícitas. ¡Al igual que una pequeña brasa, el resto diurno puede poner una casa en llamas!

P.: Hm.

A.: En los demás, Ud. ve que son más bien envidiosos o que le dan rienda suelta a su envidia.

P.: Pero cuando me hago notar (el paciente se queja), me siento como si quisiera sobresalir.

A.: Sí.

P.: Pero a pesar de todo me duele. En realidad debería estar satisfecho con que una idea mía resultara. De acuerdo, okay, sería ventajoso para mí si el jefe máximo supiera que todo eso surgió de mí y no de otro.

A.: Veá, cuánta rivalidad sale a luz en todo esto. También Ud. se bate en duelo. Pareciera entonces, que el duelo que se lleva a cabo en sus sueños se transforma en una lucha entre su cabeza y su mano, cuando Ud. se toca su cabeza.

Con esta interpretación, intento traer a la luz la interiorización de un duelo. Eric Y se siente afectado, una y otra vez, al comprobar cómo lucha con su mano en contra de los movimientos involuntarios de giro de la cabeza. Mientras más grande sea su rabia, y mientras más fuerza aplique con su mano, tanto más fuertes son las fuerzas contrarias que mueven y hacen girar la cabeza hacia la derecha. Sus obser-vaciones son dignas de atención.

Aparte del duelo descrito entre mano y cabeza, ciertos roces, como por ejemplo, al afeitarse o al acariciarse las mejillas, hacen que la cabeza comience a girar invo-luntariamente. La interpretación anterior se basa en el supuesto de que en esta gé-nesis sintomática se está representando un duelo interior, que trato de reinsertarlo en un nivel interpersonal, incluyendo la relación transferencial en mis interpreta-ciones.

A.: Por cierto, la mano es la propia. Le pertenece tanto como su cabeza, pero cuando usted se toca, roza su cabeza, su mano se transforma claramente en un cuerpo extraño ...

P.: Hm, hm.

A.: ... en un agresor.

P.: Hm. (Pausa prolongada.)

A.: El dinero que le exijo, aunque sea una suma mínima, es un monto que para Ud. toma la cualidad de una substancia, de algo material, un trozo de Ud. mismo. Así, se toca, inconscientemente, un sentimiento de pérdida muy grande, lo que le produce una rabia tal, que lo lleva a cortarme una pierna.

Me parece importante mostrar el duelo (lucha) en un nivel concreto de la trans-ferencia. Es en ese nivel donde se ubican los afectos.

P.: Que este sentimiento, esta tensión, así como se expresa en el sueño, sea tan monstruoso, es decir, tan definitivo, como la cabeza cortada en el sueño ...

A.: Sí, sí. (Pausa prolongada.)

P.: ... como si no existieran otras vías y posibilidades.

A.: Hm. Claro, no por nada existen los cazadores de cabeza.

P.: Hm.

A.: Además, la cabeza es algo mágico, tener cabeza, tener fuerza. Algo así como cortar los genitales y extraer de ellos la fuerza, en un nivel. (Pausa prolongada.) También los caníbales comen carne humana para apropiarse de la fuerza de sus enemigos.

Con estas interpretaciones busco animar el componente mágico en los diferentes niveles, con el fin de promover una apertura del paciente hacia sus propios moti-

vos inconscientes. Al mismo tiempo, tengo la sensación de haber ido demasiado lejos, debido a lo cual vuelvo, en la próxima observación, al nivel de los síntomas y a la envidia hacia las cabezas sanas de los demás, envidia que es estimulada por su enfermedad.

P.: Hm.

A.: Sus malestares desencadenan muchas cosas. Ud. se dice: si tan sólo pudiera tener otra cabeza, tener la cabeza de otra persona. Si Ud. pudiera tener mi cabeza; me refiero ahora a mi persona. Acuérdesse, yo saqué una copia del plano del circuito de su cabeza, y con ello me apropié de sus ideas, igual que el jefe de su sección.

Reflexión: Traigo a colación un sueño del paciente de hace un tiempo atrás; lo re-tomo para aclararle aún más que en lenguaje onírico se trata de tener mi cabeza y de apropiarse sustancialmente de mis ideas.

P.: Sí, sí, sí. Claro, pero esos pensamientos datan de tanto tiempo atrás, de la época del hombre de Neandertal.

El paciente se anima muchísimo. Su voz se llena de entusiasmo al repetir los "sí" de asentimiento. A continuación viene la leve restricción por el primitivismo de sus pensamientos.

A.: Sí, ellos están vivos en cada uno de nosotros.

P.: Seguramente todos llevan esos pensamientos en la mochila del inconsciente. ¡Pero que no pueda dominarlos!, y si llego a dominar todo, entonces surgen esas represiones. Pero ese afán de posesión y esa violencia, eso no puede llegar a mani-festarse, simplemente no es viable. Si todo el mundo operara de acuerdo con ese principio, sería una catástrofe, correría sangre. (Pausa prolongada.)

Pienso ahora en relaciones humanas, en discusiones por reclamos. Ahí uno se da cuenta cómo el cliente quiere saber exactamente lo que pasó. Me imagino una persona que no se puede dominar, que se excede más allá de los límites y no guarda las proporcio-nes. Aborrezco las personas que proceden así, incluso en la vida diaria.

Reflexión: De manera comprensible, el paciente hace esfuerzos para encauzar la in-tensidad de la competencia y la rivalidad por caminos más o menos humanos; de hecho, los siguientes restos diurnos se relacionan con ese intento. Me parece im-portante dejar bien en claro, además, los componentes transferenciales, en especial los que se refieren a su participación de 10 DM aproximadamente, algo que siente como una pérdida material muy concreta.

P.: Seguramente hay capacidades, posibilidades, pensamientos, que aparecen sin que lleguen a ser brutales. Pues, ¿me sirve de algo decir al colega, si acaso le parece correcto haberme quitado la idea? ¿Me serviría de algo, aún ahora? El sabe muy bien que no es correcto. Yo debiera poder dominarme de tal modo, que no

necesitara darle mi opinión para sentirme conforme. Hm. Naturalmente, también quisiera quedar bien parado ante los demás.

Este tema y el de la competencia copan el resto de la sesión.

P.: Ciertamente, el asunto de ser herido, el sentirse sobrepasado, es algo importan-te. Tal como usted dice, me han quitado algo, con eso me han achicado, reducido, pero a la vez pienso que es una manera tan estrecha de ver las cosas.

A.: Sí, aunque creo, que sólo aparentemente. Si consideramos el enorme impacto que esto tiene sobre su modo de vivenciar las cosas, entonces no es un asunto tan sólo de miras estrechas. Al revés, casi se diría que es de miras demasiado amplias. Amplio en el sentido de que los efectos vivenciados son muy violentos, y porque al mismo tiempo se acalla lo tocado que Ud. se siente por aquello. El que simul-táneamente lo sienta como estrecho de miras, es porque conscientemente todo esto dista mucho de ser algo tan terrible.

P.: Hm.

A.: Por un lado es un asunto bastante ridículo, pero al mismo tiempo es una vivencia muy violenta.

P.: Sí, desde el punto de vista de los sentimientos.

A.: Si yo le cobro 10 DM, para usted se trata de su sustancia, de ser o no ser.

P.: Sí.

A.: De otro modo, si yo tengo en mi cabeza su circuito cerebral, a Ud. le dan ganas de tener mi cabeza, para sacarla a relucir libremente, como yo lo hago, y no encogida, como lo hace el agente. Quiere entrar en mi cabeza, sí, tener todo lo que hay ahí dentro, todo lo que yo sé, así, todo eso le pertenecería por añadidura. Eso es algo muy humano. Entonces se sentiría libre y ...

P.: Hmhm.

A.: ... tendría la fuerza y el poder y todo lo que Ud. atribuye a mi cabeza. De hecho se habla de los "peces gordos" (Großkopfeter; literalmente sería "cabezas gran-des"; nota de los traductores).

P.: Hmhm.

A.: Los "cabezas grandes" (peces gordos), son precisamente esos que tienen mucho, pero mucho dinero, que son ricos y que tienen poder; esos padres poderosos que Ud. añora tener, especialmente después de la muerte temprana de su padre y de la huida, de la pérdida de la patria y de todos los bienes. (Pausa.)

P.: Tal vez me estoy engañando a mí mismo al pensar que la otra persona, que es grande y que se sabe manejar mucho mejor, se da inmediatamente cuenta de lo que yo me estoy jugando.

A.: Hmhm. Pero encubrirlo tampoco es la mejor solución, ¿no es cierto? Tenemos que terminar.

Al despedirnos, junto a un "hasta la vista", el paciente añade sus deseos de un agradable fin de semana, lo que yo correspondo.

Comentario: No es indiferente el término que se dé a las sesiones, las palabras que se empleen para decir que la sesión ha terminado. De distinta forma, ambos participantes tienen que someterse al tiempo. Con el empleo del "tenemos", del "nosotros", se subraya lo que nos une, algo que no debiera ser meramente sugerido. Al paciente le pertenecen tan sólo 45 ó 50 minutos, y es el analista quien debe poner término a la sesión, si es que quiere atenerse a su horario. Aconsejamos recordar esto al paciente, utilizando la forma correspondiente al "yo", alternándolo con la del "nosotros", cuando esta última corresponda más al ánimo de la sesión.

5.3 Un sueño del síntoma (sesión 268.^a)

No habría que extrañarse demasiado de que los síntomas también aparezcan en los sueños. De acuerdo con la teoría de los deseos, el que los enfermos sean capaces de superar sus síntomas en los sueños y que se representen en ellos como personas sanas debería ser incluso algo bastante frecuente. En el sueño que sigue a continuación, Eric Y sufre por la aparición de la tortícolis. Esta observación no tendría mayor importancia, si no fuera por el contexto que, paciente y analista, atribuimos a este suceso. Las ocurrencias del paciente, y mis interpretaciones, muestran que los movimientos giratorios de la cabeza deben ser entendidos en el sueño como movimientos de búsqueda, análogos a los del bebé tras el pecho materno.

Eric Y cuenta que en el sueño deambulaba con miedo y sin rumbo fijo. Su empresa ocupaba un espacio muy amplio. La cafetería se encontraba al aire libre y la obra estaba incorporada totalmente en el paisaje.

P.: Me sentía pequeño y desamparado. Luego me topé con una secretaria y un ayudante que estaban conversando. Tenía la sensación de estar marginado. Luego caminamos un poco, y mi cabeza giró hacia un lado. No pude controlarla, por más fuerza que hiciera, no lo lograba. Precisamente en el momento en que todo dependía del hecho de tenerla centrada, justo ahí giraba hacia un costado.

Reflexión: La sensación de sentirse perdido en el sueño, junto a la enorme inseguridad, me llevan a pensar en situaciones infantiles, donde el desamparo y la falta de habilidad motora son características llamativas.

A.: Sí, ¿y qué ocurrencias le vienen a la mente en relación con el estado anímico del sueño? ¿Sería posible, que Ud. esté representando algo, encontrarse expuesto a las miradas en este mundo tan ancho y ajeno?

El paciente niega terminantemente haberse sentido expuesto a las miradas, y continúa diciendo:

P.: No tenía una sensación de bienestar. Parado ahí, totalmente solo. Sin contacto alguno. Los directores de la empresa conversaban entre ellos. Me sentía dejado de lado. Para mí, ese era otro mundo, algo ... (Pausa prolongada.) Algo en eso tiene que ver con "niño", pero no puedo formularlo mejor, es algo que está muy lejos.

A.: Abandonado y a merced de todos, en un espacio vasto, sin apoyo y sin sostén.

P.: Sí, yo sobraba, quizás por andar mudo por ahí, me mantuve aparte, por mi manera de conducirme, o por mi actitud reservada. Quizás yo quería formar parte del grupo, participar, pero a raíz de mi actitud y de mi postura, por el modo como me movía, eso era imposible. En todo eso de alguna manera logra imponerse el que no me resulte que los demás se acerquen a mí, a pesar de que a veces me gustaría de que así fuera. Pero, ¡qué cómico, que ahora tenga que pensar en un pecho femenino!

A.: Cómo, ¿justo ahora lo está pensando?

P.: Mentalmente. Igual que un niño que busca el pecho de su madre, para fortalecerse. Lo digo sin ironía.

A.: Sí, sí, temía que yo reaccionara con ironía.

P.: No hay nada sexual en ese pensamiento.

Reflexión: Es algo tan ajeno a mi persona derivar la búsqueda y el reencuentro del objeto primario, en un sentido estricto, del placer sexual, que no puedo relacionar conmigo la preocupación del paciente de que su sensualidad pregenital pudiera ser blanco de mi burla irónica. Desde hace mucho tiempo me preocupo de no borrar las diferencias cualitativas en la sensualidad so pretexto de la teoría de la libido.

A.: Entiendo, como si yo pensara que Ud. busca sólo el placer sexual y ningún otro tipo de placer. Los niños también giran la cabeza para retirarse.

P.: Por el momento no puedo dejar de pensar en eso.

A.: Sí, pero ¿por qué tendría que retirarse del pecho? Es eso lo que piensa, ¿no es así?

P.: Hmhm.

A.: Justo ahora, cuando lo está buscando en sueños, en ese amplio espacio.

P.: Esa es nuevamente la angustia, ponerme al pecho y succionar algo de él, que el otro me interprete mal, hacer siempre lo incorrecto al mostrar mis

sentimientos, la inhibición, los demás. (Pausa.) En mi fantasía pasa siempre lo mismo, siempre sucede igual que en este sueño. La secretaria y el ayudante me parecían tan grandes, porque yo los veo con aumento.

A.: Bueno, así como probablemente también el pecho es de algún modo grande, enorme, en comparación con la boca. La boca que busca agarrar algo, o el ojo, cuando está bien cerca del pecho, éste es muy grande. Si uno ve sólo una parte, entonces la parte es muy grande.

P.: Y entonces me surge el sentimiento de que siento mucho más por mi madre de lo que quisiera reconocer, o de lo que demuestro sentir. Desde que era un niño, ya en ese tiempo andaba buscando todo el tiempo amor, afecto, pero ya de niño fui muy introvertido, nunca dije nada sobre mis sentimientos. Y puede ser entonces que haya períodos o momentos en que me comporte como un niño frente a mi mujer, cuando me acurruco junto a ella y quisiera abrazarla, tomarla y acariciarla, y ella me dice, oye tú, estás exagerando, esto no es normal. Haciendo un paralelo, siempre fue así, también busqué eso en el amor. Amor, amor, afecto.

Eric Y se refiere aquí al amor en un sentido global, y en pensamientos se aparta de su mujer que malinterpreta sus sentimientos sensuales y tiernos, debido a que finalmente tienen una meta sexual, recriminándolo ya frente a caricias "inocentes". La independencia de la búsqueda del contacto cercano y la ternura es ahogada, en es-ta forma, in statu nascendi. El vínculo entre ternura y sexualidad, tanto en el sexo masculino como en el femenino, a menudo conduce a malentendidos que pueden tener profundas consecuencias para la relación entre el hombre y la mujer. Por lo tanto, no es una mera casualidad que Freud formulara dos teorías sobre la ternura, las que fueron revisadas detenidamente, en especial por Balint (1935).

Reflexiones sobre la psicogénesis

Desde el comienzo de la terapia su reducida autoestima se encontraba en el centro de la atención, a causa de sus defectos corporales fantaseados. Ya en la quinta sesión el paciente se vio, en un sueño, como víctima de un accidente de tráfico. En la sesión 35.^a introdujo el tema de la "marioneta", con sus diversas variaciones, en relación con el control de movimientos y actos. Las autorrepresentaciones deficitarias aparecían no sólo además en otros sueños, sino que frecuentemente también en el diálogo entre el paciente y el psicoanalista. Los sueños seleccionados caracterizan puntos temáticos

culminantes y permiten reconocer una progresión que va desde la elección de objetos inanimados hasta la representación de sí mismo a través de personas. Pero aquí no se trata de una progresión lineal sencilla. En publicaciones anteriores de nuestro grupo de trabajo, se investigó el problema del tipo de cambios que se pueden establecer a través de la investigación de series oníricas (Geist y Kächele 1979) y el tipo de conclusiones diagnósticas y pronósticas que se pueden sacar del sueño inicial (Schultz 1973). Ya que concebimos el proceso terapéutico como una terapia focal continuada con foco cambiante (véase tomo primero, capítulo 9) empleamos una serie onírica para demostrar los problemas tratados. Nuestro interés en poner en el centro de la mira los defectos del sí mismo en el sueño y su elaboración terapéutica nos llevó a desatender otras dimensiones del proceso terapéutico, que son relevantes para una sinopsis de la investigación sobre el desarrollo del proceso y sus resultados.

Creemos que en base a esta serie de sueños se pudo aclarar bastante la génesis de la dismorfofobia. Este síntoma se encuentra en un mismo nivel que el sueño, si partimos de la similitud estructural de las formaciones de compromiso. En la psicopatología psicoanalítica del conflicto, los síntomas y el sueño se vinculan a través de la idea de la formación de compromiso entre las fuerzas y las representaciones represoras y reprimidas (Freud 1896b, p.170). Aplicamos la idea del compromiso a la génesis sintomatológica y a la interpretación de los sueños, del mismo modo como lo hacemos al conjunto de las producciones del inconsciente. Freud acentuó que los síntomas neuróticos

... son el resultado de un conflicto ... Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente; está sostenido desde ambos lados (Freud 1916-17, pp. 326-7).

Pero, ¿qué sucede con la tortícolis? De acuerdo con las diferenciaciones diagnósticas introductorias, se trata aquí de una enfermedad neurológica, desencadenada y condicionada en su evolución por conflictos psíquicos. En el diálogo terapéutico, ocasionalmente se desdibujan las diferencias entre los síntomas puramente neuróticos de la dismorfofobia y los movimientos de la tortícolis provocados somáticamente: tanto en el sueño del agente como en la imagen de los movimientos de búsqueda tras el pecho materno, el trastorno motor condicionado neurológicamente se incorpora en el contexto de los cambios en las mociones expresivas y anímicas. El carácter global de la vivencia humana implica que los pacientes a menudo no diferencian entre el origen psíquico y el somático de sus limitaciones corporales. Frente a este problema, el

analista tiene múltiples tareas, en las que también está la de sondear los motivos que el paciente tiene para la manera de representar su enfermedad. Un aspecto importante es conocer a qué adjudica el paciente sus dolencias corporales, por ejemplo, si acaso las siente como un castigo. El control de la enfermedad pasa por conocer la teoría subjetiva, científicamente incorrecta, que el paciente se formula sobre la génesis de las dolencias propias. Las observaciones y las suposiciones de los pacientes sobre su enfermedad abren un camino hacia los posibles factores psíquicos en la génesis y en la evolución. El analista tiene la tarea de hacer diferenciaciones diagnósticas y de determinar la proporción de factores corporales y psíquicos en la génesis y en la evolución. Por otra parte, es fundamental tomar en serio la teoría personal de la enfermedad, pues de otra manera se corre el peligro de no llegar a entenderse con el paciente.

El bienestar de Eric Y depende en alto grado de la posibilidad de andar derecho o del que, por angustia social y superyoica, deba deslizarse agachado como un timorato, con la cabeza encogida para no ser reconocido, o para no ser pillado, como en el sueño del agente. El llamativo movimiento de la tortícolis, que se escapa a su control, le acarrea una inseguridad adicional. De esta forma, se ha creado un típico círculo vicioso, con un reforzamiento recíproco entre el estado de salud corporal y el psíquico. No más por las representaciones neuróticas de una cabeza deforme y otras limitaciones, que quizás Reich habría descrito como "coraza caracterológica" (véase capítulo 4), durante decenios Eric Y no había podido moverse libre y naturalmente. Las tensiones matrimoniales contribuyeron a que la seguridad en sí mismo se mantuviera muy lábil. Es en este contexto donde hay que destacar el significado existencial de la postura erecta y del enderezarse para la autoestima y la confianza en sí mismo. La capacidad de levantarse y de permanecer erecto pertenece a una de las experiencias humanas básicas, punto de partida de una enormidad de metáforas. En los últimos decenios, las descripciones fenomenológicas y psicoanalíticas (Freud 1930a; Erikson 1950; Straus 1949) han sido complementadas con investigaciones sistemáticas del desarrollo de la marcha erecta en la edad infantil temprana (Mahler y cols. 1975; Amsterdam y Levitt 1980). Obviamente, una enfermedad corporal que se manifiesta subjetivamente como una incapacidad de controlar o de coordinar los movimientos reactiva antiguas inseguridades latentes de la historia de vida. Determinar bajo qué condiciones la pérdida de la autonomía se acompaña de vergüenza, cuándo la conciencia de sí mismo se convierte en cohibición, y cómo se puede revertir terapéuticamente este proceso, fue en este tratamiento algo especialmente importante. Síntomas neuróticos de este tipo pueden ser influidos positivamente.

En sus vivencias, Eric Y había colocado el síntoma corporal de la tortícolis dentro de un contexto de culpa, de angustia y de vergüenza. El analista tratante se dejó guiar por esta teoría personal del paciente, para dismantelar los efectos neuróticos secundarios. Se puede suponer que la liberación de los sufrimientos neuróticos re-percute también en el síntoma corporal de la tortícolis, por efecto de la eliminación de las expectativas angustiosas que mantienen bajo el umbral de excitación.

Después de haber discutido en el capítulo primero los principios generales de la prueba de las hipótesis en investigación sobre terapia, nos restringiremos ahora a un esclarecimiento adicional, investigando los movimientos de búsqueda del pecho materno en relación con su analogía con el movimiento giratorio (patológico). Quisiéramos recordar que, en sus ocurrencias a propósito de un sueño, Eric Y pensó en un pecho de mujer, que se transformó en un pecho materno que da leche. En la transferencia, temía ser rechazado, contra lo cual se aseguraba acentuando que no buscaba algo sexual. Los rechazos de su mujer configuraban el motivo actual de su preocupación de ser también malentendido por el analista en sus ansias de cercanía y de ternura. Sin lugar a dudas, esta escena tiene un gran significado terapéutico. Pero, ¿dónde queda entonces la analogía planteada poco antes, entre los movimientos de búsqueda y los movimientos patológicos de la cabeza? ¿Es posible que en la tortícolis, esto es, en el movimiento giratorio de la cabeza, encuentre su expresión una búsqueda inconsciente, refleja, una búsqueda del objeto oral?

Las preguntas planteadas tocan el problema del componente psicógeno en la génesis y en el desarrollo de la tortícolis como enfermedad somática. La evolución del tratamiento justifica la concepción fundamentada en la introducción, de que los factores psíquicos codeterminan la aparición situacional y la exacerbación del síntoma. Probablemente, el lector quisiera también saber si en base al estudio de este caso individual se pudieron hacer observaciones que arrojen luz sobre los desenca-denantes psíquicos y sobre las condiciones psicógenas como causas parciales, en el sentido de las "series complementarias" de Freud.

Para facilitar la orientación al lector, anticiparemos el resultado de la siguiente discusión, haciendo una ponderación dentro de la serie complementaria, ponderación que resulta de la teoría sostenida por nosotros acerca del carácter no específico de la patogenia en las enfermedades psicósomáticas. Nuestra tesis plantea que la disposición somática, en el sentido más amplio de la palabra, determina la aparición del tipo de enfermedad. De esta forma, la sintomatología respectiva sigue modelos biológicos predeterminados, que, de acuerdo con la serie complementaria de Freud, se encuentran en la constitución somática y que, en el esquema de Alexander (véase capítulo 9.7), son designadas como

"vulnerabilidad orgánica". En las di-versas dimensiones del vivenciar psíquico, se pueden encontrar causas accidentales que contribuyen a los cambios en el modo de reaccionar del cuerpo, es decir, al au-mento o a la disminución de la resistencia. En relación con las especulaciones que presentaremos a continuación, podemos preguntarnos críticamente de antemano a-cerca de por qué un supuesto trastorno temprano se manifiesta, como condición psíquica de una enfermedad, sólo a una edad avanzada.

La hipótesis general de un trastorno temprano en la génesis de la tortícolis fue postulada por Melitta Mitscherlich (1983). A pesar de los problemas surgidos a propósito de las discusiones entre Abraham (1921) y Ferenczi (1921) sobre el tic, y luego de haber descrito en trabajos anteriores la tortícolis como una histeria de conversión (pregenital), M. Mitscherlich es ahora de la opinión de que la tortícolis representa un símbolo preverbal. A su entender, el paciente se encuentra en una re-gresión profunda, de manera que no es capaz de simbolizar verbalmente sus afec-tos. En este estado de regresión profunda, y debido a que no dispone de otros me-dios de expresión, el paciente recurre a expresiones motoras, que encuentran su analogía en la etapa previa a la aparición del yo del niño pequeño. El modelo uti-lizado en este caso es el del "rooting" (literalmente, "hozar" u "hocicar", en ana-logía con el movimiento de levantar la tierra con el hocico, como lo hacen los cer-dos; nota de los traductores), que corresponde al esquema de orientación de los mo-vimientos de mamar y táctiles del bebé durante la lactación, descrito por R. Spitz y que marca también el comienzo de la capacidad de decir no. Apoyándose en la obra de Ferenczi Omnipotencia de los gestos (1913), M. Mitscherlich postula que los pacientes con tortícolis tienen la creencia mágica en la "omnipotencia de los movimientos". La profunda ambivalencia se encontraría en la acción motora mis-ma, en el giro de acercamiento, como en un niño hambriento, o en la evitación, como en la satisfacción.

Una cosa es el "rooting" del bebé con la analogía de los movimientos de bús-queda regresivos, y otra muy distinta es el movimiento extrapiramidal de la cabeza en la tortícolis. Hay que destacar que las investigaciones neurofisiológicas obligan considerar el movimiento de la tortícolis como patológico, porque, de acuerdo con ellas, éste no puede ser remitido a ningún esquema motor natural de una edad tem-prana. Las actividades musculares que demuestra el electromiograma, en este caso hipercinesis, pueden ser interpretadas neurológicamente como una desintegración, condicionada centralmente, de los programas motores extrapiramidales, que condu-ce a una activación incorrecta de los músculos en juego. La coinervación de los músculos antagonistas, que ya en una posición de descanso se encuentran en ten-sión, y

que se produce durante los giros voluntarios de la cabeza, conforman, "junto a la complejidad, ya de por sí considerable, de los movimientos anómalos, un argumento en contra de la psicogénesis de la tortícolis espasmódica" (Fasshauer 1983, p.538). Por lo tanto, la anomalía motora de la tortícolis no es un síntoma psicógeno aislado, en el sentido de un movimiento de búsqueda deformado por la regresión. Para fundamentar esta teoría, deberían evaluarse y confirmarse muchas hipótesis. No bastaría tan sólo demostrar el tipo de procesos cognitivos y afectivos que desencadenan en el adulto movimientos infantiles de búsqueda, sino que, ante todo, debería demostrarse de qué manera la regresión transforma estos movimientos según el esquema motor de la tortícolis. El concepto del símbolo pre-verbal, o la suposición de una conversión preedípica, no pueden ser un sustituto para hipótesis plausibles y su verificación. El concepto del símbolo preverbal con-tiene, como todas las demás especulaciones sobre la génesis temprana de las enfermedades somáticas, imaginativas suposiciones sobre los procesos de escisión. Para evitar malentendidos, queremos subrayar enfáticamente que el descubrimiento de Freud y Breuer de las consecuencias de los afectos reprimidos y del significado de la abreacción y de la catarsis en la terapia pertenece a los fundamentos de la práctica psicoanalítica. Pero, si suponemos que en la base de los movimientos propios de la tortícolis se encuentra una escisión circunscrita en las pulsiones o en los afectos de las relaciones de objeto oral, debería ser posible redescubrir esta escisión en la catarsis del "grito primario" o en alguna otra terapia corporal. Por el contrario, el estado de cosas actual no permite sustentar la idea de que en la tortícolis, como tampoco en otras enfermedades somáticas parecidas, una abreacción pueda llegar a tener un efecto causal. Pues el síntoma no está causado por la escisión de una suma de afecto escindido.

Estas consideraciones críticas respecto de la psico(pato)génesis de las enfermedades somáticas en general, y de la tortícolis en especial, si bien restringen el alcance de la terapia psicoanalítica, le aportan a la vez un fundamento científicamente sólido. El informe terapéutico presentado muestra que los factores psíquicos pueden re-percutir como condiciones psicógenas parciales en la génesis de la enfermedad y en la evolución de los síntomas. Si se parte de los factores que mantienen la sintomatología, uno se topa, en correspondencia con la psicodinámica particular, con angustias básicas típicas, provocadas y reforzadas por la enfermedad. De esta manera, surgen focos técnicos esenciales. Siguiendo las orientaciones básicas del modelo de proceso de Ulm, que esquematizamos en el tomo primero (cap. 9.4), hemos presentado algunos focos del psicoanálisis de Eric Y como puntos temáticos nodales. De acuerdo con la teoría sobre la génesis de las enfermedades psicosomáticas, que

formulamos hace años, estos focos se relacionan de manera inespecífica con la tortícolis. Por lo tanto, compartimos la concepción de Bräutigam y Christian de que "en la mayoría de las enfermedades psicosomáticas, los elementos formativos, es decir, específicos de la enfermedad, están listos en la disposición somática" (1986, p.21; cursiva en el original). En nuestra experiencia, las influencias psíquicas y sociales determinan la manifestación y la evolución de la enfermedad.

Debido a la diversidad de formas que pueden tomar los problemas psíquicos, es desde un comienzo improbable que en la tortícolis -y lo mismo vale para todas las demás enfermedades somáticas- se encuentren correlaciones específicas con problemas o conflictos psíquicos determinados. Con todo, la impresión de muchos clínicos de que los pacientes con tortícolis se diferencian de algún modo de los demás enfermos, posiblemente no se deba tan sólo a una generalización no crítica de observaciones aisladas. Las similitudes supuestas y observadas resultan del hecho de que una misma enfermedad genera problemas psicosociales parecidos, los que a su vez influyen en la evolución y reactivan angustias e inseguridades típicas. En esto radica la posibilidad para el psicoanálisis, no sólo de aliviar la dolencia subjetiva, sino también de influenciar positivamente la evolución de la enfermedad. Sería, por lo tanto, un error que, alegando la inespecificidad en la patogénesis, se desestimen los factores psíquicos en la aparición y en la evolución. Si el diagnóstico psicodinámico se lleva a cabo dentro de una perspectiva terapéutica, es decir, buscando determinar focos temáticos, nos ponemos junto al paciente en camino, a lo largo del cual es posible efectuar correcciones. Otra cosa es comparar distintos grupos de pacientes. Dependiendo de la perspectiva del investigador, se subordinarán los casos investigados a tipologías determinadas. Sin embargo, por la falta de investigaciones prospectivas, y también debido al descuido frente a los efectos de la enfermedad sobre el estado de salud del paciente, los hallazgos así logrados no se podrían generalizar. El hecho de que, casi de regla, aparezca una neurosis secundaria habla en favor de la indicación de una terapia psicoanalítica. Esta neurotización secundaria es suficiente para la indicación.

La vivencia de desamparo frente a una enfermedad crónica tan llamativa socialmente es especialmente difícil de soportar para los pacientes previamente neuróticos. A menudo, las angustias sociales y superyoicas, ya existentes, se refuerzan con síntomas corporales llamativos, y el paciente recurre al aislamiento como medio para evitar el sentirse expuesto a las miradas avergonzantes de los demás. La inseguridad lleva a una autoobservación exagerada. De la misma forma como los ojos de los demás, también los propios

se fijan en uno mismo, provocando literalmente el fenómeno del ciempiés: al sentirse cohibido, el paciente tropieza con los pies propios. Del mismo modo, la mejoría terapéutica va de la mano con una liberación de la observación aumentada de sí mismo y de los demás. En esto, es posible hacer experiencias ejemplares en la relación con el analista.

Desde esta manera de mirar las cosas, es fácil explicar la dependencia de la aparición de los síntomas respecto de la situación social, del ánimo y de las condiciones espaciales, descrita por Bräutigam (1956); por ejemplo, el automático reforzamiento de los síntomas al sentirse observado. P. Christian (1986) desarrolla un esquema similar para la explicación del calambre de los escribientes, interpretándolo como un agobio a través del procesamiento simultáneo de exigencias afectivas y cognitivas. Así, la realización fluida de la acción se ve malograda, porque el procesamiento simultáneo de exigencias afectivas y cognitivas contradictorias abruma la capacidad de coordinación del paciente. Los agonistas y los antagonistas trabajan literalmente uno contra el otro y no armónicamente. Por cierto, el calambre de los escribientes tiene, como acción dirigida hacia un fin, un aspecto instrumental, mientras que el movimiento patológico de la tortícolis muere, por así decirlo, en el vacío. Este calambre es producido por el contacto con el instrumental para escribir y por la acción de escribir. También aquí, es la mirada crítica de los demás un factor desencadenante adicional que a menudo refuerza el síntoma. Frecuentemente sucede que el calambre del escribiente hace su aparición tan sólo en situaciones circunscritas o en acciones determinadas, como por ejemplo, al tener que firmar en la ventanilla del banco, etc. De esta observación, se ha deducido que el calambre del escribiente, al igual que otras acciones donde el crispamiento malogra el movimiento intencional -por ejemplo, al tocar un instrumento musical-, además de otros "tics", se encuentran primariamente en un contexto de significado inconsciente, el que falta en el caso de la tortícolis.

En vista de los resultados de la investigación empírica en afectos, somos de la opinión de que estos procesos se desarrollan en gran parte en forma totalmente subliminal, es decir, no son conscientes. Por ejemplo, con la cognición "peligro" surge simultáneamente el afecto "angustia", y se desencadena la disposición motora de "locomoción" -lejos del objeto-. Si esto es así, en un estado de tensión angustiada, que cursa subliminal e inconscientemente, también deberían enervarse los músculos; es decir, los esquemas motores del sistema motor extrapiramidal, que participan automáticamente, deberían desencadenar la actividad hipercinética. Esto podría aplicarse a todas las "tensiones" habituales que aparecen como disposiciones reactivas personales. La psicoterapia

psicoanalítica se encarga de estas dis-posiciones y de sus relaciones con síntomas neuróticos o somáticos.

La interpretación de los sueños

6 De la primera entrevista a la terapia

Consideraciones previas

A diferencia del tomo sobre los fundamentos, en este capítulo ponemos la atención en el camino, de crucial importancia, que va desde la primera entrevista a la terapia. Este camino puede ser señalado de manera especial en aquellos pacientes que por el procedimiento selectivo de indicación son frecuentemente considerados como inadecuados para una terapia expresiva que ponga los conflictos a descubierto. La experiencia nos señala que la pertenencia a las clases sociales más bajas, la delincuencia y la adolescencia (6.2) plantean problemas especiales, al menos en la fase de introducción. El trato con los familiares (6.3) pertenece también a aquellas condiciones que pueden influenciar favorable o desfavorablemente una terapia.

En este capítulo comparamos la presentación detallada que hiciéramos en el tomo primero sobre el problema del financiamiento ajeno con un ejemplo tomado del curso de un tratamiento psicoanalítico (6.4). En sección aparte, destacamos los efectos sobre la transferencia del informe del perito sobre la solicitud de tratamiento presentada a la mutua (6.5).

6.1 Una primera entrevista

La primera entrevista fue precedida por una corta llamada telefónica. Luego de varias sesiones de exploración diagnóstica, el psiquiatra que hacía la derivación había recomendado una psicoterapia, entregándole a Luis Y la dirección de algunos psicoterapeutas privados. En los meses siguientes, el paciente no logró fijar una entrevista con algunos de los terapeutas recomendados. Varias razones me llevaron a acordar una entrevista a corto plazo. La cortés humildad de su petición, a la que parecía faltar toda participación emocional, me llevó a pensar

si no sería ésta una característica del paciente que pudiera haber contribuido a que recibiera una negativa o a seguir siendo tramitado. Durante la conversación telefónica, se me fue configurando la sospecha de que las dificultades del paciente eran muchísimo mayores de lo que era capaz de expresar.

Luis Y llega con puntualidad al minuto. De aproximadamente 30 años y gran estatura, muy delgado y de apariencia lamentable, se encuentra desde meses sometido a exámenes sin un resultado claro, debido a trastornos psicosomáticos, ante todo por sus síntomas cardiocirculatorios y digestivos. Como empleado especialmente consciente de sus deberes, no pidió licencia médica, a pesar de su mal estado.

Ya al comienzo de la primera entrevista me llamó la atención la contradicción entre su pertinaz e incansable búsqueda tras una psicoterapia y una cierta incapacidad para poner en claro la premura de sus deseos. Esta impresión, que ya había obtenido durante la llamada telefónica para pedir la hora, ocupó el primer plano de mis reflexiones: Este hombre se siente muy mal, apenas se mantiene a flote. En mi primera intervención hago un comentario sobre su capacidad de aguante, que mantiene a pesar de sus problemas y de su desvalimiento. Cuando le señalo que ha tomado en serio el consejo de emprender una psicoterapia y que no ha desistido de él, esforzándose en hacer muchas llamadas telefónicas, se alegra. Opina que sí y, con cierta reserva, agrega que la tenacidad es un punto fuerte suyo. A continuación me mira y repite enfáticamente: "Tenacidad".

Escuchándolo, alcanzo a percibir lo orgulloso que se sentía de esta palabra que lo conmovía.

La rápida traducción de mi observación sobre su admirable capacidad de aguante ha puesto nuevamente en escena algo entre él y yo. A menudo, padre e hijo habían conversado entre ellos en lenguaje cuidado, no cotidiano, sintiéndose así íntimamente unidos y lejos de sus muy sencillas condiciones de vida. Más tarde, quedó en claro otro aspecto de su relación con el padre, que explicaba su tenacidad en la búsqueda de un psicoterapeuta. Su padre se había ceñido en forma pedante a las recomendaciones que venían de arriba y le sirve de modelo para imponerse de manera amable.

A.: ¿Qué lo lleva a ser tan tenaz?

P.: ¡Mi segundo matrimonio está en peligro de romperse! Permanentemente hay peleas. Se dicen palabras terribles.

A.: ¿Palabras que van y vienen entre Ud. y su mujer?

P. (Permanece un momento en silencio): Las peleas prácticamente no van conmigo. Tampoco me puedo enojar. Por el psiquiatra pude entender que todo eso se debía a mi personalidad. El me dio -por así decirlo- una tarea. Que debía

pensar un poco sobre lo que realmente me gusta. Nada me gusta, no hay absolutamente nada que yo pueda decir que me gusta. Cuando observo en la pieza de otros una colección de discos, puedo decir, ¡ajá, a ése le gustan los clásicos! Dentro de mí tengo un caos enorme, donde se confunde el jazz con los clásicos. Y otra cosa más: si alguien me dice que una misa de Mozart literalmente lo fulmina o que una sonata de Beethoven lo conmueve hasta las lágrimas -no, eso me es algo ajeno.

A.: Ha estado mirando alrededor suyo, aquí en mi consultorio.

Mi observación le da ánimo. Pasea otra vez su vista de una esquina a la otra, y esta vez en forma abierta. Acompaño su curiosidad con las siguientes palabras: ¡Vuelva a comenzar ahora de nuevo! (Ambos nos reímos.)

P.: Sí, bueno, veo flores. Y también en el cuadro hay flores. Ud. ya tiene que saber que yo tengo una costra alrededor mío que impide que algo se introduzca más profundamente. Si no hay nada que pueda entrar, entonces tampoco puede haber algo que pueda permanecer ahí dentro.

A.: Y si piensa que ahí dentro no queda nada, tampoco puede haber ahí alguna emoción. No puede enojarse. Esto le ha permitido vivir en paz con las demás personas.

P.: Sí. Pero ahora naufragué espantosamente con eso. Mi mujer critica que muy a menudo yo no participo internamente, que no tengo iniciativa. Eso la pone furiosa. Arma jaleo. Y luego me quiere provocar con palabras duras.

Muestra con ejemplos cómo su mujer lo regaña, todo lo que ella tiene que hacer sola, porque a él nada lo pone en marcha y no asume responsabilidades. Luego cambia de tema.

P.: Claro que en el último tiempo me estuve observando mucho a mí mismo. Cuando joven no tuve ninguna chica. A ninguna pude abordar, porque siempre tenía miedo de que me plantaran. Así, renuncié a ello. Hasta que llegó una que me abordó, y entonces me casé con ésa, porque ella así lo quería, inmediatamente. Claro que eso no podía funcionar bien. Hubo escenas espantosas, luego vino el divorcio. Le dejé todo, me endeudé y me refugié en la casa de mis padres. En aquel entonces yo estaba deprimido. Estuve en tratamiento psiquiátrico. Me examinaron a ver si tenía una enfermedad mental, que no tenía. Tomé pastillas.

Luis Y resume sus pensamientos de manera llamativamente concisa. No cabe duda de que ya ha reflexionado mucho. Además, se cuida de no ser demasiado minucioso en sus descripciones y mantiene su objetividad sin mucho esfuerzo. Sólo de vez en cuando sus ojos se humedecen, lo que reprime rápidamente, como si con eso me importunara. También pide disculpas cuando cree que me ha interrumpido o cuando cree que yo quería decir algo más. Esta observación,

que me permite aclarar mi primera impresión de que él deja que lo manden para cualquier lado, la resumo como sigue.

A.: Tengo la impresión de que Ud. se esfuerza en relatar sus preocupaciones de manera escueta y en lo posible objetivamente, también que se preocupa con esmero de cederme el paso en cada caso y de ser condescendiente conmigo, porque algo en Ud. lo lleva a mostrarse frente a mí como una persona especialmente agradable.

P. (Se ríe un poco, como si algo de lo dicho le resonara): Pero luego los efectos contrarios resultan tanto más malos.

Vuelve a hablar sobre su gran preocupación de no poder retener nada para sí mismo. Fue eso lo que en aquella ocasión lo hizo pensar que podría estar enfermo de la mente. Algo no funcionaba bien en él.

Reflexión: Con el resumen de que con su amable modestia buscaba adaptarse, no había dicho nada nuevo al paciente. Pero, al sentirse comprendido, comienza a describir con más urgencia lo que él había descubierto como algo nuevo en sí mismo, acompañando el relato con más sentimientos. Al hacerlo, llama nuevamente la atención su precisa capacidad de percepción y de expresión, que confirma lo mucho que puede captar y retener consigo.

A.: Hay una clara discrepancia entre su idea de no poder retener nada para Ud. y sus descripciones diferenciadas que contienen todo lo necesario para hacerse un cuadro sobre sus dificultades.

P.: Sí, estoy orgulloso de mi capacidad de expresión.

Inmediatamente después de esta declaración positiva del paciente doy término a la conversación, indicando de paso la limitación de los 50 minutos. Acordamos continuar la entrevista en dos días más.

A la próxima entrevista, Luis Y llega con el volante de atención para especialista del médico de cabecera.

Trae consigo -como queda a descubierto al final de la sesión- un reloj pulsera con la alarma puesta a los 50 minutos. Más aún, me indica un error en el volante, respecto de sus datos personales, pero no dice nada sobre el diagnóstico, que indica la sospecha de una "psicosis". Creo darme cuenta de que el paciente quiere decirme algo importante.

P.: Hay algo que me preocupa. A veces soy un rebelde, un agresor. Pero todo eso me surge de la cabeza. Ahí dentro me borbotea, mientras que interiormente siento un vacío.

A.: Eso se asocia con la angustia de que pueda salir algo muy difuso de Ud. El paciente no reacciona, y continúa hablando sobre su vacío interior.

A.: Pienso que Ud. utiliza el vacío del que habla como una especie de producto concreto de la fantasía. Si dentro está vacío, no hay nada como para sentirse un re-belde y un agresor peligroso.

P. (Me sonrío aliviado): Ajá, ¿así es que tengo una fantasía que utilizo para protegerme? Sí, si tengo que protegerme tanto, será porque dentro la cosa se ve harto fea. ¿Qué podrá salir de mí?

A.: Tales pensamientos son los que surgen cuando se está tomando la decisión de psicoanalizarse .

P.: Así es que me encuentro en buena compañía, son muchos los que están en lo mismo.

A.: Sí, y algunos no se atreven a empezar una terapia debido a esa angustia.

P.: Me queda totalmente claro que no puedo continuar así toda la vida.

Reflexión: Al comienzo de la sesión, el paciente trajo una serie de informaciones que tienen que ver, entre otras cosas, con su conducta adaptativa de la primera sesión. Yo esperé algún material adicional para, en el tiempo relativamente corto de la primera entrevista, conocer más sobre su angustia y sus defensas. Posiblemente me adelanté mucho al hablarle de su angustia. Sin embargo, el paciente no des-atendió del todo mi observación. Para empezar, permaneció en el tema del sentimiento de vacío que lo preocupaba. Y a partir de la interpretación del sentimiento de vacío como defensa, es decir, como una fantasía que necesitaba, llegó por sí mismo a la palabra protección y se mostró aliviado. Utilicé también la situación para llevar adelante el proceso de decisión por un psicoanálisis. Además, quería averiguar algunos datos para la solicitud a la mutua de salud. El hecho de que el paciente no mencionara el supuesto diagnóstico de "psicosis", podría estar señalando que el sentimiento de vacío lo intranquilizaba como una sospecha de algo grave.

Después de una pausa, Luis Y pregunta intempestivamente:

P.: ¿También mi labilidad tiene que ver con eso?

Le acerco un poco el volante de atención que aún yace sobre la mesa.

A.: ¿Leyó el diagnóstico, y se refiere acaso a eso ahora?

P.: Sí, lo leí, pero no sé lo que significa.

A.: Psicosis significa enfermedad mental, algo de lo que estuvimos hablando la última vez aquí.

P.: ¿Cómo? No, eso sí que no tengo.

A.: ¿Acaso Ud. no estuvo en una clínica psiquiátrica?

P.: No. (Y rápidamente agrega:) Tampoco nadie de la familia.

A.: Qué piensa Ud., ¿qué diagnóstico le corresponde?

P.: Yo no soy experto en eso.

El paciente escucha -aparentemente sin interés- mi explicación sobre la diferencia entre psicosis y neurosis. Claramente, quiere insistir en su pregunta respecto de la "labilidad".

A.: Tal vez deberíamos retomar lo que Ud. quiere decir con labilidad. Parece que Ud. quería decir algo más al respecto. Hace un momento yo me salí del tema.

P.: Si alguno se adelanta, lo sigo siempre enseguida (se ríe un poco). Bueno, una vez me sentí atraído en forma mágica por los juegos automáticos de azar, los tragamonedas. Eso me avergüenza. Fui a caer en muy mala compañía.

¡Borrachines! (Al decirlo, el paciente me mira riéndose a voz en cuello, asintiendo con la cabeza.) Todo lo que decían eran consignas. Eso era en la época en que me estaba separando de mi primera mujer.

A.: Con la ayuda del alcohol salí a luz en aquel entonces lo que normalmente sólo pertenece a ahí dentro, a su interior.

P.: Los borrachos y los niños dicen la verdad. Vaya, entonces dentro de mí la cosa se ve fea. Eso me asusta.

Reflexión: Yo tenía la sospecha de que el paciente no era de aquellos que lanzan grandes peroratas bajo el efecto del alcohol y suponía que él participaba en su fanasía en la desinhibición parcial de los demás. De esto resultó mi próxima intervención.

A.: Básicamente Ud. observaba e intentaba explorarse a sí mismo a través de los demás.

P.: Eso es lo que más me gusta hacer en la vida. (Relata -con mucha viveza- cómo observa a las personas, por ejemplo, en la estación, y cómo luego le cuenta cuentos eternos sobre lo observado a su mujer.) Naturalmente todo eso es mi propia historia. ¡Eso ya lo sé!

Al final de la sesión se pregunta y me pregunta a mí:

P.: ¿Seré capaz de hacer algún trabajo aquí?

A.: La manera como Ud. respondió hoy a lo que yo le dije y como lo siguió detallando, es decir, lo que sucede en Ud. para no verse expuesto a la angustia, para lo cual Ud. empleó la palabra "protección", muestra que será posible seguir trabajando.

La alarma del reloj señala el término de la sesión. De inmediato ambos nos reímos. Estamos de acuerdo en que quiere quitarme trabajo de encima, me quiere facilitar las cosas. Los "momentos hilarantes" jugarán un rol importante más adelante en el tratamiento.

Reflexión: Durante la discusión sobre el volante para el especialista, al paciente le disgustó, en un nivel consciente, mi necesidad de recibir más información de él, así como de que yo le diera más información. Me disculpé, por decirlo así,

con las palabras "me salí del tema" y llevé la conversación otra vez a la "labilidad". Sin embargo, en el material posterior, el paciente retornó a la angustia de volverse lo-co, si bien no empleó esta expresión. Su pregunta acerca de si yo creía que él con-seguiría trabajar algo conmigo, no la llevé de nuevo al punto de la enfermedad mental, de la locura, sino que hice un resumen de los puntos de acuerdo entre él y yo durante las dos conversaciones. El temía ser considerado un alcohólico debido a su participación más bien pasiva en las borracheras. El término "labilidad" le sirvió como un autodiagnóstico global. A través de mi intervención se sintió comprendido, en que allí él se buscaba a sí mismo mediante la observación.

A la tercera entrevista Luis Y no trae su reloj con alarma.

P.: ¡Ayer olvidé mi reloj en casa de mi padre! Pero, antes que nada, debo decirle que algo ha cambiado. Esta mañana, al despertar, pude percibir a través de las rendijas de la persiana lo que pasa afuera. Escuché los pájaros. Pensé que después de nuestra última conversación algo se había abierto en mí, aquí dentro, como las rendijas en la persiana. Puedo darme cuenta de algo de mi interior, pude entender algo. Puedo ver que mi insensibilidad interior tiene que ver con mis angustias. ¿Qué tipo de angustias serán las que yo tengo?

A.: Sí, por ahí sigue la cosa.

P.: Ya he podido avanzar un poco.

Habla algo sobre el alivio que siente al poder confiar en sus fuerzas. El resto del tiempo lo ocupamos en añadir algunos datos a la solicitud a la mutua de salud para que se haga cargo de los gastos.

Con las primeras frases, el paciente quiso darme a entender que había recuperado su esperanza. Un tema que le producía preocupación era el tiempo necesario y la regulación de la marcha entre ambos. Debido a que repetidamente nos habíamos referido a sus angustias, Luis Y se preocupa por la rapidez en que podría verse expuesto a angustias más profundas y cómo poder superarlas con mi ayuda. Así, en distintas ocasiones durante las primeras entrevistas puso a prueba la sincronización del ritmo. En la pregunta sobre la confianza en sus propias fuerzas, estaba contenida la cuestión de si él podía confiar en mí -por supuesto, esta temática reapareció más tarde a menudo.

Resumen: Las tres entrevistas se continúan sin ruptura en el análisis. Se logró reconocer conflictos esenciales y también llevar a cabo los primeros pasos hacia la solución de problemas. Después de las interpretaciones de defensa en contra de la angustia, cede en forma decisiva la considerable presión interior bajo la cual se encuentra. El paciente relata sus insights y sus esperanzas, y comienza a ordenar las antiguas observaciones y las nuevas percepciones. En su miedo a enloquecer, se acumulan muchos contenidos de angustia de distinto tipo, que se

expresan como equivalentes en dolencias psicosomáticas, y que desembocan, como regresión parcial, en una reacción depresiva. De acuerdo con la experiencia, el miedo a volverse loco disminuye si se logra vincular las fantasías angustiosas con los distintos contenidos que se han ido acumulando. En las 3 entrevistas hay ya algunos primeros indicios de esto. La aclaración de estas angustias tuvo prioridad, con el fin de alcanzar un nivel de relación más distendida. Ya en el primer encuentro se perfiló su manera de solucionar un conflicto en la relación con el padre. La nueva puesta en escena en la transferencia puede seguirse como el hilo conductor en las tres conversaciones. En su modo de mirar las cosas con filosofía, en sus expresiones ciertas, sabe caerme en gracia, se ríe conmigo de sí mismo y del mundo, como lo hace con su padre.

6.2 Problemas especiales

Por buenas razones, damos mucho espacio a los problemas especiales de la transición entre las entrevistas y conversaciones con fines diagnósticos y la terapia. No es mayor gracia comenzar un análisis con un paciente culto de clase media alta que se encuentra bajo una presión considerable por sus padecimientos y que está altamente motivado para una psicoterapia. En la sección 2.1 hemos dado varios ejemplos de transición sin ruptura entre entrevista y terapia. La primera entrevista, re-sumida en la sección anterior de este capítulo (6.1), tampoco exigió demasiado de la aplicación flexible del método psicoanalítico. En cambio, cuando se trata de ganar pacientes para análisis que por las más diversas razones son de difícil acceso, la capacidad del analista para hacer indicación adaptativa es puesta a prueba. Si se dejan de lado las psicosis, las drogadicciones y los casos limítrofes, que a menudo requieren de un tratamiento inicialmente en régimen de internación, hay tres grupos que presentan problemas especiales, al menos en la fase inicial, es decir, en la transición de la entrevista a la terapia, por muy distintos que puedan ser los grupos al compararlos y en cada caso individual: los pacientes de determinadas clases sociales (6.2.1), los delincuentes (6.2.2) y los adolescentes (6.2.3). Nos interesa poner a prueba la indicación adaptativa en base a casos que, al no satisfacer los criterios de selección, son rechazados porque no se prestan para la técnica psicoanalítica estándar. Si uno adapta la conducción del diálogo a las expectativas de cada paciente, el grupo de los pacientes inaccesibles se reduce a casos problemáticos especiales. De este modo, en la indicación adaptativa a muchos enfermos se les ahorra el destino deprimente de no ser

aceptado en ninguna parte y de ser mandado de una a otra parte. No cabe duda de que a menudo es muy difícil convencer a un enfermo que no está motivado, de que una psicoterapia tendría sentido para él. Por esto, aquellos pacientes que, si bien se quejan de numerosas dolencias, pero que al comienzo no les encuentran ninguna conexión probable con sus vivencias, son por igual poco queridos por representantes de cualquier escuela psicoterapéutica. No es infrecuente que las negativas se den ya al telefonar. Por cierto, es un signo favorable que un paciente no se deje desanimar y se esfuerce por conseguir un lugar para ser tratado. En este sentido, los pacientes sobre los que podemos informar, pertenecen desde ya a un subgrupo particular, en cuanto finalmente hallaron la vía de acceso hasta nuestro consultorio.

6.2.1 Proveniencia socioeconómica

Esta sección, si bien discute casuísticamente algunos problemas que aparecen preferentemente en pacientes de clases sociales bajas, lleva un título más general. Con esto queremos dar a entender, en concordancia con la investigación de Creme-rius y cols. (1979), que la proveniencia de clase suele presentar problemas técnicos típicos. No es mera casualidad que, desde que las mutuas de seguro obligatorio y las compañías privadas se hicieron cargo de los costos terapéuticos, más o menos 2/3 de los pacientes tratados analíticamente o mediante tratamientos de psicología profunda pertenezcan a los estratos socioeconómicos medios y sólo 1/3 provengan del grupo de la población que está asegurada en las mutuas locales de salud general (obligatorias). Por otro lado, del estudio de Cremerius recién citado se puede concluir que tampoco los "ricos y poderosos" encuentran un acceso fácil al analista.

Nos limitaremos entonces a las dificultades técnicas iniciales con pacientes provenientes de las llamadas clases bajas. Respecto de la clasificación de las clases sociales, seguimos los criterios generales, habitualmente en uso, de Hollingshead y Redlich (1958), como fueran adoptados por Menne y Schröter. Estos autores utilizaron como criterios de pertenencia de clase, la posición profesional y los estudios:

Se consideraron pacientes pertenecientes a la clase baja, los trabajadores (incluyendo los obreros especializados y los artesanos no independientes), los empleados de trabajo predominantemente manual y los pequeños campesinos, en cuanto no habían alcanzado el bachillerato elemental al término de su escolaridad, y tampoco habían terminado la escuela profesional técnica o comercial, y donde la ocupación y el nivel de educación de los padres -en

forma aproximativa también el de la madre- caía bajo esta categoría. En mujeres casadas, la ocupación y el nivel educativo del marido también tenía que corresponder a estas categorías, debido a que el status social y la situación socio-económica de una familia también están determinados en forma esencial por el estatus ocupacional y los ingresos del marido (Menne y Schröter 1980, p.16).

Con pacientes de clase baja, al menos en la fase inicial de la terapia psicoanalítica, hay que tomar en cuenta los siguientes puntos: El analista debe ofrecer una cantidad especialmente grande de información aclaratoria. Las molestias somáticas, vividas como independientes, deben ser tomadas más en serio de lo que usualmente se hace, puesto que "el derecho a voz" de los síntomas se descubre, de regla, más tardíamente en la terapia. Las interpretaciones profundas demasiado precoces producen desconfianza y aumentan la distancia. Si el analista no logra colocarse en la situación de trabajo y de vida de las personas que pertenecen a otra clase social, faltan las condiciones previas para la comprensión empática. En la fase inicial, una conducción muy pasiva del diálogo produce rechazo. En relación con un paciente más instruido y de clase social superior, el típico paciente de clase baja se siente aún más ofendido frente a un analista abstinentemente que piensa que no debe responder ninguna pregunta. Si se toman en cuenta las reglas de la comunicación cotidiana, que también fueron consideradas de manera bastante espontánea por Freud en su "consulta campesina" con Catalina, es posible ir armando, paso a paso, un diálogo psicoanalítico. De otro modo, se producen las reacciones descritas por Schröter (1979). El así llamado paciente de clase baja experimenta la conversación (y al analista) como "anormal", se siente intranquilo y rechaza lo que para él tiene que permanecer ajeno e inentendible. Schröter describió de tal manera los aspectos formales del diálogo psicoanalítico, que pareciera un pecado atenerse al comienzo a las formas comunicativas cotidianas. De acuerdo con nuestra experiencia, si las interpretaciones están incluidas en un diálogo que en lo esencial corresponde a las necesidades y expectativas del paciente y cuyo contenido sintoniza con sus vivencias, no se llega a las reacciones que se atribuye a los pacientes de clase baja. La observación de que los pacientes de clase baja sienten a menudo las interpretaciones como reproches, afrentas y desvalorizaciones, es por tanto el resultado de una aplicación poco empática del método psicoanalítico. Algunas experiencias obtenidas en una investigación comparativa de terapias de grupo (Heising y cols. 1982), pueden ser aplicadas a la terapia individual. Por diversas razones, a los pacientes de clase baja les importa mantener la distancia. Debido a que el paciente busca un mundo mejor y la conversación con el

analista se torna en la realidad una experiencia nueva y desacostumbrada, ciertas interpretaciones transferenciales, tanto positivas como negativas, no son comprendidas. Los conflictos se resuelven más bien en base a figuras sustitutas. Sólo más tarde es posible superar la división en bueno y malo inherente a lo anterior y elaborarla en la transferencia. Estas transferencias laterales son fructíferas para el proceso analítico. Por la distancia se genera una cierta transferencia idealizada, que es inundada por envidia inconsciente y odio de clase. Pero se debe modificar el proceder interpretativo según el cual el analista se ofrece como objeto de transferencia. Heising y cols. (1982) hablan de la afrenta que sufre el analista con pacientes de clase baja, porque en este grupo de pacientes es poco habitual la singular satisfacción que se experimenta como objeto de la transferencia, cuando ésta se hace visible. Los autores plantean la pregunta de si los fracasos en el trabajo analítico con pacientes de clase baja descritos en la literatura, así como la idea de que éstos no son tratables con medios analíticos, no tenga que ver con lo anterior.

Con pacientes de clase baja se recomienda un período de preparación más largo. Estos pacientes necesitan información aclaratoria sobre el sentido del tratamiento. La iniciación a través de un proceso de aprendizaje amplio en terapia de grupo ha demostrado ser útil (Junker 1972; Reiter 1973). Por razones parecidas a las de los enfermos somáticos, es esencial que el analista responda las preguntas de manera bien concreta y realísticamente. Si se guardan estas sencillas reglas dictadas por el sentido común, se esfuman muchas de las presuntas características atribuidas al paciente de clase baja (y al enfermo psicósomático, véase 9.9) y con las que se relaciona la intratabilidad, tales como pobreza de fantasía, superyó rígido y miedo a la autoridad. También la incapacidad para ver los conflictos interiores como significativos, y la tendencia de cargar la responsabilidad por el padecimiento a causas externas y no a conflictos internos, es a menudo un producto artificial. Este surge de las impacientes expectativas de que el paciente ya traiga consigo algo de insight sobre sus conflictos interiores.

De acuerdo con esta falsa apreciación de las características típicas, los pacientes de clase baja se parecen considerablemente a aquellos enfermos del círculo de pacientes privados ricos, que durante años son tratados sin éxito por su "estructura psicósomática" (véase 9.9). Todo habla en favor de que ambas categorías diagnósticas son productos artificiales. Si se simpatiza con el mundo del trabajador y si se hacen esfuerzos por llegar a una indicación adaptativa, las dificultades iniciales se desplazan a un segundo plano. A menudo, el interés del analista por la vida de un enfermo de otro estrato cultural que el propio se ve ampliamente recompensado.

Leodolter (1975) y Wodak-Leodolter (1979) han señalado que la teoría de los códigos de Bernstein (1975) es totalmente insuficiente para describir la comunicación entre un paciente de clase baja y un médico de clase media. En su teoría de los códigos, Bernstein pone en tela de juicio la posibilidad de lograr una conversación terapéutica entre un paciente de clase baja y un médico proveniente -generalmente- de la clase media. Debido a su código restringido, al paciente de clase baja le faltaría la capacidad de verbalización requerida, razón por la cual el médico tampoco encontraría acceso al mundo del paciente. Ostensiblemente, Bernstein partió, al igual que Schröter, de las reglas establecidas por la técnica psicoanalítica estándar, que en realidad tampoco permiten un diálogo como lo espera el sentido común. Si uno se libera de tales ataduras, muchas observaciones demuestran ser producto de una aplicación derechamente abusiva del método psicoanalítico. Sea como fuere, la investigación del intercambio verbal y averbal exige reconocer que la problemática es mucho más compleja que lo delineado por Bernstein. Wodak-Leodolter plantea, por ejemplo, las siguientes preguntas:

1) Al paciente de clase baja, ¿le falta realmente "capacidad de verbalización"? 2) ¿De qué manera se diferencia la socialización de la clase baja de aquella de la clase media?; ¿cuáles son los trastornos de la comunicación que se plantean en cada caso?; en cuanto a esto, ¿cuál es la forma de terapia adecuada en cada caso? 3) ¿Qué significa curación para el paciente de clase baja?: la crítica de que la psicoterapia llegaría a ser una "adaptación" a las normas de la clase media, a la compulsión del sistema, debe ser al menos discutida (1979, p. 187). En nuestra opinión, tampoco tiene sentido considerar la "capacidad de verbalización" como una característica global, en vez de desglosarla y con ello hacer justicia a las cualidades especiales de la capacidad expresiva de las personas más sencillas.

Ejemplo 1

Susana X, una mujer de cerca de 40 años, sin profesión, provenía de un medio ambiente pueblerino y estaba casada con un obrero. La paciente me consultó debido a que a menudo iba a parar a situaciones sin salida que terminaban con la aparición de un estado de agitación. En sus frecuentes estados crepusculares, no sabía lo que decía ni lo que hacía. Arrancaba corriendo, sin meta. Estas situaciones eran precedidas por violentas disputas con su marido. El motivo era mínimo, decía, y el griterío espantoso. La tensión disminuía no antes del día

siguiente y a veces sólo des-pués de tres días. El tratamiento medicamentoso de años no había traído consigo cambio alguno. Frente a sus preguntas acerca del sentido de una psicoterapia, tanto el médico de familia como el psiquiatra le habían dicho una y otra vez que para ese tipo de tratamiento carecía de suficiente dinero y de inteligencia. Criada en un me-dio ambiente pobre, había entrado a trabajar siendo niña. Para no tener que ali-mentar tantas bocas, al terminar la escuela básica tuvo que salir inmediatamente a ganarse el sustento. El haber sido hasta el momento rechazada para una terapia, había confirmado su expectativa de ser demasiado pobre y tonta. Sin embargo, Susana X no se había dejado desanimar en su afán de cultivarse. Con la ayuda de los medios (revistas, li-bros, radio y televisión), se había informado ampliamente sobre psicoterapia y psi-coanálisis, y finalmente se había dirigido a un psiquiatra, quien la derivó a una analista, con la suposición de que ésta sacaría de raíz las ideas poco realistas a la mujer, no quedándole otra que enterrar definitivamente su deseo de una psicoterapia. Al indagar más con mi colega, resultó que él había hecho frecuentemente la experiencia de que al derivar pacientes de clase baja, los analistas no habían hecho una indicación de tratamiento.

En una mezcla de obstinación, angustia y desconfianza, Susana Y había tratado de ampliar sus estudios en forma autodidacta. Se reconocía en varios títulos de li-bros. El título de Richter (1976) Flüchten oder Standhalten (Huir o perseverar), la había llevado a buscar analizarse. Después de aproximadamente 100 sesiones, me trajo aproximadamente 10 de sus libros preferidos. Tiempo después me preguntó por qué no le prohibía la lectura de esos libros. Mi manifiesta confianza en su ca-pacidad de cultivarse le daba ánimo.

Al revisar las 10 primeras horas del análisis de baja frecuencia de 3 años, me llama la atención que la paciente trató de provocarme, casi en cada una de estas sesio-nes, para que interrumpiera, desistiera, como si no le bastase con ser rechazada por pertenecer a los de "abajo".

En las primeras entrevistas, mientras yo atendía sentidamente su relato de cuánta pobreza, miseria y, ante todo, cuántos castigos físicos había tenido que soportar en su niñez y en su juventud, una y otra vez intercaló intempestivamente la pregunta: "De verdad, ¿no me habré equivocado de lugar acudiendo a Ud.?" De esta forma me asestaba una y otra vez "golpes". Por el contenido de mis intervenciones, le indico que aquí ella espera encontrar los golpes recibidos de su padre, y por eso transfor-ma activamente la situación (a través de la identificación con el agresor). Describe lo brutal que había sido su padre, cómo gritaba y golpeaba, cómo lo único que le importaba era el dinero. Que se había casado con su marido porque era todo lo con-trario, es decir, bonachón. Pero, era precisamente eso lo que ella le echaba en cara en las disputas, que tenía

demasiada paciencia con todo y con todos. Eso la llevaba a un estado de rabia y de desamparo angustiados. Como última frase en la primera entrevista dice: "¡El que ha sufrido la maldad, se siente una y otra vez atraído a ha-cer lo malo!" Me esfuerzo en entregarle suficiente información para sus preguntas de "si no estaba equivocada de lugar". La paciente había dicho que había leído mucho. Mis respuestas más bien se limitaron a señalarle que quería hacer el intento de entender-la, que quería conocerla y que ella pudiera conocerme a mí antes de continuar ha-ciendo planes. Para ella, que con gusto hubiera peleado inmediatamente conmigo, todo lo nuevo e inusitado le producía desasosiego. La segunda sesión comienza con una mirada desafiante dirigida hacia mí: "¿Tiene algún sentido todo esto?" Mi indicación de que en primer lugar quería seguir escu-chando lo que aún tenía para contarme, la lleva a la exposición minuciosa de dos temas. Primero, dice que por el momento seguía una transmisión por la radio: "Ha-blar y dejar hablar". El que en base a esta transmisión, en realidad describiera en de-talle lo que aquí le había fascinado en su primera conversación, no es puesto en palabras ni por ella ni tampoco por mí. Simplemente, estamos de acuerdo en que este modo de hablar es algo bueno. Luego cambia al segundo tema, describiendo una pareja amiga que por delante se hacían los simpáticos con ella, pero que por detrás hacían correr terribles chismes sobre ella. Hace la observación de que como ella había crecido en la maldad, ya estaba al corriente de esas cosas. Sigue diciendo que a su hermana le había pasado algo parecido. El marido de ésta se había quitado la vida. Si todo seguía así, también a ella sólo le quedaría el sui-cidio. Ya tenía todo dispuesto. Me informo en forma precisa sobre sus preparati-vos, diciéndole que exactamente en el momento en que una persona le salía al en-cuentro con simpatía -sentimiento que ella percibía de mi parte- quería poner fin a todo mediante una mala acción, a través del suicidio. Solicita, retiró los prepara-tivos de suicidio, e inmediatamente pasó a considerar otra posibilidad de quitarse la vida. Se inicia así una lucha de vida y muerte. Antes de comenzar la tercera sesión, me topo con Susana X en el pasillo frente a la sala de espera y le digo: "Vuelvo enseguida". Al abrir la puerta del consultorio cinco minutos más tarde, permanecía parada justamente al lado de la puerta. Había tomado mi comunicación en forma literal, y justifica su puesto de observación con el deseo de seguir con el oído lo que yo hacía. Me regaña diciendo que no había na-die en la pieza de consulta y que podría haber entrado inmediatamente. Yo estaba ahí, ¡entonces! Inmediatamente relaciona este tema con el de la pareja de amigos, que siempre halagan, pero que en realidad sólo les interesa sacar ventaja propia; qué manera más miserable de comportarse con los demás. Continúa contando que dos personas se habían ahorcado, uno de ellos

hacía pocos días. En esta sesión, repite tres veces: "¡Ahora sí que iré a arreglar cuentas con éstos, el sábado iré!" Luego, se le ocurre que el hombre era igual que su tío, quien, al igual que su padre, sólo sabía gritar y pegar y andar tras del dinero. Llega a la conclusión de que la petición de cuentas sólo acarrearía peleas, y que seguramente tendría que arreglar ese asunto consigo misma. Dice que ella ya había aprendido algo de mí; que su marido se había comportado ayer nuevamente como un estúpido en la empresa, porque todos le exigían algo más, llegando de este modo agotado a casa. Ella sólo lo había escuchado y nada más. Antes, le habría hecho saber lo bobalicón que era.

Opina que yo tengo razón, que ella bien podía dar golpes con las palabras, ella sí que se las podía en eso de "dejar a los demás turulatos" y "garabatear". Claro que de niña no había aprendido a hablar con los demás. Recuerda que su madre sólo sabía decir dos frases: "No debes robar" y "debes obedecer siempre". En la cuarta sesión, cuenta que el día anterior había fotografiado árboles, porque quería retener la imagen de los árboles a través de las cuatro estaciones. Dice que hasta ahora, los árboles representaban sólo hojas para ella, hojas que había que barrer. Había comprobado que para ella hasta los árboles significaban sólo algo malo. Sin que yo haga ningún comentario al respecto, la paciente muestra su talento psicológico, muy de ella, en el sentido de que ahora reconocía sus propias capacidades de cambio y des-arrollo. Ahora colaboraba, mostrando con ello un cambio, por ejemplo, dejaba que su marido se desahogara. Me es claro que de esta forma ella está imitando la inter-acción conmigo. Si le hubiera señalado estos aspectos transferenciales, me habría rechazado. Porque: ¿qué tenía que ver esto con lo que hace una doctora?: con ésa de allá arriba, por de pronto no tenía nada que ver. Rechazaba conscientemente tales conexiones. En repetidas ocasiones, me había dicho, además, que ella pertenecía a los de abajo y yo a los de arriba. De haber relacionado este tema conmigo, ella habría reaccionado con angustia, como defensa. Habría comenzado a alegar que lo que ella hace no tiene nada que ver con lo mío, me hubiera echado en cara que yo me hago la simpática con ella, algo que por el momento ve más claro y puede tratar mejor en relación con sus amigos.

Desde el punto de vista técnico, el hecho de que los adjetivos con los que se refiere a su familia de origen vuelvan a aparecer casi sin modificación en la descripción de otras personas, permite establecer relaciones más directa y rápidamente que en el caso de pacientes muy desconfiados de clases más altas. De este modo, al comienzo me sorprendió que la paciente utilizara las mismas expresiones para su amigo, para su padre y para el tío: codicioso, mandón, inhumano.

Los conflictos con su marido eran frecuentes, debido a que la paciente había adoptado los insultos de su padre, por identificación con él. Había asumido las injurias que su padre lanzaba, llamando a su marido pobre diablo y tratándolo como tal, como a un inútil, con frases como: "El que no tiene dinero es un don nadie". En las sesiones siguientes, se fue afianzando cada vez más el aspecto de seducción edípica en relación con el padre. Desgraciadamente, interpreté demasiado pronto que ésta era la manera en que ella seducía a su padre. Me miró atónita, rechazando como algo grotesco la interpretación de su conflicto interior, y me consideró como no digna de crédito y extraña, del modo como se ha descrito tantas veces. En mi opinión, aún no se ha aclarado lo suficiente el que los conflictos pulsionales no se puedan interpretar, o que sólo se los pueda interpretar tardíamente. Muchas personas viven en las polarizaciones y de acuerdo a la ley del todo y nada, algo que los pacientes de clase baja llenan con contenidos especiales. Descripciones estáticas sobre la existencia de funciones superyoicas rígidas o yoicas débiles, son totalmente insuficientes para captar estos complicados procesos.

Con más cuidado, busqué no desencadenar nuevas defensas de angustia. Susana X pasó a asegurarse, mas rápido que lo esperado, de que yo no la iba a echar: "Tiene que preocuparse de que yo no siga un falso camino". Empezó a hablar más de su madre. En la siguiente sesión, llega vestida con una chaqueta de color rojo furioso, riéndose y preguntando si yo sabía lo que esto significaba. Dice que viene vestida de caperucita roja después de que fue despedida por su madre. Se sentía despedida, porque yo no había confirmado explícitamente su deseo de preocuparme por ella: su petición no había sido satisfecha. Desde su punto de vista, yo tendría que haberle dicho: "Sí, yo asumo ahora esas funciones maternas". En eso consistía ahora mi deber como médico. En el tiempo que siguió, invierte rápidamente este tipo de desilusiones desvalorizando la función del médico. Este tema alcanzará su culminación mucho más tarde, en la etapa final del tratamiento, cuando el tema de la privación del poder fue tratado a fondo en sus diversos niveles. Después de que en la etapa inicial fueran disminuyendo las dificultades determinadas por su origen social, de la manera como lo ilustramos anteriormente, en ciertas etapas especialmente productivas del análisis fue posible mostrar a la paciente la envidia inconsciente, edípica y preedípica, aspectos que fueron tratados en relación con su deficiencia educacional real. También quedó claro cómo de este modo, como en un círculo vicioso, se agudizaba la carencia, tanto en el nivel de sus vivencias como en el nivel de la realidad. Cuando la paciente reconoció el tipo de necesidades que intentaba satisfacer indirectamente, aprendió a diferenciar entre intenciones conscientes e inconscientes. Fue revelador cómo se transformaron las

prohibiciones y preceptos interiorizados, es decir, las instancias superyoicas que al comienzo sentía como al-go ajeno. Reemplazó fórmulas tiránicas ajenas por palabras propias. Esta apropiación condujo a una parcial reestructuración. Un año y medio después del término del análisis, Susana X me llamó por teléfono y me contó que le iba bien, y que aún luchaba interiormente para no sentir la separación de mí como un repudio de mi parte. Dijo que la confianza en sí misma -lograda a través de la identificación con lo que conmigo en el análisis había ganado para su vida- mostraba su utilidad a través del tiempo. Aunque una y otra vez se le planteaba la duda de si su análisis no había quedado demasiado corto debido precisamente a su origen social.

Ejemplo 2

La presentación del siguiente caso tiene por objeto mostrar la posibilidad de apoyarse en las capacidades yoicas específicas de la profesión para equilibrar las diferencias sociales y los complejos de inferioridad que con ellas se relacionan.

Víctor Y, de 37 años, consulta por trastornos del dormir y dolencias corporales, después de haber sufrido una "derrota" en un examen. Trabaja como mecánico de montaje desde que tenía 18 años. Debido a sus capacidades, se sintió suficiente-mente seguro como para intentar un examen de promoción, pero su conflicto con las autoridades desbarataron sus proyectos. El paciente pertenece a una familia nu-merosa y satisfecha consigo misma.

Entre la petición de la hora y el comienzo de la terapia que duró 7 meses, pasan algunas semanas. Refiriéndose a esta pausa, intercalada por él, me explica su técnica de dominar los conflictos con la autoridad a través del distanciamiento. Sin em-bargo, agrega que es algo que también le acarrea desventajas. En relación con esto, le hago saber que también aquí ha comunicado un aparente desinterés. Replica que sí, pero que está claro que quiere una terapia.

Sigue una relación precisa del examen, de resultados tan poco felices para él. Se pone aún más minucioso al describir el trato entre jefes y subalternos, apasionado en la descripción de experiencias típicas, sin que falten las situaciones cómicas.

Me mira sorprendido, se interrumpe, dice que estuvo a punto de hacerme la pregunta: "Y Ud., también empezó desde abajo?" Quiere que yo lo entienda.

Agrega que había puesto todo de su parte para alcanzar un cargo de nivel medio. "¡Y aho-ra!" De repente se pone a llorar. Ahora, además, está perdiendo sus amigos. Con ellos sólo se puede hablar de autos. El quiere salir de ahí. Tanto los

familiares co-mo las amistades allá afuera le echan encima más indirectas, de que toma su traba-jo a la ligera. No se siente reconocido. El problema de quedarse dormido sigue siendo un problema grave. Al acostarse le pasan tantas cosas por la mente. Pero él no es amigo de las tabletas. "Pero ahora", interrumpe diciendo, "tiene que perdo-narme este salto, ¡mis padres! Vinieron a visitarme. Y ahí me di cuenta, que no quiero llegar a ser como ellos. Lo único que mi madre hace es consumir y mante-ner a mi padre bajo su tutela. Antes, mi padre era la autoridad, era el sargento ma-yor, y todos tenían que servirle." Luego dice que exagera las enfermedades, igual que su madre. Apenas siente algún dolor, y ya lo cuenta a medio mundo. Su mujer en cambio, puede tener por días dolor de cabeza o de espalda y no dice nada. Quiere que yo lo entienda correctamente, no es que él grite a su alrededor, sino que refun-fuña para sus adentros. Y eso, probablemente, sea mucho peor. Y otra cosa más, le gusta apasionadamente ordenar la casa, por ejemplo, la cocina, lo que para su mujer no es ninguna ayuda. Además, él tiene que sentarse siempre en su silla. A continuación describe otros comportamientos obsesivos y supersticiosos.

Víctor Y es representante de los padres de la clase de uno de sus hijos. Relata que antes de la reunión de padres siente opresión en el pecho, e indica su corazón. En-tonces, deja que otros hablen primero, que él se limita a recolectar informaciones, y que después de eso se le hace más fácil hablar. Le digo que teme que lo ataquen en el caso de que comenzara a hablar primero. Asiente, así es, él trata de hacerle el quite a eso dejando siempre que al comienzo hablen los otros. Agrega que ahora tiene que dar otro salto, que su cara se pone roja hasta detrás de las orejas cuando entra, por ejemplo, un superior; y esto por cierto que no es nada, absolutamente nada. En efecto, antes de quedarse dormido prepara largamente las alocuciones que quisiera sostener al día siguiente. Pero que no dice lo preparado, sino que impro-visa. Le respondo que ya que es capaz de improvisar, entonces significa que tiene seguridad en sí mismo. Lo niega, no, pues de un momento a otro se pone a rega-ñar, a atacar a los demás, y luego le viene un sentimiento de culpa tras del otro. Lo mejor sería no decir absolutamente nada. Dice que su vecino hace lo mismo y tiene líos con todo el mundo.

En la siguiente sesión permanece callado. Dice que espera de mí la orden: "¡Aho-ra, comience a hablar!" Agrega que en el entretanto se ocupa con su trabajo men-tal, sólo después permite que algo salga fuera. Que no necesita tratamiento. Lue-go, reflexiona acerca de lo mal que le va. "Bueno", se dice a sí mismo, "¡entonces haz algo para cambiar tu situación!"

Ahora empieza a contar toda clase de cosas, siempre en la forma de soliloquio, dirigiéndose a sí mismo por el nombre. De este modo, me es imposible agregar

al-go. Aparentemente, así me ofrece un cuadro de cómo habla consigo mismo antes de quedarse dormido por la noche, y al mismo tiempo me dice lo que le pasó en el turno de noche. "¡Justo que termino, y suena el teléfono! El señor Z.: qué manera de ser oportuno. Pregunta que por qué hay aún nieve frente a su taller; respondo: porque nevó. Que por qué no ha sido barrida; porque la maquina de barrer nieve aún no ha pasado." Agrega que se había sentido bien durante la conversación, ya que el otro se irritaba inmediatamente. Con él sí que podía pelear, porque es tan bobo para hacer preguntas. Enrojece al decirlo. Después, cuando estaba en la ducha, se había dado cuenta que debería haber procedido en forma totalmente distinta: primero, escuchar, luego decir "sí", luego: "pues algo anduvo mal" y luego: "se hará in-mediatamente". Si eso hubiera pasado en la tarde, se habría desvelado toda la noche. "Ese, ése tiene que estar atento a todo, en eso ve su tarea." Dice que le gustaría tener ese tipo de trabajo, eso es algo que también él puede hacer. Mi observación acerca de que expresa en el lugar inadecuado su estado de ánimo, poniéndose al mismo instante en una posición equivocada, lo confirma con un "sí". Se le ocurren algunos ejemplos de cómo otros dominan sus agresiones.

En los días siguientes le va mal, obstinado y testarudo, trabaja sólo "para cumplir con las reglas".

Con la insinuación de la pregunta: "Ud., ¿hizo también una instrucción técnica?", el paciente, que en las dos primeras sesiones describió en diversas versiones su conflicto con la autoridad, quiso hacerme entender que yo, como doctora, naturalmente tenía otro historial y que sólo él era competente en relación con su situación laboral. Escucho atentamente sus largas aclaraciones, sabiendo que de este modo puede gozar de su competencia. Así, puedo reconocer las capacidades únicas de este paciente obsesivo, sometido por el superyó. De no ser por esta "competencia", frente a la autoridad del médico no podría haber expuesto en forma tan natural, segura y sin miedo. Luego, describe lo competente y responsable que es al tomar decisiones en su oficio pero que, cuando lo hace, se siente muy pronto regañado.

Al decirle que ahí donde él posee autoridad real no se siente seguro de ella, empieza inmediatamente a hablar del médico de la firma: que es un hombre que con sus atribuciones, y a pesar de su calificación médica, no realiza nada. Le había prescrito una cura 1 que había sido muy linda, pero que no había servido de nada, al igual que los medicamentos recetados.

El paciente, que no es muy hábil en lo verbal, describe en las siguientes tres frases la manera como él ve sus dificultades. Cuando su padre decía algo, significaba que había que servir al ex sargento mayor. Si la madre decía algo, se

caía bajo su tutela, en interdicción. El paciente teme ser parecido y, al mismo instante, dice que no quiere llegar a ser así.

1 Estadías en sanatorios o instituciones de reposo, donde los pacientes, habitualmente con dolencias psicosomáticas, se someten a todo tipo de actividades "saludables", que se supone tendrían un efecto curativo: gimnasia, terapias de grupo, terapias corporales como masajes y baños termales. Naturalmente, tales estadías no tienen más efecto que sacar temporalmente al paciente de un medio ambiente conflictivo, y promover la regresión en un ambiente más o menos protegido. Este tipo de "curas", de larga tradición en los países de habla alemana (también Freud hace alusión a ellas), forman actualmente parte de la red de prestaciones sociales en Alemania Federal y son financiadas por las mutuas de salud y compañías de seguro de enfermedad (nota de J.P. Jiménez).

Con los diálogos sostenidos consigo mismo, de los que me comunica pedazos importantes, me muestra no sólo su síntoma, sus cavilaciones que no lo dejan conciliar el sueño, sino que al mismo tiempo también la manera como evita la transferencia. Hay veces en que este paciente asume la dirección de la sesión de forma totalmente consciente. El diálogo y el trabajo en conjunto siguen adelante, gracias a que no interpreto que él tiene que declararme la guerra porque teme mi omnipotencia.

También sucede que después de la liberación de las limitaciones neuróticas por la elaboración de su agresividad inconsciente (edípica), ciertas limitaciones intelectuales impiden su ascenso en el trabajo, aunque él ya no necesite de éste para llevar a buen término la rivalidad con su padre (y con personas sustitutas). En la última sesión del tratamiento, Víctor Y hace alarde de sus términos técnicos al describir un accidente en el turno de noche. Mi constatación de que al respecto puedo decir poco debido a mi falta de competencia, lo hace reír triunfalmente. Luego, le alegra mi acotación de que había sabido enfrentar decidida y flexiblemente una situación difícil, procediendo inmediatamente a efectuar la reparación requerida. Dice que sí, que se sentía más humano. Ya no era más el que era conocido por su descontento perpetuo. Sí, allá fuera ya no lo reconocen. Con la frase repetitiva de: "Por favor, ¡no vaya a tener miedo de que me vuelva loco!", me hace reír otra vez más. Hace un recuento de lo que ha cambiado, vuelve otra vez a lo del examen no aprobado. Riéndose a medias, dice: "Estoy conforme con seguir siendo mecánico, y con no haber sido aceptado inmediatamente en la escuela técnica." Replico haciendo un escueto resumen de las dificultades de las que se quejaba en un comienzo, y que ahora dejaba detrás suyo, como enfurecerse en contra de algo, ponerse furioso en el

momento no indicado, no encontrar las palabras adecuadas en el momento preciso, etc. No, él ya no estaba dispuesto a bailar a ese son. Interrumpiendo el relato por pausas reflexivas, dice que las fuerzas que tal vez tiene las debe vivir a fondo, sentirlas, y luego también hacerlas productivas, aunque no siempre tenga el temple necesario. Le digo que ésas son buenas palabras finales. Se levanta y dice "sí". Dice que también informará a su médico. Víctor Y me da su mano. "Gracias. No vuelvo más". Así, con picardía evita la fórmula habitual de un "hasta luego".

6.2.2 Delincuencia

De acuerdo con una postura flexible y adaptativa frente a la indicación, como fuera descrita y fundamentada en el tomo primero, es muy posible tratar psicoanalítica-mente con éxito a personas que sufren de un síndrome antisocial. En tales casos, queda muy pronto demostrado que la etiqueta engaña: de ningún modo son solamente el medio ambiente y la sociedad quienes sufren por los comportamientos antisociales y delictivos de este grupo bastante heterogéneo de personas. Un gran número de estos casos, dejados de lado y aparentemente sin esperanza, sin lugar a dudas sufre por su manera de ser y de comportarse incontroladamente. En base a una experiencia de aproximadamente 30 años, recolectada principalmente por las instituciones forenses y psiquiátricas de los Países Bajos, es posible justificar un cauteloso optimismo en relación con la tratabilidad (Goudsmit 1986, 1987). La aplicación modificada del método psicoanalítico es mucho menos heroica que en el proyecto Menninger. Refiriéndose a Ticho, Wallerstein (1986) comenta que, en su tiempo, era una empresa "heroica" atenerse a la técnica estándar en aquellos casos que hubieran necesitado, como se sabe actualmente, de una mayor flexibilidad en la combinación de los medios terapéuticos.

Las modificaciones, que en el entretanto han demostrado en todas partes su utilidad, se dirigen a la estructuración de una relación terapéutica. Muchos antisociales no experimentaron lazos familiares fiables en su niñez y juventud. Cuando se ha establecido una relación terapéutica con un paciente antisocial, es necesario mantener una especial precaución, porque de manera encubierta surge inquietud. El paciente ha experimentado demasiadas veces que, por un tiempo, se ha podido llevar bien con una persona, hasta que se produce el corte sorpresivo, corte que, desde el punto de vista del paciente, es prácticamente siempre producido por la culpa del otro. Conocidamente, la proyección en el mundo externo es el mecanismo de defensa privilegiado de estos pacientes.

Esta proyección conlleva la expectativa ansiosa del corte, lo que induce a ciertos pacientes a iniciar en ese momento el intento, manejado inconscientemente, de anticiparse al término provocándolo ellos mismos. De ser así, en el caso de tratamientos hospitalarios surge la tendencia a huir, mientras que en los tratamientos ambulatorios se puede llegar a mejoras aparentes, cuyo objetivo no es otro que apaciguar al terapeuta. Es importante no caer en la seducción de tales intentos de autoengaño, y esto porque de esta forma es posible separarse en buena forma, aunque, en general, se pueda prever la recaída (de ambos involucrados). Una apreciación objetiva de la duración necesaria de la terapia puede asegurar la continuidad de ella. Así, que el analista se mantenga a una distancia amable, a pesar de su comprensión por la situación momentánea del paciente, así como que tampoco se deje enganchar por el deseo momentáneo de éste en el sentido de una satisfacción a corto plazo, es algo que también va en interés del paciente.

A menudo, al principio se hace necesario dejarse llevar por las representaciones que el paciente tiene de la terapia, con el objeto de ganar su confianza y para no obligarlo a tener que rebelarse contra aquellas reglas que para su manera de sentir vienen de arriba. En el siguiente caso, y de acuerdo con el deseo del paciente, se procedió a hipnotizarlo algunas veces, y más tarde se efectuó una combinación con terapia de movimientos. En muchos casos de delincuentes se hace prácticamente indispensable la inclusión de un trabajador social en el plan terapéutico.

Ejemplo

Primera entrevista y datos del historial de vida

Seguimos las anotaciones detalladas del analista tratante, que hemos resumido con su consentimiento. Creemos hacer justicia al texto original, porque nos atenemos a la estructura dada y porque reproducimos ciertos pasajes, especialmente concisos, de la conversación personal, escogidos por el autor. El tratamiento de Simón X comenzó con una llamada telefónica, seguida por una primera entrevista al día siguiente. Este hombre, de 37 años, antisocial y con antecedentes penales, vino a ver de emergencia al analista quien le ofreció una atención de primeros auxilios. Fue decisivo que el analista aceptara el deseo de Simón Y de someterse a una terapia de hipnosis, unido a una amenaza de suicidio, no en primer lugar como señal de extorsión, sino como expresión de una situación de emergencia grave. De no haber sido así, todo hubiera quedado

en la llamada telefónica, que el paciente habría registrado como un rechazo más. La buena disposición del analista de entender el repertorio de ayudas terapéuticas en forma amplia y de tomar en serio el dictamen de Sandler (1983) de que el "psicoanálisis es lo que los psicoanalistas hacen", contribuyó esencialmente a afirmar la confianza. Son muchas las cosas que por ambos lados tienen que haberse juntado para que ya en la primera conversación se haya hecho sentir una relación útil, que sobrevivió los tres meses de espera hasta el comienzo de la terapia.

Sospechamos que el paciente pudo soportar tan bien el período de espera, porque vio en el ofrecimiento del analista su última oportunidad y porque pudo irse, después de la larga primera conversación, con la esperanza de encontrar apoyo y seguridad. El paciente había descrito sus experiencias anteriores, cuya repetición temía, de la siguiente manera: "Temo que ya nada se puede hacer conmigo, eso han dicho todos los demás médicos, y una y otra vez me botaron." Después de llorar un rato, le preguntó al analista: "Dígame, ¿por qué en realidad malgasta el tiempo conmigo? Así como lo ha hecho Ud., nadie ha hablado jamás tanto rato conmigo." En ese momento, el analista aseguró al paciente, de una manera digna de crédito, que había tomado la decisión de tratar de acompañarlo en su lucha por una vida nueva, pero sin saber si la hipnosis sería realmente el camino correcto, aunque estaba dispuesto a intentarla si es que él tenía muchas esperanzas puestas en ella.

De los pensamientos y sentimientos cuyo tenor a continuación se describe, resultaron algunos puntos de apoyo subjetivo para la decisión de este analista de intentar una terapia: "Es una mezcla de profunda compasión y rabia por la forma como lo han tratado y de un sentimiento de omnipotencia: ¿Qué puedo hacer aún por él? Con todo, a lo largo de la primera entrevista tuve la impresión de poder trabajar con el paciente y de que hasta ahora nunca se había hecho un intento serio de tratarlo ... Debo agregar con énfasis que no tengo la sensación de que este ofrecimiento haya sido obtenido por la fuerza."

El analista no conocía aún los detalles de la anamnesis y de las anotaciones de otras instituciones al momento de tomar una decisión positiva. Estos informes fueron solicitados y examinados con el consentimiento del paciente. En relación con los datos externos del tipo de trastorno antisocial y delincuencia, existía acuerdo con los datos ofrecidos por el paciente, que resumimos brevemente para hacer entendible el desarrollo del tratamiento.

El paciente, nacido de una relación extramarital, no había sido deseado y había sido llevado de un lado para otro a lo largo de su vida o, mejor dicho, se habían deshecho de él: luego de nacer, de la casa cuna fue mandado a la de los padres

de su madre, personas mojigatas que daban gracias a Dios de que su padre, miembro de la resistencia holandesa, hubiera sido tomado preso y ejecutado en un campo de concentración. En la escuela pública permaneció aislado e impedido por un tartamudeo que se fue agudizando a lo largo de los años. Siendo todavía un niño había llorado mucho, síntoma que más tarde irritaría a los ayudantes, quienes no sabrían qué hacer con él a causa de sus llantos. El consejo bienintencionado de un médico de escuela, de mandar al debilucho onceañero a un reformatorio en el oeste del país, condujo a nuevos y graves traumatismos. Por su dialecto, permaneció marginado de los demás jóvenes, que provenían de la ciudad. El recuerdo de la despedida de su madre en el andén, quien no escuchaba sus ruegos de poder quedarse y -como lo comprendiera más tarde- probablemente tampoco podía hacerlo, quedó vivo en su memoria como una fea traición. Simón describe los dos años en el reformatorio como una época atroz.

Luego de regresar a su pueblo natal, interrumpió dos aprendizajes como mecánico de automóviles a los pocos días de comenzarlos, debido al desánimo que le producían el aislamiento y sus vacíos de conocimientos. Luego de algunas actividades esporádicas como obrero no calificado, Simón Y aprobó el examen de conductor de automóviles y de camiones. Debido a un robo, fue condenado a seis meses de prisión con libertad vigilada. Durante el largo período de prisión preventiva, rechazó tanto la compañía de otros presos como la ejecución de las tareas encomendadas. Después de la excarcelación, trabajó en forma irregular como conductor. Era frecuente que presentara parte de enfermo a causa de dolores de cabeza y de espalda. La situación habitual de ser mandado de un lado a otro entre los servicios sociales y de psiquiatría social se intensificó. No supo qué hacer con la ayuda que se le ofrecía, de manera que por sí mismo interrumpió dos estadías en una clínica psiquiátrica. Con 22 años, Simón Y fue internado en un centro de intervención en crisis, a raíz de una pelea extremadamente violenta. Sus inclinaciones pedofílicas, que hasta entonces casi no había practicado, se le hicieron plenamente conscientes entonces. Vivía con un amigo más joven, abrigando la esperanza de llevar con él una vida más estable. Al cortar su amigo la relación, cayó en un comienzo en un estado de rabia desesperada y luego en una distimia depresiva con ideas suicidas. En la red de servicios de psiquiatría social y de interconsultas, Simón Y cayó en los vacíos de la responsabilidad y la idoneidad compartida. Una exploración psicométrica estableció un CI de 104. Sus dibujos tenían el nivel de un niño de 12 años. Sus capacidades de adaptación social fueron catalogadas como mínimas. Sin embargo, su MMPI era sorprendentemente normal. A lo largo de los años, se le había prescrito una gran cantidad de psicofármacos, que al

empezar la psicoterapia hacía un buen tiempo que no ingería. Finalmente, el resultado de otras exploraciones psiquiá-tricas ambulatorias informaba de que nada se le podía ofrecer a este paciente quien, al preguntar acerca de la posibilidad de ser liberado de su trastorno mediante hipno-sis, por primera vez informaba sobre sus inclinaciones pedofílicas. A Simón Y esto se le había ocurrido a raíz de una lectura sobre yoga. Nuevamente fue remitido al departamento de trabajo social, para que se encontrara otro acomodo para él. Desde ha-ce años vive en una casa ruिनosa y, desde la separación de su amigo, en total aisla-miento, acompañado sólo por un perro como único "interlocutor".

Simón Y ha reflexionado mucho sobre el sentido de su vida y sobre sus dificultades, buscando una solución en la creencia de la reencarnación. Tiene temor de no poder salir más de su aislamiento y no está seguro si de verdad tiene inclinaciones pedofílicas o no. Cortas relaciones sexuales con mujeres no lo habían tocado, mientras que los muchachos menores de 20 años lo entusiasmaban: "Tal vez busco en ellos el amor que nunca recibí". El que este pensamiento pudiera haberle sido sugerido en las numerosas conversaciones previas, cambia poco la precisión con que Simón Y describe, desde su punto de vista, su situación.

El analista tratante dividió la terapia en etapas de tratamiento, que se orientan en datos externos y en temas esenciales. Reproducimos textualmente y resumimos algunos pasajes especialmente precisos. Después de aproximadamente 9 meses, los esfuerzos por consolidar la relación terapéutica hicieron posible el paso hacia una psicoterapia analítica. Por razones didácticas, aquí nos interesa esta larga fase de preparación y la manera como ésta fue estructurada por el analista. Terminamos la reproducción en el momento en que comienza la transformación.

Primera fase del tratamiento

Durante los tres meses de espera la situación personal y social de Simón Y no ha empeorado. Llega puntual a la cita. Da la impresión de estar desconcertado y de haber llorado, solamente dice: "Aquí estoy." Debido a lo perjudicial que podría ser una pausa en este momento, le pregunto nuevamente cómo es que había llegado a la idea de la hipnosis y lo que espera de ésta. Relata experiencias anteriores de yo-ga. El profesor de yoga le habría contado que el ser humano tiene una vida in-consciente profunda y que con ayuda de la hipnosis se puede a veces mirar detrás de la máscara. Digo al paciente que eso es verdad, pero que no obstante, en muchos casos el mirar detrás de la máscara es insuficiente para poder de verdad trabajar in-teriormente lo oculto detrás de ella. También le señalo que detrás de la máscara es muy posible encontrar cosas verdaderamente

terribles. Propongo que una sesión de hipnosis podría ser grabada, con el objeto de que más tarde pueda oír él mismo lo que dijo durante esa sesión. El paciente replica que eso lo encuentra terrorífico. Re-chaza mi ofrecimiento de dejar de lado de la hipnosis ciertos ámbitos de su vida de-masiado abrumadores, "¡si ha de ser, que sea todo!" -que ya será capaz de tolerarlo.

Para probar su capacidad de entrar en trance, comenzamos con los ejercicios de entrenamiento de relajamiento autógeno. El intento fracasa porque no se puede concentrar.

Comentario: El analista tratante tiene la intención de llevar a la discusión consciente los recuerdos de vivencias cargadas afectivamente, olvidadas o reprimidas, obtenidos a través del hipnoanálisis; por esto, le propone al paciente grabar la con-versación llevada a cabo en estado de hipnosis. Con esto, la hipnosis pierde tam-bién su carácter misterioso y mágico, llegando a ser parte del procedimiento analí-tico, pudiéndose elaborar secundariamente los procesos transferenciales y contra-transferenciales que se llevan a cabo en ella. En este sentido, la introducción de la grabación en la situación terapéutica posibilita una ampliación de la indicación adaptativa. De este modo, el tratamiento preanalítico de un paciente llevado a cabo en una etapa introductoria flexible, más o menos larga, puede ser transformado, co-rrectamente desde el punto de vista del método, en un análisis de la transferencia y de la resistencia. Aquí, la utilización de la grabadora puede ser comentada de mane-ra complementaria respecto de nuestras presentaciones bajo el punto 7.9, en el sen-tido de que, en tales casos, los análisis se hacen posibles, no a pesar de la utiliza-ción de este medio auxiliar, sino precisamente a causa de éste. Así, aquellos pa-cientes cuya desconfianza sobre las misteriosas posibilidades del analista de ejercer influencia sobre ellos es tan grande que los lleva a traer en un comienzo su propia grabadora, pueden también recibir terapia en el marco de una indicación adaptativa.

Una semana más tarde, el paciente inicia la segunda conversación comunicando que no es mucho lo que ha cambiado. Luego se echa a reír y dice: "Curioso, uno espera eso, aunque tengo claro que es algo totalmente imposible." Quiere hacer nuevamente la prueba con los ejercicios de relajación. También esta vez fracasa el intento. El paciente pregunta si sería posible que yo grabara los ejercicios de rela-jación en una cinta que él pueda llevarse y ensayar en casa lo que se le está dicien-do. Con una pequeña sonrisa concluye: "Pero sí que seguiré adelante con estas con-versaciones. De eso puede Ud. estar seguro."

Como era de esperar, tampoco resultan los ejercicios con la grabadora en la casa. Ya que nos encontramos poco antes de la interrupción de Navidad, hablamos exten-samente sobre ésta. Le ofrezco al paciente poderme llamar a la

casa en caso de dificultades serias. Después de Navidad, Simón Y relata que pasó tres semanas muy malas, que se había sentido espantosamente solo, una y otra vez lo asaltaba el pensamiento de que su vida no tenía sentido y de que todo era inútil. A menudo se agregaban dolores de cabeza, que lo obligaban a permanecer tendido. El resto del tiempo se había ocupado de su perro: "Sin el perro y la perspectiva de venir acá, no hubiera logrado pasar esta semana." Simón Y no tiene muy claro lo que busca en la vida, lo que quiere o no quiere, y lo que en la jerarquía de lo que quiere tiene un lugar secundario o negativo. Por esto le aconsejo hacer una lista de lo que quiere y de lo que no quiere o quiere menos. Trae esta lista a la siguiente conversación. De su listado se puede concluir que no quiere lo que se relaciona con órdenes que le vienen de terceras personas y, ante todo, de la autoridad. Las cosas que sí quiere tienen que ver todas con el mejoramiento de su situación de vida, de sus dolores corporales y de sus limitadas posibilidades para tomar contacto. Sus inseguridades en la vida ocupan también un gran espacio en la conversación. En ella queda demostrado que no puede sentirse a gusto en ningún ambiente. Sólo con su perro no tiene problema alguno, siente que él lo comprende sin palabras. Comentario: Al hacer proposiciones estructuradoras, el analista se hace cargo de las funciones auxiliares del yo. Al hacer una lista de sus propias metas, el paciente puede hacerse un cuadro más correcto de ellas, que son bastante vagas. Esta objetivación facilita también la conducción del diálogo, al permitir apoyarse retrospectivamente en algo tangible.

Segunda fase del tratamiento

Simón Y se extiende sobre sus sentimientos de inferioridad que habían comenzado ya en el jardín de infancia agudizándose en la escuela. La maestra terminó haciéndole más preguntas, porque lo consideraba medio tonto. Así había sido en todas partes. Convencido, le digo que él muestra una gran profundidad de pensamiento. Además, la investigación psicológica había atestiguado, sin dejar lugar a dudas, que él no era tonto. El problema consistía solamente en que a partir de todas sus experiencias había acumulado un complejo de inferioridad, y que ahora se trataba de llegar a superarlo. Junto a sus trastornos de concentración y sentimientos de inferioridad, habla sobre su estar y sentirse solo y sobre la pedofilia. Piensa que él puede significar algo para "los muchachos". Agrega, casi enrojándose: "No estoy pensando en sexo a-hora". A continuación, me instruye diciendo que la pedofilia está determinada por una predisposición, asunto que no se puede modificar. Al ver

que no hago algún comentario, pregunta: "¿Cree Ud. que eso tenga que ver con todo aquello de mi juventud?" Respondo lisa y llanamente: "Yo creo que sí."

Reflexión: Tengo en mente el nítido carácter identificatorio de su amor por los muchachos. Es demasiado pronto para insinuar algo al respecto.

En la sesión siguiente, Simón Y habla de lo inseguro que se siente en todas sus relaciones. Pregunta nuevamente si todo eso no tuviera que ver con sus experiencias anteriores. Entonces le recuerdo de nuestra intención de tratar en esta sesión nuevamente con la hipnosis. Simón Y contesta aliviado: "Claro, por supuesto que había pensado en eso, pero no quería plantearlo para que Ud. no pensara que yo quiero imponer mis ideas a toda costa." Balbuceando de manera ininteligible, agrega: "Además, quería ver si Ud. no lo había olvidado."

Para iniciar el estado de trance escojo el método de fijar la atención, porque el paciente ha dicho una y otra vez que tiene dificultades para concentrarse. Pasa bastante tiempo hasta que Simón Y alcanza un estado de trance leve. Queda claro que no está satisfecho con lo alcanzado, ya que al final dice: "No noté nada." Se puede percibir que duda de mis capacidades. No alcanza a convencerlo que yo le diga lo difícil que es a menudo al comienzo.

No me extraña que Simón Y llegue a la siguiente sesión quejándose: "Una semana pésima, no hice nada, me sentí muy desganado y tuve muchos dolores de cabeza." No le digo que eso se debe a las desilusiones de la última sesión, más bien le propongo continuar con la hipnosis. Esta vez entra más rápido en trance, y éste es mucho más profundo: recuerda la despedida de su madre cuando se lo llevaron al hogar de menores en el oeste del país. Comienza inmediatamente a llorar y, entre sollozos, relata lo espantosamente abandonado que se sintió. En su dolor, está fuera de sí y se pregunta una y otra vez: "¿Cómo puede una madre hacer eso a un niño?" Recuerda cómo, al partir, vomitó de agitación y de susto en el andén, pero que su madre había sido inflexible. Está tan excitado, que lo sugestiono con que se va a sentir mejor y descansado al despertar. Llama la atención lo sereno y tranquilo que se encuentra después de la hipnosis.

Permanece en silencio un momento, diciendo a continuación que pudo acordarse de todo. Después de una pausa agrega: "De verdad, casi no me atrevo a creer que estoy en este tratamiento y de que siga adelante."

Reflexión: No le digo que teme que yo lo mande lejos, como lo hizo su madre. En ese momento, una interpretación de tal tipo lo hubiera abrumado demasiado.

Comentario: La angustia base del paciente de ser echado y dejado de lado, es decir, la angustia por no tener seguridad, un punto fijo en la vida, además del miedo de una repetición, induce al analista a fortalecer en un comienzo la relación de trabajo y a no ofrecer interpretaciones. Según nuestra opinión, es totalmente decisivo el contexto en que se plantea la interpretación de la angustia

de una repetición de situaciones de pérdida. La regla de interpretar la angustia en su punto de urgencia, a menudo se entiende en relación con el punto más bajo o más agudo de la génesis de la angustia. En cambio, si uno se orienta también por las angustias que pueden estar dominando en este momento al paciente, se alcanzan otros puntos de urgencia, con lo cual se hace posible moverse en un espectro afectivo más amplio. Desde este punto de vista, en nuestra opinión nada se opone a llamar la angustia del paciente por su nombre asegurándole, al mismo tiempo, que, de acuerdo con las previsiones, la continuidad de la terapia está asegurada por un buen tiempo más.

Llamativamente, a la siguiente sesión llega de bastante buen ánimo. Considerando su situación, había sido una buena semana. Después de sus frases iniciales le propongo continuar con la hipnosis. No puede concentrarse y transpira. Finalmente entra en trance y se vive estando en el jardín de infancia. En alguna parte hay otros niños -no tiene recuerdos muy precisos. La parvularia era simpática. Simón Y se ve en el cajón de arena y se siente a gusto. Nadie se burla de él.

Después de esta hipnosis, le pregunto si no se sentía muy solo, ahí, en el cajón de arena, mientras los demás niños jugaban juntos. Simón Y me mira extrañado y dice: "¿Es que Ud. aún no ha entendido el alivio que sentía cuando los demás niños no se ocupaban de mí? Pero si eso era justo lo lindo, que me dejaran tranquilo. Y la parvularia tampoco era mala."

Me cuenta que su madre le quitó su osito de juguete durante el período del reformatorio. "Ella no comprendió cuán importante era para mí." (Me quedo pensando que de este modo se le quitó un objeto de transición.)

Al final de la siguiente sesión le doy un paquetito con un pequeño osito de juguete y agrego: "Claro que no es el mismo de antes, pero tal vez también es amoroso." Simón Y está radiante de felicidad cuando le entrego el paquetito. No lo abre y se va silencioso a casa.

Esa semana le va muy bien, sus dolores de cabeza se le quitan después de descansar medio día; luego cuenta lo mucho que se alegró por el pequeño oso de juguete. "Qué gesto más simpático de su parte." A continuación, trabajamos nuevamente con hipnosis. Esta vez alcanza rápidamente un estado de trance, bastante profundo además: un regalo para mí. Permanece en silencio un rato, luego se pone progresivamente tenso, traga un par de veces, mira asustado, y dice que antes de que pasara no sabía que en esa ocasión sería enviado a Amsterdam. Solamente le habían dicho: "Es por tu bien, así podrás juntarte con otros niños." Ahora, cuenta que su madre y una trabajadora social de la fundación de asistencia para las víctimas de la guerra 1940/1945 que la apoyaba, lo habían llevado a Amsterdam. De nuevo llora un buen rato. "¿Cómo pudo

hacerme esto mi madre? Claro, ella no supo hacerlo mejor, pero como madre tendría que haberme comprendido." Cualquier preso lo pa-sa mejor que lo que él lo había pasado allá. Un recluso sabe por qué está en pri-sión. El no sabía por qué le habían hecho eso. En el reformatorio había aprendido a ser rebelde. Después de la hipnosis, durante la cual se había logrado una catarsis, le pregunto que si posteriormente había hablado con su madre sobre este período tan terrible para él. La respuesta es decisiva: "No. Era algo totalmente imposible. Mi madre se enojaba cuando yo quería decir algo al respecto." De ese momento en adelante ha-bía renunciado a hablar con su madre sobre aquello.

Al final de esta sesión, Simón Y pregunta si yo también no pienso que ya po-díamos seguir adelante sin hipnosis, puesto que no eran demasiadas las cosas nue-vas que aparecían, y porque en el entretanto él había aprendido a superar su timidez y podía hablar conmigo abiertamente. Le digo que estoy de acuerdo y agrego que, si lo llegara a desear, naturalmente podríamos volver a la hipnosis.

Reflexión: El regalo del osito es una intervención poco común. Evidentemente, pensé mucho tiempo si debía hacerlo y que si con ello no me estaba "comprando" la inclinación del paciente. Finalmente lo hice, porque opiné que era bueno que el paciente tuviera una señal evidente y clara de mi presencia y de mi compromiso por él, sobre todo porque el tratamiento se podía llevar a cabo sólo una vez a la se-mana. El desarrollo posterior del tratamiento mostró que mi modo de actuar había sido correcto: La relación terapéutica se afirmó mucho más con esto, influenciando también claramente el proceso terapéutico.

Tercera fase del tratamiento

En el último tiempo le va mejor; pregunta que si todo el llanto durante la hipnosis no fue una manera de revivir sus sufrimientos anteriores o sólo una manera de des-cargarse. Le contesto que seguramente ambas cosas.

Después de la interrupción de Semana Santa, habla nuevamente mucho sobre su juventud, esta vez ante todo sobre el hecho de no haber tenido padre, además de to-dos sus sentimientos de impotencia y humillación. En la próxima sesión habla so-bre su tendencia pedofílica. Los hombres mayores más bien le repugnan; con las mujeres no sabe qué hacer. La ventaja de los muchachos de 15-16 años consiste en que ese tipo de relación no es comprometedora. El no puede contraer

vínculos. A la vez se lamenta mucho de que los muchachos crezcan, dejando de ser interesantes, ya no lo excitan y a menudo le vuelven la espalda. Es un tipo de desilusión incorporada a la relación. A continuación, pregunta otra vez acerca del sentido de la vida "en esta estrella solitaria". Lo dejo que se exprese largamente, no hago comentarios, y las preguntas que planteo son para incitarlo a seguir contando. El tema de la siguiente sesión es su pasividad. Durante días no puede hacer nada, se aburre terriblemente y se cansa muy pronto. Está enojadísimo consigo mismo, pero no sabe qué hacer con su rabia. Al menos, agrega, entretanto se ha inscrito como participante en un proyecto deportivo en el barrio donde vive. Sin embargo, lo hizo de tal modo que nada puede resultar de eso. Le cuento de la posibilidad de una terapia de movimiento y le pregunto qué opinaría si yo lo inscribiera para tal actividad. Inesperadamente reacciona de manera positiva, le parece una buena cosa.

En la semana siguiente averigua si hay alguna noticia respecto de la terapia de movimiento. Dice haber llegado a la convicción de que necesita organizar su vida de otra forma. De que así no puede seguir y que las cosas tampoco se las regalan. En una de las primeras sesiones le había dicho que le haría bien moverse más, seguramente su perro también lo encontraría bueno. Con sólo mirar al paciente se podía claramente deducir su mal estado físico. Ahora, cuenta que en las últimas semanas ha caminado y andado mucho en bicicleta y que a causa de eso tiene ahora dolores musculares. Está tan aislado, que de ningún modo podría tolerar una compañía permanente. Además, está nuevamente enojado porque su vida transcurre tan sin sentido. Luego se añade un nuevo factor: Tiene conflictos con el municipio. Encuentra totalmente injusta la segunda exhortación para pagar impuesto por el perro. Simón Y se queja amargamente de las injusticias de las autoridades. Entonces sucede el milagro. Sin que hubiese contado con ello, recibe una carta de la oficina municipal que dice que por motivos especiales se le libera del pago del impuesto sobre perro. Simón Y se alegra de su éxito, diciendo a la vez que en realidad no le importaba para nada lo del impuesto, sino sólo el hecho de salir con la suya.

Mi suposición de que esta pelea ganada lo fortalecería en sus sentimientos de sí, resulta ser una ilusión. En las siguientes dos sesiones, Simón Y se queja de lo sólo que se siente, de su situación sin esperanza y de que nada tiene sentido. Ha recibido la noticia de que puede mudarse a comienzos de julio a un pequeño departamento nuevo. También este ofrecimiento lo mira en forma ambivalente: "En realidad no tiene ningún objeto." Se siente cada vez más atraído por los muchachos. "Ya nada resulta, sólo miseria y disgustos." A pesar de haber recibido poco antes la noticia de que Simón Y puede empezar dentro de poco con la terapia de movimiento, en esta sesión no hago mención de ello.

Reflexión: Tengo la impresión de que si lo hiciera, si le anunciara lo de la terapia de movimiento, lo consolaría sólo superficialmente, pero que en el fondo lo per-turbaría en la resolución del conflicto. Además, nos encontramos poco antes de las vacaciones de verano, y me parece oportuno retener la buena noticia hasta poco an-tes de la interrupción.

En la siguiente sesión, le digo que puede comenzar con la terapia de movimiento después de la pausa del verano. Simón Y responde: "Si me hubieran dicho eso hace un año, no lo hubiera aceptado. No hubiera creído para nada en eso. Hoy, tengo la intención de seguir adelante." A continuación, relata un sueño: Estaba en prisión, se sentía de mal humor y totalmente indolente. Entonces, por primera vez, Simón Y me relata cómo llegó a cometer en aquel entonces el delito.

Reflexión: Pienso que este sueño refleja su realidad, solo, especialmente antes de las vacaciones, pero incluso ahora encuentro demasiado pronto interpretar algo so-bre esto, especialmente en vista de la inminente interrupción de verano. Simón Y pide información sobre lo que proyecto hacer en mis vacaciones: Se lo imaginó de la siguiente forma: Nepal, safari en un parque nacional del Africa o al menos las islas del Caribe. Le respondo que voy a pasar mis vacaciones en un pue-blito pequeño en el Tirol del sur, dándole mi dirección. El no tiene planes: ¿Cómo los habría de tener? Sólo algunas ideas vagas, partir con su perro en su viejo ca-mión repartidor, a alguna parte, bien lejos, ojalá al desierto africano. Luego dice: "No se preocupe por mí, ya podré superar bien este tiempo."

Cuarta fase del tratamiento

Después de la interrupción de verano, el paciente llega apático a la sesión. No tie-ne absolutamente ningunas ganas de mudarse al departamento nuevo. Después de un silencio, cuenta que hace aproximadamente 4 semanas conoció a un muchacho de 14 años. Este muchacho visita un colegio para niños con problemas de aprendi-zaje y trastornos del comportamiento. Simón Y lo describe como alguien cariñoso y apegado. El muchacho pasa a menudo días enteros con él, pero que aún no se ha llegado a tener contactos sexuales, a pesar de lo seductor que es el muchacho. Te-nemos una larga conversación sobre los pros y los contras de una relación de ese tipo con un menor de edad. Simón Y está convencido: "Pero si el muchacho mis-mo quiere esas cosas, entonces es un signo de que le hace falta, y por lo tanto ya no puede ser dañino." Por sí mismo enumera las dificultades en relación con las disposiciones legales: "Si el muchacho fuera un año mayor, la policía estaría más dispuesta a cerrar los ojos." Le pregunto, después de que él ha tocado este tema, si no lo asustan los riesgos de una relación de este tipo. Espontáneamente, Simón Y responde que por cierto

piensa en ellos, pero que en la vida hay que estar dispuesto a correr riesgos, además, este muchacho tiene ya experiencia y seguramente no va a decir nada. Que a él mismo no le importa tanto el contacto sexual, como el sentimiento amoroso que siente por este muchacho. "Pero si me induce tan inequívocamente a tener contactos sexuales, no sé si podré resistirlos", agrega.

Reflexión: Después de esta conversación me queda claro, que la relación terapéutica se encuentra ahora tan firme, que puede contarme estas cosas sin ningún miedo. A la vez me pregunto, aunque no lo digo, si el haber entablado la relación con el muchacho no es una consecuencia de la interrupción de verano. Unas sesiones más tarde, Simón Y llega muy alarmado a la consulta: Un grupo de muchachos mayores lo había amenazado en su casa. Había podido huir por la puerta trasera, frente a lo cual los muchachos se habían ido. Al interrogarlo más en detalle, queda claro que Simón Y había tenido contactos sexuales con uno de esos muchachos. El muchacho tiene ahora una amiga y odia profundamente a Simón Y. Hablamos detalladamente de que éste es uno de los riesgos de las relaciones sexuales con jóvenes, lo que resumo así: "Los muchachos quieren una aventura y sexo, mientras que tú deseas tener una relación, como la que aún no puedes tener con los de tu edad. Por esto tienen de verdad intereses totalmente distintos, y es así como una relación de tal tipo no puede darte lo que tú esperas. Además, tiene que durar sólo muy poco tiempo." Simón Y dice que precisamente esto último es para él especialmente importante, ya que le asusta tener una relación más larga. Además, ya que la pedofilia está condicionada por una predisposición, no puede hacer otra cosa. Respondo que más tarde seguiríamos hablando de esto, ya que las cosas no son tan sencillas como él se las imagina. Durante los dos años siguientes discutimos este tema una y otra vez desde distintos puntos de vista.

Tengo la impresión que, después de 9 meses de terapia, hemos concluido la fase de estructuración y que la relación terapéutica se ha consolidado hasta el punto de poder comenzar lentamente la fase de psicoterapia analítica. Habitualmente ambas etapas no se pueden diferenciar nítidamente una de otra, y eso sucede también en el caso de este paciente. Lo principal es que se ha logrado una relación terapéutica re-lativamente estable y que el paciente está motivado y dispuesto a trabajar. Lo importante es que la transición hacia una terapia analítica se desarrolle con la mayor continuidad posible, y que de pronto no irrumpen en el tratamiento cosas totalmente inesperadas para el paciente. No se necesita recalcar especialmente que las interpretaciones deben dirigirse siempre al vivenciar y a la comprensión del momento, y al insight del paciente.

La meta del tratamiento posterior estaba clara: dar al paciente la posibilidad de encontrar un sentido a su vida, que él experimentaba como absurda. En el

trasfondo, se mantiene siempre la pregunta de en qué medida tiene una "predisposición" a la pedofilia. Este caso ratifica nuestra experiencia de que un tratamiento efectivo de los trastornos psicosexuales manifiestos y fijos es sólo posible en el marco de un tratamiento psicoanalítico global. La motivación juega aquí, evidentemente, un rol muy especial.

Resumen del tratamiento hasta febrero de 19..

Aquí debemos distinguir 2 períodos: el primero, desde agosto de 19.. hasta comienzos de octubre de 19.. y, el segundo, desde febrero de 19.. hasta el término de este informe, en febrero de 19.. Desde ya, hay que decir que el tratamiento aún continúa.

Poco después de comenzar la primera fase, el paciente trae a la sesión un cuaderno con anotaciones personales. Me pregunta si estoy dispuesto a leerlo durante la próxima semana. Lo central de estas anotaciones es la historia de la eutanasia de su perro: Este había enfermado gravemente y estaba desahuciado. Para no hacerlo sufrir, Simón Y lo había alimentado con somníferos, que había recolectado "por si fuera necesario". Las anotaciones muestran la profundidad de sus sentimientos, sus aptitudes intelectuales normales y su abandono.

El tema que caracteriza el primer tiempo es su eterno llanto. Después de haber tenido un ataque de llanto en una sesión de terapia de movimiento, llora mucho en las sesiones. Ve en el llanto una expresión de su impotencia. Al mismo tiempo, siente dentro de sí violentas fuerzas agresivas que lo asustan. Una vez más, pide una hipnosis. Durante ésta, tiene un ataque de llanto extremadamente intenso, como no lo había tenido desde las primeras horas del tratamiento.

Llama la atención que el paciente casi no llora en lo que sigue, después de discutir este ataque de llanto sobre el trasfondo de las últimas experiencias.

Otros temas que una y otra vez se discuten, son su soledad y su incapacidad de establecer contactos sociales. Después, continúan algunos pequeños pasos independientes para entablar relaciones, al comienzo vacilantes: ayuda en un accidente callejero, se inscribe como ayudante en un hogar de animales. Sin embargo, allí lo rechazan, y mucho le extraña el poder tolerar sin más este rechazo, sin que esto lo saque fuera de sus casillas. En esta fase, el tema de la pedofilia se mantiene en un segundo plano; de vez en cuando, Simón Y se pregunta por qué sea precisamente él quien se interese tanto por estos muchachos. Pero aún no ha llegado el tiempo de hablar a fondo estas cosas.

En octubre de 19.., declara bastante sorprendentemente que quiere terminar con la terapia. Se siente suficientemente independiente y fortalecido para seguir

intentán-dolo sin terapia. En lo que sigue, cuenta que ha tomado contacto con una comuni-dad que está dispuesto a incorporarlo. Está muy impresionado de que aparte de nuestras conversaciones haya personas que lo acepten así, tal cual es; también le permiten llevar su perro. Pregunta si debe dar noticias suyas más adelante. Le res-pondo que me gustaría mucho que lo haga.

No es casualidad que algunos meses más tarde llame precisamente a la hora de sus sesiones. Cuenta que un conocido se ha quitado la vida de manera extremada-mente dramática. Llega al día siguiente dando una impresión tranquila, e inespera-damente seguro de sí mismo. Encuentra muy triste el suicidio de su conocido. Se lo puede imaginar todo muy bien, ya que antes, por tantos años, se había sentido agobiado por los mismos pensamientos. Al mismo tiempo, deja en claro que esos pensamientos ya no existen en él. Luego relata sobre la comunidad: que de vez en cuando tiene conflictos allí, pero que siempre han podido ser conversados. Me da la impresión que el jefe de la comunidad es una persona bastante autoritaria. En lo que sigue, deja caer el nombre de una muchacha que vive allí. Después de la con-versación, Simón Y vuelve satisfecho a la comunidad .

Es evidente que el tratamiento no ha terminado, sobre todo porque la comunidad promueve más la dependencia que su independecia. Después de algunos meses, vuelve. Al comienzo está deprimido, dice que se ha apartado de la comunidad, que en eso ve un fracaso y, sólo después de algunas semanas le queda claro que ello no significa un fracaso, sino una ganancia: él no se había doblegado frente a la pre-sión de someterse. La conciencia de sí mismo se ha fortalecido claramente, tam-bién en ciertas tristes horas de apremio. La pedofilia es ahora el punto central de la terapia. Ha llegado el tiempo de interpretar que en los muchachos se busca a sí mismo, que es un amor de identificación, que los admira porque ellos son -al me-nos exteriormente- así como a él le hubiera gustado ser antes, es decir, indepen-dientes, libres, sin lazos y temerarios. Los amigos jóvenes le evidencian cuán tras-tornados se encuentran psicosocialmente: reconoce que la conducta de estos mucha-chos está prácticamente al servicio exclusivo de la satisfacción directa de sus pul-siones y que ven en los demás solamente un objeto de satisfacción, pero que no son capaces, o todavía no lo son, de establecer una relación personal duradera.

Comentario final del analista tratante: Al terminar este informe, dos son las pre-guntas centrales en las conversaciones: ¿Por qué a Simón Y le es tan difícil libe-rarse interiormente de estos amigos juveniles, y por qué las mujeres le producen tanta angustia? El rechaza los contactos homosexuales. Queda por mencionar

que desde un tiempo a esta parte ya no mantiene relaciones sexuales con sus amigos de antes.

En el tratamiento han sucedido muchas cosas. El cambio de Simón Y llama la atención en muchos aspectos, y es algo que sus conocidos confirman con asombro. Ambos sabemos que el tratamiento no ha finalizado aún. La duración depende de la meta del tratamiento.

6.2.3 Adolescencia

Las crisis que aparecen en la adolescencia son expresión de reorganizaciones y reordenamientos (Freud 1905d, pp.189s), que hoy consideramos bajo el punto de vista de la formación de la identidad y del hallazgo de la identidad, en el sentido que les da Erikson. Blos (1962, 1970) describe otros aspectos, como son los procesos de separación y de individuación, mientras que Laufer (1984) pone la integración de la sexualidad en el centro de la atención. El joven hace experiencias cualitativamente nuevas consigo mismo, su cuerpo, sus padres y, no en último término, en la búsqueda de otros fuera de la familia. Dentro de la teoría psicoanalítica de la adolescencia, estos aspectos siguen siendo considerados de manera insuficiente. El joven intenta influenciar activamente, no sólo su medio ambiente, sino que ensaya nuevas estrategias a través del manejo de sus conflictos (véase Seiffge-Krenke 1985; Olbrich & Todt 1984). Es así como Lerner (1984) describe al joven como un "productor de su propio desarrollo". Estos hallazgos de psicología evolutiva son significativos para la conceptualización del proceso terapéutico en los jóvenes, porque tanto la técnica como la meta del tratamiento tienen que formularse en concordancia con la dinámica evolutiva.

Al evaluar diagnósticamente los trastornos neuróticos en la adolescencia, se debe considerar que, por las razones más diversas, las "reorganizaciones" pendientes pueden ser evitadas, bloqueadas o postergadas. La desaparición de los ritos de iniciación tradicionales en nuestra cultura, hace de los adolescentes seres más solitarios, y los lleva a nuevas formas de agrupación. Así, las tan conocidas ambivalencias, los cambios anímicos y las polarizaciones, se hacen especialmente evidentes. Junto a la desidealización del mundo de los adultos se encuentra la búsqueda de nuevos modelos. La rebelión y la admiración se alternan rápidamente, donde la mayoría de las veces se considera al terapeuta muy críticamente, como cómplice de las normas parentales y sociales. A menudo, los disparatados anhelos de autonomía dificultan aceptar los consejos y la ayuda de un adulto.

Los problemas técnicos del tratamiento comienzan con la tendencia aumentada hacia la observación de sí mismo que, como disposición hacia la reflexión, es en realidad una condición deseada del trabajo terapéutico. ¿No es natural que el joven -que aunque se autoobserva intensamente, a la vez también se cierra en sí mismo- oponga resistencia a nuestro ofrecimiento de investigar juntos su vida interior, y esto independientemente de la naturaleza de sus trastornos? Así, el escepticismo que trae el joven a la terapia no debe malentenderse de antemano como resistencia en el sentido tradicional, sobre todo porque las inseguridades de la pubertad, que anteriormente se conectaban especialmente con procesos de maduración sexual, hoy día pueden tener además otros contenidos y formas de expresión.

La otra cara de la ocupación del adolescente consigo mismo es su "hambre de experiencia". Ciertamente, ésta no está en primera línea al servicio del desinterés por la vida interior (también esto pertenece a las trampas técnicas: ¡cuidado! no desacreditar el "hambre de experiencia" como actuación), la meta es más bien aumentar el sentimiento de autoestima inmaduro a través de acciones y experiencias. La observación de sí mismo y el hambre de experiencia configuran, respectivamente, los dos polos de un deseo global hacia la experiencia de sí y hacia la experiencia del mundo. Ha sido Erikson (1968) quien ha descrito especialmente la significación de la experiencia en la solución de la crisis de desarrollo en la adolescencia.

La pregunta crucial es si puede utilizarse -y cómo- la relación con el analista como un "recurso" para facilitar los cambios, sin caer demasiado en las complicaciones de las repeticiones transferenciales. Blos (1983) considera la transferencia en la adolescencia como vehículo de un proceso evolutivo bloqueado y, de manera co-respondiente, califica los procesos de transferencia en la terapia de adolescentes como de "doble cariz". Al reactivarse las posiciones infantiles, se transfieren al analista aspectos de los representantes de sí mismo y de objeto y, para producir una edición nueva y revisada, las antiguas versiones son modeladas activamente a través de la transferencia. La pregunta consiste en el modo como debe ser interpretada la transferencia cuando el joven hace uso, por razones neuróticas, de tendencias regresivas para bloquear el proceso de desarrollo y de separación. Lo mismo vale también a la inversa: los deseos transferenciales dirigidos hacia el terapeuta son rechazados, porque esconden el peligro de una repetición de experiencias traumáticas. Por esto es importante que el analista -a diferencia de las terapias de adultos- en un comienzo y a veces también por un tiempo más largo, no se coloque al centro de la transferencia.

Al interpretar consecuentemente los aspectos regresivos de la transferencia, el analista se estaría colocando en el lugar de las figuras parentales reales, impidiendo en la práctica la separación. Una de las paradojas de la situación terapéutica es que bajo ciertas circunstancias aparecen muy rápidas reacciones emocionales violentas, que a menudo reflejan una angustia intensa, muchas veces justificada, por la re-activación de posiciones de dependencia infantiles. Por este motivo, es muy importante lograr una "formación-del-nosotros" ("Wir-Bildung") en el sentido de Stern (1929), como fuera propuesta, por ejemplo, por Aichhorn (1925) o por Zulliger (1957).

Para que en la terapia el joven pueda retomar nuevamente el proceso de desarrollo, se requiere algo más que el insight en los procesos de defensa. Su deseo de encontrar en el analista una persona que lo pueda ayudar a salir del callejón sin salida, debe ser entendido como expresión de afanes específicos de la etapa de desarrollo. De no ser así, se quedaría detenido en expectativas infantiles inconscientes. Es tarea del analista diferenciar, en la situación analítica, el pasado del presente, el mundo interior del exterior, la transferencia de la relación real. Al explorar los comentarios del paciente no sólo como expresión de deseos infantiles reprimidos sino que también como manifestación de los deseos específicos de la etapa de desarrollo, sus expresiones se ven de regla liberadas de añadidos infantiles (Bürgin 1980).

La situación analítica debe ser desde un comienzo configurada de modo que pueda ser utilizada por el joven como un espacio para hacer descubrimientos. De lo que se trata, es encontrar un equilibrio entre descubrir y revelar. No es sólo la angustia por la pasividad y la regresión lo que lleva a que los jóvenes quieran transformar la situación analítica, por ejemplo, en una situación real. Cuando hacen preguntas, los adolescentes quieren que se les dé un consejo o simplemente quieren saber lo que el analista piensa o siente; el intento de provocar al analista para que muestre reacciones emocionales, tiene también el sentido de otorgarle una existencia vívida y de este modo impedir que se transforme en una figura omnipotente y anónima. En primera línea, el joven no busca identificarse con el analista en el sentido de llegar a asemejarse a él, sino desea delimitarse, diferenciarse, y así llegar a conocer su propia identidad. En la fase inicial de un tratamiento se crean los requisitos para el desarrollo posterior. En ella se debe echar una primera mirada en las peculiaridades de la situación analítica como un espacio para el descubrimiento. Mucho depende de la capacidad del terapeuta para desarrollar desde un comienzo una comprensión por los temores existentes en su paciente juvenil, así como para no perder de vista su deseo de ayuda, razón por la que vino a la terapia. Mientras más joven sea el paciente, más adelante se encuentra la relación real, desde la que poco a

poco se desarrolla la transferencia, dependiendo del interés que el analista muestre por su paciente. Se podría decir que el joven debe descubrir en primer lugar cómo y para qué le puede servir el analista.

Ejemplo

Los padres de Otto Y, que tenía 18 años de edad, pidieron hora en nuestra consulta, debido a que su hijo "juntaba zapatos viejos" desde hacía aproximadamente 3 años. Por petición de sus padres, había participado en una terapia de grupo hacía un año y medio atrás. Esta terapia, que por razones externas había durado solamente alrededor de medio año, lo había vuelto más sociable y ya no se sentía tan abatido. Sin embargo, la terapia no había modificado en nada su "problema con los zapatos". Yo estaba al tanto de estas informaciones antes de la primera entrevista. Por esto, Otto Y podía tener buenas razones para creer que yo conocía el motivo de su venida. El joven, alto de estatura, me saluda con una reverencia, amablemente aunque algo cohibido. Para no aumentar su cohibición, le digo que posiblemente sabe que yo ya había sido informado de su problema con los zapatos y le pido que me diga qué piensa él de todo esto. Acto seguido, me planteó abiertamente su problema, algo así como: "Estoy enamorado de los zapatos". Frente a tal revelación no sólo no quedé perplejo, sino que, por el contrario, la encontré francamente magistral. Había podido sobreponerse hábilmente a lo delicado de la situación, poniéndome al mismo tiempo a prueba: quería descubrir si yo tenía la intención de quitarle los zapatos, como sus padres, y convertirlo en una persona normal. Le digo: "Me puedo imaginar que no es siempre fácil estar enamorado de zapatos."

A continuación, empieza a contarme la historia con los zapatos. Desde su niñez colecciona zapatos, a saber, exclusivamente zapatos sin cordones. Cada vez que su madre quiere botar sus zapatos él se defiende. Desde hace tres años se ha intensificado la colección de zapatos viejos, que incluso sale a buscar entre los enseres domésticos fuera de uso [que en Alemania Federal son arrojados a la calle en fechas preestablecidas y regularmente recogidos por los servicios municipales; nota de los traductores]. El significado sexual del coleccionar zapatos se mantiene en un comienzo en un segundo plano. Me cuenta que a veces cree ser homosexual, porque no siente nada por las chicas. Por otro lado, queda claro que los zapatos determinan en forma muy decisiva su mundo interior, y también el exterior. Al hacer las tareas, a menudo no puede

concentrarse por pensar en zapatos. Con todo, en numero-sos ámbitos funciona bien; por ejemplo, le gusta pintar en su tiempo libre.

Mientras más tiempo le escuchaba, más clara me quedaba la manera educada y servicial como relataba su historia. Si bien podía sospechar algo de su propia inquietud, a través de su informe, que aparentaba ser muy fluido, me mantenía también a distancia. Por este motivo, le digo que ha contado bastante sobre sí mismo, pero que sin embargo tengo la impresión de que hay algo que por el momento lo preocupa más que los problemas que ha relatado. Permanece callado un momento y luego me cuenta algo de su terapia anterior.

Retrospectivamente, es de la opinión de que esa terapia ciertamente le ayudó, puesto que ahora no es tan depresivo; pero que no cambió en nada su problema con los zapatos. En este momento, puedo señalarle que teme no poder hablar conmigo sobre los zapatos, mientras tenga la impresión de que también esta vez viene acá sólo para darle un gusto a su madre. Luego, hablo de las expectativas de sus padres; ellos, al pedir hora para su hijo, me habían hecho saber que a toda costa querían tener una entrevista conmigo. Yo suponía que él sabía de eso, por eso le digo que seguramente querría estar presente en esa conversación para saber si me dejaba influenciar por las expectativas de sus padres. Que probablemente también querría utilizar esa conversación para descubrir mi posición frente al problema de los zapatos. Dejo abierta la fecha de comienzo de la terapia, dejando en sus manos la decisión sobre conversaciones posteriores.

Comentario: La decisión de hablar con los padres de los adolescentes al comienzo de un tratamiento analítico, tiene que ser tomada en cada caso individual. Cuando el joven ha pedido la hora por su cuenta, la incorporación de los padres es problemática, ya que podría tener como consecuencia un quiebro en la confianza. En el caso de adolescentes mayores se puede renunciar a una conversación con los padres, siempre que éste haya alcanzado una cierta medida de independencia exterior. Si se ha tomado la decisión de ver a los padres, entonces la entrevista debería llevarse a cabo en presencia del paciente. En este caso, recomendamos no ofrecer interpretaciones de las relaciones que ofrece la dinámica familiar, sino restringirse a averiguar algo acerca de la situación presente y pasada de la familia.

Durante la entrevista familiar, Otto Y se mantuvo en general pasivo, aunque observaba atentamente lo que sucedía. El padre aparentaba no estar especialmente molesto, en contraste con la madre, quien hablaba del "problema de los zapatos" con lágrimas en los ojos. Las raíces de la estrecha relación entre la madre y el hijo se remontaban hasta la niñez, ya que el padre había tenido que dedicarse de lleno a su profesión, desde el nacimiento de Otto Y hasta su entrada a la escuela. Obtuve una información significativa sobre el comienzo de la

recolección de zapatos. En aquel entonces, la madre había estado muy preocupada por una enfermedad grave de su hermana mayor, que hizo necesaria una operación con peligro de muerte. Sin lugar a dudas, la señora Y debió sentirse muy sola en sus preocupaciones. Se puede suponer que Otto Y, su hijo menor, tuvo una significación especial como consuelo. Por este motivo, era evidente que para ambos se había dificultado la mutua delimitación en la adolescencia. En ciertas ocasiones, el intercambio violento de palabras entre madre e hijo eran no sólo un índice de las dificultades de la delimitación; más allá de ello, parecían ofrecer una oculta satisfacción incestuosa, en la que Otto Y sentía que podía triunfar en secreto sobre el padre y su mundo. Al final de la conversación, indiqué que Otto Y se había creado un mundo propio con los zapatos, del que ellos, los padres, estaban excluidos. Para la terapia valía algo parecido. En el caso de que Otto Y se decidiera a comenzar la terapia, sería difícil para ellos, como padres, aceptar que no podían participar de ella. En las siguientes citas, Otto Y se comportaba como si la conversación familiar simplemente no hubiera existido. Con eso me señalaba la manera como podía hacer desaparecer hábilmente las situaciones desagradables, construyéndose dos mundos: el de los sucesos exteriores y su mundo interior, que trataba de proteger de la intervención de otros. De esta forma, podía evitar conflictos interiores y en el manejo exterior con sus personas de referencia. Sin embargo, quedaba claro que se había decidido a seguir el tratamiento. Pero, a pesar de todo, se mostraba reservado y cuidadoso. Su meta era seguir averiguando si después de todo yo no me inmiscuiría en sus asuntos interiores. Con este objeto eligió un tema especialmente apropiado. Comenzó a hablar conmigo de que quería ser objetor de conciencia, pero que aún no se había decidido del todo. Mirándome de alguna manera de reojo, insinuó que quería dejarse aconsejar por alguien que lo ayudara a decidirse. Se hacía perceptible su angustia de que saliera a luz que él fuera de verdad homosexual. Era fácil reconocer sus intenciones. Quería conocer mi reacción sobre el tema de la "homosexualidad", mencionando algunos detalles adicionales que me llevaran a preguntar más sobre eso, evidenciando así mi interés acerca de las experiencias homosexuales. Hacía dos años había conocido un estudiante en un campamento de verano. Ese encuentro lo había removido mucho. Por primera vez, había confesado su "problema de los zapatos" a ese estudiante y, también por su consejo, había empezado la búsqueda de una terapia de grupo. Era evidente su angustia frente a deseos transferenciales homosexuales. Esta presentaba dos aspectos: Por un lado, lo inquietaba que yo mantuviera abierta la posibilidad de que él descubriera que sí quería volverse homosexual y, por el otro, tenía miedo de que yo lo fuera a "normalizar", en el sentido de las

esperanzas paternas. Con el objeto de mantener la sesión analítica como un espacio abierto para sus propios descubrimientos, le dije que él quería saber si podía hablar aquí conmigo sobre todas las cosas, también sobre su homosexualidad, para así poder aclarar quién era y el modo como quería desarrollarse en el futuro. Ciertamente, con ello le estaba imponiendo una frustración. Se podía claramente percibir que buscaba ayuda inmediata para decidir tanto sobre su problema de ser objetor de conciencia como sobre su probable homosexualidad.

Además, con eso también quería señalarme lo inseguro que se sentía al tomar decisiones propias. Al parecer, quería asegurarse de que frente a sus miedos yo reaccionaría realmente distinto que su padre, frente al que se sentía abandonado, pero también distinto que su madre, la que se entrometía demasiado.

Después de esto, Otto Y me reveló sus conflictos más bien "normales". Tenía dificultades en el colegio, por ejemplo, tenía que tomar clases particulares, y también se sentía inferior a otros en su ramo predilecto, arte. El mundo de los zapatos le prestaba refugio. Al hacer las tareas, a menudo pensaba en cómo poder hacer su-yo el próximo par de zapatos. Al hacerlo, tenía miedo de ser descubierto por otros, o que los padres pudieran observar que estaba sentado en su escritorio con un par de zapatos viejos. En este punto, fue importante que le señalara cuánto sufría por ser distinto a sus compañeros de edad. Le interpreté sus ansias de poder vivir como los demás jóvenes que no necesitaban terapia, y conecté su lazo con los zapatos con su vínculo con sus padres, ante todo con su madre. Él temía herir la susceptibilidad de su madre al reconocer abiertamente, y ya no más a escondidas, su pasión por los zapatos. Por este motivo, le dije que él esperaba que yo viera ambos lados, tanto su lado de dependencia de los zapatos y su madre, pero también aquél de la búsqueda tras una vía para desprenderse y para seguir su propio camino.

Esta interpretación agudizó en un comienzo la tensión emocional en él. Mientras más se metía en la terapia, más difícil se le hacía hablar conmigo. En un primer plano se instaló su angustia de vergüenza. Frente a sus padres, sin embargo, se puso más franco. Por primera vez, se atrevió a expresar que salía a buscar zapatos entre la basura de trastos viejos. Me confesó que le gustaba meter los zapatos viejos dentro de su cama y que era precisamente esto lo que producía asco a sus padres. Al mismo tiempo, negaba cualquier tipo de significado sexual a su pasión por los zapatos, haciendo como que no sabía nada sobre eso. Era así como hacía sólo poco tiempo había escuchado la palabra masturbación, sin saber lo que significaba. Para mí, esto era también una advertencia para no que no

trajera a la conversación de-masiado rápido el significado sexual que tenían los zapatos para él.

Tan sólo mucho más tarde supe que por un tiempo había tratado de masturbarse con los zapatos, lo que había dejado porque una eyaculación retardada le impedía el orgasmo.

La aparición de un creciente silencio despertó en mí la tendencia a urgirlo con un preguntar curioso. Evidentemente, se desarrollaban representaciones muy intensas en relación a mí y, con ello, resistencia. Mi curiosidad por investigar los detalles de su fetichismo me aclaró que él no sólo quería provocar una extralimitación de mi parte, sino que al mismo tiempo parecía esperar que me hiciera cargo del trabajo difícil de este tema. Yo era el especialista, que no se dejaba asquear como sus padres, sino que escucha todo. Mi curiosidad en aumento me dejó en claro que yo debería caer en el rol de un fetichista secreto. A través de sus insinuaciones y titubeos intentaba provocar mi avidez por su mundo de los zapatos, pudiendo clara-mente manejar mejor su propia excitación y el control sobre la situación. A pesar de todo, era demasiado prematuro abordar esta dinámica de transferencia regresiva. Más bien importaba interpretar su ambivalencia frente a mí, en cuanto representaba una protección ante regresiones. Por este motivo, retomé su idea de que yo era un especialista que veía en él tan sólo un "caso" fuera de lo común, diciéndole que con esa idea intentaba proteger su mundo de los zapatos, que era lo más propio suyo, y mantenerme a distancia.

La desilusión de mi parte, que sólo más tarde fui capaz de reconocer, hacía que esta interpretación estuviera llena de reproches. A pesar de que yo sabía lo sensible que él era frente a las reflexiones de los adultos, por muy bienintencionadas que fueran, a pesar de todo me sentí ofendido al recibir por contestación a mis interpretaciones de transferencia un "¡por Dios!" Cada vez que intentaba mostrarle la manera como vivía la situación terapéutica, se sentía arrinconado por "estas indirectas sobre la situación", como las llamaba. "En esa situación, no tengo idea de qué decir." De este modo, se desarrolló un juego mutuo. El manifestaba el miedo de que yo lo "destrozara" si me contaba más de sí mismo, para en la próxima ocasión contestar mis interpretaciones con un "¡por Dios!", ofendido y lleno de reproches.

Su "¡por Dios!" lo entendí como expresión de su miedo de que con las interpretaciones transferenciales yo lo obligara a ver las cosas de acuerdo con "mi punto de vista", y así socavar su independencia, ya de por sí inestable. El tener que reconocer su inseguridad e indecisión, debía ser para él aún más avergonzante que para otros jóvenes. Cuando pude mostrarle cómo me ponía a prueba con su "¡por Dios!" con el fin de averiguar si yo reaccionaba

ofendiéndome o si era capaz de captar su "¡por Dios!" como expresión de lo difícil que le era enfrentarse a sus contradicciones interiores, comenzó a hablar cada vez más de lo crítico que era consigo mismo.

En base a sus representaciones sobre valores condenaba su pasión por los zapatos y sólo podía mantenerla, escindiéndola de su vida cotidiana. Por ese motivo, también se defendía de las interpretaciones que ponían en relación lo que él intentaba mantener separado.

Otto Y temía ser comprometido por la terapia. Dio una lista de ejemplos de su angustia ante los compromisos. Así fue como al comienzo del tratamiento había esperado que yo lo aconsejara en la toma de decisión frente al servicio militar, porque interiormente no podía comprometerse de verdad. Lo mismo sucedió frente a la decisión de pintar con óleo o con acuarela. Al respecto, le dije: "Eso tiene dos lados. Ud. desea ser claro y decidido, pero eso también lo angustia. El mantener posibilidades abiertas y no tener que comprometerse, tiene algo de colosal. Por ese motivo se defiende en contra de mí, porque teme que yo quiera comprometerlo y con ello quitarle algo." Asintió, reparando eso sí que por otro lado deseaba de verdad consejos míos y que se sentía dejado en la estacada si yo no se los daba. El deseo de recibir consejos tenía por meta evitar una confrontación con su mundo interior y mantener a raya su angustia de vergüenza que se volvía cada vez más fuerte. Se puso rojo cuando le dije, después de una pausa de silencio más prolongada, que al parecer sentía que ahora yo le estaba exigiendo que desembuchara pensamientos que lo avergonzaban. Que lo angustiaba no saber en absoluto adónde lo podía llevar la terapia. Eso tenía un trasfondo concreto. Supe que las sesiones lo agitaban de tal modo, que después caminaba por las calles mirando zapatos. Hace un tiempo había visto unos zapatos que lo habían fascinado mucho.

Esto me pareció una alusión indirecta a mis zapatos y pensé que en el caso de que yo pusiera a descubierto esta relación, en vez de dejarle espacio para hacer el descubrimiento por sí mismo, se sentiría humillado y rechazaría la interpretación. La ocasión se presentó a raíz de un cambio de hora, que reproduciré resumidamente en base a protocolos de dos sesiones que escribí de memoria posteriormente.

La sesión, adelantada a petición mía, comenzó con un silencio de 10 minutos, algo inusitado para Otto Y.

P.: En casa se me traspapeló (verlegen) una lista de adverbios en inglés, anduve buscándola desesperadamente.

A.: Tal vez no sea casualidad que Ud. hable de esa lista, puesto que aquí le sucede a menudo que busca desesperadamente las palabras correctas.

P.: ¡Por Dios!, de nuevo interpretando de más. Eso cuadra justo con los clisés de los psicoterapeutas. Hago un comentario bien superficial y Ud. sospecha inmedia-tamente algo profundo.

A.: Ud. está convencido de que lo único que quiero es averiguar más sobre su pa-sión por los zapatos y que ni siquiera me percató que hoy se trata ante nada del cambio (verlegen) de hora, eso lo tiene posiblemente molesto, porque tuvo que atenerse a mi petición.

P.: Claro que me dio rabia, tenía la sensación de que Ud. me lo estaba ordenando. Aunque ahora ya todo está decidido.

A.: De manera que ya no tenemos que hablar más de su rabia.

P.: A veces, en casa ando bastante enrabiado con mis padres, a menudo sucede tan sólo en mis adentros, pero a veces ando desesperado y me pongo a llorar cuando, por ejemplo, mi madre me reprocha que se me haya traspapelado (verlegen) algo y, a decir verdad, eso pasa a menudo, y luego me echa en cara que no soy de fiar.

A.: También aquí para Ud. es para llorar cuando se siente arrinconado por mí.

P.: Sí, a veces es así. De lo que se trata, pues, es que Ud. no sea sólo mi psicote-rapeuta, sino por así decir, una persona común y corriente, para que yo pueda man-tener así mi dignidad.

Me daba vueltas la ambigüedad del término usado para indicar tanto el cambio de hora como el traspapelamiento de la lista de adverbios [que en alemán se designan por un homónimo: "verlegen"; nota de los traductores]. Pensaba en la manera co-mo se defendía con su "¡por Dios!" de caer conmigo en la misma dependencia que con su madre. Por eso debía protestar también contra las interpretaciones de trans-ferencia que movilizaban sus deseos regresivos y que estaban en conflicto con su deseo de diferenciarse de mí. Me estaba ofreciendo la siguiente figura de relación: anda tras una lista de adverbios que ha traspapelado, la madre exige de él que sea or-denado y le hace reproches, porque mediante el traspapelamiento puede sustraerse a su control. Para la transferencia, esto significaba que teme que yo asuma el rol de una madre exigente que espera estar al tanto de todo y que lo compromete con in-terpretaciones, socavando así su iniciativa propia. Por otro lado, en el caso de lo-grar que yo asumiera ese rol, podría esquivar el enfrentamiento consigo mismo, con sus afectos y fantasías, al insistir en entender todo concretamente. Siendo así, cabía la amenaza de que nos enredáramos en un círculo vicioso de reproches por ambos lados. Por esta razón, era necesario aclararle su parte en la transferencia. El hecho de que recurriera a la idea de que yo fuese una persona común y corriente, ha-blaba en favor de su turbación frente a mí. Esa turbación tenía que ver con su per-manente

inseguridad frente a cuanto podía mostrar de sí mismo sin caer en sus deseos regresivos.

Por ese motivo era también importante para él poder fijar el momento en el cual abrirse. Por esto le señalé, al final de la sesión, que el cambio de hora había aumentado su angustia de perder el control sobre su persona y sobre mí. Eso lo turbaba de tal modo, que ya ni sabía si aún quería que yo entendiera lo que pasaba en sus adentros. En ese caso veía en mí a un psicoterapeuta que todo lo interpretaba de más.

A la sesión siguiente, Otto Y llega justo una hora adelantado. Debido a que nunca había esperado en la sala de espera, golpeando siempre muy puntual directamente a mi puerta, no pudo haberse dado cuenta de esta confusión.

Después de que permanece un rato en silencio, comienzo yo la sesión preguntándole si ha notado que hoy ha llegado muy temprano. Al comienzo está totalmente seguro de no haber confundido nada y luego titubea.

P.: ¡Por Dios!, entonces tuve que confundirme totalmente con la hora del viernes.

A.: Ese "¡Por Dios!" aparece normalmente cuando yo le digo algo frente a lo cual Ud. se está defendiendo.

P.: Sí. (Pausa más prolongada.)

A.: Antes de que Ud. siga adelante, tendríamos que descubrir qué cree Ud. que yo podría hacer para que Ud. de nuevo se sienta suficientemente seguro.

P. (vehemente): Bueno está, todo lo que yo le digo, desaparece en su cabeza y yo nunca sé lo que Ud. hace con ello. En segundo lugar, aquí no tenemos una meta, ni siquiera una meta parcial, y tercero, temo perder el último resto de dignidad y respeto por mí mismo si permanezco aquí, a pesar de querer que Ud. me ayude a conservar mi propia estimación. Pero si ya habíamos hablado la última sesión de eso.

A.: Justamente en la última sesión tuvo Ud., al parecer, la sensación de perder el respeto por sí mismo.

P.(desconcertado): ¿Qué fue lo que pasó realmente?, ya no lo recuerdo.

Entremedio pasaron tantas cosas, estuve invitado a una fiesta de cumpleaños, fue el encuentro de las "Juventudes Musicales" y, bueno, seguro que ahora Ud. va a empezar a pensar en el motivo de por qué no me puedo acordar de eso.

A.: Ahora me queda claro lo difícil que es para Ud. cambiar cada vez de un mundo a otro. Por un lado está la vida cotidiana, y por el otro la terapia que gira en torno de los zapatos. (El paciente me interrumpe antes de que pueda seguir hablando.)

P.: Y con ello siempre me acuerdo de sus zapatos. (Sonríe mientras lo dice.)

A.: Exacto, y con ello surge el deseo de poseerlos.

P.: Al fin y al cabo, sí, es decir, en algún momento, cuando Ud. ya no los use. (Pausa más prolongada.)

A.: En todo caso, queda claro que Ud. se resiste a que le recuerden una y otra vez esto.

P.: Porque con eso temo bajar a mi capacidad de trabajo más baja. Y ahí hay algo más, dos cosas que Ud. aún no sabe. Desde niño tengo el problema de que me re-pugna la idea de que se maten animales para apropiarse de su cuero. Y creo que esa es la razón por la que no puedo botar los zapatos. Además, me es inmensamente difícil hablar con las personas que llevan puestos los zapatos que me gustan. Se da una atracción corporal. Pero en el caso de que los zapatos no correspondan con mi gusto, se me hace aún más difícil poder entablar una conversación con quienes los llevan puestos. Sus zapatos tienen algo, algo que es muy importante, y que está en primerísimo lugar, a saber, que no tienen cordones.

A.: Pienso que Ud. no se refiere solamente a los zapatos, sino a un anhelo que está ligado a los zapatos. Se trata de estar muy cerca de alguien. Por eso, al usar zapatos que le gustan tanto a mí como a Ud., yo llego a intimar tanto con Ud., que es precisamente ese el motivo por el cual a Ud. se le hace tan difícil hablar conmigo.

P.: Cuando Ud. estaba diciendo eso, tuve una sensación desagradable-agradable, hasta bien adentro de mi cuerpo. (Al despedirse, agrega además lo siguiente:) En todo caso, no olvidaré jamás la sesión de hoy.

Con esta sesión se había logrado un paso importante en la consolidación de la alianza de trabajo. Otto Y hacía ya algún tiempo que me había incluido secretamente en su mundo de los zapatos, sin poder hablar sobre eso. Se había dejado excitar -y frustrar a la vez- a través de mis zapatos. Debido a que progresivamente lo fascinaban sólo mis zapatos, se sentía cada vez más dependiente, y eso lo avergonzaba. El cambio de hora y su venida adelantada le demostraban penosamente lo mucho que dependía de mí. Reconocer esto parecía significar para él que ya no habrían límites entre los dos y que estaría plenamente a mi merced. Frente a mi pregunta de que en primer lugar tendríamos que descubrir lo que yo tendría que hacer para que él se sintiera nuevamente seguro, le dio la posibilidad de atacarme, pudiéndose de tal modo delimitarse de mí. A medida que notaba que todo desaparecía en mi cabeza, y con ello también la meta de apartarlo de los zapatos, podía hablar nuevamente sobre su angustia de llegar a depender totalmente de mí y a través de eso perder su propia estimación. Por ese motivo, volvió a hablar sobre la última sesión, mostrándome que vivía en dos niveles y que había comenzado de nuevo a excluirme de su mundo de los zapatos. Pero eso significaba también que trazaba un

lí-mite al cambiar de un mundo a otro. Si bien de este modo se aislaba, a través del aislamiento podía seguir gozando de las satisfacciones que le ofrecían su mundo de los zapatos. Lo enfrenté comenzando a hablar sobre su desasosiego de tener que cambiar de un lado para otro entre estos dos mundos, el de los zapatos y el de la vida cotidiana. Esto le dio la oportunidad de hacerme participar directamente en su mundo de los zapatos, poder abrirlo por un instante y, de este modo, integrar algo del mundo escindido de los zapatos. No sólo me estaba confesando algo que me ha-bía retenido hasta ese instante, sino que se identificaba parcialmente conmigo. Cuando pude aclararle que yo usaba dichos zapatos porque a mí me gustaban, pudo enfrentarse en esta sesión al conflicto entre su ansiedad de cercanía corporal (por eso deseaba poseer mis zapatos) y su deseo de delimitación (por eso yo no debía darle mis zapatos y poner resistencia a sus deseos). Comenzó a permitir un insight dentro de sus conflictos inconscientes, íntimamente ligado a la experiencia que hi-zo en la sesión, consigo mismo y conmigo. En este sentido, esta sesión puede ser considerada como un primer momento crucial en la terapia. Comenzó a reconocer que no se trata de los zapatos concretos, sino de lo que éstos significan, por ejem-plo, su deseo de cercanía y su angustia de quedar a merced de otro. En lo que si-guió, su exclamación "¡por Dios!" dio paso a un "mh", como reacción frente a las interpretaciones en las que se sentía tocado. Con el "mh" dejaba abierta la posibilidad de decirme, por un lado, cómo y por qué veía las cosas de manera distinta a la mía, o de comenzar a trabajar con aquello que había escuchado de mí. Ya no sentía mis interpretaciones como una intrusión contra la que debía defenderse, sino como herramienta con la cual él mismo podía trabajar.

Comentario: Para poder descubrir las condiciones bajo las cuales ocurrió la fijación al fetiche, hay que volver a transformar la fascinación por el "mundo de los za-patos" en la historia llena de conflictos de sus fantasías inconscientes y de sus de-seos gozosos, que habían correspondido originalmente a las personas significativas y que trataba de hacerlas realidad ahora en el presente. Al hacerlo, hay que partir del hecho de su historial de vida, de que este paciente vive aproximadamente desde su tercer año de vida en dos mundos, a saber, dentro, y con, el fascinante fetiche como símbolo, que puede llegar a ser el contenido de todas sus fantasías, imaginaciones e ilusiones y que surgió, probablemente, desde diversos objetos de transición. Son precisamente los objetos inanimados, que no interfieren a causa de ninguna activi-dad propia, los que se prestan, debido a su disponibilidad casi ilimitada, como pan-talla de proyección para cualquier tipo imaginable de fantasías conscientes e in-conscientes. El fetiche, desligado del desarrollo vital y de las relaciones interperso-nales, se transforma finalmente también en objeto sexual, en el sentido más estric-to de la palabra.

En la fascinación emergente de determinados zapatos, se manifiesta lo maravilloso de la imaginación humana. Ciertamente, ésta no puede echar en saco roto la existencia de zapatos bellos y feos, atractivos y repugnantes. Sin embargo, es notable que el paciente sufra por el conocimiento de que su amor se dirige sobre un objeto que sólo le es disponible por la muerte de un animal. El cuero le recuerda, una y otra vez, el aniquilamiento de la vida, es decir, la agresividad y la destructividad. Es revelador el hecho de que la fascinación emane sólo de aquellos zapatos que son cerrados, mientras que todos los zapatos con ojillos caigan en un grupo valorado negativamente, que incluso despierta cierto desasosiego. Es posible que el paciente experimente inconscientemente los ojillos como una imperfección que le recuerda, en el sentido de un desplazamiento en la percepción, en el detalle más pequeño, todo tipo de deterioro y destrucción. Los zapatos cerrados vuelven a reestablecer la perfección, que sin embargo está también cargada de culpa por la matanza de animales.

Respecto de la psicodinámica, hay que agregar además que el temor del paciente de llegar a ser homosexual -desencadenado a raíz de una estrecha amistad con un estudiante, a quien le hizo confidencias-, es una expresión adicional de su atadura al fetiche, que inhibe su desarrollo. Como vemos, esta atadura coartó totalmente el espacio de desarrollo heterosexual, conduciendo a una ausencia, inquietante para él y para los demás, del empujón puberal.

La descripción psicodinámica ofrecida, intencionalmente muy general, integra muchos aspectos esenciales de la teoría psicoanalítica del fetichismo, permaneciendo a la vez abierta a todos los detalles que puedan irse dando a lo largo de la terapia con este paciente. La formación de síntomas permite, a través de una determinada forma de desmentida de la diferencia entre los sexos, defenderse tanto frente a los conflictos de la fase de desarrollo edípico como también preedípico (Freud 1927e, 1940a, pp.204s; Greenacre 1953; Stoller 1985).

Si se intenta colocar bajo un denominador común los puntos de vista de los diversos autores respecto de la psicodinámica del fetichismo, vemos que las reflexiones se concentran, por un lado, en la satisfacción pregenital y andrógena y, por el otro, en la temática del control y del ejercicio del poder. A menudo, el fetiche posteriormente sexualizado emerge de un objeto de transición, con lo que también se relaciona la intensa satisfacción y seguridad que éste transmite. Correspondientemente, la terapia conduce a un estado de desasosiego, ya que el paciente se angustia con la idea de que le quiten el objeto del que depende toda su dicha y seguridad. De este modo, el analista tratante se encuentra en un dilema, a pesar de que está consciente del problema, y a pesar de que hace

esfuerzos por no actuar como una pro-longación de los padres, quitando el fetiche y normalizando al paciente, casi como por encargo de ellos. Este dilema está íntimamente entrelazado con el desarrollo de la transferencia.

Especialmente en sintomatologías de este tipo, la revelación de las prácticas perversas está unida a profundas vergüenzas. A pesar de grandes dificultades internas, el paciente logra abrirse paso a paso. Sin embargo, en algunas partes queda de manifiesto que el analista interpreta las estrategias de delimitación del paciente en un tono lleno de reproches, aunque su intención sea la contraria. Es así como el paciente debe haber sentido la interpretación del analista como un reproche tácito, cuando éste le dijo que no quería comprometerse y que deseaba dejar posibilidades abiertas, y que se defendía por el miedo a que le quitaran algo. Este tipo de interpretación, ofrecida con la buena intención de que los pacientes entiendan por sí mismos que naturalmente no se les quitará nada, y que sólo tienen la angustia irracional de que pase algo así, es bastante común. En vez de tratar de hacer que el paciente comprenda que debe renunciar a su resistencia transferencial injustificada, re-comendamos investigar, en conjunto con el paciente, la génesis actual de ella, es decir, el origen de la resistencia en el aquí y ahora, partiendo de la base de que el paciente tiene buenas razones para intranquilizarse. Un buen ejemplo de esto se encuentra en aquella sección del tratamiento en la que cede la confusión del paciente. Después de que el analista pregunta al paciente por su opinión sobre lo que tendría que pasar para que él pudiera sentirse de nuevo suficientemente seguro, éste responde con tres puntos. Estos deben ser cumplidos paso a paso en todo análisis, si es que se quiere llegar a un buen término, es decir, para lograr cambios terapéuticos. Todo paciente depende de la opinión que el analista tenga de él; y de la estructuración de la relación con el analista dependerá también la regulación del respeto del paciente por sí mismo. Bastó el comentario apoyador del analista sobre lo difícil que debe ser para el paciente cambiar de un mundo al otro, para que éste pusiera en palabras una fantasía transferencial sobre los zapatos del analista. Esta sesión inolvidable puso de manifiesto el fetiche en la neurosis de transferencia. En este punto, el analista pudo ser suficientemente eficaz como para que la alianza de trabajo se consolidara. La verdad es que ésta fue la primera vez que entre ambos se estableció algo en común, a saber, una afinidad en el gusto por los zapatos. Ahora, la tarea será establecer con el paciente posiciones en otros niveles, que conduzcan más allá del mundo del fetiche. De este tipo de "zapato chino", sólo se puede salir si se está con un pie adentro y con el otro afuera.

6.3 Los familiares

Como lo expusimos en la sección 6.5 del tomo primero, la conducta del analista frente a los parientes debe subordinarse al principio de la ética médica y con ello al secreto profesional. Suena menos riguroso si decimos, manteniendo esta misma orientación, que el analista está obligado a servir al bienestar del paciente. Todo tratamiento psicoanalítico tiene por meta promover la autonomía del paciente. Es-to afecta los vínculos preexistentes, razón por la cual los psicoanálisis tienen siempre también grandes efectos sobre el compañero de vida y sobre la pareja como conjunto (Freud 1912e). En situaciones de excepción, es decir, cuando se está frente a una enfermedad psicótica o una amenaza seria de suicidio, desde el punto de vista médico es necesario (y desde el punto de vista jurídico recomendable) informar a los familiares y lograr una decisión que en lo posible sea apoyada por todos los miembros. Pero, existen formas indirectas mediante las que paciente y analista pueden incluir o excluir en la terapia a los terceros ausentes.

Antes de ocuparnos de algunos problemas típicos, queremos referirnos a los tratamientos que se llevan a cabo con la satisfacción de todos los involucrados. Elegimos este punto de partida por diversas razones. Por una parte, en los últimos decenios se ha tomado demasiado poco en cuenta que, por lo general, la mejoría o curación de una enfermedad neurótica o psicósomática es un proceso que encierra muchos más momentos agradables que agobiantes para los que participan o son afectados por él. Si consideramos las experiencias que hemos hecho en este sentido, después de la publicación de Thomä y Thomä (1968), nuestros tratamientos se caracterizan por la ausencia de complicaciones para los parientes, desde el momento en que los cambios que tienen lugar en el paciente han ampliado el espacio vital común y enriquecido la vida en común. Una importante condición previa es que se dé una base sólida, agobiada predominantemente por la sintomatología neurótica de sólo uno de los miembros de la pareja. En el caso de existir otras condiciones, por ejemplo, que la formación de la pareja se haya llevado a cabo -o que se mantenga- por entrelazamientos neuróticos recíprocos, el cambio en el equilibrio neurótico conduce a considerables complicaciones. El miembro de la pareja que no está en tratamiento obviamente registra los cambios en forma negativa. Por ejemplo, uno de los dos sufre, porque el otro, que hasta ahora había sido muy dependiente, se hace más independiente, al liberarse de una dependencia neurótica.

Examinemos ahora los tratamientos con menos complicaciones en más detalle, y desde un punto de vista que, pensamos, es el único indicado. Para esto, partamos

de una psicología de tres personas en el sentido de Balint, que en la situación psi-coanalítica real se encuentra reducida a una díada, hablando por eso de una "tríada menos uno". La ausencia real y la presencia sólo virtual del tercero tiene efectos profundos y el modo como se solucionen los conflictos diádicos y triádicos emergentes dependerá de los tres participantes. Al tener la mira puesta en el bienestar del paciente, se puede, sin más, prestar oído a la pareja, en alusión al certero título de Neumann ("Un oído para la pareja", 1987). Estas metáforas no nos debieran distraer de los compromisos que resultan del inequívoco contrato de tratamiento. Para nosotros, tener oídos para la pareja significa ante todo aplicar el conocimiento psi-coanalítico sobre los conflictos triádicos (edípicos) y diádicos (madre-hijo) de modo que el paciente, tratado de manera individual, alcance una autonomía que sea compatible con una unión feliz. La meta de alcanzar una relación postedípica heterosexual es una fantasía utópica que marca el camino. Probablemente, en esta utopía se refleja un profundo anhelo humano, que pareciera representarse en la pareja psicoanalítica. Así, la envidia y los celos externos se dirigen sobre ésta. Por otro lado, para el despliegue de la transferencia el analista tiene también necesidad de las voces externas, si bien por lo general las escuche sólo indirectamente, por boca del paciente. Por este motivo, los parientes a menudo suponen que el analista no puede llegar a tener un cuadro cabal sobre la verdadera manera de ser del paciente y sobre cómo de hecho éste se comporta. De aquí surgen tensiones que, dependiendo de lo que se haga, pueden ser atenuadas o agudizadas. Cualquiera de los tres participantes puede contribuir en la atenuación o agudización de las tensiones, de manera que la tipología de las complicaciones depende de la actitud y del comportamiento de cada uno y de las mutuas interacciones. Ya en el tomo primero (6.5) nos ocupamos de las constelaciones recurrentes más típicas, aquí nos restringiremos a presentar un ejemplo de la inclusión del otro miembro de la pareja. Nuestra atención frente a los efectos del análisis sobre el otro, nos ha llevado a considerar especialmente si, por ejemplo, los pacientes utilizan a su pareja para una transferencia negativa. Si se atiende a la distribución de las transferencias, los análisis se desarrollan con menos complicaciones y el deseo de los familiares de hablar con el analista surge muchísimo menos. Sin embargo, por razones terapéuticas preferimos que sea el paciente mismo quien proporcione a su pareja la información suficiente para que a ésta le sea más fácil renunciar al deseo de hablar con el analista. El asunto es más serio cuando el paciente no le permite a su pareja tener parte en sus vivencias. Por este motivo, desaconsejamos que, al comunicar la regla fundamental, se recomiende al paciente no hablar del análisis fuera de éste. Este tipo de recomendación, que antiguamente se llegó a

considerar casi como un mandamiento, conduce a situaciones de agobio innecesarias y, por lo demás, se cumple sólo de forma selectiva. Es mucho más importante poner la atención en lo que los pacientes cuentan, afuera, de lo que han vivido dentro del análisis, y qué opiniones del analista repiten. Es esencial prestar atención a la forma en que se impide o se posibilita la participación de la pareja, también a causa de los componentes masoquistas de muchos trastornos neuróticos, con su tendencia inconsciente a dañarse a sí mismo.

Ejemplo: tendencias suicidas

En el análisis de Martín Y, que sufría de síntomas obsesivos, el peligro de suicidio se había limitado a situaciones matrimoniales conflictivas, que se desarrollaban casi exclusivamente en forma subliminal. El equilibrio que se había establecido en el matrimonio había llevado a que mutuamente evitaran los problemas emocionales. Los pensamientos suicidas del paciente, que ocultaba frente a su mujer, se hicieron más intensos, como resultado de un típico giro de los afectos en contra de la propia persona. En el análisis de la transferencia no fue posible interrumpir esta evolución. En el matrimonio, que ya duraba 5 años, se repetían modelos de relación que se habían formado en la infancia en el paciente. La esposa había tomado parcialmente el lugar de la madre. Al igual que entonces, el paciente se retiraba en una pasividad testaruda y su mujer no tenía idea que su conducta tranquilizadora, que consistía en no aclarar las situaciones, tenía por efecto la agudización de sus síntomas. Yo veía con cierto temor la próxima interrupción de vacaciones. Al no haber terapia, era de temer que se agudizaran las tensiones no expresadas entre los esposos, y con ello también la tendencia suicida. Frente a esta situación, propuse tener una conversación entre los tres. El paciente se sintió aliviado. Resultó que la esposa, preocupada por el aislamiento de su marido, había querido comunicarse con la analista, pero pensaba que no debía interferir en el análisis.

Para la mejor comprensión de los conflictos de pareja que reforzaban los síntomas, y también la consulta que presentaremos más tarde, describiremos a continuación algunas características especialmente notorias de su personalidad, determinantes para la sintomatología y la conducta en la vida privada y profesional del paciente. Desde la época escolar, Martín Y se esfuerza por funcionar lo menos emocionalmente posible, y por esto cree que causa la impresión de ser frío, arrogante y extraño. Dice vivir apretado y aislado, como en una jaula. Recuerda que de niño a menudo se decía: "¡Pero si esto no es vida!" Curiosamente, es sólo a través de la emoción de otras personas como

surge en él algo vivo. La mayoría de las veces, estas situaciones tienen que ver con peligro de muerte y con la muerte misma. Sueña con arrancarse, con irse lejos, tomar su mochila y emigrar a un país extranjero, para exponerse a peligros mortales. Su mujer lo disuade de tales planes recordándole situaciones ejemplares intimidatorias. Entonces, piensa en otras posibilidades de arrancarse. Dice que, a propósito, comete fallas burdas en la empresa, donde se le considera ejemplo de orden y escrupulosidad, para poner en peligro su puesto de trabajo. Le gustaría ser echado.

En los primeros meses de la terapia provoca, por su culpa, un accidente automovilístico. Falta a sesiones de análisis o llega atrasado. Cuando siente que yo me preocupo, se podría decir que renace. Describe cómo creció, blindado en contra de cualquier expresión de sentimientos. Después de la muerte de su hermana menor, sus padres se habían retraído. Durante muchísimos años se había sentido culpable de haber provocado la muerte de su hermana. No le había sido posible aclarar esto conversando con sus padres. Así, en él se había afirmado la idea de que era culpable, de haber dado vuelta una vez el coche con su hermana dentro. Mucho más tarde había sabido que su hermana había muerto a causa de una dolencia congénita. El día del entierro había salido, lleno de felicidad, al encuentro de un tío muy querido, quien había viajado desde lejos para la ocasión. Frente a eso, su padre había reaccionado castigándolo físicamente. Durante un tiempo había tartamudeado.

El paciente llora y se siente liberado al permitir que estos recuerdos de la niñez puedan aflorar y de poder hablar sobre ellos. La frase siguiente es un ejemplo de lo mucho que se acerca a su agresividad reprimida: "Lo único que quiero aquí es inspirar, porque temo que, al soltar el aire, pudieran salir cosas malas fuera de mí." Ahora, el paciente es capaz de comunicar uno de sus pensamientos más terribles: que desde hace tiempo no puede tener relaciones sexuales con su mujer, porque teme que, al hacerlo, podría hacerla morir. Su mujer lo consuela respecto de muchas cosas. Describe su infinita paciencia, sus frases de aliento de que ya llegará el día en que todo mejorará.

Martín Y nota una disminución en sus ideas obsesivas, sus temores e impulsos. La mejoría puede atribuirse a la incipiente aclaración de la historia de sus sentimientos de culpa. Con el nacimiento de la hermana, gravemente impedida, y con la muerte de ésta, las mociones pulsionales agresivas habían sido reprimidas. Las imputaciones de culpa declaradas y fantaseadas, sin conexión con las vivencias con la hermana, lo habían llevado a esperar ser castigado. Todo esto, que aparecía una y otra vez, lo mortificaba y le parecía incomprensible. En este asunto se trata de los efectos de los sentimientos de culpa inconsciente, como Freud (1916d) lo describiera para algunos tipos caracterológicos.

Un domingo, poco antes de una interrupción por vacaciones de verano, el paciente se quedó todo el día en cama. Su mujer estaba de viaje. Cuenta que había estado soñando despierto. Poco a poco, resultó que había estado incubando planes de suicidio. Con sus razonamientos había terminado una y otra vez en un callejón sin salida: no se había podido decidir entre divorciarse primero y quitarse a continuación la vida, o hacerse algo "antes". La mujer, que había vuelto esa tarde, se había asustado por su estado; todo indicaba que ella se había podido recobrar pronto y encontrado la manera de distraerlo y animarlo. De nuevo, todo había sido vuelto a ser tapado provisoriamente. Otra vez no habían podido aclarar y conversar las cosas, después de esas horas de tanto sufrimiento.

Después de este suceso, se ponen de acuerdo en pedir consejo profesional. La mujer dice que su marido se ha vuelto cada vez más silencioso. Que a menudo ella no sabe qué hacer. Que si le pregunta algo, él no le contesta. Que él hace que ella se sienta "varada". Que él quiera tirar la toalla en el trabajo, y que al hacer-lo incluso dé la impresión de estar contento, es algo incomprensible. Que, al igual que ella, él es una persona muy escrupulosa.

Le planteo que en este momento se trata de aclarar aquellas situaciones que ninguno de los dos comprende, por ejemplo, la razón de ese tironeo: por un lado, "querer tirar la esponja" o, mejor dicho, "desear que lo echen del trabajo" y, por el otro, "tener que hacer todo de manera especialmente perfecta".

Sorpresivamente, el paciente, que hasta ese momento había permanecido en silencio, se pone muy vivaz. Alega que sí, sí, que se debería encontrar una nueva solución. Que todo se aclararía si él se retirara de su profesión y alguna vez hiciera otra cosa. Inmediatamente, la mujer intenta disuadirlo de esta promesa de alivio. De ese modo, dice, no se puede aclarar nada. Ella solamente piensa en tantos amigos chalados, en las dificultades catastróficas que se dieron con ellos. Que él debería hablar de una vez por todas con esos tipos, e informarse sobre lo que les pasa. Pero no, no lo hace. Eso la tiene totalmente desesperada. Que él no hable nunca. Comienza a llorar.

El paciente está sentado, hundido en la silla y con expresión apartada e inconmovible. Después de un rato, dice que encuentra ridículo que ella hable así y que decida sobre él. Ella dice por dónde hay que ir, ella dice lo que él debe decir y hacer. Que a veces llega incluso a recibir puntapiés por debajo de la mesa, con el afán de estimularlo.

La mujer, adicionalmente desesperada por esta manera distante de acusarla, vuelve a los reproches. Dice que en la casa de sus padres es la misma cosa. Que allá tampoco habla. Sobre todo, frente a las preguntas de su madre él sencillamente no contesta. Entonces es ella quien habla por él, porque a su

madre le duele mucho. Ante esto, el paciente se vuelve a indignar. Si ella empieza con esas cosas, él no puede hacer absolutamente nada. Lo mismo sucede cuando hacen un paseo, y ella está permanentemente diciendo: "Mira, ¿es que no ves? ... ahí ... allá ... ¡qué lin-do!" Pero si él también tiene ojos en la cara. Ahora, los dos comienzan a reírse.

Aprovechando el momento de relajación, hago un resumen de la conversación de hoy, explicando que se desarrolló de igual forma. Ella habla, ella contesta, es la primera en mostrar un sentimiento, en llorar. Pareciera que fuera ella la que tiene que hablar, contestar, sentir, llorar, por él. Con cierta vehemencia, la mujer me interrumpe diciendo que no, que ese no es para nada su estilo, pero que con el tiempo, ella se ha ido "acostumbrando" a él. Que ella no quisiera de ninguna manera ser así. Que ella no puede ser así, porque a veces ni siquiera sabe lo que pasa dentro de él. En especial cuando su marido explota y lanza palabras terribles. Le digo que eso la tiene que atemorizar, especialmente cuando él declara que quiere quitarse la vida, como lo ha hecho en estos días. Que es comprensible que ella reaccione rápido, tranquilizándolo y desviando su atención con todas sus fuerzas. Bueno, contesta ella, claro que ella preferiría que él dijese algo y no que se quedara callado. Naturalmente que sería mejor que saliera más de sí mismo. Hacía pocos días le había caído muy bien cuando por la mañana la había despertado con un: "¡Arriba, arriba, no podemos llegar atrasados!" El había actuado de manera tan decidida, tomando al fin la iniciativa, realmente se había puesto muy contenta. Ella no querría tener que arriarlo todo el tiempo, tenerlo bajo su tutela, tener que estar diciéndole todo, hasta lo que debía ponerse al día siguiente. El paciente, muy alterado, la interrumpe diciendo que él sabe muy bien lo que tiene que ponerse. Ahora lo interrumpe ella, diciendo que él es igual a su madre. Cuando a la madre de él se le dice: "¡Ponte ese vestido nuevo que te sienta tan bien!", empieza inmediatamente con los "peros", que esto que lo otro, que después de todo debería haberse comprado un vestido totalmente distinto, que éste es muy caluroso, que es muy caro, etc. Frente a esto, el padre no decía nada respecto de si el vestido le asentaba o no. Nada se decidía. Algo parecido sucedía con la comida. Cada cual sabía muy bien lo que le gustaría comer, pero nunca se decidían. Nunca se dejaba suficientemente en claro lo que cada uno apetecía en ese momento. El paciente se molesta diciendo que es típico de ella el que siempre sepa tomar una decisión rápida. Que en este momento se trataba de no pasar por encima de los demás, de explayarse sobre indecisiones. Pregunta que si no sería posible intentar entender alguna vez lo que había detrás de todo eso. Este tema es ilustrado en base a otros ejemplos tomados de la vida diaria.

Por primera vez después de mucho tiempo, los esposos pueden hablar abiertamente y reflexionar sobre sus desilusiones. Ambos se proponen intentar romper en las vacaciones el círculo vicioso del callar y dejar que el otro se haga cargo del rol propio, para luego sentirse incomprendido y retirarse en forma indignada. Después de las vacaciones, queda claro que esta conversación entre los tres posibilitó entre los esposos una mayor disposición para enfrentar los conflictos. Otro resultado de esta conversación fue que el paciente sentía que yo había tomado partido por su mujer, es decir, que había mostrado demasiada comprensión por las angustias de ella, en vez de ayudarlo a él a aclarar las suyas. En la transferencia, yo había salido en defensa de su hermana impedida. La transferencia materna negativa entró ahora en el trabajo terapéutico. ¡Cuántas veces se habían aliado su madre y su hermana en contra él! El paciente podía ahora indignarse y sentir su agresividad. En lo que siguió, la tendencia al aislamiento y al suicidio disminuyó. La relación matrimonial se liberó parcialmente de la actuación del paciente.

6.4 Financiamiento ajeno

Bajo el abarcativo encabezamiento de financiamiento ajeno, en el tomo primero (6.6) expusimos los fundamentos de la asunción de los costos de las psicoterapias analíticas por las mutuas de salud. En el entretanto, también en las compañías de seguros privadas, y en las cajas de seguro de los empleados estatales respecto del otorgamiento de subvenciones adicionales, han entrado a operar disposiciones similares. Por tanto, el analista tratante tiene que presentar prácticamente para todos sus pacientes una solicitud de costos de atención, o, según el caso, de subvención, en las correspondientes mutuas o compañías de seguro de salud de los distintos estados federales, solicitudes que son revisadas por un perito en relación con la indicación de una psicoterapia dinámica o analítica. En relación con la duración del tratamiento, las disposiciones del 01.10.87, de las mutuas de salud, no son las mismas que las normas que rigen el otorgamiento de las subvenciones adicionales. Las diferentes compañías privadas de seguro tienen también diversas disposiciones.

A nivel internacional, el problema del "third party payment" despierta cada vez más interés (Krueger 1986). Del panorama general que presentamos en el primer tomo, se puede concluir que, actualmente, los psicoanalistas alemanes deben presentar solicitudes para fundamentar los procedimientos terapéuticos de acuerdo con los principios etiológicos de la teoría psicoanalítica para casi todos sus pacientes. Así, el terapeuta debe poder hacer plausible al analista que hace

de perito de que el tratamiento previsto puede conducir al alivio, a la mejoría o a la curación de la enfermedad neurótica o psicosomática en cuestión, o de que fomentará la rehabilitación del paciente. También deben evaluarse las posibilidades de cambio, es decir, el pronóstico. En las solicitudes a los psicoanalistas que hacen de peritos, quienes eventualmente podrán recomendar a la mutua de salud la aprobación para empezar, o para continuar, una psicoterapia analítica, se trata, al igual que en los seminarios técnicos, de hacer concordar las apreciaciones psicodinámicas con los pasos técnicos. Por otro lado, se debe poder mostrar, en base al proceso, la manera como el paciente reacciona frente a la terapia, es decir, poder fundamentar el cambio de los síntomas en relación con la transferencia y la resistencia. De manera expresa, las normas consideran importante el enjuiciamiento de las regresiones en cuanto a su utilidad terapéutica. El pasaje correspondiente de las normas vigentes a partir del 01.10.1987, reza del siguiente modo:

La psicoterapia analítica abarca aquellas formas terapéuticas que tratan los síntomas neuróticos conjuntamente con el conflicto neurótico y con la estructura neurótica básica del paciente. En ellas, el suceso terapéutico se pone en marcha, y se promueve, con ayuda del análisis de la transferencia, de la contratransferencia y de la resistencia, haciendo uso de procesos regresivos.

En este pasaje se puede reconocer que las normas se basan en la teoría de la terapia de la psicología del yo. Las solicitudes de continuación de tratamiento no presentan problemas si es que se puede demostrar que el dominio de los conflictos psíquicos y el cambio sintomático hacen necesaria una "regresión al servicio del yo". Sin embargo, sí que es difícil para muchos solicitantes fundamentar solicitudes de prolongación -en especial aquellas que van más allá de las duraciones reglamentadas-, del modo como lo exige Freud (1918b, p.14) para la conducción de análisis especialmente profundos. En este pasaje, Freud relaciona reflexiones etiológicas y terapéuticas, y fundamenta las diferentes duraciones de los tratamientos en que algunos problemas y síntomas pueden ser solucionados terapéuticamente como "configuraciones" posteriores del historial de vida, tan sólo cuando se han encontrado las causas en las capas más profundas del desarrollo psíquico. En este mismo sentido, para asumir los costos de la psicoterapia analítica, las normas exigen una fundamentación causal. Las regresiones por sí mismas no corresponden a las metas etiológicas ni tampoco a las metas terapéuticas de Freud. En este sentido, Baranger y cols. (1983) hablan de un prejuicio generalizado, que sacrificó el punto de vista fundamental de Freud sobre la Nachträglichkeit (véase 3.3), es decir, sobre la significación

retroactiva. Si una causa recibe sólo retroactivamente, y bajo la impresión de sucesos posteriores, su fuerza determinante, las teorías que sitúan el origen de síntomas psíquicos y psicosomáticos tardíos en las etapas de desarrollo más tempranas se hacen problemáticas. En este sentido, Baranger y cols. critican especialmente las teorías de Melanie Klein. La muy difundida tendencia de ver el factor terapéutico decisivo en las regresiones por sí mismas, se relaciona con el descuido del significado causal de los sucesos de efecto retrógrado. Esta idea conduce al enfoque terapéutico de llevar la situación analítica a formas cada vez más profundas de regresión y de animar al paciente a revivir vivencias traumáticas tempranas, y lo más tempranas posibles. Baranger y cols. hablan de la ilusión, refutada una y otra vez por la experiencia, de que las situaciones arcaicas alcanzadas -sea a través de drogas o por regresiones analíticas promovidas sistemáticamente- bastan para lograr progresos. Como ejemplos de tales experiencias, estos autores mencionan el resurgimiento de la simbiosis inicial con la madre, el trauma de nacimiento, la relación primitiva con el padre, las posiciones esquizo-paranoide y depresiva del lactante y la salida del así llamado núcleo psicótico. Baranger y cols. acentúan expresamente

... que es inútil revivir un trauma si es que esto no se complementa con la reelaboración, si el trauma no es reintegrado en el curso de una historia o si las situaciones traumáticas iniciales de la vida del sujeto no son diferenciadas del mito histórico de sus orígenes (1983, p.6).

La responsabilidad médica y científica exige considerar los movimientos regresivos dentro del campo tensional entre la resistencia y la transferencia bajo el punto de vista del dominio de los conflictos, bajo el que, pensamos, también debe subordinarse el concepto de la reelaboración. De otra forma, se despiertan falsas ilusiones y se establecen iatrogénicamente dependencias que, en ciertas circunstancias, llegan hasta las regresiones malignas. De acuerdo con nuestra propia experiencia como peritos, un frecuente indicio de tales evoluciones es la inquietante constatación, en solicitudes de prolongación más allá de 160 o 240 sesiones, de que si la terapia se termina en ese momento, existe una amenaza de recaída o incluso de suicidio. Sin querer poner en duda de que también en tratamientos llevados correctamente a cabo se pueda llegar a tales situaciones, queremos exponer nuestras experiencias en este sentido, como analistas tratantes y como peritos. Desde un punto de vista terapéutico es decisivo evitar al máximo las regresiones malignas. En nuestra opinión, del entendimiento de la regresión desde el punto de vista de la psicología del yo, se deriva la necesidad de crear en la sesión analítica las mejores condiciones posibles para poner al

paciente en una situación tal que pueda dominar sus conflictos. A es-to también pertenece llegar a evaluar realísticamente la propia situación de vida. Para limitar las regresiones malignas, es recomendable no perder de vista, en medio del análisis de la transferencia y de la resistencia, las circunstancias económicas y de financiamiento y, con ello, un aspecto esencial del sentido de realidad. En este sen-tido, las limitaciones temporales en la prestación de los servicios financiados por las mutuas, y que el paciente conoce, pueden colaborar en la evitación de las regre-siones malignas. Por otro lado, también existen pacientes graves que se sienten tan considerablemente presionados por las limitaciones temporales, que muestran un reforzamiento de las angustias neuróticas. Los problemas que surgen de esta situación han sido hasta el momento solucionados por nosotros de manera satisfac-toria. Como peritos, sin embargo, tenemos frecuentemente la impresión de que existe una discrepancia entre la inquietante constatación de que podría pasar algo grave si la terapia fuera interrumpida dentro de los plazos fijados por las normas, y la fundamentación psicodinámica de este estado de cosas en base a criterios causa-les y pronósticos comprensibles.

Procedimiento de solicitud

Una serie de razones nos llevaron a la elección del ejemplo siguiente. El informe del médico tratante al perito para la solicitud de declaración de prestaciones obliga-torias para psicoterapia, como también las solicitudes de prolongación, fueron re-dactadas antes de que proyectáramos escribir un libro de técnica o, mejor dicho, an-tes de que nos propusiéramos reproducir en este segundo tomo el procedimiento de solicitud de prolongaciones más allá de los límites habituales. Por lo tanto, las so-licitudes no fueron fabricadas con este propósito. Por lo demás, su extensión no es representativa. El analista solicitante recurrió a anotaciones para un seminario téc-nico, por eso la solicitud de prolongación resultó tan minuciosa. El largo no ha-bitual nos es aquí muy ventajoso, pues así el lector puede orientarse en detalle en el proceso.

En este caso se pudo fundamentar que, desde un punto de vista etiológico, la continuación del tratamiento, más allá de los límites habituales para las presta-ciones, se justificaba en términos de la relación entre medios y fines (Zweckmäs-sigkeit), en términos económicos (relación costo-beneficio) y en términos de nece-sidad.

Finalmente, en este ejemplo podemos demostrar bastante bien los efectos del procedimiento pericial sobre el proceso analítico, es decir, sobre la transferencia

y la resistencia. A este importante problema le dedicamos una sección (6.5). Además, con la elección de este ejemplo ahorramos espacio y evitamos repeticiones, pues en la sección 8.2.1 el lector puede encontrar la anamnesis cifrada que se expone en detalle en el punto 4 del formulario de solicitud. También podemos re-nunciar a responder aquí la pregunta por la información ofrecida espontáneamente por el paciente, pues el lector puede encontrar las quejas sintomáticas de Arturo Y dispersas en varios ejemplos, que con la ayuda del registro de pacientes son fácilmente accesibles. Por lo demás, la reproducción, en lo posible literal, de la información que el paciente ofrece de manera espontánea es especialmente importante, porque en la quejas del paciente el perito puede también ganar una impresión de su padecimiento y así ponerlas en relación con los puntos restantes, en especial con la explicación psicodinámica de su enfermedad.

En el tomo primero describimos en detalle las modalidades de financiamiento ajeno. El paciente asegurado por ley no cancela los honorarios por sí mismo y no recibe factura. Los honorarios son transferidos al analista a través de la agrupación gremial médica correspondiente, de acuerdo con determinados procedimientos. La cuantía del honorario por sesión es fija. Por lo tanto, en la atención médica a través de mutuas no se pueden acordar honorarios libremente. Distinta es la situación para un grupo relativamente pequeño de pacientes que están asegurados de manera voluntaria en una compañía de seguros y que llegan al médico con el deseo de ser tratados en forma privada. En ese caso, el tratamiento es acordado libremente y los honorarios pueden ser pactados de manera individual. Luego, el paciente podrá dirigirse a su compañía de seguro para una devolución de los costos. Por lo tanto, por la atención a través de mutuas, el analista no se encuentra en una relación contractual con éstas. En este caso también es necesaria la presentación de una solicitud, para verificar la indicación y la calidad de enfermedad del padecimiento, en el marco de las normas generales para la asunción de los costos.

Arturo Y estaba asegurado voluntariamente en una compañía privada y había contratado un seguro adicional para cubrir eventuales diferencias en los importes. Como paciente privado, fue tratado en base a honorarios pactados libremente. Estos fueron fijados en 138 DM por sesión. El tratamiento fue financiado por ambos seguros hasta que la calidad mórbida de los síntomas no pudo seguir siendo documentada con seguridad. Después de la expiración del financiamiento por la compañía de seguros, Arturo Y pagó por medios propios 120 sesiones más, claro que con honorarios de 90 DM por sesión. A partir de ese momento, el análisis estuvo básicamente al servicio del despliegue de su

personalidad y del enriquecimiento de su vida personal. Si bien existen transiciones fluidas entre las dificultades de vida y los síntomas de enfermedad, es posible hacer distinciones. Sobre todo bajo el punto de vista analítico, es esencial que a lo largo de una terapia el paciente llegue a reconocer su participación en la configuración de la propia vida y su influencia en los síntomas.

Como ya lo dijimos, el análisis de Arturo Y fue financiado por la compañía de seguros más allá de la sesión n.º 300. Por lo tanto, estamos en condiciones de familiarizar al lector con los argumentos que fundamentamos de manera general en la sección 6.6 del primer tomo y de ilustrarlos ahora casuísticamente.

Además, la casualidad ha querido que Arturo Y pertenezca a aquel pequeño grupo de pacientes que estiman importante leer el informe del analista. En la sección 6.6.2 del primer tomo recomendamos redactar las solicitudes de tal forma que el paciente pueda, si lo quiere, leerlas y comprenderlas. Por cierto, con pacientes psiquiátricos el examen de la historia de la enfermedad o del informe del perito puede ser, bajo ciertas circunstancias, denegada (Tölle 1983; Pribilla 1980). Sin embargo, denegar a pacientes en análisis el examen del informe entregado, puede conducir a sobrecargas extraordinariamente importantes. Y esto, también porque desde el punto de vista legal, los informes no recaen dentro de las anotaciones personales del analista que, en relación con la contratransferencia, tienen un carácter privado. Sea como fuere, volvemos a recomendar lo mismo y ofrecemos además un ejemplo de ello. A petición de él, Arturo Y leyó la segunda solicitud de prolongación, posteriormente a su presentación. Por lo demás, durante su redacción, el analista tratante no contaba con tal posibilidad, ni en general, ni tampoco en este caso en particular. Es sorprendente que sólo pocos pacientes quieran echar un vistazo en el informe que los afecta. Mucho tiempo después de que la continuación del financiamiento había sido aprobada por la compañía de seguros, Arturo Y leyó la segunda solicitud de prolongación en la sala de espera. Quería descubrir si acaso su analista estaba a sus espaldas negociando con el perito algo a lo que él no tenía acceso. El hecho de que en la solicitud de prolongación el paciente encontrara descritas experiencias que le eran familiares, fortaleció la relación terapéutica. También la fundamentación psi-codinámica para continuar el tratamiento le pareció iluminadora y correspondiente con nuestras reflexiones en común. Para Arturo Y fue especialmente tranquilizador que el compromiso para la continuación del tratamiento, más allá de la expiración del financiamiento ajeno, haya sido planteado por mí en base a honorarios razonables para él. En el formulario PT 3a/E de informe del médico al perito se da una importancia especial al punto 6, esto es, a la descripción de la psicodinámica de la

enfermedad neurótica. De ésta surge la fundamentación para el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico de la psicoterapia, de los que tratan los puntos 7, 8 y 9, respectivamente.

Con la advertencia: "¡Sin una contestación suficiente de esta pregunta, la solicitud no puede ser elaborada por el perito!" se llama especialmente la atención del analista tratante sobre la importancia del punto 6 -psicodinámica de la enfermedad neurótica-. Y, ¿cuáles son los puntos de vista a considerar? Se deben exponer los factores condicionantes actuantes en la génesis de los síntomas neuróticos o psico-somáticos, o las causas desencadenantes continuas que mantienen la sintomatología. En el centro de esto se encuentra la presentación de los conflictos anímicos, en especial respecto de sus aspectos inconscientes, con las formaciones de compromiso y sintomáticas neuróticas consiguientes.

Fuera de esto, se deben describir la aparición de los síntomas y los factores desencadenantes remontándose hasta la psicogénesis previa. En nuestro ejemplo, al re-producir la descripción del proceso terapéutico, según cristaliza en la solicitud, nos restringimos básicamente a este punto. Para una mejor comprensión, extraemos el siguiente pasaje de la descripción de los hallazgos psíquicos (5a):

En la consulta de urgencia, Arturo Y se muestra movido por la angustia y necesitado de apoyo. Se desarrolla una transferencia positiva, que promuevo conscientemente, con la intención de construir para el paciente un puente que le permita pasar las vacaciones de Navidad. Le receto un preparado benzodiazepínico.

Comentario: La prescripción despertó la confianza del paciente en el analista. En base al conocimiento de su historia previa y del comportamiento ulterior del paciente, es incluso probable que sin la prescripción del medicamento no se habría llegado a comenzar el análisis. Los problemas generales relacionados con esto se-rán discutidos en la sección 9.10.

Para no hacerse dependiente, el paciente ingirió sólo 4 tabletas hasta la presentación de la solicitud, es decir, en alrededor de 4 semanas. El ánimo depresivo des-perado se debe entender como una reacción a los síntomas obsesivos. Ciertas oscilaciones de las molestias durante los últimos 10 años se entienden en relación con las circunstancias y, de acuerdo con su curso, con seguridad no remiten a una depresión fásica.

En la solicitud inicial se puede leer el siguiente resumen psicodinámico:

El paciente no se equivoca al ver en la enfermedad cancerosa de su hermano menor la situación desencadenante del empeoramiento de la sintomatología obsesiva y angustiosa, preexistente desde hace ya muchos años. Con motivo de esta enfermedad mortal en la familia, se activaron antiguas ambivalencias, que, en lo tocante a su intensidad, permanecieron inconscientes y que volvieron de la represión en numerosos síntomas. El paciente está en los límites de su capacidad de integración, y teme volverse loco como su madre. Para preservarse el mismo y a los demás de lo peor, piensa en quitarse la vida. Se trata de un trastorno que lo defiende de intensas tendencias pasivo-femeninas. En general, el carácter del paciente está marcado por una fuerte ambivalencia respecto del padre. Saltan a la vista algunas fijaciones y conflictos anales. Aún no se puede juzgar la significación de la estructura depresiva de la madre. En la fase edípica, se le denegó la necesaria confirmación fálico-narcisista, debido a las exageradas exigencias de sus padres. La consecuencia es una fuerte susceptibilidad narcisista. El llamamiento del padre a las filas trajo consigo primero un cumplimiento de deseo. El conflicto del paciente reside fundamentalmente en que asumió sobre sí el exigente y duro yo ideal del padre, combatiendo desde entonces con todas sus fuerzas sus deseos pasivos de apoyo. Sospecho que su miedo consciente por una siniestra "perversión" es más una defensa en contra de sus tendencias pasivas. Por ejemplo, cuando acaricia a su hijo en la cabeza -es decir, cuando es tierno y se identifica con el acariciado-, ambos se transforman en "demonio": del acariciar se llega al "quitar la vida". En sus variadas angustias, que aparecen en forma compulsiva, hay placer omnipotente: "Si estuviera libre de angustias, sería espantosamente arrogante."

En relación con el pronóstico (pregunta 9), en la solicitud inicial se expone lo siguiente:

A pesar de la larga duración, es favorable, por lo menos en relación con el empeoramiento. Es de esperar un mejoramiento esencial, de modo que la capacidad laboral pueda mantenerse. Lo que hasta ahora se sabe de la psicogénesis, en especial del curso de psicoterapias anteriores, permite incluso suponer que es posible una mejoría sustancial o hasta una curación, pues el paciente es flexible y no es un neurótico obsesivo reseco, y porque en las psicoterapias anteriores las fantasías grandiosas narcisistas y la transferencia negativa fueron claramente descuidadas, de modo que su fuerza motivadora de la formación sintomática permaneció incólume.

Fundamentación de la primera solicitud de prolongación (sesiones 80.^a a 160.^a)

Para todas las solicitudes de prolongación de psicoterapia son especialmente importantes las preguntas 4, 5, 6, 7 y 8, que también pueden ser respondidas de manera resumida. El analista tratante debe entregar información sobre los conocimientos logrados hasta el momento sobre la psicodinámica de la enfermedad neurótica (pregunta 4), como también sobre los complementos relativos al diagnóstico (5). Especialmente importante es el resumen del proceso terapéutico desplegado hasta el momento y la apreciación del pronóstico, con un juicio sobre la capacidad del paciente para regresar, la fuerza de la fijación, la flexibilidad y las posibilidades de desarrollo del paciente.

De la primera solicitud de prolongación tomamos el siguiente resumen:

El contexto biográfico y psicogenético o, mejor dicho, los precursores de la neurosis obsesiva, son: experiencias sadomasoquistas en la niñez - a causa de la encopresis, duros castigos físicos en el lavadero, donde también se sacrificaban animales domésticos (ahora: angustias neuróticas obsesivas frente al color rojo y a la sangre, con rituales defensivos). Los pensamientos obsesivos aparecen por primera vez en el internado: por un lado educadores brutales, por el otro seductores homo-sexuales. Como niño, había colocado sus ideas grandiosas en la identificación con Hitler, y su impotencia y su sentirse repulsivo, en la identificación con los "asquerosos judíos". (Se sentía como un niño judío porque no correspondía a la imagen deseada por sus padres y por su medio.) El hecho de que el padre cayera en la guerra sin haberse reconciliado con él, hizo que la ambivalencia y la idealización escapasen a todo control. La relación con su madre depresiva determinó toda su vida. Cuando quería sentirse satisfecho, se convertía en lo que la madre había sido: un ser sin impulso y depresivo. Los sentimientos de culpa frente al odio inconsciente por la madre desvalida reforzaron la identificación con ella. No podía alegrarse por sus éxitos. Hace sólo poco tiempo que surgió el recuerdo de un aspecto positivo de la madre: ella tuvo una pequeña tienda que le procuró alegría y éxito. Pero eso no calzaba con las ideas de prestigio de la línea paterna.

La relación transferencial y de trabajo se desarrolló de la siguiente manera: pronto se hizo claro de que él seguía servilmente la regla fundamental, pero evitaba mis susceptibilidades reales o imaginarias. De la primera vez que había consultado, hacía más de 15 años atrás, le quedaba un solo recuerdo: en aquel tiempo yo le habría dicho, con acento checo, "Venga al hospital universitario". El profesor y director interino de la clínica psicosomática de Heidelberg, ¡un alemán refugiado de la región de los sudetes! ¡Desprecio y aprecio a la vez! El

miedo a ofender, y esto al descubrir susceptibilidades reales o al observar peculiaridades personales, es mucho mayor que la angustia por las fantasías de omnipotencia o de impotencia que se establecieron a través de decenios de retirarse de este tipo de disputas personales.

Parto de la base que el aumento en los sentimientos positivos de sí mismo puede convertirse de tal modo en amenaza -en identificación con Hitler en Obersalz-berg-, que él llegue a desplazar todo hacia afuera, es decir, lo escinda de él y lo sienta como ajeno, ajeno en la aperccepción neurótico obsesiva de los silbidos. Los silbidos se relacionan con el silbo que produce un cuchillo al ser desenvainado para proceder al degüello ritual de un cordero en la "situación desencadenante". Después, los silbidos se relacionaron con el desenvainar de un cuchillo y finalmente con asesinatos y fantasías de homicidio. El paciente toma positivamente mis observaciones sobre la proyección de su omnipotencia/impotencia en los silbidos y en el cordero víctima, destacando que estas reflexiones le dan por primera vez la posibilidad de superar lo ajeno de tales pensamientos y de aprender a verlos, aunque a regaña-dientes, como partes de sí mismo.

Arturo Y vuelve a retomar la analogía del viejo encino, preguntándose si éste resistirá todo el veneno que él pueda salpicar en la forma de dudas. Hermoseando la imagen, continúa diciendo que naturalmente no quisiera cortar la rama en la que está sentado. Se trata entonces de sus reflexiones en torno a que yo podría enfermar y morir y así no podría continuar o terminar su tratamiento. Para él, estar nuevamente solo significa ser abandonado. Mi pensamiento de que él no es totalmente dependiente, es decir, no como un niño pequeño sentado sobre una rama que se cae al suelo, le es nuevo. Por consiguiente, se sorprende cuando le llamo su atención sobre el hecho de que él ya ha adquirido cierta autonomía y que por lo tanto tiene músculos suficientes para sujetarse de alguna otra rama. Le vuelve a sorprender que yo formule como problema la pregunta de hasta dónde él se reprocha, cuando está solo, de haberme abrumado demasiado. Establezco un paralelo con la enfermedad de su hermana y, sobre todo, con la larga enfermedad de la madre, que le impidió ser abierto y criticar. Se siente responsable del suicidio de la madre, como si a través de la resolución que él un día mostró, la hubiera empujado hacia la muerte.

Arturo Y había tenido la esperanza de mejorarse después de 20 a 30 sesiones. En los hechos, él nota el enorme trabajo que queda por hacer. Dice que ya no realiza algunos ritos obsesivos. Que si esta vez no mejora no le queda más que quitarse la vida. Suena como si yo le echara la "culpa" de eso. Por eso retomo mis explicaciones previas a la terapia y recalco mi participación emocional y mi parte en la responsabilidad. Su idea de que yo permanezco intangible como un

médico en la unidad de tratamientos intensivos, a quien la agonía no lo debe tocar, la interpreto como su deseo de convertirme en un objeto atemporal e inmortal. Agregó que el que le echen la culpa tiene que por debajo producirle rabia.

Los contenidos sadomasoquistas se relacionan sintomáticamente en especial con el crucifijo y con el sacrificio de Isaac por Abraham. En la transferencia se aclara, además, que su imagen de Dios es una defensa en contra de sus ansias de amor y de sus angustias homosexuales. Pudimos trabajar que su ambivalencia lo lleva a de-fenderse de las ansias por su padre.

Segunda solicitud de prolongación (sesiones 160.^a a 240.^a)

Después de la descripción detallada de la anamnesis, en esta solicitud de prolongación me limito a la presentación del curso resumiendo algunos puntos esenciales.

Ha tenido efectos muy favorables el que yo, en especial a causa de las experiencias terapéuticas anteriores del paciente, haya dirigido toda mi atención sobre el análisis de la psicodinámica en el aquí y en el ahora. La elaboración analítica de las oscilaciones sintomáticas en conexión con los procesos transferenciales y su elaboración, es reveladora en el siguiente sentido: éstas deben entenderse como reacciones terapéuticas negativas. Están siempre al servicio del autocastigo, en especial cuando el paciente logra, o tiene el deseo de, liberarse un poco más del sometimiento y del masoquismo. Entonces se produce un vuelco hacia el sadismo y la re-vuelta, en lo cual, cada éxito, cada actividad, es relacionada inconscientemente por Arturo Y con su gran miedo por la agresividad y sus consecuencias. Este problema se remonta a la relación con su madre depresiva, que restringió su expansividad. Básicamente, se identificó con las prohibiciones superyoicas restrictivas de la madre y de la abuela. Para el paciente y para mí fue una gran sorpresa comprobar que mis interpretaciones, que contenían palabras como "placer", "satisfacción", etc., las recibía con admiración, mejor dicho con espanto. Al mismo tiempo, se fue dando poco a poco una identificación con el placer transmitido verbalmente por mí, en el sentido de la interpretación mutativa de Strachey. Naturalmente, en tales ocasiones se manifestaron nuevamente las angustias por la cercanía, por la sexualidad, finalmente por los componentes homosexuales que el paciente había vivido trau-

máticamente en la relación con un maestro. En general, estas dos imágenes, la de un maestro sádico y la de un maestro homosexual, son las figuras centrales, en relación con las cuales se puede tratar algo, y las que emergen en la transferencia. Por supuesto, las variables del encuadre son especialmente apropiadas para colgar esta constelación transferencial. Con la liberación en aumento, salen también a colación los problemas sexuales que tiene con su esposa a causa de su regresión anal y de la mezcla entre placer y suciedad. En las terapias anteriores, cualquier interpretación con contenidos sexuales la había sentido como una humillación. Al parecer, en esas terapias las interpretaciones de contenido estaban tan en el centro de la atención, que el aspecto del autocastigo había sido aludido de manera insuficiente.

Otro campo importante es el de los esfuerzos del paciente por recuperar terreno perdido a través de la identificación con sus hijos, que él mismo consiente. Estos procesos han contribuido a que se restrinja enormemente y a que limite su propio margen de libertad, en el sentido de que basta que llegue algo más tarde a casa para tener mala conciencia.

El curso favorable de esta terapia se puede reconocer no sólo en la buena elaboración de los problemas recién esquematizados y en otros más, sino también en una mejoría sintomática importante. En ésta, hay que destacar que Arturo Y pudo abandonar su dependencia de la considerable ingestión vespertina de alcohol, sin ninguna elaboración especial. Ha bajado 15 kg. de peso y ha empezado a practicar bastante deporte. Durante años y decenios dependía del alcohol, en la creencia de que sólo mediante este medio tranquilizador podría soportar el día siguiente. No se podía sentar sin un vaso en la mano. Esta dependencia lo abrumaba mucho, y debe remitirse ante todo al hecho de que el sentarse tranquilamente le traía inmediatamente al recuerdo su madre depresiva, quien había permanecido años en una total pasividad, ocasionalmente en estado estuporoso. Su mayor libertad se expresa también en que en relación con las interrupciones del tratamiento prácticamente no surgen problemas de separación y en que durante mi ausencia tampoco ingiere tranquilizantes.

Solicitud complementaria (sesiones 240.^a a 300.^a)

Arturo Y leyó esta solicitud, posteriormente a su presentación. Le sorprendió poder entender el texto. Le tranquilizó que la continuación de la terapia hubiera sido solicitada dentro del marco de lo conversado entre nosotros.

A petición del paciente, a causa de la intensidad del proceso terapéutico y para dar al paciente la posibilidad de reelaborar el trasfondo inconsciente de sus síntomas, la frecuencia de la terapia fue aumentada de 3 a 4 sesiones por semana. Este aumento de la frecuencia tuvo efectos terapéuticos positivos, pues ahora las oscilaciones sintomáticas emergentes ad hoc y en conexión con la transferencia, pueden ser elaboradas inmediatamente.

El anuncio de mis vacaciones de verano, es decir, de la interrupción inminente, dio término a un desarrollo positivo. Durante las vacaciones se produjo una reaparición de los síntomas obsesivos en sus diversas manifestaciones (angustia, miedo de llegar a hacer daño a su hijo o a algún otro miembro de la familia, ver en el hijo un demonio, poner una atención obsesiva en los propios ruidos sibilantes al hablar, y sufrir a causa de todo eso). Desgraciadamente, el contexto psicodinámico pudo ser sólo posteriormente reconocido plenamente y consecuentemente elaborado: cada vez que el paciente siente impulsos agresivos, se experimenta a sí mismo como un demonio, lo que aparta de sí depositándolo en la figura de su hijo, a través del rodeo de la formación sintomática. En la transferencia, estos impulsos se convirtieron en palabras claves, en las cuales también se puede señalar el trabajo temático: la falta de consideración del analista, que el paciente sintió en relación con la interrupción de vacaciones, contiene su propia desconsideración. Desconsideración y arbitrariedad, como fantasías propias de poder y omnipotencia, fueron siendo cada vez más conscientes para el paciente, y en la misma medida los síntomas volvieron a retirarse al segundo plano. Naturalmente, también hay que agregar las medidas de control neurótico obsesivas anteriores, con las que él a su vez podía alcanzar un cierto equilibrio. A través de la palabra clave "diabluras", que en nuestro idioma común adquirió una relevancia especial, al paciente le fueron siendo conscientes sus trucos inconscientes, sus insidias anales y su gozo en intrigar. Naturalmente, estas mociones las veía a través de un lente de aumento y sus medidas de castigo y autocastigo eran correspondientemente grandes. Mientras mayor era su placer de vivir, mayor era el masoquismo pasajero. Se demostró que anteriormente había habido sólo una época en la que se había sentido bien: durante las vacaciones, cuando resultaban bien después de intensas preparaciones. Por así decirlo, el tiempo de vacaciones era el único en que, "por razones de salud", podía gozar. Tanto más abrumador fue para él una vez que creyó no poder salir de vacaciones a causa de la supuesta ligereza de su mujer, que había dejado en descubierto la cuenta bancaria. En cambio, yo me transformé en el pudiente, en el "rey" enormemente rico, que se puede permitir todo. En esta operación, el paciente se había achicado a sí mismo considerablemente, había exagerado la ligereza de su mujer y no había tomado

en cuenta sus reservas financieras secretas. Aidez y envidia se hacen ahora presentes en el análisis. Especialmente impresionante es la inmediata mejoría sin-tomática que sigue a un insight con intenso compromiso afectivo en el paciente. El mismo saca esperanzas de ello y aunque por el momento parece estar totalmente destrozado y en el suelo por la reaparición de los síntomas, no se puede dejar de ver un movimiento en espiral.

A pesar de la grave sintomatología, el pronóstico es bueno, porque el paciente se encuentra en condiciones de reelaborar y de liberarse paso a paso.

Solicitud complementaria (sesiones 300.^a a 360.^a)

Esta solicitud, que va más allá de la norma de 300 sesiones de tratamiento, dio al perito la oportunidad de hacer una recomendación positiva. A las tareas del perito también pertenece el interpretar las normas de modo que las reglas puedan ser apli-cadas a un caso especial.

El analista solicitante escribe:

La excepción debe verse en el hecho 1) de que se trata de una sintomatología severa que 2) hasta el momento ha podido ser influida favorablemente por la terapia y 3) que de la continuación del análisis se puede esperar una mayor mejoría y que inclu-so se puede finalmente alcanzar la curación. Este optimismo es justificado, porque la fundamentación psicodinámica subsiguiente no sólo ofrece una explicación su-ficiente para la sintomatología residual, sino también aclara que el paciente se es-fuerza intensamente en la superación de sus resistencias. El trabajo conjunto en la integración de los aspectos de la personalidad hasta ahora escindidos es bueno. Mi pronóstico se apoya en el acuerdo con el paciente de que después de la suspensión de pagos por la mutua él está preparado para seguir la terapia con medios propios, del mismo modo como yo lo estoy para reducir por mi parte considerablemente los honorarios. Estos ya han sido convenidos con el paciente. Desde un punto de vista social, encuentro justificada una nueva prolongación, pues el paciente con seguri-dad necesitará de mucho tiempo más para lograr la integración de los aspectos yoi-cos inconscientes que, a causa de su escisión, mantienen la sintomatología resi-dual.

Retomo el punto de vista central que debe ser trabajado en este período de trata-miento.

Del mismo modo como el paciente había recalcado al principio de la terapia que la sexualidad era el único terreno en que no tenía problemas, ahora llegó a un

im-portante insight, cuya fuerza transformadora no es despreciable. Aquí, debo agregar que nunca compartí la concepción del paciente, aunque me mantuve por mi parte muy reservado. Mi suposición dictaba que, por la conexión entre analidad y se-xualidad, cualquier esfuerzo activo en esta dirección tendría que conducir a un reba-jamiento del paciente, que sería sólo una repetición de lo que él ya sabía, a saber, que había hundido la nariz en sus propios excrementos. Con ello, la sexualidad se asociaría con castigo y humillación. Después de que hubo asegurado suficiente-mente sus sentimientos de sí en muchas luchas transferenciales, el paciente arries-gó una ruptura con el autocastigo y con los ejecutores, con quienes hasta el mo-mento se había identificado, en contra del placer de la vida y de la alegría de vivir.

Descubrió que en el sometimiento a una figura sádica de su niñez buscaba apartar, en todos y cada uno de sus síntomas angustiosos y obsesivos, todo placer y sen-sualidad. Por lo tanto, muerte y destrucción en sometimiento a un Dios omnipo-tente y sus representantes en la tierra (Hitler, sacerdote, alguacil de la SS, etc.), a los cuales simultáneamente se ofrecía como objeto amoroso.

Las profundas dimensiones de esta identificación se pueden también deducir de las angustias y síntomas más inofensivos, que desaparecieron después de que el pa-ciente se identificó conmigo como una figura paterna más amable.

No hace falta mencionar que el paciente tiene a la vez profundas angustias a cau-sa de sus propias agresiones que también se dirigen en contra de las figuras de po-der. La reestructuración permitió al paciente salir al encuentro de sus impulsos li-bidinosos y agresivos con muchísima más tolerancia. Un síntoma aún se mantiene pertinaz, a saber, la gran susceptibilidad frente a los silbidos, cada vez que sube el nivel de su angustia debido a procesos inconscientes.

En base a esta fundamentación psicodinámica, solicito, como excepción, 60 se-siones más de tratamiento.

Después de la cesación de los pagos por la mutua, la terapia continuó con una re-ducción en los honorarios y en la frecuencia. Entre el paciente y yo existía el a-cuerdo de que el análisis servía en primera línea al levantamiento de las dificultades de vida, cuyo carácter de enfermedad fue siempre problemático. La continuación exitosa del análisis de baja frecuencia, que Arturo Y financió con sus propios me-dios a razón de 90 DM por sesión, sirvió para la estabilización de su autoestima. El juicio de un resultado exitoso se apoya en diferentes criterios. En nuestra opi-nión, en esto es decisivo que la mejoría sintomática se pueda relacionar con un proceso psicoanalítico que permite la realización de cambios estructurales profun-dos. Recomendamos al lector compenetrarse de

este proceso mediante los pasajes del análisis de Arturo Y reproducidos en este libro (véase registro de pacientes).

6.5 Peritaje y transferencia

Todas las acciones del analista deben ser investigadas en relación con sus efectos sobre la relación y la transferencia. Si acaso se debe o no extender una receta o un certificado, todo influye en la relación entre paciente y analista. En conexión con un empeoramiento considerable de los síntomas de Arturo Y, el manejo de un certificado que tendría que extender el analista se convirtió en un torno de reelaboración de la transferencia negativa. La elaboración de este tema se prolongó por varias sesiones. Situaciones semejantes se habían repetido muchas veces a lo largo del análisis.

Arturo Y está asegurado voluntariamente en una compañía de seguros y es tratado como paciente privado. Como lo adelantamos en la sección anterior, había con-tratado un seguro adicional para cubrir eventuales diferencias en los importes. Aho-ra, este seguro le ha comunicado que los costos para una psicoterapia ambulatoria no están cubiertos por el contrato. Con buena voluntad, se tenía en vista disponer una participación en los costos, siempre que existiera una enfermedad cuyo trata-miento psicoanalítico fuera recomendado por el médico tratante en un informe deta-llado, en el sentido de su utilidad, economía y necesidad.

A continuación presentamos algunos pasajes de 2 sesiones en que se discutió el tema.

P.: Sí, Ud. vuelve una y otra vez al asunto del seguro y del certificado que necesito de Ud. Tengo la impresión de que Ud. piensa que yo no debiera dejarle todo a Ud. y que debiera considerar la realidad.

A.: No, no pensé en una realidad determinada, sino en desilusiones. Hace quizás ya 8 días que Ud. espera el certificado.

P.: Tengo la sensación de que Ud. lo retiene adrede, porque todavía no he dicho to-do lo que tendría que decir al respecto.

A.: No, pero Ud. ve que evidentemente ese es un punto muy importante.

P.: La verdad es que me sorprende que Ud. considere el asunto del seguro como más importante que lo que yo lo hago, aunque me afecta enormemente.

Encuentro que es una sinvergüencería que el seguro me niegue algo a lo que tengo legítimo derecho.

A.: Y ahora se le ocurre que yo le niego algo para enfadarlo.

P.: Sí y no.

A.: Hm.

P.: Para provocarme a decir más sobre eso.

A.: Creo que sí tiene el sentimiento de que sólo no puede hacer nada más, y yo le hablé del anhelo, de lo lindo que es cuando alguien toma todo en sus manos y hace por uno todo lo que hay que hacer.

P.: Una persona.

A.: Y en lo posible alguien que sea fuerte. Sería extraño que Ud. no tuviera este anhelo.

P.: Sí.

A.: ¿Quiere decir que sí lo tiene?

P.: Naturalmente.

A.: Tal anhelo puede conducir además a que no se ponga en juego el propio poder. Sobre eso le llamé la atención, y quizás de eso sacó la conclusión de que yo le he retenido el certificado, o quizás tuvo también la idea de que yo no estoy dispuesto a hacer mucho por Ud. ¿Anhelo, desilusión o rechazo?

P.: Sí, cuando uno está tan metido como yo lo estoy, claro que se tiene un enorme deseo de que alguien venga y ponga orden.

A.: Sí, sí, y no sólo el asunto del seguro, ahora, sino también las angustias y todo, la verdad.

P.: Que en eso existe un cierto peligro de no poner en juego las fuerzas propias, es algo que tengo claro.

A.: Probablemente con ello se relaciona el que Ud. sea cuidadoso y no diga que es una canallada que yo demore tanto tiempo el certificado.

P.: Sí, y la verdad que tuve el sentimiento que Ud. lo retendría hasta que yo de alguna manera reaccionara con todo, masivamente.

A.: Entonces, por un lado se siente rechazado, pero no ha reaccionado masivamente en contra mía o de la mutua. No es Ud. quien ha reaccionado masivamente, sino sus angustias y pensamientos.

P.: Seguro, si pienso en ello, me surge naturalmente preguntar si el certificado está listo y si me lo puedo llevar. Claro.

El paciente pone término a un silencio más largo con la comunicación de que sus pensamientos se desviaron al conflicto con su jefe.

Mi demora en entregarle el certificado inmediatamente ha conducido a un desplazamiento. Con todo, el paciente retoma el tema.

P.: Ud. me debe una respuesta.

A.: Sí, estaba pensando en lo que podría decirle ahora y no se me ocurrió nada. Pero el asunto no está terminado. Ud. quiere saber si va a recibir el certificado ahora, en este momento.

P.: Exacto.

A.: Y Ud. planteó además otro punto que también sigue en suspenso.

P.: Todavía no me responde si voy a recibir el certificado. Ahora, sí, si no cuándo, le pregunto de nuevo.

A.: Tendría que estar ya escrito o estar siendo escrito en este momento (durante la sesión), porque ya está dictado.

P.: Supongo entonces que me lo pasará la próxima vez.

Le pregunto si él piensa que no lo recibirá en absoluto., lo que niega. Entonces se despliega el sentimiento subliminal de que el certificado le podría ser denegado.

P.: Ahora sí que tocamos el punto: Ud. podría decir que yo no he puesto todas mis fuerzas en juego, y mientras no lo haga ... claro que para eso puedo esperar 10 años, si Ud. dice que no he puesto todas mis fuerzas en tensión. Ahora tengo el impulso de decir: a la mierda con el certificado.

Al paciente se le ocurre que la negativa de la mutua, recibida después de la vuelta de vacaciones (igual que la demora en la extensión del certificado) había conducido a un empeoramiento en los síntomas y que desde ese momento todo está nueva-mente muy lábil.

Al final de la hora, resumo lo sucedido: bajo la impresión de estar expuesto a una vejación, se ha acumulado rabia, que por desplazamiento se impuso como em-peoramiento sintomático.

Comentario: El analista necesitó de algunos días para redactar el texto que ahora está listo en la secretaría. Durante este tiempo, en el paciente se desarrolló gran in-certidumbre y enfado, que se expresó en los síntomas a través de la vuelta de lo re-primido. Para poder reconstruir esta operación, en esta sesión el analista dejó al pa-ciente intencionalmente en suspenso. Aunque el dejar el asunto abierto tuvo efec-tos productivos, este proceder no deja de ser problemático, pues es riesgoso apo-yarse en el dicho de que el fin justifica los medios.

El analista entrega al paciente un certificado aún no firmado, llamándole la aten-ción sobre el hecho de que los puntos incluidos ya fueron aclarados en la declara-ción por la cual la compañía de seguros asumió los costos. Agrega que un informe exhaustivo sería expedido, en el caso de que siguiera siendo necesario, sólo para el enjuiciamiento de un médico competente en materias de psicoterapia.

En la sesión siguiente, se pone de manifiesto que Arturo Y se ha ocupado inten-samente con el asunto del certificado.

P.: En su lugar, yo habría cedido más a las pretensiones de la mutua ... Habría probado más con sometimiento. Quizás hubiera alcanzado lo mismo. Si la compa-ñía hubiera pagado el resto, se habría visto confirmada mi tesis de que si uno se somete se llega a la meta. Ud. ve las cosas de otra manera, y yo no estoy

muy se-guro sobre cómo formular mi propia carta, si acaso debo pedirlo como favor o re-clarar un derecho. Pienso que tengo derecho a un pago compensatorio.

El paciente menciona otras posibilidades de formulación para el texto que debe escribir a la compañía de seguros en causa propia. Está impresionado por mi toma de posición clara y concisa, y en ello ve una actitud ejemplar y valiente frente a una institución.

A.: Hmhm. Claro que son dos mundos, tiene miedo de que si exige algo, el seguro podría reaccionar desafiantemente.

P.: Si uso una formulación de sometimiento, podrían tener compasión conmigo y decir: ah, pobre diablo. De nuevo sería el pobre diablo. Nosotros, el poderoso se-guro, ayudemos pues a este pobre diablo. Qué son un par de marcos.

Tirémoselos como limosna. Sí, esta historia aquí, es enormemente cansadora.

A.: Ud. sabe que aún no he firmado el certificado.

P.: Sí, quiero el certificado como redactado por Ud.

A.: Entonces lo puede enviar Ud. mismo, con una carta adjunta.

P.: La quiero como está redactada, la encuentro bien, absolutamente en orden.

A continuación, teniendo especialmente en vista el procedimiento general de pre-sentación de solicitudes, le ofrezco algunas explicaciones sobre los conceptos de necesidad, economía y utilidad, así como sobre el concepto de enfermedad, en base a los cuales las mutuas de salud reconocen la obligación de prestaciones o, mejor dicho, a los que el perito médico se atiene para la confección de su informe a la compañía de seguros. Llamo la atención sobre el sigilo profesional y sobre el hecho de que las solicitudes son anónimas.

El redondea entonces el tema:

P.: Aún no tengo clara mi formulación. Quizás pueda meter las dos cosas.

Ahora, ya se me ocurrirá algo. Sólo que me sorprende que estas cosas estremezcan tanto mi estado de ánimo, de modo que casi estoy destruido. ¿Qué pasaría si llegara a caer en una crisis de verdad, si quedara cesante, si perdiera mi puesto de trabajo o si tuviera dificultades con mi mujer?

A.: A veces es más fácil pelear en contra de un enemigo real que luchar en contra de un enemigo que no se puede agarrar, con el cual uno no sabe a qué atenerse.

P.: Hoy día Ud. vuelve una y otra vez sobre su propia persona. Bueno, si en mis sentimientos yo lo siento como ese maestro, si eso fuera así, ¿qué saco con saberlo? Aún no soy capaz, me falta, y eso me pone inseguro.

Arturo Y vuelve a colocar en primer plano el tema de la dependencia y pondera sus esfuerzos en granjearse mis simpatías.

Menciona la grabadora. "Aún no me las puedo arreglar con ella. Me siento desvalido, indefenso y violado [véase 7.5]. Quizás eso viene de que temo se establezcan ciertos paralelos. Quizás avanzaría un poco si pudiera confesarme plenamente a mí mismo que la experiencia de entonces fue verdaderamente mala para mí, en vez de estar constantemente apartándola. Como si no hubiese existido nunca, como si con ella sólo quisiera hacerme el importante." (Arturo Y se refiere a las experiencias con el maestro homosexual en el internado.)

A.: Es difícil tener tales ansias no satisfechas, y sentir que se hace mal uso de ellas, sin que uno se pueda defender y cuando uno está simplemente desamparado.

P.: Y que a uno le dé además una enorme rabia, es muy comprensible.

A.: Y también es comprensible que más bien quiera quitarle importancia.

P.: Y ahora quisiera preguntarle si acaso esas experiencias con el profesor contribuyeron sustancialmente a las angustias que tuve posteriormente.

A.: Sí.

P.: Esta respuesta me ayuda - una información clara ... Todo este fango. Se me ocurre que es así. Se me ocurre una comparación. Estoy caminando con el lodo hasta la cintura y me hundo cada vez más y de alguna manera alcanzo siempre de nuevo a topar fondo, pero eso es algo más o menos casual. No sé si al dar el próximo paso caeré en el vacío ... Pero ahora sí que tengo una cierta orientación, para seguir caminado en alguna dirección a través del fango ... Todo es muy difícil. En las palabras abnegación y confianza veo por todas partes el peligro de la sensible-ría.

La sesión termina con el tema del ansia por el padre, después de que el paciente hace mención a la primera aparición de los síntomas angustiosos neuróticos en la prepubertad.

7 Reglas

Consideraciones previas

Como lo expusimos en la sección 7.1 del tomo sobre los fundamentos, la función múltiple de las reglas psicoanalíticas está determinada por las tareas y las metas del diálogo psicoanalítico. Por eso, en el corazón del capítulo correspondiente del tomo primero colocamos la tesis de que las reglas deben ser permanentemente probadas en su eficacia y a propósito de cada paciente individual. Esta puesta a prueba se produce siempre que se trata de la aclaración de la pregunta de si el sistema de reglas crea o no para el paciente en cuestión las mejores condiciones posibles para cambios terapéuticos. Orientándose por la adecuación de las reglas a los fines propuestos, se logra un buen punto de partida para alcanzar una aplicación flexible, adecuada para cada paciente y para la conducción del diálogo de acuerdo con metas terapéuticas. Ya que las reglas están subordinadas al diálogo, le damos a éste un lugar preferente en el presente capítulo (7.1).

Ejemplos de asociación libre (7.2) también se encuentran en otros capítulos, de modo que aquí nos limitamos a algunos párrafos extraídos de fases iniciales. Lo mismo es válido para la atención parejamente flotante (7.3), que la describimos desde una retrospectiva de la sesión, en relación con sus vaivenes.

Si las preguntas que surgen en toda terapia en el paciente no se resuelven a través de la estereotipia de la contrapregunta, como lo criticáramos en el tomo sobre los fundamentos, se produce, también en relación con esta regla, una mayor flexibilidad dentro del sistema de reglas y de su validación en el proceso terapéutico (7.4).

Especialmente fructífera es la investigación de las metáforas y de su cambio a lo largo del proceso psicoanalítico. Es difícil exagerar su significación en el lenguaje de la práctica. Por esta razón, dedicamos una sección propia (7.5.1) a los aspectos psicoanalíticos de la metáfora. La investigación lingüística de un

diálogo psicoanalítico, bajo especial consideración de las metáforas (7.5.2), muestra -en nuestra opinión de manera impresionante-, que científicos de otros campos, al ocuparse con textos analíticos como terceros independientes, son capaces de ampliar esencialmente la perspectiva. Se hacen posibles miradas en el estilo coloquial, al cual el analista generalmente no tiene ningún acceso.

Los dos párrafos sobre ciencia libre de valores y neutralidad (7.6), como también anonimato y naturalidad (7.7), tratan problemas mutuamente relacionados, que en el tomo sobre los fundamentos fueron tocados de manera insuficiente. Los ejemplos casuísticos muestran que la solución de los problemas aquí discutidos son de la mayor relevancia terapéutica.

Muchos de nuestros ejemplos se apoyan en transcripciones de análisis grabados magnetofónicamente. En este capítulo hemos introducido un gran número de ejemplos que muestran la influencia de las grabaciones magnetofónicas sobre la transferencia y la resistencia. Después de la discusión general sobre el tema en la sección 1.4, tenemos buenas razones para colocar ejemplos concluyentes, precisamente en el capítulo sobre las reglas. La intención es que quede manifiesto que la situación psicoanalítica se ve influenciada de manera múltiple. La introducción de un medio técnico debe ser investigada de manera especialmente crítica, junto al efecto de las reglas sobre el diálogo. Por eso, a continuación de la discusión de los argumentos en contra, este tema ocupa un espacio más amplio (7.8).

Sin esta innovación, el presente tomo no habría sido dado a luz. Las experiencias ganadas, extraordinariamente instructivas, nos han convencido de que el influjo de este medio auxiliar sobre la relación entre paciente y analista puede ser reflexionada críticamente, y en este sentido analizada, como todas las demás circunstancias de influencia. La manera resumida de decir, "éste fue analizado", remite a la cualidad genuina del método psicoanalítico que consiste en que el influjo del analista, y del contexto global, llega a hacerse objeto de reflexión en común entre ambos participantes.

7.1 Diálogo

El diálogo psicoanalítico es a menudo comparado con los diálogos clásicos. Es por lo tanto natural considerar por una vez el origen de las palabras. Diálogo tiene, del mismo modo que dialéctica, sus raíces en el término griego *dialegesthai*: separarse de algo a través de la conversación, reflexionar, conferenciar; en sentido transitivo: consultar algo con otros. La dialéctica caracteriza originariamente el diálogo en la función de la consulta. *Dialegesthai*

significa: ... entrevistarse y aconsejarse junto a otro ... De acuerdo con Platón, dialéctico es aquel que sabe preguntar y responder. Cuando, además, la consulta en el diálogo está sometida a reglas, el término "dialéctico" sirve "a la caracterización del uso de tales reglas, es decir, a una práctica dialogal entendida institucionalmente" (Mittelstraß 1984, p.14). No es infrecuente que se coloque como modelo el estilo dialogal socrático, que tenía su meta en el famoso "sólo sé que nada sé". Los discípulos del irónico Sócrates debieron de sufrir bajo su superioridad. Por ejemplo, se dice que Alcibíades habría exclamado: "¡Hasta cuándo tengo que aguantar a este tipo! En todo quiere mostrarme su superioridad" (Platón s.a., p.726). Sócrates caracterizó su tarea como mayéutica. Su comparación con el arte de la matrona, el oficio de su madre, parece alentar a algunos terapeutas a comparar sus conversaciones con la mayéutica socrática. Ya que el cambio es un criterio importante de un logro exitoso en conocimiento de sí mismo y que éste -como terapia- debe abrir nuevas posibilidades, es decir, debe permitir un nuevo comienzo, ocasionalmente se habla del arte terapéutico, metafóricamente, como del arte de ayudar a dar a luz. Nuestro placer en las metáforas se ve limitado por el conocimiento de las disimilitudes, que nos motivan a destacar la independencia del método psicoanalítico.

El estilo de diálogo transmitido por Platón, muestra a Sócrates como una matrona que sabe muy bien dónde aplicar las paletas y que también constantemente anticipa el niño espiritual que debe ser dado a luz: el tipo y la forma de sus preguntas determinaban de manera ineluctable las respuestas de sus discípulos. Sócrates engendraba su hijo filosófico. No temía incorporar en su dialéctica artimañas de sofista. Si un psicoanalista planteara preguntas en el estilo que lo hacía Sócrates, se ría acusado de manipulación. En la mayéutica psicoanalítica, es el paciente quien determina la marcha del suceder. El tiene la iniciativa como también la primera y la última palabra, no importando lo esencial que pueda ser el aporte del psicoanalista en la búsqueda de soluciones liberadoras a los problemas. Desde el principio hasta el fin de la terapia, se trata de crear las mejores condiciones posibles para los cambios en el paciente.

Si, a modo de ejemplo, nos imaginamos a Alcibíades como paciente, es dudoso que éste se hubiera recuperado rápidamente después de confesar su total ignorancia y después de la destrucción de la seguridad en sí mismo, pues en todo sometimiento se provoca mucha agresividad, cuya vuelta en contra de la propia persona puede conducir a rebajamientos depresivos de sí mismo. En los diálogos psicoanalíticos se trata de crear las mejores condiciones posibles para la espontaneidad del paciente y de posibilitarle una acción de prueba que haga

sentir el cambio buscado por él. El rol del analista está subordinado a este objetivo.

El ideal del diálogo psicoanalítico es lograr, a través de la reflexión empática, co-nocimientos de sí mismo y un actuar razonable, algo profundamente enraizado en la historia espiritual de Occidente. No es demasiada pretensión ver en la idea platónica de la anamnesis, del volver a recordar, un precursor del énfasis freudiano en el recuerdo, como parte del conocimiento de sí mismo y del insight. Freud caracterizó el tratamiento psicoanalítico como una forma especial de la práctica dialógica:

En el tratamiento analítico no ocurre nada más que un intercambio de palabras entre el analizado y el médico. El paciente habla, cuenta sus vivencias pasadas y sus impresiones presentes, se queja, confiesa sus deseos y sus mociones afectivas. El médico escucha, procura dirigir las ilaciones de pensamiento del paciente, exhorta, empuja su atención en ciertas direcciones, le da esclarecimientos y observa las reacciones de comprensión o rechazo que de ese modo provoca en el enfermo. Los parientes incultos de nuestros enfermos -a quienes solamente les impresiona lo que se ve y se palpa, de preferencia las acciones como se ven en el cinematógrafo-, nunca dejan de manifestar su duda de que 'meras palabras puedan lograr algo con la enfermedad'. Desde luego, es una reflexión tan miope como inconsecuente. Es la misma gente que sabe, con igual seguridad, que los enfermos 'meramente imaginan' sus síntomas. Las palabras fueron originariamente ensalmos, y la palabra conserva todavía hoy mucho de su antiguo poder ensalmador. Mediante palabras puede el hombre hacer dichoso a otro o empujarlo a la desesperación, mediante palabras el maestro transmite su saber a los discípulos, mediante palabras el orador arrebató a la asamblea y determina sus juicios y sus resoluciones. Palabras despiertan sentimientos y son el medio universal con que los hombres se influyen unos a otros. Por eso, no despreciemos el empleo de las palabras en psicoterapia y démonos por satisfechos si podemos ser oyentes de las palabras que se intercambian entre el analista y el paciente.

[...] Las comunicaciones de que el análisis necesita sólo serán hechas por él a condición de que se haya establecido un particular lazo afectivo con el médico; callaría tan pronto notara la presencia de un solo testigo que le fuera indiferente. Es que esas comunicaciones tocan lo más íntimo de su vida anímica, todo lo que él como persona socialmente autónoma tiene que ocultar a los otros y, además, todo lo que como personalidad unitaria no quiere confesarse a sí mismo.

No pueden ustedes [los oyentes de la conferencia], por tanto, ser los oyentes de un tratamiento psicoanalítico. Sólo pueden oír hablar de él y tomar conocimiento del psicoanálisis de oídas, en el sentido estricto de la palabra (Freud 1916/17, pp.14s).

Frente a la pregunta de un ficticio interlocutor imparcial, sobre lo que hace el psi-coanalista con el paciente, Freud (1926e, p.175) responde, 20 años más tarde, de manera similar: "Entre ellos no ocurre otra cosa aparte de que conversan. El ana-lista no emplea instrumentos, ni siquiera para el examen y tampoco prescribe me-dicamentos [...] El analista hace venir al paciente a determinada hora del día, lo ha-ce hablar, lo escucha, luego habla él y se hace escuchar." Freud interpreta la su-puesta actitud escéptica en la cara del oyente ficticio: "Es como si pensara: '¿Eso es todo? Palabras, palabras y nada más que palabras, como dice el príncipe Ham-let'" (1926e p.175). Hoy como ayer, tales reacciones son frecuen-tas en conversa-ciones sobre psicoanálisis, y también deben esperarse al principio en los pacientes, hasta que éstos se han convencido del poder de sus pensamientos y del impacto de las palabras.

Aunque Freud cargó el poder de las palabras, y en eso también se trata de emo-ciones y afectos, la frase de que en el tratamiento psicoanalítico no ocurre nada más que un intercambio de palabras, restringió innecesariamente el alcance y la comprensión diagnóstica del psicoanálisis. De hecho, para Freud, "en el principio" no era "el verbo" (la palabra), y en su teoría del desarrollo el yo tiene su origen en el yo corporal. Fueron los malestares corporales de pacientes histéricos los que eran accesibles a la "talking cure" [en inglés en el original]. Las representaciones de estos enfermos sobre el origen y significación de sus síntomas corporales no se adaptaban a los trastornos sensoriomotores habituales para el neurólogo. De neuró-logo, Freud se transformó en el primer psicoanalista, cuando puso su atención en el lenguaje corporal, en el "tener voz" ("mitsprechen") de los síntomas corporales, y cuando se dejó guiar por ellos, es decir, por lo que actualmente denominamos la teoría personal de un paciente sobre su enfermar. Llamamos la atención sobre este punto de origen, para debilitar la afirmación de que en el tratamiento analítico no ocurre nada más que un intercambio de palabras.

En la relación entre paciente y analista, en el nivel inconsciente de sentimientos y afectos, tienen lugar muchas cosas, que secundaria y sólo incompletamente pue-den ser llamadas por su nombre, separadas unas de otras y afianzadas como viven-cia (véase Bucci 1985). Intenciones preverbales e incapaces de hacerse conscientes pueden ser aproximativamente puestas en palabras. De hecho, entonces, entre pa-ciente y analista sucede mucho más que un intercambio de

palabras. El "nada más que" de Freud hay que entenderlo como un requerimiento, de que el paciente ponga en palabras sus pensamientos y sentimientos de la manera más completa que le sea posible. Al analista se le recomienda intervenir en el diálogo a través de interpretaciones, es decir, con medios verbales. La verdad es que se produce una gran diferencia si el analista conduce un diálogo, que significa siempre una relación recí-proca, o si a las asociaciones libres del paciente, casi un monólogo, se añaden contenidos de significación latente mediante interpretaciones. Ya las interacciones no verbales, que preceden la adquisición del habla, fueron calificadas por Spitz (1976) como diálogo (véase tomo primero 7.4.3). El niño aprende a comunicarse con acciones antes de que comience a hablar. Sorprendentemente temprano entra en complejas relaciones sociales con la madre, que se caracterizan por la reciprocidad (véase tomo primero 1.8). En el yo corporal, en las dimensiones pre e inconscientes del diálogo psicoanalítico, está contenida una gran cantidad de modos de comunicación preverbal, que se encuentran en una oscura relación con el yo que vivencia, pero que, no obstante, codeterminan la calidad de la relación entre paciente y analista. En el capítulo 5 y en la sección 9.10, discutimos de manera especial lo esencial que es tomar en serio en los tratamientos psicoanalíticos tanto las representaciones que un paciente se hace sobre su imagen corporal, como también el concepto de cuerpo de las ciencias naturales, y tolerar la tensión correspondiente.

Entretanto, la exploración del diálogo entre madre y niño ha traído una gran cantidad de nuevos logros en conocimientos sobre la significación que tiene la afectividad en la adquisición del lenguaje del niño (véase Klann-Delius 1979), conocimientos que deberán de tener una profunda influencia en la técnica analítica. No en último término, las representaciones filosóficas de Buber sobre el principio dialógico y sobre la significación de lo "interpersonal" han adquirido un fundamento en la psicología evolutiva a través de las investigaciones de Stern (1977, 1985). Las ideas de Buber pueden ser fructíferas para la comprensión del diálogo psicoanalítico. Nos apoyamos en un estudio pionero de E. Ticho:

Si la relación [terapéutica] es vista exclusivamente en términos de transferencia y contratransferencia y su comprensión dinámica, existe entonces el peligro de que la situación analítica se convierta en un monólogo. Si se mantiene un diálogo, una cuidadosa observación de la transferencia y de la contratransferencia nos permite reconstruir el ambiente del pasado. La multiplicidad de factores ambientales infantiles puede a veces hacer esto muy difícil. Pero los analistas a veces quieren evitar el doloroso involucramiento con

un paciente que interfiere con su necesidad de permanecer "independiente" de sus pacientes. En tal situación, el analista lleva a cabo un monólogo, y el conflicto entre dependencia e independencia probablemente se repetirá en la situación analítica (1974, p.252).

La original comparación que hace Ticho de las teorías de Winnicott y Buber es en muchos sentidos fructífera desde el punto de vista de la técnica. El "principio dialógico" en el intercambio analítico se acerca a la conducción socrática del diálogo cuando esta última se entiende como el sometimiento del interlocutor a la razón mediante la intelección (Einsicht).

La mayoría de los analistas tienen una vaga imagen de un tipo de diálogo ideal. Ya que las reglas que el psicoanalista aplica en la conducción del diálogo deben resistir en cada caso su puesta a prueba, la verdad es que parece dudoso dejarse imponer el estilo del diálogo por alguna prescripción. En la etapa actual de desarrollo de la técnica psicoanalítica, la protocolización precisa y las investigaciones empíricas, como procedimientos interdisciplinarios, son más esenciales en relación con lo que el analista conversa con sus pacientes, y cómo lo hace, que los preceptos sobre cómo se debe llevar a cabo el discurso psicoanalítico en su forma más pura. La verdad es que si bien el énfasis en la diferencia entre diálogos terapéuticos y conversaciones cotidianas se ha generalizado (Leavy 1980) es necesario advertir en contra de una delimitación demasiado ingenua, pues los diálogos cotidianos a menudo

[...] se caracterizan por un comprender sólo aparente, por una cooperación sólo aparente, por aparente simetría en las posiciones del diálogo y en las estrategias de conducción del mismo, y en la realidad frecuentemente no cumplen con las exigencias de la intersubjetividad y, así, tampoco conducen necesariamente a cambios esenciales, a conflictos dramáticos o a una conciencia de haber sido ser propiamente entendido [...] En los diálogos cotidianos se actúa y tácitamente se negocia lo que en los diálogos terapéuticos es traído sistemáticamente a la conversación a través del encuadre particular y su especial estructura (Klann 1979, p.128).

La proporción de comunión y diferencia que debe darse en el diálogo entre paciente y analista no puede ser determinada de manera general. Desde un punto de vista terapéutico, es desventajoso partir de las diferencias y establecer el diálogo de modo extremadamente asimétrico. Y esto, porque las investigaciones empíricas confirman algo muy natural, a saber, que las relaciones "que ayudan" (helping alliance, Luborsky 1984) se forman especialmente cuando se originan y se reconocen acuerdos entre las maneras de ver del analista y las del paciente.

En esto quizás se trate de algo muy trivial que el paciente no necesita tener consciente. Una relación sus-tentante puede desplegarse cuando aquí y allá se dan enfoques semejantes que pue-dan ser percibidos como tales por el paciente. La verdad es que el dicho "los igua-les entre sí se asocian con gusto", encuentra su contrapartida en "los opuestos se atraen". Pero lo diferente, o lo totalmente ajeno, es, para la mayoría de los pacien-tes, en especial para los pacientes angustiados, algo más bien inquietante. En las entrevistas terapéuticas es por lo tanto lógico transitar desde lo familiar hacia lo no familiar. Si bien es cierto que el sentido común puede engañar, no es conveniente, sin embargo, desoír sus consejos durante los procesos de toma de decisión que tienen lugar por su intermedio.

Finalmente, analista y paciente viven en la misma realidad sociocultural, aun cuando puedan tener distintos enfoques en relación con ella, algo que el paciente no tarda en descubrir. Pero, sobre todo, ambos están sometidos a las mismas leyes biológicas que determinan el ciclo vital entre el nacimiento y la muerte. Desde el principio mismo, los pacientes notan que el terapeuta no se libra de los ritmos na-turales y que, con ello, le son familiares las necesidades vitales que a él mismo también lo afectan, sea de manera placentera o dolorosa. Estas afinidades se entien-den por sí solas. El que nos movamos sobre lugares comunes no es algo que suce-da sin razones profundas. Y esto, porque la manera como el paciente experimente el hecho de que el analista no se libra de la vejez ni de la enfermedad tiene con-siderables consecuencias.

En la construcción de una relación que ayude, el analista transmite de manera permanente algo más general, que va más allá del rol profesional específico, deter-minado por las tareas terapéuticas. De esto se origina una relación de reciprocidad múltiple y un variado campo de tensión, de cuya conformación dependen, de mane-ra esencial, el éxito o el fracaso de la terapia. Aun cuando esta declaración pueda sonar trivial, no es indiferente que la significación de las relaciones de reciprocidad entre rol y persona y entre intervención y relación, haya sido confirmada por las investigaciones empíricas en psicoterapia, que aparecen resumidas en la tercera edi-ción del libro de Garfield y Bergin (1986). Complementando nuestra exposición del capítulo 2 del tomo de los fundamentos, surge la cuestión de si acaso la rela-ción de trabajo psicoanalítica, que pertenece a una determinada definición de rol, contiene también los elementos que según Luborsky hacen la relación que ayuda, es decir, la relación terapéutica eficaz. No sólo la construcción de la sociedad hu-mana se apoya en gran medida, como lo afirmó Freud en su intercambio epistolar con Einstein (1933b, p.196), en la formación de "sustantivas relaciones ", sino también lo hace la relación terapéutica.

Los diálogos ilustran que en medio de la conversación se desarrollan procesos esenciales. Esta comprensión está amenazada de unilateralidad si se considera el "psicoanálisis como conversación" (Flader y cols. 1982) como una descripción su-ficiente. Hablar y callar, como elementos de conversación interrelacionados, conec-tan la acción -el callar como no hablar y como ensimismamiento- con la acción del habla que, de regla, anula otras acciones. En este cambio de posiciones tienen lugar procesos decisivos de intercambio entre ambos participantes en el diálogo psicoanalítico.

En la sección 8.5 del tomo primero hemos ilustrado algunos aspectos que caracterizan al estilo especial de conversación psicoanalítico en su, a veces, polarización extrema en uno u otro sentido. En lo que sigue, entregamos un ejemplo que ca-racteriza las significaciones del hablar y del callar en el proceso analítico, frecuen-temente observables y muy familiares al clínico.

Ejemplo

Arturo Y relata que le va muy bien y que por lo tanto se encuentra bien encamina-do. Dice no saber muy bien por dónde debe empezar. De pasada, menciona pro-blemas de trabajo y altercados con competidores. Hay una gran diferencia en la ma-nera como da forma a la sesión de hoy, en relación con sesiones anteriores. El pa-ciente calla mucho. Lo que más quisiera es dormirse.
A.: Antes, Ud. se sentía presionado por el pensamiento de que callar significaba di-nero derrochado: tanto y tanto por minuto.

Arturo Y se alegra por su mayor tranquilidad.

P.: Sí, hoy me controlo mucho menos, la base de sustentación es mucho más am-plia. Claro que no tengo tantas deudas (Schulden) como antes.

A.: Antes, en sus reflexiones financieras, pasaba siempre por alto su saldo a favor.

P.: Sí, esta tranquilidad que hoy he traído, de que el mundo no se va acabar si me dejo llevar me agrada mucho. De que sea capaz, sin tener al mismo tiempo miedo de que todo termine confundido, de acuerdo con la consigna: ¿Hasta dónde llegaré con todo esto si dejo correr la hora? y: ¿depende mi existencia económica de esto?

Comentario: Pensamos que aquí se trata de un callar productivo, pues el paciente puede permitir la experiencia de vivir su tranquilidad, y con ello un poco de pasi-vidad, sin sentimientos de culpa (Schulden). Su seguridad en sí mismo ha llegado a ser mayor, y resiste la puesta a prueba: él se puede permitir

ser generoso con su tiempo, sobreponerse a las angustias de empobrecimiento y a la formación reactiva de la avaricia.

7.2 Asociación libre

En la introducción del tratamiento se trata de familiarizar al paciente con la regla fundamental. Hay que decidir en cada caso individual cuánta y qué información sobre la función múltiple de las reglas es necesaria (véase tomo primero 7.2). Desde el momento en que una parte de la teoría y la técnica pertenecen a la cultura general, aun cuando a menudo caricaturizada, no son pocos los pacientes que vienen con expectativas que pueden ser más o menos acertadas.

Ejemplo 1

Al comienzo de la primera sesión, Francisca X informa sobre sus averiguaciones en la mutua de salud; se pregunta sobre el informe que debo escribir sobre ella para el perito. Después de mis aclaraciones, pregunta cuánto durará la terapia. Manifiesta preocupación. Su hermano, que entiende algo de todo esto, habría opinado que no la soltarían antes de un año. Después de reflexionar brevemente, digo que no es posible una puesta de plazo precisa, que todo depende de cómo avancemos.

Luego, le informo sobre las exterioridades del tratamiento. Digo que sería ventajoso que se reclinara en el diván, que yo me sentaré detrás de ella. Que debe tratar de comunicar todo lo que le pase por la cabeza. Después de que niega tener más preguntas, le propongo empezar ahora mismo.

P.: ¿Le puedo contar ahora lo que me pasa por la cabeza?

A.: Hm.

P.: Ahora se me impone pensar en la canción de arrullo "Siete angelitos están junto a mí" ("Sieben Englein um mich stehen") (se ríe tímidamente), porque Ud. se sienta detrás mío, detrás de mi cabeza. Anoche soñé que quería venir acá. No lo encontraba a Ud., ni tampoco la pieza correcta. Seguro que podré contar muchos sueños. Sueño casi cada noche. Cuando me despierto me recuerdo la

mayoría de las veces. Ayer me enojé mucho. Durante el fin de semana estuve en X., donde estu-dié. Me gustó enormemente, y cuando tengo que regresar a Ulm me viene siempre rabia. En Ulm todo es tan horrible, no hay muchachas guapas.

A.: ¿Son importantes para Ud?

P.: De todas formas los hombres no me interesan. Ulm es como si estuviera siem-pre nublado.

Comentario: No es difícil ver que nos encontramos frente a una paciente aplicada, que siguió de inmediato las instrucciones dadas. Su primera ocurrencia sobre la si-tuación -ella sobre el diván, yo detrás de ella- recuerda una escena infantil, donde se pide ayuda a los ángeles para que el niño sea bien protegido durante la noche. Se desencadena una inquietud que la paciente relaciona con la ansiedad infantil de ser dejada sola, aplacada con una tímida risa. La siguiente ocurrencia continúa el tema de la inseguridad. En el sueño, Francisca X busca el consultorio, sin encontrarlo, como tampoco al analista. La tercera ocurrencia suaviza la tensión a través del ase-guramiento de que se encuentra preparada para colaborar y que con los sueños pue-de salir al encuentro del interés de su analista. El cuarto pensamiento se relaciona indirectamente con importantes síntomas de angustia que se han instalado con la actividad profesional en Ulm. Ella añora los tiempos de estudiante.

Siguen nuevas ocurrencias sobre los tiempos de estudiante en X., las visitas ves-pertinas a tascas, donde permanecía largo rato con amigos. Ya en la época de no-viazo su marido se enojaba por eso, se sentía cansado y volvía solo a casa. Entonces la paciente se reprocha no poder decir nunca que no, y cambia de tema. Pregunta qué resultó de los tests psicológicos. Seguro que había sido insuficiente intelectualmente, justo cuando quería doctorarse, eso era algo que se le había acla-rado en los últimos días. El hermano susodicho, al que también le había pedido consejos sobre el tratamiento, acaba de terminar su trabajo de doctorado.

Después de una pausa de silencio, Francisca X pondera si acaso el pensar dema-siado no empeora las cosas. Sus padres no habrían dilapidado pensamientos en al-go así. Discutir sobre eso con ellos, sería totalmente insensato. Nuevamente ocu-rre una pausa, sin que venga de mí una respuesta. Sigue diciendo que tiene miedo de contraer deudas, que necesita tener siempre un pequeño colchón en el banco, ésa es su única preocupación respecto del análisis.

En la pausa que ahora sigue, noto que la paciente inspecciona la pieza y que su mirada toca la vetusta estufa.

P.: La psicoterapia sí que sale mal parada en Ulm (ríe).

A.: ¿Lo dice por la vieja estufa?

P.: No sólo por eso, también por la otra casa donde tuve la primera entrevista con el Dr. A., que se está casi viniendo abajo. Cuando estuve con él tuve miedo de que me despachara a causa de las bagatelas que tengo.

A.: Igual como en el sueño al no poder encontrar la pieza.

P.: Pero si son sólo bagatelas. Esto va a ser seguro una aventura. Estoy impaciente por saber lo que resulta de esto.

Comentario: Las ocurrencias deben ser consideradas como comunicaciones de la paciente al terapeuta. No es una historia fácil, en la que el hilo conductor sea inmediatamente reconocible, sino que se construye un collage, cuyos elementos contribuyen a un leitmotiv subordinante, a menudo no fácil de reconocer.

El pensamiento "todo es horrible" abarca la pieza de consulta y al analista, quien puede referir la indicación "aquí no hay ninguna muchacha guapa" al sentimiento negativo de sí misma de la paciente, sin que con esta alusión pueda contar con una intención ya consciente de la paciente.

En el estudio de la asociación libre que se lleva a cabo sin una fase formal de ejercicio, las comunicaciones del analista tienen una significativa función, porque ellas dan a entender al paciente que existe una contrapartida para la actividad que le fuera recomendada: una respuesta a sus saltos de pensamiento. De manera inevitable, las intervenciones desvían el curso posterior, pues ellas interrumpen el proceso desestabilizador en el paciente, para quien "ninguna respuesta" a menudo también representa una contestación. El paciente, aún no familiarizado con la situación analítica, espera que la conversación con el analista se lleve a cabo de acuerdo con las reglas de la comunicación cotidiana (véase tomo primero 7.2).

Ejemplo 2

Las investigaciones de diálogos terapéuticos de Koerfer y Neumann (1982), llevadas a cabo en base a ejemplos tomados del banco de textos de Ulm, demuestran que, en un sentido, los pacientes gozan de un privilegio al comienzo de la terapia "al relatar de manera más o menos 'monologizante' siguiendo con ello la 'regla fundamental'. El papel de escucha del analista es entonces juzgado como altamente positivo" (p.110).

Esto es manifiesto en el corto ejemplo tomado de una sesión inicial del análisis de Amalia X:

P.: Siento como positivo que haya realmente una persona a quien poder contar todo, que escuche las cosas buenas y las malas y que no se permita retar cuando cuento algo tonto.

Al mismo tiempo, los pacientes tienen sus propias representaciones sobre el analista escuchante, cuya participación en la conversación es la mayoría de las veces otra de la que ellos quisieran.

P.: Naturalmente voy lentamente dándome cuenta que Ud. más o menos no responde, sino que a lo más ofrece precisiones, y me pregunto por qué lo hace. Porque una conversación así no llega a ninguna parte. Quiero simplemente saber cuál es el fundamento de esto. De verdad, también justamente me pregunto, el asunto es que es un tipo de conversación muy distinto al que estoy acostumbrada (de la segunda sesión).

En la sesión n.º 11 la paciente se vuelve a referir a la peculiaridad y se queja ahora explícitamente de la falta de resonancia que experimenta.

P.: Es que me parece un tipo de conversación totalmente distinto al que estoy acostumbrada. Lo que en el momento más me molesta son los vacíos entre lo hablado, porque no sé si Ud. espera que yo diga algo más o si yo espero que Ud. diga algo más. Siempre pausas entre lo que yo digo y lo que Ud. dice. Eso es bastante desagradable. Y cuando yo digo algo, quizás le llega por correo neumático. Pero entonces yo no estoy ahí, y cuando digo algo no puedo saber, no puedo comprobar, lo que Ud. piensa en el momento. Por mi correo neumático no recibo ninguna respuesta.

Este pasaje muestra el efecto abrumador de la regla fundamental. Los problemas técnicos que se dan al comienzo deben ser centrados en torno a la pregunta de cómo hacer para facilitar al paciente la transición al tipo especial de discurso, sin ahorrarle toda la carga, pero tampoco sin los daños iatrogénicos innecesarios que más tarde deben ser desarmados mediante una cansadora y minuciosa labor. En el capítulo sobre las reglas del tomo primero abogamos por una flexibilidad capaz de crear las condiciones favorables en adaptación a la realidad del paciente.

Al final del tratamiento, la paciente vuelve una vez más a las dificultades iniciales:

P.: Mirando hacia atrás, me parece además a veces extraño que ... ah, lo digo en una frase corta, a veces pensé: por qué no me dijo al momento qué era lo que él quería (se ríe un poco), a través de una indicación, eso aún lo tengo muy claro. Yo le pregunté con pavor: "¿Tengo que reclinar me sobre el diván?", lo que encontraba horroroso. Luego pregunté: "¿Qué debo hacer entonces?", y Ud. dijo algo como: "Decir más de lo que se le ocurra". Esas fueron las palabras. Quizás está formulado de otra manera. En todo caso, la palabrita "más" estaba ahí.

A.: Decir más que cuando estaba sentada.

P.: Sí, eso dijo, y fue todo. Esa fue la única regla o, si se quiere, instrucción para el uso, y entonces pensé, hombre, éste te sobrevalora, por qué no dice nada más,

de modo de no tener que esforzarme tanto. A menudo pensé eso. Este ve una per-sona totalmente distinta enfrente. Este no me conoce. Está probando ahora cómo funciono. Parte de premisas que no tienen nada que ver conmigo, que tienen que ver con él, que sólo poco a poco fueron siendo más. Se demoró un buen medio año en llegar esta calidez con el diván. Aun cuando se pueda entender teóricamente, no sirve de nada todo lo que uno haya podido leer sobre esto, no le sirve de nada a una. Y por cierto que no me habría atrevido jamás a mirarlo derechamente de frente si lo hubiese visto. Creo que no hubiera podido gozarlo, nunca, nunca.

Comentario: Este análisis fue iniciado hace muchos años atrás. Desde nuestra ma-nera actual de ver las cosas, recomendamos ofrecer más respuestas aclaratorias e in-terpretaciones para, por ejemplo, aminorar el efecto traumático de las pausas, para que el paciente las pueda configurar de manera más productiva y las pueda dominar. En el centro de la atención debe colocarse el establecimiento de una relación que ayude, y en esto es necesario flexibilidad para adaptarse a los distintos pacientes. En las secciones 2.1.1 y 2.1.2 ofrecimos algunos ejemplos de fases introductorias más recientes.

Amalia X contribuyó de manera fundamental a nuestra revisión de la técnica de tratamiento, al llamarnos la atención sobre la significación de la participación del paciente en el trasfondo y en el contexto del pensamiento y del actuar psicoanalíti-cos del analista (véase además 2.4.2). Estamos convencidos de que esta participa-ción es en muchos tratamientos analíticos descuidada, de lo cual se originan trau-matismos innecesarios con efectos antiterapéuticos, y no sólo en la fase introduc-toria. Es esencial que la conversación se configure de modo dialogal y que se ami-nore la asimetría, sobre todo en la fase inicial.

Ejemplo 3

En la fase inicial del tratamiento, a menudo nos vemos confrontados con la pre-gunta de los pacientes sobre qué deben hacer si no se les ocurre nada. El ejemplo siguiente, del tratamiento de Cristián Y, pretende mostrar una posibilidad en el manejo de esta dificultad, que sirve tanto al fomento de la relación de trabajo como también señala el primer paso interpretativo.

P.: ¿Qué debo hacer ahora si no se me ocurre absolutamente nada para decir, si no tengo ningún pensamiento que signifique algo?

A.: Sí, la verdad es que sí tiene un pensamiento. Ud. dijo, "ningún pensamiento que signifique algo".

P.: Sí.

A.: Entonces diga los que tiene, aun cuando le aparezcan sin significación.

P.: Si es así, ¿también la constatación de que Ud. tiene muchos libros en inglés?

A.: Sí, precisamente, pues ese es un pensamiento que Ud. tuvo.

P.: ¿O los ruidos afuera? No veo ninguna relación con el tratamiento.

A.: Por ahora no lo sabemos. En todo caso es algo que se le ocurrió.

P.: ¿Sí?

A.: Hm.

P.: ¿Estoy cometiendo el error de una falsa apreciación?

A.: Sí, desde el momento en que parte de la base, y lo dice, de que eso no tiene nada que ver con lo de aquí, por ejemplo, los libros en inglés que ve aquí, y el serrucho afuera, Ud. lo escucha y le llama la atención, y eso también tiene que ver con lo que hacemos aquí.

P.: Yo habría pensado que eso es salirse del tema.

A.: Ahora, quizás Ud. pasó de los libros en inglés al serrucho, porque pensó que el pensamiento sobre los libros es demasiado personal y por eso rápidamente se movió al serrucho. Pues es un movimiento en los pensamientos, de los libros en la pieza, que me pertenecen, hacia afuera, es decir, lejos de aquí, en ese sentido puede ser ciertamente un salirse del tema.

P.: Sólo que me pregunto por qué.

A.: Quizás porque, hablando en imágenes, se encendió una luz roja, que no permite ningún pensamiento más sobre la pieza o sobre los libros en inglés.

P.: Hm, sí. (Pausa.)

A.: Ya ayer Ud. estaba preocupado porque sentía que no le estaba permitido tener más pensamientos sobre los libros en inglés, que no le estaba permitido seguir agujereándome el cuerpo con preguntas.

P.: Hm. (Pausa.)

A.: ¿Tiene otros pensamientos?

P.: No, la verdad es que sólo pensé lo bien que nota tantas cosas, aún un par de palabras simples o también conexiones; su concentración, cómo lo consigue. (Pausa.)

A.: Sí, y así se introduce -los libros en inglés, tantos libros- la pregunta sobre el conocimiento: ¿qué sabe él?, ¿sabe mucho?, ¿tiene una buena concentración y una buena memoria? y Ud. ¿siente envidia por eso?

P.: Hm, no sólo envidia, sino también interés, porque yo quisiera saber cómo se hace eso. Pues yo no soy el único paciente que Ud. tiene. Ud. no puede estar preocupado sólo de mí, sino también de muchos otros que debe atender de la misma forma, ¿no es cierto?

Comentario: En el salirse del tema, que es naturalmente una parte esencial del asociar, se pone de manifiesto una resistencia de asociación momentánea. El

analista ocupó aquí la imagen de la luz roja encendida. El salirse del tema parece haberse producido cuando el paciente trató de descubrir si el analista mantiene su concentración, y cómo lo hace. En lo demás, se trata de la adquisición de conocimiento y de las comparaciones que surgen de ello, de las que el paciente sale mal parado, pues sufre de trastornos graves de concentración y de trabajo. Todo paciente se interesa en saber cómo el analista logra almacenar en su memoria -listos para ser usados- tantos datos sobre tantas personas y sus historiales de vida. A través de comparaciones adecuadas se puede hacer parcialmente partícipes a los pacientes en los rendimientos de la memoria. La desidealización así introducida abre además el acceso a los propios procesos cognitivos.

Mirar en menos la capacidad educada del analista para acordarse también de detalles y datos aparentemente laterales, aduciendo que éstos se fijan en categorías o contextos en la memoria de acuerdo con su pertenencia temática, y por eso pueden ser fácilmente evocados en situaciones desencadenantes, sería ciertamente falso. Kohut, en especial, ha reconocido lo vitales que son las idealizaciones. La verdad es que mientras más rezagado se sienta un paciente con respecto de sus ideales, mayor será también la envidia con sus consecuencias destructivas.

Comentario: Fue un error interpretar envidia en vez de permanecer primeramente en el interés del paciente por su analista y sus libros en inglés. Los impulsos envidiosos por las posesiones del analista, sus libros, su conocimiento, sus capacidades, su potencia, etc., encubiertos por la idealización, tienen un efecto destructivo sobre la representación del mundo y paralizan el pensamiento y actuar propios. Muchos pasos terapéuticos son necesarios para poder suavizar este efecto autodestructivo de la envidia, pasos que comienzan aludiendo a la envidia inconsciente en la conversación. Aunque el paciente no rechazó la interpretación, la mención de la envidia en la fase de introducción fue demasiado temprana. Hubiera sido mejor el tema de sus intereses identificatorios: ampliar el "¿cómo lo hace él y cómo puedo hacerlo yo?" con el fin de establecer una relación que ayude.

7.3 Atención parejamente flotante

La recomendación de Freud de "dejarse llevar por la propia actividad espiritual inconsciente" en la atención parejamente flotante, precisa el tipo de observación participante necesaria para la percepción de procesos de intercambio emocionales y cognitivos inconscientes. La multiplicidad de las ocurrencias que

el analista puede sintonizar en el estado de atención parejamente flotante se puede reconocer muy bien por medio del estudio detallado de retrospectivas libres sobre las sesiones analíticas, según lo investigaron Meyer, Thomä y Kächele (Meyer 1981) en un proyecto conjunto. Las ocurrencias del analista se pueden ordenar en diferentes clases, según la fuente y la meta (Meyer 1988). Ellas pertenecen a distintas capas, de las cuales algunas probablemente se le aclaran al analista durante la sesión misma, mientras otras surgen sólo posteriormente como continuaciones independientes de procesos afectivos y cognitivos.

Pensamiento hablado retrospectivo

El tratamiento de Ignacio Y fue registrado en el marco de un proyecto de investigación sobre origen y meta de las intervenciones. En él, el analista dictaba retrospectivas libres y parcialmente estructuradas inmediatamente después de la sesión (Kächele 1985).

P.: Ese micrófono sí que es cómico, de tres partes. (Pausa.) Hoy en la mañana estoy tan cansado, ayer en la tarde tomé medio litro de vino. (Larga pausa.)

A.: ¿Tiene otros pensamientos en relación con el micrófono cómico?

P.: Estoy algo espantado, pensé en un micrófono para espiar.

El paciente se ocupa luego sobre adónde llegan las grabaciones magnetofónicas; durante largo tiempo ha creído que lo cierto es que no grabo su "mierda", ahora está preocupado por su progreso profesional, si ésta cae en manos falsas.

P.: Poco a poco me llega a ser inquietante todo lo que aquí hablo ... quizás es la necesidad de arrancar de mi propia mierda ... La verdad es que todavía no he contado nunca de mis bobadas, hasta ahora me sigo avergonzando terriblemente de ellas ... A lo mejor Ud. lo entiende ... Esto se me ocurrió ahora mismo, pero estoy en-trampado con la idea de que se me ocurran palabras que motejan nombres y conceptos.

El paciente describe cómo tuerce los nombres, los nombres de sus niños, de sus amigos, y cómo estas palabras se invisten de un sentimiento especial para él, cómo representan una suerte de idioma secreto. En la pubertad inventaba pasajes enteros de secuencias de sílabas y se entretenía con ello como un rey en sus dominios. Le llama la atención que este torcimiento de nombres se le ocurre sólo con personas con las que se siente unido positivamente.

A.: Entonces eso sería una mierda que sólo hacia afuera aparece como mierda, pero que para Ud. personalmente es algo muy valioso.

P.: Sí, así es, aunque es condenadamente pueril, pero me entretengo como rey con estos decires, como si fueran un juguete ... A los demás los convierto un poco en mi juguete ... Así reduzco mi angustia, también con mis niños, cuando a veces tengo miedo de que me devoren.

A lo largo de la sesión se hace claro que el primer nombre que desfiguró fue el de la persona más importante de su infancia, una media hermana 7 años mayor que bautizó como Laila. Con este nombre cariñoso pudo consolarse y no sentir el abandono de sus primeros años. Después de revelar, hacia el fin de la hora, el cha-puceo de mi nombre, puede también manifestar su pesadumbre de que el análisis lo vive como una peligrosa máquina aspiradora que le extrae este mundo interior y lo aprisiona.

En la retrospectiva de la sesión, dictada inmediatamente después del término de la hora, encontramos el siguiente "informe libre" sólo retocado mínimamente en el estilo:

"Una hora fantástica, estoy realmente sorprendido de lo que ella revela, ya antes del comienzo de la hora tuve la esperanza de que siguiera con el tema de las grabaciones magnetofónicas, pues entonces tenía muy presente el sentimiento de que así podría nuevamente comprobar si los acuerdos que habíamos tomado con respecto de las grabaciones siguen vigentes, así se aminoraría mi intranquilidad y mis inquietudes; me pareció bien que la idea de la mierda se haya desarrollado de tal modo que el paciente hablara de las relaciones que le producen angustia, que él por ese motivo es castigado, también que él se construye un mundo de objetos transicionales, lo que hasta ahora no había sido mencionado en absoluto. También tuve el sentimiento de que con el tema de la mierda se expresa el nivel mágico-animista. Frente a su pregunta sobre mi analista de control [no se trata del análisis de un candidato] al comienzo de la hora, no supe qué decir, pensé, él debe tener la idea de que también yo soy controlado y con ello podría estar relacionada la superación de las angustias, el miedo a la indiscreción es muy grande ... Lo importante que me queda de la hora es que el tema 'Laila', esta importante persona de la niñez, aparezca una vez más ahora, después de haber sido dominante todo el último año ... Sólo la comunicación, de que él usa estos neologismos como juego, la sentí como un gran regalo, me acordé de una paciente con una enfermedad a la piel quien hace poco también me habló de tales juegos, cosas muy privadas, mucho más íntimas y también más avergonzantes que cualquier acción referida a objetos, este par-loteo, este balbuceo, esta onomatopeya, y por eso fue para mí tan rotundo y concluyente el que de pronto me apareciera la idea de que en la percepción del niño pequeño la madre consiste sólo en un 'laila', en un amoroso 'laila' y que él mantuvo tan vivo

este fonema, claro que no había entendido nunca de dónde venía el nombre Laila, tampoco sé exactamente quién es ahora realmente la Laila, si acaso una madras-tra, u otra hija, ilegítima, de la madre, no sé nada sobre eso, ella es simplemente la clandestina y la presente, la que reemplazó a la madre, ésta era realmente la imagen, que Laila era sólo un invento del paciente y claro que había sido una invención in-creíblemente importante, pues yo siempre comparé la Laila con una película de Ag-nes Varda, la felicidad [se refiere a la película "Le Bonheur"], los colores brillantes, ese mundo de felicidad retocado, en apariencia nada afectado, el encantamiento de nombres me lleva, pasando por Carlos Castaneda y el idioma arcaico de Schreber, a la idea de que aquí se creó un mundo que permite la autonomía.

Su expresión del desplazamiento fonético también me gustó como palabra, se me ocurre la idea de que ella puede prevenir estados depresivos de ánimo.

También se ha sentido claramente entendido al leer el libro de A. Miller sobre constelaciones de-presivas. El pudo zanjar los estados de ánimo depresivos mediante la invención de un zoológico infantil con la ayuda de un hada.

Luego, encuentro que él se despide demasiado aprisa, el duelo que me comunica es en verdad genuino, pero creo que aún no ha sido superado.

La interpretación de que los neologismos eran actos creativos lo alivia bastante, además, lo tranquiliza porque le quita el miedo siempre emergente de ser esquizofré-nico. Probablemente, por eso al final me comunicó motejos muy determinados de mi nombre y del de su segundo jefe, en el dialecto de su región de origen. Cómo él los transformó en su dialecto suizo es algo que nunca se me habría ocurrido.

El tema de la vuelta a Suiza y sus comentarios al respecto desencadenan muchos pensamientos en mí: ¿está buscando el lenguaje materno y el paterno? ¿Por qué moteja mi nombre? Lo hace cuando tiene relaciones cariñosas y tiernas. No necesita motejar el nombre del tonto jefe administrativo, porque la desilusión con él no lo toca tanto, la frustración de impulsos tiernos, de fusión, conduce evidentemente a la necesidad de mantener en vida al hada. Creo que aquí el paciente ha dado un gran paso, pues puede mirar por sí mismo sus payasadas en esta perspectiva, sin que yo haya debido hacer realmente mucho, sí, tengo el sentimiento de que mis informes de las sesiones aún no son asociados muy libremente, pero quizás esa es también una cuestión de tiempo, darse verdaderamente más espacio en eso."

Comentario: La tarea de asociar libremente sobre una sesión transcurrida, no puede ser entendida simplemente como una continuación ininterrumpida de la "actividad espiritual inconsciente" durante la hora analítica. Una experiencia

importante del estudio fue el efecto que la separación del paciente tiene sobre la retrospectiva. La transición desde la situación terapéutica, en la que existe paralelamente un nivel de comunicación diádico y un monólogo -en parte verbalizado y en parte no-, niveles que se condicionan mutuamente, promoviéndose e inhibiéndose, hasta una situación manifiestamente de monólogo, en la que a través de la asociación libre se debe reflexionar sobre una situación diádica que sigue existiendo sólo en el recuerdo, conduce a una reorganización rápida de la situación anímica del analista que reflexiona. Esto se puede ver en la retrospectiva recién reproducida.

El analista expresa inmediatamente su alegría al entender como un regalo las comunicaciones que lo tocan. Ya en el nivel verbal se capta una identificación con el juego del paciente, del cual él puede entender como propias las ganancias del paciente. La ocurrencia no dicha sobre la película de A. Varda es un recurso a su propio mundo de experiencia personal, en el que el carácter hipomaniaco y defensivo de la felicidad inventada por sí mismo le parece haber sido representado de manera convincente. La indicación sobre el motivo del idioma arcaico aclara el carácter de este juego lingüístico, en cuya base no se halla sólo un mundo infantil, sino en el que también se manifiesta una formación defensiva actual, en el presente del paciente. En el transcurso posterior de sus fantasías, el analista logra tomar nuevamente distancia y reflexiona sobre el balance de la hora. Luego se despide del oyente imaginario (que como investigador tiene una estatura totalmente real) con un distanciamiento crítico, que se justifica menos por el contenido fáctico de sus comunicaciones que por el contenido emocional de la sesión. Tal sospecha parece plausible si pensamos que frente a la pregunta sobre la elección de este ejemplo para los fines de esta comunicación, al analista se le ocurrió inmediatamente esta hora -que, entretanto, tuvo lugar hace muchos años-.

7.4 Preguntar y responder

En el tomo sobre los fundamentos (7.4) discutimos en detalle este tema, en conexión con la regla de la contrapregunta. La devolución estereotipada de las preguntas del paciente, con la fórmula: "¿Se le ocurre algo más en relación con esta pregunta?" o: "¿Qué le pasa por la mente cuando piensa en la razón de por qué me planteó esta pregunta?", es rechazada actualmente por la mayoría de los analistas por sus frecuentes efectos antiterapéuticos -y no sólo en pacientes graves-.

Ejemplo

Después de un fallecimiento, se desencadenó en la familia una disputa sobre la herencia. En apariencia perplejo, Arturo Y pregunta: "Ahora le ruego me dé ver-daderamente su opinión personal, no su opinión psicoterapéutica." El paciente subraya la urgencia haciendo referencia a su malestar creciente y al empeoramiento sintomático. Mi reflexión sobre la diferencia entre la opinión privada y la profesional se conecta en primer lugar con una cierta inseguridad y desconcierto.

A.: Ya que mi opinión privada seguramente se corresponde con el sentido común, nuestras opiniones en este punto probablemente tendrán que estar bastante de acuerdo, pero yo tengo además la tarea profesional de aportar algo adicionalmente para que Ud. solucione el asunto a su manera. Me pregunto por qué quiere que yo refuerce algo que Ud. ya sabe.

Reflexión: Aunque más tarde fueran señaladas dudas en relación al sentido común, esta indicación sobre nuestro probable acuerdo la ofrecí después de una madura re-flexión y no por desconcierto. Era claro que el conflicto familiar sobre los derechos de herencia se reforzaría o suavizaría dependiendo de la conducta del paciente. Tales patrones básicos simples son conocidos por el sentido común. La verdad es que el paciente estaba dividido frente la dirección a tomar y quería mi consejo adicional, que yo no estaba en condiciones de darle. En cambio, lo reforcé en su conocimiento anticipatorio acerca de las consecuencias que presumiblemente pudiera tener tal o cual comportamiento de él.

P.: Por cierto, que su opinión me sea importante, es un sentimiento humano totalmente normal.

A.: Seguro que sí.

P.: Con mis terapeutas anteriores tuve siempre el sentimiento: no se me acerque demasiado. En especial con el Dr. X, tenía la impresión de que con tales preguntas sobrepasaría ciertos límites, como para establecer una relación de compañerismo. Quizás por eso formulo todo tan torpemente y complicado.

Hablamos acerca de lo bien que hace llegar a un acuerdo y compartir un modo de ver las cosas, es decir, establecer también una relación de compañerismo. A continuación se aclara un aspecto del compañerismo que en un tratamiento anterior le parecía a contrapelo.

El tema gira en torno de las diferentes posibilidades de incrementar o de zanjar el conflicto familiar. Al paciente se le hace claro que una acción determinada conduciría a la continuación de la guerra familiar. Arturo Y corregiría algo y

actuaría correctamente, pero con ello lo primero que haría sería llamar la atención de la gente sobre el jaleo familiar.

P.: En eso se me ocurre un dicho de Schiller, que va por Ud.: De refugios seguros se puede aconsejar con toda calma.

A.: Sí, sí.

P.: Pero si quiero tener calma no debo azuzar más el fuego. Pero tampoco debo dejarme fusilar.

A.: Tampoco lo han fusilado.

P.: Estoy ofendido, estoy resentido.

A.: Está muy resentido, porque lo ha vivido como impotencia.

P.: Sí, seguro. Mi cuñado lo ha vivido de otra manera. El no ha salido de su calma. Mi autoestima ha bajado hasta el punto cero. Ya no me queda absolutamente nada de piso bajo los pies. Podría caer en un pozo sin fondo.

A.: Y por eso la pregunta fue tan importante, para que yo lo reforzara en su sentido común, si no, no se le habría ocurrido preguntarme por mi opinión privada, que Ud. de algún modo ya conoce.

P.: Sí, la verdad es que ya la conozco.

A.: Ahora, tampoco se puede partir siempre de la base de que el otro tenga sentido común.

El paciente menciona ahora, evidentemente animado por mi comentario, maneras sectarias de pensar en psicoanálisis. Inmediatamente se angustia con la idea de que podría haberme ofendido por sus reflexiones sobre el pensar sectario. "Espero no haber atacado aquí a alguien que me significa mucho, y con ello haberlo convertido en enemigo."

Reflexión: Con esto, la sesión toma un giro con una intensificación de la transferencia, giro que he facilitado al paciente con mi comentario. Demasiadas veces se ha sometido en su vida y en apariencia hecho suya la opinión de otros, pero manteniendo en su interior dudas que aumentan con los años. En la pregunta por mi opinión privada, el paciente busca tener acceso a sus propias necesidades sin maquillaje, que se reactivaron en la disputa por la herencia y que mucho teme.

La pregunta por un libro

Erna X se interesa por la literatura psicoanalítica. Por una amiga supo del libro de Marie Cardinal (1975) *Les mots pour le dire* ("Las palabras para decirlo"). Su observación de si se sentía capaz de preguntar a su analista por el libro, la sorprendió y desconcertó. Mientras más se acercaba la sesión, mayor era su

malestar. Erna X aborda inmediatamente el tema, que por de pronto revela dos aspectos. Dice que la pregunta de si tengo el libro, que según la información de su amiga estaría agotado, y de si podría prestárselo, yo podría sentirla como una insolencia de su parte. Después de un largo debate sobre la intensidad de la insolencia experimentada, respondo su pregunta realistamente, al mismo tiempo acentuando que encuentro su pregunta natural, de ningún modo insolente, en vista de los muchos libros que hay en los estantes de mi pieza, entre los cuales por cierto no se encuentra *Les mots pour le dire*. Entonces la paciente se refiere al segundo aspecto. ¿Le prestaría el analista un libro y, no estaría con ello relacionada la expectativa de que ella lea concienzudamente? Erna X teme en ese caso ser puesta a prueba, también en relación con el conocimiento adquirido por la lectura.

P.: Yo cuento luego con el control.

A.: Entonces, ¿debería Ud. leer tan concienzudamente como para poder hacer frente a cualquier pregunta?

P.: Sí, y no sé si de verdad quiero leer tan concienzudamente.

Destaco que no tengo esa expectativa y que dejo a ella el decidir sobre lo que lee.

Comentario: Los pensamientos de la paciente muestran las restrictivas obligaciones que habrían surgido si el analista le hubiera pasado realmente el libro. Los efectos del préstamo de un libro, al que no se llegó por razones externas, habrían podido ser elaborados interpretativamente. Negativa y satisfacción actúan de manera diferente sobre la relación y su interpretación. Hay distintas posibilidades de satisfacer el interés del paciente por publicaciones psicoanalíticas o por libros aclaratorios. Consideramos falso desaconsejar a los pacientes, o llegar a prohibirles, que se informen sobre el psicoanálisis a través de libros. Por muy imponente que sea que, por razones terapéuticas y científicas, una persona emprenda un psicoanálisis de manera totalmente ingenua y que mantenga su ingenuidad durante el mismo, sería antiterapéutico rebajar sus intereses emergentes.

Los problemas del racionalizar y del intelectualizar, relacionados ocasionalmente con esto, ciertamente traen consigo dificultades, que sin embargo no son comparables con los efectos de una prohibición de lectura. Freud parece inicialmente más bien haber desaconsejado a los pacientes que se metieran con publicaciones psicoanalíticas. Más tarde llegó incluso a esperar que éstos se informaran a través de la lectura, por lo menos en el caso de analizados didácticos o de pacientes cultivados (Doolittle 1956).

Erna X pone ahora de relieve lo típico en esta historia.

P.: Hasta el momento en que me senté en la sala de espera, era claro que yo le preguntaría. Entonces llegó una duda detrás de la otra. Así mismo es en otros asuntos. Vienen las dudas, esto o lo otro podría ser desagradable. Así es también en la cuestión de mi ascenso profesional. Entonces dejo todo como está.

A.: Entonces se trata nuevamente del tema de la insolencia, que cuando quiere ascender, cuando quiere colarse en mi biblioteca o cuando en el análisis quiere saber algo de lo que pienso, Ud. se sobrepasa.

P.: Así, en mi interior yo sabía que Ud. no se enojaría conmigo si yo le preguntaba por el libro. ¿De dónde viene pues mi miedo de ser insolente?

A.: Por las restricciones que experimentó anteriormente, probablemente se acumuló mucha curiosidad. Hay tanto interés en Ud., tanto ha crecido en Ud., que teme tener deseos exagerados. El deseo por un libro se transforma entonces en un ejemplo de los deseos insolentes y prohibidos.

P.: Sí, eso es verdad. El querer el libro podría ser entendido como algo demasiado personal. No tengo reservas cuando pido un libro a una amiga. Ud. es el doctor, algo especial, a quien miro con respeto y con quien no puedo permitirme ciertas cosas.

A.: Se llegaría entonces a establecer un nivel común a ambos. Ud. participaría en lo que me pertenece a mí.

P.: A ningún precio quisiera ser intrusa. Ud. tendría que buscarlo, lo que quizás sería cargoso para Ud. Sin embargo, no conduce a ninguna parte pensar así. Si no hubiera preguntado, me habría ido insatisfecha.

Luego, Erna X habla de su abrumamiento actual, del padecimiento de su madre.

P.: Aumentan mis obligaciones. Tengo necesidad de más tiempo para el cuidado. Por eso necesito más frecuentemente a la señora que me cuida los niños. Mi marido propuso restringir la terapia. Al respecto soñé: estaba en la casa, Ud. detenía su auto delante de la puerta y me visitaba. Ud. se disculpaba porque tendría que interrumpir el tratamiento por exceso de carga. Me sentía honrada por la visita y aceptaba la proposición. Lo acompañaba hasta el auto y veía sentadas en él a dos jóvenes y guapas estudiantes. Es para mí un enigma la manera como hago mía la proposición de mi marido y que sea Ud. quien interrumpa el tratamiento en el sueño.

A.: Sí, es una inversión. Para retomar el tema: Es ciertamente una expresión de su preocupación de ser insolente cuando quiere más y sus deseos chocan con mi negativa. Para mí, hay algo más importante que Ud. También de eso hay ciertos indicios en el sueño. ¿Son quizás las dos estudiantes guapas las que son más importantes para mí?

P.: Sí, presumiblemente. Al final estaba parada de lo más boba, rechazada, abandonada, con la cara larga. Pienso en otra cosa, el rechazo. Ud. era muy amable,

de ninguna manera rechazante ni brusco como mi marido, "déjame tranquilo", sino como Ud. siempre es. Ud. me explicó algo. Yo lo capté y lo entendí, aunque no me parecía bien.

A.: Ud. más bien lo aguantó. Se sintió tomada en cuenta por el hecho de que yo viniera especialmente a visitarla para entregarle la cancelación.

P.: De verdad que los sueños son a menudo tremendamente pasmosos. Es increíble cómo se desarrolla todo en el sueño. Es mucho lo que uno olvida.

¿Quería yo real-mente acompañarlo en el auto? La despedida era tan abrupta.

A.: Ud. quería acompañarme en el auto y de alguna manera lo hizo, ciertamente en una representación indirecta, en la forma de las estudiantes. Fue algo malo que Ud. saliera perdiendo y fuera rechazada, pero indirectamente Ud. está ahí. El rechazo tiene probablemente algo que ver con las estudiantes guapas, que toman parte en lo que pasa aquí en la universidad. Por eso Ud. está tan espantada. Sería una insolencia el que Ud. quisiera tener un libro.

P.: Sí, eso ya lo pensé, si acaso sería una insolencia si yo estudiara psicología y fuera a una clase suya. Me apena que me haya dejado el tren. Pienso hacia atrás con rabia por haber elegido entonces el camino más simple y más seguro.

A.: Sí, algunos trenes ya partieron, pero otros todavía no, por ejemplo, el de sus posibilidades profesionales.

Comentario: Hay que destacar que el analista llama la atención al final de la sesión sobre las posibilidades positivas y con ello despierta esperanzas que también tienen un componente transferencial. Es realista que la paciente perciba las oportunidades futuras de la profesión que aprendió.

7.5 Metáforas

7.5.1 Aspectos psicoanalíticos

En el tomo sobre los fundamentos abordamos el tema de la significación de las metáforas en conexión con la controversia sobre la traducción de Strachey y discutimos el papel de las metáforas en la teoría del lenguaje (1.4).

Apoyándonos en la observación de Arlow (1979), de que en la transferencia

predomina el pensar meta-fórico, le asignamos un lugar destacado a la aclaración de las semejanzas y las diferencias en la prueba de realidad a propósito de las interpretaciones transferenciales (8.4).

En el estilo de Freud, las analogías, las metáforas y las comparaciones tienen un lugar preeminente, lo que cristaliza en la extensión de la sección correspondiente en el volumen del índice general de las obras completas. (En las *Gesammelte Werke*, volumen XVIII, el "Registro de analogías, metáforas y comparaciones" es más extenso que el "Índice de analogías" del volumen XXIV de las Obras Completas de Amorrortu; nota de los traductores.) Ahí se registran bibliográficamente las citas cortas o las peculiaridades lingüísticas que guardan directa relación con conceptos psicoanalíticos. De este índice especial se puede deducir, de manera especial, que Freud frecuentemente explica la teoría psicoanalítica a través de analogías.

La figura lingüística de la metáfora se origina de la retórica y, a través de múltiples adopciones por diferentes padres, ha llegado finalmente a independizarse como metaforología (Blumenberg 1960). Metáforas originales contribuyen de manera especial a que las nuevas ideas ganen en claridad (Lewin 1971). En todas las ciencias las metáforas tienen una función preeminente, en particular en los descubrimientos, porque relacionan lo conocido y familiar con lo todavía desconocido y ajeno. Son un medio adecuado para conducir al equilibrio, implícito en el aforismo kantiano, de que los conceptos sin representación son conceptos vacíos, pero que la re-presentación sin pensamiento es ciega.

Desde las investigaciones pioneras de Richards (1936), muchos científicos se han sentido atraídos por el problema de las metáforas. Estudios o simposios lingüísticos y multidisciplinarios, como los documentados por Ortony (1979), Miall (1982), Sacks (1979) y Weinrich (1968, 1976), muestran de manera evidente que las metáforas son de gran interés para muchas disciplinas de las ciencias humanas. La verdad es que en la literatura psicoanalítica sigue existiendo una carencia, de la que ya se quejó Rubinstein (1972), de publicaciones que se ocupen explícitamente de la significación de las metáforas para el lenguaje de la teoría y de la práctica. En los estudios multidisciplinarios faltan casi totalmente las contribuciones psicoanalíticas. Es verdad que Rogers (1978) publicó los resultados de un grupo de trabajo interdisciplinario sobre los aspectos psicoanalíticos de las metáforas. Esta investigación sigue el modelo tensional y de descarga de los procesos cognitivos y levantó en su contra la crítica correspondiente (Teller 1981). Göbel (1980, 1986) discutió la relación entre la metáfora y el símbolo mediante la diferenciación de Jones y la incorporación de nuevas publicaciones filosóficas y lingüísticas.

Para acercarnos a la significación de las metáforas en el diálogo psicoanalítico, abordamos ahora el origen del término, que hace además entendible que, como psi-coanalista, uno piense en el proceso del desplazamiento. La palabra, de etimología griega, se refería originariamente a la acción concreta de trasladar un objeto de un lugar a otro. Aristóteles calificó la metáfora como "la transferencia de lo correcto" (eu metapherein), como el poder de observar lo semejante. Sólo más tarde la pala-bra describe una figura estilística y lingüística. El trasladar se transforma en me-táfora, cuando no se lo toma más de manera literal, sino en sentido figurado. Las metáforas ocupan una posición intermedia en el camino que llega hasta la simbo-lización plena. Están enraizadas en el mundo figurativo antropomorfo y en la expe-riencia corporal del ser humano.

La mezcla es una característica de la metáfora. En filología, los conceptos de imagen, analogía, comparación y metáfora se aplican frecuentemente como sinóni-mos (véase Köller 1986). Tampoco dentro de la lingüística hay un claro acuerdo sobre la delimitación entre los conceptos individuales. A menudo, metáfora, analo-gía y comparación se subordinan al concepto de "imagen". En el caso de la com-paración se trata de un giro figurativo, generalmente construido con las partículas "como si", "como", "similar a", "igual a". También es posible construir una com-paración sin partículas comparativas.

La tensión entre semejanza y diferencia en la transferencia de objetos originarios a contenidos de significación nuevos, es central para la comprensión de la metáfora. A diferencia de la analogía y de la comparación, en la metáfora aparece la imagen en el lugar de la cosa; en la analogía y en la comparación cosa e imagen permanecen una junto a la otra. Por eso se puede suponer que, en ciertos contextos del diálogo, formulaciones como la siguiente: "Me siento como prímula marchita", contienen un distanciamiento mayor que cuando se dice: "Soy una prí-mula marchita." "Soy una medusa que se reseca en la playa." "Soy un desierto." "Soy un puercoespín." "Soy un montón de mierda."

Gracias a esta posición intermedia, las metáforas juegan un papel preeminente en el diálogo psicoanalítico, donde constantemente se trata de la aclaración de seme-janzas y diferencias (Carveth 1984). Esta es la razón de que Richards, por conside-raciones lingüísticas y filosóficas, y sin ser psicoanalista, haya, hace ya 50 años, subordinado el fenómeno de la transferencia a una metaforología enriquecida con nuevos conceptos. Estos han sido resumidos por Black (1962) en la llamada teoría interaccional de la metáfora.

Si se piensa que el trasladar fue originariamente entendido de manera literal, es entonces natural pensar que muchas metáforas surgieron a través de analogías con el cuerpo humano y remiten a él. Por eso, desde el punto de vista terapéutico es esencial redescubrir en el lenguaje figurativo el punto de partida corporal

incons-ciente y llamarlo por su nombre. La verdad es que no se puede esperar que todas las metáforas puedan ser remitidas a determinadas experiencias corporales. Tal reduc-ción general, que Sharpe (1940) sustenta en una publicación original y que ilustró casuísticamente, no hace justicia a la diversidad del lenguaje metafórico. Compar-timos la opinión de Wurmser de que las metáforas son "una guía para llegar al sig-nificado inconsciente -no diferente de los sueños, los actos fallidos o los sínto-mas" (1977, p.472). Ya que el lector de este libro encuentra a cada paso metáforas y analogías en los dialogos psicoanalíticos que se reproducen, nos restringimos aquí a tres ejemplos, además de la investigación lingüística básica de la sección siguiente. El mundo de la figuración produce una gran fascinación. Las metáforas también son apropiadas para representaciones eufemísticas de necesidades corporales concretas y de la ver-güenza que se asocia a ellas. No sólo las teorías y los conceptos pueden estar, co-mo racionalización, al servicio de la resistencia. Lo mismo vale para las metáfo-ras. Por eso es recomendable, después del despliegue de un lenguaje emotivo figu-rativo, buscar y llamar por su nombre el origen corporal y sensorial de las percep-ciones que se expresan en las metáforas. La preocupación de que, al hacerlo, se puedan destruir las imágenes preñadas de sentido, o incluso el origen creativo pri-mario del fantasear, no tiene fundamento alguno. Nuestra experiencia nos inclina a pensar lo contrario. El mundo figurativo se hace incluso más vivo y original, cuando se lo conecta con el punto de partida de lo desplazado. La verdad es que, a causa de la posición intermedia de la metáfora, no es casualidad que en base a ella se pueda explicar la disputa entre iconodulios e iconoclastas. Grassi (1979) ha mostrado que lo que está en juego en esa disputa es el reconocimiento del poder de la fantasía. Por tal razón, los analistas están de lado de los iconodulios, es decir, de lado de aquellos que veneran las imágenes, y no junto a los iconoclastas, que tratan de destruirlas. Desde el punto de vista psicoanalítico, las metáforas deben ser in-vestigadas respecto de su función en la vida anímica. Así por ejemplo, en terapia se encuentran a menudo representaciones metafóricas negativas de sí mismo, por lo que las analogías encontradas por los pacientes son indicadores apropiados del cambio en la valoración de sí mismo.

El analista como ingeniero de riego

Gustavo Y, que al comienzo del tratamiento describe su mundo como un desierto en el que sólo sobreviven las plantas parvas y resistentes, compara los efectos de su análisis con la influencia de una instalación de regadío en el estéril

suelo de-sértico, sobre el que ahora puede desarrollarse una rica vegetación. Las metáforas vegetales son especialmente aptas para representar los aspectos imperceptibles del desarrollo de los procesos anímicos (Kächele 1982). Sin embargo, uno no se puede dar por satisfecho con que el desierto viva, aun cuando los cambios destacados por una nueva metáfora sean favorables. Para este paciente fue tan sorprendente como esencial que el analista le preguntara por qué y con qué fin figuraba su mundo como un desierto. En esta figuración se suponía, en contra de los hechos, que eso no tendría por qué ser así -suposición que está siempre justificada con los pacientes neuróticos, en razón del carácter funcional de sus inhibiciones- siendo la pregunta de por qué convirtió al analista en ingeniero de riego. Esta atribución está al servicio de la defensa angustiosa en contra de las propias fantasías placenteras, edípicas y preedípicas de fecundación. Como se pudo ver posteriormente, la formación sintomática y del carácter era una consecuencia de la represión de deseos pulsionales de diferentes fuentes -metáfora que Freud (1905d) usó para la presentación de la teoría de la pulsión.

Comentario: Aun cuando en el análisis mismo no salgan a colación recuerdos uretrales libidinosos o agresivos especiales, en este contexto es para el analista beneficioso conocer la teoría de Christoffel (1944). Como todo lo humano, el vivenciar corporal que se relaciona con el "hacer aguas" ha sido descrito poéticamente desde hace ya tiempo. Dicho psicoanalíticamente, en el lenguaje figurado del poeta se expresan las fantasías inconscientes que Freud comprendió dentro de la teoría de la psicosexualidad. El paso de la representación literaria al descubrimiento científico introduce en la naturaleza humana regularidades sometidas a leyes. Así por ejemplo, en la figura de Gargantúa, Rabelais describió en la fantasía omnipotente, uretral agresiva, de inundar París con el chorro de orina. Christoffel clasificó tales fantasías urofílicas en la teoría de la psicosexualidad. Sentirse a sí mismo y sentir al entorno como un desierto reseco, remite parcialmente a la represión de mociones pulsionales que serán luego buscadas en el analista como ingeniero de riego.

La fuente

Frente a desilusiones y tensiones, Erna X anteriormente reaccionaba retirándose a llorar sola y desesperada. Ahora, los conflictos los resuelve de manera más abierta, aunque, a pesar de ello, se siente perpleja frente a lo que pasará más adelante.

Finalmente, habla sobre sus reservas. Recojo sus pensamientos, comparando sus reservas con una fuente de la que ella podría sacar agua. A partir de esto, Erna X llega a una fuente que borbotea. El brotar a borbotones se transforma en una analogía. Erna X ríe. "Es una imagen", dice, "en comparación con las aguas quietas, de ella se pueden derivar muchos pensamientos. Yo me veo más como unas aguas quietas que como una fuente que borbotea. Brotar a borbotones es para mí imposible - eso se acabó." La sesión termina con la expresión de su esperanza de que encontrará el camino de vuelta a la fuente y con la ayuda de la terapia también cometerá menos faltas en la crianza de sus hijos.

Tanto más me sorprendí cuando en la sesión siguiente Erna X comienza comunicándome que no quería venir. Dice que se siente en una pieza sin aire. A mi pregunta de si acaso la sesión pasada había sido improductiva, responde con un no rotundo. El asunto del borbotear era algo que se había llevado consigo. Tales comparaciones plásticas le dicen mucho. En la sala de espera siguió pensando sobre el borboteo. Describe la viveza de su hija, que realmente borbotea de una alegría desbordante. Dice que la niña tiene una gran alegría de vivir, la diversión destella en sus ojos. Irradia satisfacción y retoza como una salvaje.

Agrega que el borboteo es entonces una manifestación normal en la niñez. Erna mira hacia atrás, a su propia niñez, y a las restricciones que le fueron impuestas. Manifiesto mi sospecha de que ella había venido hoy día con desgana o que no quería venir en absoluto, porque había sido criada así, con el plan programático claro de tener que venir aquí sólo cuando está segura de que tiene algo que ofrecer. Cuando se trata de manifestaciones espontáneas, crece la intranquilidad. Le recuerdo que, una vez, el deseo de tocar la mano del analista le había producido angustia. Con el fin de aliviarla, menciono que todas las ideas y las fantasías están dirigidas hacia afuera, es decir, incorporan también a los demás. Comentario: Quisiéramos llamar la atención sobre esta observación aliviadora que desvía la transferencia al analista hacia algo más general. A través de tales virajes la transferencia se atenúa, lo que puede tener consecuencias desfavorables si el paciente siente la generalización como un rechazo. En Erna X, la generalización tuvo más bien el efecto de disminuir sus reservas para incorporar a su analista en su mundo de deseos y fantasías.

P.: A lo mejor ya comencé a gorgotear aquí, pero el gran aluvión aún podría llegar, el borboteo. Es como con un grifo de agua que fue girado de tal modo, que es muy difícil volver a abrirlo, milímetro a milímetro. Podría no ocurrírseme nada más, aunque en verdad he hecho más bien la experiencia contraria.

A continuación, interpreto que sus pensamientos de suspender podrían estar motivados por la preocupación de que precisamente se le pudieran ocurrir muchas cosas y no demasiado pocas.

P.: El grifo fue cerrado. Esto es tan fácil como enormemente difícil, porque, al abrirlo, simultáneamente trato de volver a cerrar el milímetro. Me soplo al oído: Date por satisfecha con lo que tienes y arréglatelas con ello. No veo otra posibilidad.

Después de un largo silencio, Erna X me plantea sorpresivamente la siguiente pregunta:

P.: ¿Ha tenido alguna vez un paciente que haya echado y a quien le haya dicho que no vale la pena trabajar con él, que no necesita venir más?

En la pausa subsiguiente, noto que la paciente espera urgentemente mi respuesta.

A.: Estoy reflexionando.

P.: ¿Sobre lo que me llevó a esta pregunta? Eso se lo puedo decir. El tratamiento de una conocida mía con otro analista terminó con la fundamentación de que no tenía ningún sentido seguirlo. Probablemente tengo un miedo subliminal de que esto no tenga más sentido.

A.: Ud. tiene miedo de que pueda brotar demasiado desde Ud., empezar a hablar a borbotones, y teme ser echada. No porque tenga poco que ofrecer, sino por tener demasiado.

P.: Si hablo poco, Ud. me echa y, en casa, si hablo mucho, a borbotones, mi marido me echa. Ahora soy más espontánea que antes, pero también menos reflexiva. Me siento entremedias.

Concuerdo con Erna X de que se trata de una dificultad real que desaparecería si ella no viniera más. Todo seguiría entonces como hasta ahora. Aclaro que, naturalmente, la pregunta de cuán razonable sea seguir viniendo, es una pregunta que ocasionalmente se plantea tanto el paciente como el analista.

P.: Si Ud. me pregunta si quiero seguir viniendo o no, tampoco podría contestar espontáneamente: Sí, quiero, o no, no quiero.

Describe su dilema tomando como ejemplo su deseo de tener un niño, por un lado, y el rechazo de un embarazo, por el otro.

P.: Si sigo viniendo, ¿qué resultará de ello? Es condenadamente difícil.

A.: ¿Qué borboteo le produce angustia? ¿Qué gorgoteo puede convertirse en un brotar a borbotones?

P.: Que con las actuales circunstancias no puedo seguir viviendo ... En eso cometí un error, que debo corregir. Al mismo tiempo, es absolutamente imposible realizar un cambio.

A.: ¿Piensa que su posibilidad de influir en su marido y en su margen de movimientos es tan pequeño? ¿Probó ya las diversas posibilidades de influir en su marido?

La paciente dice que no.

A.: Hay pues muchas cosas que Ud. todavía no ha conversado y su marido no la anima a hacerlo. Tantas cosas han sido tan controladas, que ha desaparecido lo que de verdad está ahí, en alguna parte: sus deseos, sus fantasías, y probablemente en Uds. dos.

P.: Me resisto a pensar que tengo que tomar todo en mi mano. Para mí sería preferible tener un marido más activo.

A.: Una expectativa muy natural, recibir más incentivos, pero probablemente también existe el otro lado: que Ud. tome la iniciativa, por ejemplo, en el tema sexualidad, es algo que no se debe hacer.

P.: Sí, la sexualidad es tarea de los hombres. Es un abismo, me lanzo simplemente al agua, o no lo hago. En este momento debo luchar en contra de eso. Busco caminos de salida, deja mejor las cosas en paz. Si hubiera tenido más tiempo, entonces habría leído algo. Entonces habría venido preparada a la sesión. Pero aun así no se puede controlar la hora como para no llegar de algún modo al gorgoteo. Si comenzara, podría revelar demasiado de mí misma. Si me quedo a la espera, puedo tantear. Mis deseos y necesidades tienen que haber sido totalmente estrangulados. No sólo deseos y necesidades, sino también capacidades. Nunca me atrevería a decir que yo puedo hacer algo. (Silencio prolongado.) La imagen de la comparación no me deja libre. Ahora pienso en un estanque, en una fuente que brota a chorros. No quiero ser así. No quiero estar ahí parada y ser vista, en el primer plano. Me quedaría más bien debajo del agua y tímidamente miraría hacia afuera, pero mejor permanecer debajo, rodeada de agua tibia. Eso me es mucho más preferible.

A.: Probablemente eso depende de que cuando se habla de borbotear, de mostrar, de hablar a borbotones, el lenguaje figurado de las comparaciones tiene una fuerte relación con toda la persona, con el cuerpo. Por eso las figuras en las fuentes se suelen representar con el agua saliendo de la boca, o figuras mitológicas que "hacen aguas", que orinan. Cuando se orina, uno mismo es una fuente. Por eso existe la famosa figura en una fuente de Bruselas, el Männeken-Piñ. Ahí el agua sale por el miembro. Algo así resuena en estas imágenes.

P. (riendo): Lo conozco. Hace años, yo tenía quizás 10 o 12, mi padre estaba en Bruselas y trajo una serie de postales donde también estaba el Männeken-Piñ. Lo miré y no dije una palabra. Pensé que no tenía importancia, pero probablemente en ese entonces también tenía preguntas que fueron barridas.

Comentario: Si no se toma en cuenta el antropomorfismo que está contenido en toda metáfora, la idea del analista aparece como demasiado rebuscada. Las metáforas y las analogías surgen de las experiencias corporales y sensoriales que están en constante resonancia inconsciente. Y ésta es una de las razones de por qué las metáforas son tan fascinantes. Con todo, el analista dio aquí un salto

considerable. ¿No fue demasiado el riesgo de tal salto? No, porque en el pensar antropomórfico el agua y el "hacer aguas" están estrechamente relacionados.

Puercoespines y plantas espinosas como metáforas

Clara X vuelve de buen ánimo de unas vacaciones en la montaña, que por el cambio de clima habría tenido efectos beneficiosos sobre el padecimiento crónico de su hija. Al saludar, me mira radiante y alegre, lo que me lleva a responderle de manera especialmente amistosa. Clara X comienza la hora con un sonido que yo asocio con un gruñido de agrado y que replico, involuntariamente, con un sonido parecido. Este eco se extingue en el vacío.

Después de algún silencio, abordo el tema de los dos sonidos. Me parece que el saludo amistoso primero, y después la onomatopeya, crearon una atmósfera íntima, en la que se siente la cercanía y la calidez. Pienso en la analogía de los puerco-espines que inventó Schopenhauer para ilustrar el tema de la regulación de la distancia. Clara X había utilizado frecuentemente el puercoespín como representación metafórica de sí misma, en múltiples variaciones.

La versión abreviada de la parábola, cuyo sentido se reproduce en la representación de sí misma, sin que Clara X conozca su origen, dice así:

§ 396 "Un helado día de invierno, los miembros de la sociedad de puercoespines se apretujaron para prestarse calor y no morir de frío. Pero pronto sintieron las púas de los otros, y debieron tomar distancias. Cuando la necesidad de calentarse los hizo volver a arrimarse, se repitió aquel segundo mal, y así se vieron llevados y traídos entre ambas desgracias, hasta que encontraron un distanciamiento moderado que les permitía pasarlo lo mejor posible ... Así empuja la necesidad de sociedad ... a los hombres unos hacia otros; pero sus muchas características odiosas y fallas intolerables, los hace de nuevo repelerse mutuamente ... Quien tiene mucha calidez interna propia, prefiere mantenerse lejos de la sociedad para no ocasionar molestias y para no recibirlas" (Schopenhauer 1974 [1851c] Parerga und Paralipomena, parte II, 31, 'Símbolos y parábolas', p.765).

Bajo la impresión de que Clara X se había acercado algo más a mí, le manifiesto mi conjetura de que los puercoespines realizarían intercambios a través de gruñidos. Clara X había entendido el gruñido más bien como el grito de alarma de una puerca que alerta a su cochinito. Dice que no vivió su sonido como expresión de bienestar, aun cuando sea verdad que se siente serena. Agrega que

se le plantea nue-vamente la cuestión de la continuación del tratamiento y de las metas alcanzables en él. Que no se puede imaginar muy bien continuar mucho más tiempo. Que des-de hace tiempo no se mueve del mismo lugar. Que sin lugar a dudas vive en ma-yor armonía consigo misma, pero que tanto ella misma como también las relacio-nes con los demás siguen estando llenas de desavenencias, de puntas y de cantos. Debiera resignarse a ello. ¿O acaso el analista piensa que ella logrará cambiar su comportamiento externo? Primeramente, comparto las dudas de la paciente, destacando las dificultades que se oponen a un cambio. La paciente utiliza nuevamente la imagen de la zarzarrosa, una rosa silvestre, imagen que había aportado al idioma de la terapia en una hora anterior: ¿Qué se opone al florecimiento? Mucho tiempo atrás, Clara X había re-presentado su repulsión a los niños que se acercan -a propósito de una canción in-fantil (Sah ein Knab' ein Röslein stehn)- en una fantasía de rechazo: una gaviota salpica el rostro del niño con un chorro de excremento cáustico.

Comentario: Evidentemente, el acercamiento desencadena poderosos procesos de defensa. La gaviota está representando la agresividad anal.

Las ocurrencias subsiguientes muestran que caerse en gracia a sí misma como mujer y caer en gracia a los demás está directamente unido a amenazas de muerte. Recurre a una antigua expresión mía. Anteriormente yo había destacado sin tapu-jos que ella me agradaría más si se sintiera mejor como mujer, bienestar que, vi-niendo desde adentro, se expresaría hacia afuera en un cambio en su figura. Con ello puse de manifiesto la convicción de que entonces también ella se caería más en gracia a sí misma, estableciéndose así una mayor armonía en las relaciones con los demás. Sin embargo, apoyándose en relatos autobiográficos de anorécticas, Clara X expresó sus dudas de que alguien pueda realmente lograr consumir cam-bios sustanciales de adentro hacia afuera y de afuera hacia adentro, de modo de que de una muchacha anoréctica resulte una mujer reconciliada con su suerte, mejor di-cho, una mujer feliz. Mis experiencias anteriores positivas con anorécticas las ha-bía tomado con incredulidad. Sólo perdería sus dudas si llegara a conocer personal-mente una de esas anorécticas sanadas y la transformara quizás en un modelo a se-guir. Sabiendo bien que este deseo no sería fácil de cumplir, sigue quedando en suspenso la búsqueda de un modelo.

Clara X agrega ahora que, ocasionalmente, se dan segundos de intensa felicidad. A sus ocurrencias agrego que entonces sí se trata de cómo estos momentos pueden ampliarse en duración, intensidad y frecuencia. La paciente describe estos momen-tos literalmente a través de temas orales, al hablar de amamantamiento.

La paciente explica que le caerían bien más confianza y seguridad, que le agrada-rían (gefallen). Ahora se aclara que para la paciente la palabra "caer en gracia" (ge-fallen) se une con un peligro mortal, es decir con "caer" (fallen). Por eso se moles-ta tanto cuando la palabra es usada. Con una historia, que presenta como chiste, Clara X ilustra el peligro en el que podría caer: un hombre trata de convencer a una mujer de que salte del décimo piso, que no le va a pasar nada, que él la va a recoger abajo. Ante la pregunta de incredulidad, el hombre asegura que poco antes había re-cogido una mujer que se atrevió a lanzarse del vigésimo piso. La mujer plantea sus reparos frente a las heridas que el hombre tendría que haber sufrido al recogerla. El contesta que no le había pasado nada semejante, porque primero había dejado que la mujer rebotara (como una pelota). El horroroso final de la historia es transformado en algo ridículo a través de una pelota que rebota y vuelve a rebotar y la paciente logra dar de manera excelente el tono irónico y liviano de voz.

Inmediatamente, los peligros en los que Clara X caería si se confiara en mí, nos son claros a ambos: en la historia expresa lo que podría pasar si ella se dejara lle-var por sus necesidades espontáneas, incluyendo el querer agradar.

Comentario: El dirigirse a alguien con confianza, significa intimidad. Ya el pensar en ello le produce repugnancia a la paciente. En tales momentos podría darse un amamantamiento placentero, esto es, un peligroso cumplimiento de deseo. La gra-tificación no puede transformarse en una experiencia placentera. Cada vez que el amamantamiento llega a su fin, se siente despojada. Para escapar a esto, se ha refu-giado en la autarquía, en una posición casi totalmente independiente. De la violen-cia aniquiladora que atribuye a su hambre, en el sentido más amplio y profundo de la palabra, se puede deducir que en este estado sus anhelos han crecido hasta lo in-conmensurable, pues si diera pleno margen de libertad a su placer de vivir y a su hambre voraz, se vería aniquilado el objeto que el mundo representa. Mediante su frugalidad radical, la paciente trata de sostener al objeto y -por muy paradójico que suene- de sostenerse a sí misma. Cuando predominan fuerzas pulsionales agresi-vas, el fundirse y fusionarse puede ser inconscientemente vivido como disolución yoica destructora. El ayuno que empieza por otras razones, a menudo totalmente superficiales -conservación de la figura, etc.- conduce a un círculo vicioso secun-dario. La frustración obligada del impulso a alimentarse, lograda a través de gran-des fatigas, no conduce sólo a que la oralidad se desdibuje en un desbordamiento pulsional, sino también a una estimulación permanente de la agresión. En cual-quier tipo de cesión se teme la destrucción del objeto y del sí mismo, en vez de es-perar la vivencia de un placentero "sentimiento oceánico", de la compenetración sin límite con el todo. No es de sorprender entonces que a

Clara X y a su analista les sea tan difícil cambiar la "sustentación de sí misma" alcanzada en la enfer-medad.

Poco tiempo después, Clara X convierte al equinodermo, al erizo de mar, en su emblema.

P.: Porque yo debo mantener un esqueleto externo. Es como si a un erizo se le quitara su esqueleto externo, entonces se desharía como un molusco. No habría na-da más ahí, se disolvería.

A.: Eso hace entendible por qué Ud. se ha colocado una piel llena de púas.

P.: Sí, es tan peligroso no tener púas en la piel, entonces no se tiene nada, entonces ...

A.: ... llega la angustia, cuando ...

P.: ... cuando en eso se retira el esqueleto externo, entonces uno se derrumba. Animal blando.

El analista se refiere de nuevo al puercoespín.

A.: Ah, claro que los puercoespines tienen un esqueleto dentro.

P.: Pero yo no tengo ninguno.

Comentario: Quisiéramos llamar la atención sobre el hecho de que las frases se confunden unas con las otras, sin ruptura. La paciente completa el razonamiento del analista y viceversa. Este último confunde la nueva metáfora -el erizo de mar- con la antigua analogía del puercoespín.

El analista continúa con una pregunta.

A.: ¿De dónde sale la idea de que Ud. puede deshacerse si no muestra su piel de púas?

P.: Esas son vivencias reales. Puedo romper en llanto y sin mayor motivo caer en un estado de total desamparo. En él no puedo decir por qué terminé fuera de mí. Quizás es el deseo de ser entendida y que mis debilidades serán aceptadas y que no debo comportarme más como una persona grande y valiente. El deseo de abando-narse y de decir: no puedo más, sigue tú ahora. Ahora mismo no quiero seguir más pudiendo. Pero entonces de afuera no viene nada más que expresiones de extrañeza, un sentirse causando una impresión penosa, una situación embarazosa, un "Dios mío, Dios mío, ¿y ahora qué?" Es algo espantoso. El estado mismo ya es espanto-so. Pero a través de los demás se hace aún más espantoso. Naturalmente que en ese momento pienso: ¿ves?, ahora en castigo vas a ser dejada sola, por ser tan infantil. Era el estado que a menudo tenía cuando niña.

A.: Entonces surge además el sentimiento de deshacerse, de la inmensa corriente de allá adentro.

P.: Sí, exacto, así es, deshacerse en lágrimas. De ahí viene entonces eso. Claro que es también una parte de uno misma. O perder el piso bajo los pies. Sólo

cuan-do los demás reaccionan dejándome llorar, el estado se hace más tolerable, y cuan-do algo es aceptado, ya no lo necesito más. Lloro entonces sólo lo necesario, y después pasa.

Pero la mayoría reacciona de otra manera. Solícitos, extrañados, asustados, sin excepción, y entonces se produce exactamente lo que no quiero. Entonces todo se enreda. Hace poco llegué incluso a llorar algo frente a mi marido. Ninguno de los dos estábamos afectados. El lo pudo entender bien, y fue posible que yo llorara frente a él sin desencadenar sus reacciones habituales. A veces tengo estados en los que empiezo a llorar y de los que verdaderamente casi no puedo salir. Pienso pre-

cisamente ahora que Ud. no puede hacer nada con todo esto y, además, porque Ud. es un hombre y el capítulo llorar se cierra para los chicos a los 4 años.

A.: Sea como sea, yo fui quien aporté la imagen de deshacerse en lágrimas.

P.: ¿Y qué? eso se le pasó por la cabeza. Pero también mi padre se ponía siempre fuera del asunto o en todo caso, sí, de alguna manera por encima.

A.: No es algo sólo negativo que en esos momentos alguien esté algo por encima.

P.: Pero entonces no tengo el sentimiento de ser entendida. En ese punto de ningu-na manera, en la casa tampoco.

Reflexión: A causa de mi esforzado compromiso por la paciente, su crítica me toca muy de cerca. Seguro que aquí se trata también de una desilusión transferida, como se puede reconocer por la referencia al padre. Parece ser inevitable que se produzca una cierta distancia entre quien llora y el entorno. Las lágrimas de otros significati-vos no son las propias, son lágrimas ajenas. La empatía parece acercarse al "sentir-se uno", sin que por eso se configure una identidad a partir de dos individuos.

7.5.2 Interpretaciones lingüísticas

En la fase de desarrollo actual de la técnica psicoanalítica, son importantes las to-mas exactas de protocolos y las investigaciones empíricas, también las interdisci-plinarias, sobre lo que el analista habla con sus pacientes. Ya en 1941, Bernfeld dio a una sección de una publicación, que ha permanecido desconocida, el título de: "Conversation, the model of psychoanalytic technics" (Conversación, el modelo de técnicas psicoanalíticas, pp.290ss; en inglés en el original). En un estadio inter-medio, la orientación dialogal fue colocada en un primer plano. Bajo la dirección de Rosen (1969), el "Study Group for Linguistics" del instituto psicoanalítico de Nueva York, se ocupó del lenguaje,

en especial bajo el punto de vista de las funciones yoicas. Desde que se graban y transcriben conversaciones terapéuticas, la investigación de los diálogos ha entrado en una nueva fase.

Precisamente en el trabajo interdisciplinario, es esencial que los participantes recuerden el dicho: "Zapatero a tus zapatos". De otro modo, se corre el peligro de que, por ejemplo, al hacer análisis del discurso, los lingüistas se pongan a reflexionar sobre cómo se supone que tendrían que transcurrir las conversaciones psicoanalíticas cuando el analista se atiene a la regla fundamental. Es un hecho que "el carácter del tratamiento psicoanalítico como una forma especial de conversación (en el sentido de una realización reglada de actividades discursivas) no ha sido aún 'descubierto' dentro de la literatura psicoanalítica como un objeto de investigación especial, y mucho menos explorado en detalle" (Flader 1982, p.19). A resultados parecidos llegaron Mahony y Singh (1975, 1979) en una discusión crítica de los esfuerzos de Edelson (1972, 1975) de utilizar la teoría del lenguaje de Chomsky para una revisión de la doctrina del sueño (véase además, Liberman 1970-71).

En lingüística existen distintas corrientes teóricas: teorías que consideran la metáfora como la unidad de la "lengua" (de acuerdo con el lingüista suizo Ferdinand de Saussure, quien concebía el "lenguaje" como un sistema de signos) y teorías que la entienden como unidad del "habla" (la estructura del lenguaje efectivamente "ha-blado"). En el marco de la "teoría de la lengua" se postula que la metafórica es una propiedad de las expresiones y proposiciones en un sistema lingüístico abstracto. Esto se funda en la definición aristotélica, según la cual la metáfora tiene el valor de una comparación abreviada en torno a la partícula "como". La palabra "verdadera" es reemplazada por una ajena. Entre la palabra verdadera y la ajena existe semejanza o analogía.

Las "teorías del habla" presuponen que las metáforas se originan en el acto de su aplicación. Aquí, la teoría de la interacción representa la corriente que parte de la base de que no existe ninguna expresión "verdadera" para la expresión metafórica. Weinrich supone que la significación de una metáfora surge de la interacción entre la metáfora y su respectivo contexto. "La significación metafórica es por ello más un acto que un resultado, una creación constructiva de significación, que de alguna manera se lleva a cabo a través de una significación dominante, un movimiento de ... hasta ..." (Kurz 1982, p.18). Keller-Bauer diferencia 2 tipos básicos de entendimiento de las metáforas: "El uso metafórico de X, que sólo puede ser entendido a través del empleo textual de X" y "el uso metafórico de X, que puede ser entendido también a través de usos metafóricos anteriores de X, a través de precedentes" (1984, p.90). Ambas posibilidades de entendimiento tienen una base en común. En tanto que la

comunicación textual depende del conocimiento convencional, la comunicación no textual se apoya en el conocimiento no convencional. En el entender metafórico se actualizan precisamente los pensamientos no convencionalizados y el conocimiento de tales "pensamientos" es necesario para el entender. "Con tales implicaciones asociadas entendemos una metáfora" (Keller-Bauer 1984, p.90).

En la interpretación conjunta del significado de las metáforas en el diálogo entre el terapeuta y el paciente, las "implicaciones asociadas" desempeñan un papel de importancia, a través de la formación de símbolos.

Kurz (1982) ve sólo una diferencia gradual entre metáfora y símbolo: en la metáfora, la atención se dirige a las palabras, a las compatibilidades e incompatibilidades semánticas. En el símbolo, en cambio, se conserva la significación textual y se actualiza la referencia, esto es, la conciencia del objeto.

La pregunta es cómo procedemos cuando entendemos un elemento simbólico del texto. Para aclarar el proceder del entender simbólico, Kurz diferencia entre el entender pragmático y el simbólico. El entender pragmático es considerado como el entender elemental. En el lenguaje cotidiano se pregunta, por ejemplo, por razones y motivos, es decir, por relaciones instrumentales entre medios y fines, y con ello por hechos empíricos.

En el entender simbólico se trata del entendimiento del significado "más allá", es decir, se trata de que un cuchillo pueda ser precisamente símbolo de agresividad. Lo simbolizado en ello no es un elemento empírico, sino siempre una "significación trascendente del mundo de la vida, de la psique o de la moral" (Kurz 1982, p.75).

Las analogías son comparaciones ampliadas: mientras que la comparación simple coordina dos representaciones singulares, la analogía amplía el momento comparativo hasta convertirlo en un contexto independiente, como es a menudo característico para las analogías de la épica, en especial para Homero. A diferencia de la metáfora, la analogía no coloca la imagen en el lugar de la cosa, sino que los coloca a ambos, los relaciona mutuamente a través de una partícula de comparación explícita (Der Große Brockhaus 1954, p.699).

Interpretaciones de metáforas y conexión de distintos espacios de referencia y de representación como elemento de un diálogo psicoanalítico

En lo que sigue, se presenta una investigación lingüística de un diálogo psicoanalítico que muestra las actividades lingüísticas que pueden ser

determinantes para el diálogo entre terapeuta y paciente. En esto se trata de describir las actividades lingüísticas y no de entrar a hacer suposiciones sobre las reglas de acuerdo con las cuales procede el diálogo psicoanalítico o sobre cómo debe ser éste interpretado.

Comentario del analista tratante: Esta investigación lingüística me aclaró mucho más lo que sucedió en el diálogo. Las conexiones espaciales y temporales descubiertas, al servicio de metáforas cercanas al vivenciar, contienen factores curativos esenciales de significación general. Al considerar su historia de vida desde perspectivas diferentes y en diferentes épocas, el paciente gana una manera nueva de enfocar el presente.

Arturo Y habla sobre la tensión entre confirmación y desvalorización. En la descripción siguiente, constata primero el problema, esto es, la duda que se le plantea al ser confirmado desde afuera.

P.: Cuando desde fuera se confirma algo positivo para mí, es algo que yo también sé, pero que en alguna parte de mí mismo simplemente no lo considero posible

Después, el paciente aborda sus propias dudas en sí mismo.

P.: En alguna parte hay aún muchas cosas en mí, que constantemente me dan vueltas en la cabeza: no importa como te des, no importa lo que hagas, da lo mismo. Eso no cambia en nada el que, en último término, para los demás, para tu ambiente, para todos los que te ven, no eres más que un montón de mierda que está ahí, que apesta, que humea y que desprende vapores. A la larga no te será de ningún modo posible ocultar de los demás esta realidad, esta mierda, este montón de mierda. Y tampoco te resultará hacerlo con malabares o escondiéndote detrás de un comportamiento amable o detrás de éxitos profesionales. Por lo tanto, y prácticamente, puedes hacer lo que quieras.

Este "algo" también se expresa de manera directa. Aparte de eso, él habla primeramente como si la identidad con el montón de mierda sólo existiera a los ojos de los demás, pero no para él: "en último término no eres más que un montón de mierda para los demás, para tu ambiente, para todos los que te ven."

Sin embargo, a continuación el paciente señala que no sólo habla desde la visión de los otros, sino también desde sí mismo: "En algún momento se me acerca por detrás alguien que algo tiene que ver conmigo, y dice que precisamente ahí no hay absolutamente nada que se parezca a un montón de mierda." Después, el paciente introduce la imagen de la medusa, "que en el agua se ve tan imponente, pero que si se la saca del agua y se la tira sobre la arena, no queda más que un montón de flema". Luego, el paciente termina la presentación de su problema y hace una larga pausa. Se dispone a seguir hablando, pero se repliega inmediatamente que el analista interviene con una interpretación.

En las conversaciones cotidianas, después de tales presentaciones de problemas, se esperan preguntas aclaratorias o comentarios del oyente (algo como ¡qué espan-toso! o: ¡no digas eso!). El analista, en cambio, aborda al paciente de manera no habitual, manifestando los siguientes pensamientos: "Sí, y esa imagen me lleva a los siguientes pensamientos, me hace pensar que en esta imagen Ud. expresa ..."

El analista usa aquí el concepto de imagen como sinónimo de metáfora. Como lo explicáramos antes, en filología, los conceptos de imagen, analogía, comparación y metáfora, se usan frecuentemente como sinónimos. Tampoco dentro de la lingüística hay acuerdo claro en la delimitación entre los conceptos individuales. Así, Weinrich usa el concepto de metáfora para todas las formas de imágenes lingüísticas.

A menudo, la imagen se usa como el concepto superior que abarca la metáfora, la analogía y la comparación.

El analista se refiere entonces explícitamente a la imagen del paciente, a la metáfora de la medusa. Aborda el vivenciar de esta medusa y con ello el vivenciar del paciente que se identifica con la medusa.

A.: ... de acuerdo a cómo era el estado, mientras Ud. nadaba con todo bienestar en el agua, se sentía bien, es decir, con el bienestar de quien está sentado en el trono. Y me puedo imaginar que Ud. aún hoy se sigue sintiendo tan humillado, porque Ud. no compara este estado, con lo que Ud. es hoy día y con lo que Ud.

...

P.: Sí, ese es el problema.

A.: ... ha hecho en su vida, sino con un estado de ser admirado, con el estado de la medusa, con el estado de estar sentado en el trono.

El analista pone de relieve el bienestar del paciente que dura mientras él (como medusa) nada en el agua o mientras esté sentado en el trono, es decir, antes de convertirse en un montón de mierda. Mientras el paciente sólo destaca el aspecto "im-ponente" externo, el analista se refiere a la vivencia interior del paciente. Con ello amplía la interpretación metafórica del paciente (ampliación de significado y de referencia), con lo cual cambia el foco, el foco de atención. Al mismo tiempo hace referencia a las experiencias tempranas del paciente.

Con esta interpretación, el analista lleva entonces a cabo varias actividades lingüísticas simultáneamente. Acerquémonos a una de estas actividades simultáneas descritas, al señalamiento lingüístico, que abre nuevos espacios de representación en el paciente.

Partiendo de los estudios básicos de Bühler (1934) y de la investigación de Ehlich (1979), Flader y Grodzicki ven el uso de expresiones "deícticas" (de señalamiento) "en relación con determinados espacios de referencia, que un hablante

abre para señalar en él algo determinado al oyente" (1982, p.174). Estos autores diferencian 3 espacios de referencia: el espacio del tiempo del habla y perceptivo (común para el hablante y el oyente) -al que se hace referencia a través de medios deícticos como "yo", "tú", "eso de ahí", "ahora", etc. El espacio del habla, que es abierto a través del señalamiento de algo dentro de la organización temporal o local de una conversación o del desarrollo textual, mediante medios como "antes de explicar como ..." o "más adelante desarrollaré ...", entre otros. Finalmente, el espacio de representación (el "fantasma" de Bühler), al que se hace referencia mediante expresiones como "en aquel entonces", "allá" (en un lugar ya mencionado), etc. (Flader y Grodzicki 1982, p.174).

En la conversación analizada aquí, el analista abre el espacio del tiempo del habla y el espacio perceptivo a través de pronombres personales "me" y "Ud." y a través de "esta imagen" y "en esta imagen" respectivamente. Se refiere al espacio del habla mediante "a los siguientes pensamientos". Al mismo tiempo, abre varios espacios de representación para relacionar el vivenciar actual con el vivenciar de tiempos pasados.

En este diálogo se pueden distinguir 3 espacios de representación. Primero: antes (antes del nacimiento del hermano); segundo: después/entonces (después del nacimiento del hermano) y tercero: ahora. Entre estos tres espacios de representación, el analista establece una relación y señala lo mucho que el vivenciar actual está determinado por el "antes" y el "entonces". Desde el punto de vista lingüístico, la actividad de señalamiento es ejecutada a través de expresiones deícticas como "mientras", "aún" y "hoy día".

Luego, el analista retoma, en el marco de su interpretación, la metáfora del "trono", que ya antes había desempeñado un papel en el diálogo terapéutico. Para el analista, el bienestar en el agua como medusa se corresponde con el bienestar del paciente cuando éste está sentado en el "trono", es decir, mientras se le dispensó la admiración como recién nacido (nueva referencia al mundo de experiencias de entonces; primer mundo de representación: experiencias de recién nacido, época de la admiración).

"Después", esto es, después del nacimiento del hermano y con ello después del "derrocamiento del trono", el paciente se convirtió en un "montón de mierda", "después" llegó la desvalorización a propósito del avergonzante cagarse todos los días en el jardín de infancia. La "deixis" temporal "después" remite a un nuevo mundo de representación (el segundo), más amplio. Aquí, el analista destaca, dentro de la metáfora del "montón de mierda", el aspecto de la vivencia de desvalorización de entonces (cambio de foco).

Con la afirmación: "Y me puedo imaginar que Ud. aún hoy se sigue sintiendo tan humillado, porque Ud. no compara este estado, con lo que Ud. es hoy día y con lo que Ud. ...", el analista hace referencia al mundo de experiencias actual (tercer mundo de representación) y pone de relieve el aspecto de la humillación. El analista también incorpora en este lugar el nivel vivencial en la interpretación metafórica del "montón de mierda".

El analista muestra al paciente que en la actualidad experimenta la misma humillación que entonces (asociación entre el segundo y el tercer espacio de representación), porque compara el reconocimiento actual (admiración "trabajada") con la admiración de entonces (admiración que se le dispensa al recién nacido, totalmente "gratuita") y con ello desvaloriza toda confirmación actual.

En ese punto, el terapeuta puede hablar tan diferenciadamente sobre la vivencia de desvalorización y humillación sobre la base de sus conocimientos previos, pues el paciente en muchas ocasiones había relatado que, cuando era niño, frente al conflicto que desató en él el nacimiento de un hermanito, había reaccionado con el sín-toma de la encopresis, por lo que había sido ridiculizado, desvalorizado y humillado por la madre y por la abuela.

En resumen, en la interpretación que hemos analizado, en la que se demuestra la interpretación metafórica como actividad componente del prototipo de acción "interpretación", podemos destacar lo siguiente:

Con su interpretación metafórica, el analista efectúa un cambio del foco, al poner de relieve el vivenciar del paciente. Al mismo tiempo, establece relaciones entre las distintas experiencias de "entonces" y de "hoy".

En su interpretación, el analista hace evidente la continuidad entre el antes, el entonces y el hoy del vivenciar del paciente y abre una brecha en ella, al señalar la diferencia entre el entonces y el hoy. Queda además claro el enorme trabajo que el analista realiza para integrar todas las imágenes en un contexto coherente.

Puesta de relieve de significaciones simbólicas y figurativas en la interacción entre terapeuta y paciente

Arturo Y relata sus vivencias del día anterior, el que caracteriza como "impresionante, impresionantemente estable". Las contraponen a las vivencias del atardecer, después de que descubriera la navaja de su hijo y de su hija. El paciente describe la intranquilidad y la angustia en la noche, desencadenadas por el cuchillo:

P.: Y en eso descubrí ayer en la tarde el cuchillo y entonces empezó todo de nuevo, la angustia, de que con este cuchillo yo pudiera cortarle el cuello a alguien de mi familia -el miedo es siempre mayor en relación con mis hijos.

En la manera tan organizada de describir la situación (luego, entonces) y sus vivencias (angustia, me angustia), se hacen evidentes los intentos que Arturo Y hace para defenderse de esta amenaza, de "tenerla bajo control". El paciente trata de indagar la significación del cuchillo moviéndose en ello en un nivel totalmente prag-mático de entendimiento del símbolo.

Llama la atención que, en su descripción, el paciente destaca la normalidad de los hechos y a la vez usa una serie de procedimientos que son expresión de sus esfuerzos para dominar sus emociones. Probablemente, para el paciente ambas cosas son una posibilidad de mantener su vivencia lejos de él, para no perderse en ella (expresión de situación límite).

También la analogía del hámster, que Arturo caracteriza como tal, está al servicio del distanciamiento.

P.: Y en esto se me ocurre pensar en nuestro hámster, cuando yo lo, cuando lo tomamos y lo sentamos en la silla, luego le colocamos algo, una cuchara o algo así, entonces él lo toma con el hocico y lo tira para abajo. Es divertido verlo (se sorbe los mocos), evidentemente le molesta. Igual así es como este cuchillo simplemente me molesta dentro.

Que el paciente esta noche tuvo éxito con el distanciamiento, se demuestra en el hecho de que a continuación habla sólo de "la cosa", frente a la que no tiene absolutamente nada que temer.

A continuación, Arturo Y establece una relación con un nudo que una vez ya había sido tema de una sesión. Al parecer se trata de un nudo que realmente existe en la madera de la baranda de una escala. El nudo tiene para el paciente algo que ver con agresiones que frecuentemente el analista ya ha llamado por su nombre.

P.: Que todavía me cueste tanto darme cuenta que también yo tengo agresiones. Agrega que cuando llega a este punto surge en él un ovillo de emociones, de posibilidades, sobre todo de angustias, también de oportunidades. La metáfora del ovillo, que evoca asociaciones con "desenredar", la amplía el paciente hasta convertirla en una comparación, mejor dicho en una analogía.

P.: La verdad es que no podría compararlo de mejor manera que si tuviera ahora el comienzo o el final del hilo, entonces podría tratar de desenredar el ovillo, pero en alguna parte tendría que, es decir, naturalmente que tengo el comienzo, ahora tendría que tratar, con ayuda del comienzo, de hincarle el diente a la cosa. Esta analogía del ovillo que hace evidente el enredo interior del paciente, no sólo es explícitamente caracterizada como una analogía, sino también clasificada en su valor: "La verdad es que no podría compararlo de mejor manera." Esta forma de caracterización explícita de una comparación o de una analogía, podría estar señalando otra vez el distanciamiento del paciente de su vivenciar interior.

Las expresiones de certeza ajena, aquí en la forma de formulaciones impersonales, podrían ser un indicio de que el paciente vive las emociones de angustia y amenaza como algo que viene desde afuera: "y entonces empezó todo de nuevo, pero nuevamente pasó a segundo plano el porqué esta cosa que está ahí me angustia tan-to."

Después de un cambio de tema, Arturo Y retoma el tema del cuchillo. Afirma que quisiera investigar este problema y, a decir verdad, lo quisiera hacer en esta sesión. Se manifiesta con dudas acerca de lo que esta hora ha aportado, critica y al mismo tiempo se retracta de la crítica. No dice directamente: "Esta hora fue perdi-da", sino que lo hace del siguiente modo: "Y ahora, si me examino en este momento, aunque no tengo la sensación de que esta hora fue una hora perdida, ciertamente no, antes, ahora mismo, habría estado a punto de decir: y tampoco ahora re-sultó algo que valiera la pena."

La crítica es revocada de varias maneras:

1) Frases concesivas: "aunque"; 2) negación de sentimientos: "no tengo la sensación"; 3) reforzamiento: "ciertamente no"; 4) irrealidad, doble datación retrospectiva, expresión de no consumación: "antes, ahora mismo, habría estado a punto de decir".

Sigue una pausa de 10 segundos. El analista retoma el tema sugerido por el paciente, pero no aludiendo a la crítica, sino conectando directamente el tema "animal doméstico" y "cuchillo". Aborda la historia del hámster que con el hocico aparta y tira para abajo todo lo que le molesta y su significación analógica.

A.: Se le ocurrió pensar en el hámster, en la manera en que todo lo que le molesta, lo aparta ...

P.: Sí.

A.: ... y tira para abajo ...

P.: Sí.

A.: ... lo que molesta.

P.: Lo divertido que es verlo.

A.: Hmhm.

Directamente, el paciente transfiere la analogía del hámster a su situación personal y la lleva hasta el absurdo. En su interpretación del símbolo del hámster se mueve en un nivel de comprensión totalmente pragmático.

P.: Claro está que podría tomar el cuchillo y destruirlo, pero eso es ridículo. Esa no es ninguna solución. Pues en la realidad no es el cuchillo, creo yo, y si lo tirara lejos, entonces en la cocina hay también algunos que también puedo tirar (rien-do), en eso mi mujer comienza a buscar y dice: "¡Caramba! ¿y dónde están

los cu-chillos?" Entonces yo puedo decir que yo los tiré y ella dice "tú estás loco", a lo que, a lo máximo, puedo responder con un "sí".

El analista se ocupa a continuación de la significación simbólica del hámster.

A.: Sí, sí, el hámster, que es muerto a palos ...

P.: Sí.

El hámster, pero sobre todo la muerte de animales domésticos -puerco y conejo de corral- han jugado ya varias veces un papel en la terapia. Estos animales son considerados como seres tiranizados e impotentes "que son muertos a palos". De este modo, el analista establece aquí una relación entre representaciones actuales y representaciones anteriores del paciente (asociación entre varios espacios de representación). El paciente está de acuerdo con el analista, pero restringe el comentario que el analista hace en relación con la ocurrencia del "hámster", calificándola de "casual".

Con su observación de "pero si eso es casual", Arturo Y rechaza la relación que el analista ha establecido. El analista primero asiente que la ocurrencia podría ser casual, sin embargo, a continuación restringe su asentimiento a través de un "qui-zás" y luego afirma, en una declaración integradora: "pero yo incluyo" que el hámster tiene una significación como símbolo y que la ocurrencia con toda probabilidad no fue una casualidad. (El analista insiste en la relación que ha establecido.)

A.: Es casual, sí, sí, quizás casual. Sí, seguramente, pero yo lo incluyo.

Aquí es evidente que, desde el punto de vista del analista, el paciente no ha entendido completamente algo comunicado por él mismo. Con su observación de que el hámster ya ha jugado frecuentemente un papel, el terapeuta abandona la interacción al mismo nivel en favor del nivel "analítico", para hacer entendible (para integrar) al paciente lo no entendido (desintegrado). Con su negativa, el paciente intenta reestablecer la cooperación al mismo nivel. Sin embargo, el analista no se deja llevar a este nivel, sino que insiste en su visión.

Con su negativa, el paciente se embarca en explicaciones sobre una serie de otros aspectos de la significación simbólica del hámster, del conejo y del cuchillo desde el lado del analista, con las cuales asiente a lo largo de la interacción, es decir, se mete en el nivel de interpretación analítico.

A.: Es decir, los cuchillos molestan porque amenazan a uno, y la paliza, se reciben cualquier cantidad de palizas cuando se está ahí, digamos que como conejillo de indias ...

P.: Sí, así.

A.: O como hámster, se recibe un golpe con estos objetos ...

P.: Ah, sí.

A.: Estoy hablando de personas ahora.

P.: Sí.

A.: ... se recibe un golpe y se estira la pata, entonces se recibe cualquier cantidad. Pero cuando se trata de no ser precisamente el hámster, sino de ser quien tiene el poder, y por eso se necesitan palizas para defenderse ...

P.: Hmhm.

A.: ... un cuchillo, entonces no hay que quitarse las palizas de encima, sino que ...

P.: Siempre se le harán pocas.

A.: Siempre se harán pocas.

El analista interpreta aquí el símbolo del hámster de manera general, sin referencia explícita al paciente; habla de "se" o "uno" o "se está" como hámster. El háms-ter simboliza su impotencia. Pero el analista atribuye al paciente impotente fanta-sías, que se han mantenido inconscientes, de ser quien tiene el poder, el cuchillo para defenderse. El paciente no es sólo aquel para quien los cuchillos constituyen una amenaza, sino también quien necesita del cuchillo para defenderse.

El analista trata de aclarar que el cuchillo simboliza por un lado una amenaza desde afuera, pero que por el otro también contiene la posibilidad propia de defenderse, es decir, con él está además simbolizada la propia agresividad (que puede herir a los demás).

Con la observación rápidamente intercalada, "siempre se le harán pocas", que el analista recoge y repite (hablando simultáneamente), el paciente confirma la interpretación simbólica del analista. El paciente se acuerda de que él ha pensado que de verdad no tiene angustia. "Tú sabes bien que tú no haces daño a nadie, ¿por qué entonces temes tanto a esta cosa?"

El analista recoge este pensamiento y lo especifica en relación con el hijo del paciente. Luego restringe la expresión del paciente diciendo que no es su intención hacer daño a alguien, sino que eso era un "efecto secundario inevitable".

A.: Ud. también de alguna manera sabe que no quisiera hacer ningún daño, ya que el que Ud. hiciera daño, fue por así decirlo un, en cierta manera, efecto secundario inevitable, pero ...

P.: ¿Qué quiere decir ahora?

A.: Quiero decir que Ud. no es el tiranizado, pienso yo, que Ud. cuando ha mandado al diablo a X ...

P.: Sí.

El analista aclara aquí que la identificación actual con el hámster no calza, pues en la realidad presente él no es el tiranizado, sino quien manda al diablo a X y

quien acaricia la idea de "racionalizar" el puesto de trabajo de sus colegas menos exitosos (echándolos).

Con la siguiente parte de la interpretación, el analista intenta transmitir al paciente que él también es el poderoso que puede y quiere dañar a lo demás:

A.: De lo que se trata es de que Ud. ya no es más el pequeño tiranizado, apaleado, sino quien tiene el poder y con ello también da la vuelta a la tortilla.

Luego, ya nadie más le provoca a Ud. dolor. En esa medida, Ud. entonces quiere también pro-vocar dolor dando la vuelta a la tortilla.

P.: Sí, eso es ahora precisamente así, ahora estamos en el nudo.

A.: Hmhm.

P.: Provocar dolor, sí, provocar dolor, claro, por qué no, tomar venganza.

A.: Sí, sí, hm.

P.: Sería lindo si ...

A.: A la verdad, en el momento en que Ud. toma venganza, se produce dolor en eso, y entonces Ud. nota ... (el paciente se sorbe los mocos) ... inmediatamente que la tortilla volvió a darse la vuelta, eso significa que Ud. sí que sabe cómo due-le estar ahí parado cagado de miedo.

En su interpretación, el analista establece la relación entre la vivencia del paciente como tiranizado (entonces) y la realidad (de hoy) en la que el paciente es el poderoso que puede dar, y de hecho da, la vuelta a la tortilla (poder/ser, espacio de representación 4), pero también quien precisamente en el momento en que lo nota, siente que la tortilla se da nuevamente la vuelta (hoy), pues él bien sabe cómo es el "estar ahí parado cagado de miedo" (entonces), es decir, cómo es que los otros menosprecien a uno y con ello le produzcan dolor. Con ello, el analista coloca en un contexto coherente todos los símbolos y las metáforas que el paciente trae.

Después de una pausa larga, el paciente vuelve al símbolo del nudo (aquí, nudo como bloqueo del pensar) que el analista toma e incorpora en una analogía:

A.: Sí, quizás adónde llegaría -a lo mejor no se atreve a seguir tirando del hilo, ahora, en el lugar en que está ahora.

A esta exhortación que el analista hace al paciente sigue una larga pausa, después de la cual el paciente se ocupa cortamente algo más con el aspecto de su propia agresividad, para luego dedicarse, hacia el final de este episodio terapéutico, a las humillaciones y agresiones sufridas por él, y a su desamparo. A continuación, el impotente hámster vuelve a ocupar el primer plano.

Así, el paciente introduce determinados hechos empíricos en la conversación (aquí: cuchillo, hámster, nudo) y trata de entender por sí mismo su significación (nivel de entendimiento pragmático). El analista nombra los significados más

allá que estos hechos empíricos podrían tener para el paciente. El interpreta sus relaciones simbólicas y amplía éstas analógicamente. Al mismo tiempo, señala los límites de esta significación simbólica.

Resumen

El análisis lingüístico ha cristalizado del texto lo siguiente: se trata aquí de un paciente que hace uso frecuente de imágenes, analogías y símbolos. A diferencia de la comunicación cotidiana, paciente y terapeuta no permanecen prisioneros en el significado manifiesto, sino que buscan los contenidos latentes de significación.

Dicho de otra manera: El terapeuta pone de relieve, en conjunto con el paciente, la significación histórica vital de palabras, metáforas e imágenes cuyo contenido de significación el paciente conoce sólo de manera restringida.

El terapeuta ayuda al paciente a entender sus propias expresiones, a ponerlas dentro de un contexto, a sacarlas de la casualidad, y establece la continuidad de su historia vital de "antes", "entonces", "hoy" y "mañana". Esto es llevado a cabo a través de actividades lingüísticas como ampliaciones de significación y de referencia, cambio de foco, apertura de espacios de referencia y de representación, y conexión entre espacios de representación.

Desde un punto de vista lingüístico, se puede ver que en este diálogo toda comunicación es investigada de manera sistemática en relación con su contenido de significación latente y también que se establece una continuidad en la historia de vida mediante la conexión entre diversas comunicaciones del paciente. Esta investigación muestra también lo fructífero de la colaboración interdisciplinaria.

7.6 Ciencia libre de valores y neutralidad

En terapia psicoanalítica los valores juegan un papel importante. Para el paciente, por supuesto, se abren una gran cantidad de preguntas que se relacionan con valores que, por ejemplo, atañen a la solución favorable de los conflictos, a la pregunta por la felicidad o por la justicia de determinados deseos. Con ello, sin embargo, no se está afirmando que el terapeuta participa en el discurso con su valoración propia.

En su tiempo, Freud relacionó la prescindencia de los valores del psicoanálisis al campo científico y no al campo terapéutico.

Además, es enteramente acientífico enjuiciar al psicoanálisis por su aptitud para enterrar la religión, autoridad y eticidad, puesto que, como toda ciencia, está por completo libre de tendencia y sólo conoce un propósito: aprehender, sin contradicciones, un fragmento de la realidad (1923a, p.248).

En este pasaje a Freud le interesaba la defensa de la cientificidad del psicoanálisis, hacia afuera y hacia adentro. Esta cientificidad la veía amenazada, sobre todo, por la contratransferencia (véase tomo primero 3.1). En sus advertencias en contra de las reacciones contratransferenciales usó, por primera vez en 1914, el concepto de "in-diferencia" (Indifferenz), que Strachey tradujo por "neutrality". Con ello, Freud se-guía al mismo tiempo la comprensión científica del empirismo del siglo diecinueve: de acuerdo con ésta, el proceso de logro de conocimientos debe ser mantenido libre de factores subjetivos para que las proposiciones estén de acuerdo con la "realidad externa". La indiferencia, o la "neutrality" de Strachey, debía entonces asegurar la objetividad de la investigación analítica. Esta pretensión puede mantenerse tan poco como la exhortación al analista de permanecer "indiferente" en aras de la objetividad. Kaplan (1982) ha señalado que el mismo Freud no siguió su ideal y a menudo llegaba a afirmaciones evaluadoras.

A pesar de la sujeción a valores de la terapia psicoanalítica, en la discusión surge una y otra vez la utopía de una ciencia libre de valores, sobre todo cuando se trata de la pregunta sobre la neutralidad analítica. Esto tiene su razón en representaciones profundamente enraizadas de lo que es la objetividad. A menudo se adhiere a los valores el carácter de algo subjetivo, de modo que no se los puede fundamentar racionalmente. Ya que no existe ninguna prescripción intersubjetiva fundamentada para la aplicación de valores, se coloca, por un lado, la libertad del individuo para tomar sus decisiones evaluadoras y, por el otro, la compulsión abierta o manipulativa hacia determinadas formas de vida. Si consideramos ahora que pertenece a la terapia psicoanalítica el proporcionar a los pacientes determinadas convicciones de valoración, ¿no se entra en conflicto con la convicción de que cada uno puede ser feliz a su manera? ¿No será que se está aquí aprovechando una institución médica para imponer una ideología a una persona necesitada de ayuda? O, ¿puede invocarse que la terapia psicoanalítica no proporciona ningún valor, sino que las personas deben ser ayudadas exclusivamente a lograr el conocimiento de sí mismos? Con gusto se argumenta que el psicoanálisis no está al servicio de convicciones de valoración, sino de la autodeterminación de los individuos, de modo tal que, por ejemplo, los síntomas se critican únicamente como limitaciones de la autodeterminación y

que estos desaparecen a través de la facilitación del logro en autoconocimientos. De acuerdo con esta concepción, el analista ideal se restringe a entender al paciente y a comunicar lo entendido.

Somos de la opinión de que la alternativa que se coloca entre la concepción del psicoanálisis como una manipulación ligada a los valores y un esclarecimiento libre de valores, es falsa. El psicoanálisis puede cumplir su función terapéutica y esclarecedora sólo en el marco de tomas de posición evaluadoras de los terapeutas.

Por esto, se deben contraponer dos tesis sobre la neutralidad de valoración. La primera es la de la prescindencia de la terapia psicoanalítica de los valores, y la segunda la de su sujeción a valores.

La primera tesis afirma que la terapia se entiende exclusivamente como un proceso de esclarecimiento. Por lo tanto, los motores terapéuticos más importantes son las interpretaciones. Estas son proposiciones sobre determinantes inconscientes de la conducta de los pacientes. Si bien es verdad que las interpretaciones se refieren frecuentemente a valores, es necesario hacer una diferencia entre la descripción de decisiones evaluadoras del paciente y las de estas decisiones. Precisamente, fue Max Weber (1904), cuya posición fue más tarde ampliada por Albert (1971), en la "disputa sobre los juicios de valor en la sociología", quien se interesó, entre otras cosas, en esta diferencia entre los hechos empíricos y una valoración de realidades independiente de los mismos. De acuerdo con la tesis de la prescindencia de valores, los analistas no deben recomendar soluciones para los conflictos, sino que deben llamar la atención de los pacientes sobre los contenidos de los conflictos a solucionar y sobre sus causas.

La tesis contraria dice que la representación de la terapia como una empresa libre de valores es una contradicción en sí misma. Pues la terapia implica una constelación de partida valorada negativamente que, por ejemplo, se caracteriza a través de la sintomatología. Además de eso, hay expectativas que se valoran positivamente y, finalmente, medios para hacer realidad estas expectativas. De acuerdo con esta tesis, no se puede afirmar que el psicoanálisis sea libre de valores y al mismo tiempo sentar la máxima de que el inconsciente debe ser hecho consciente. Sólo en esta exigencia se encuentra la valoración de considerar las estrategias inconscientes de solución del conflicto en ciertos ámbitos como más desfavorables que las conscientes, por ejemplo, porque ellas tienen consecuencias para la sintomatología. Con el mismo derecho, se tiene que decir que también la autonomía personal es un valor que está en contradicción con la prescindencia de valores en el psicoanálisis.

Ahora, también un partidario de la prescindencia frente a los valores tiene que admitir que en la base de su intento de ayudar a los pacientes a lograr conocimientos de sí mismo se encuentra una valoración. Esta es una condición de partida de la terapia, que encuentra su justificación en la convicción, libre de valores, de que los síntomas son causados por procesos inconscientes. En este contexto, se señala que existe una diferencia de categoría entre la rotulación del contenido de determinadas metas y la manera formal de cómo una persona está en condiciones de decidirse por metas, si es que en absoluto lo está. Por eso, la autonomía no es un valor en el mismo sentido como lo es el hedonismo o la ascética, pues ella atañe al modo y la forma de cómo las personas pueden determinar su querer. Por ejemplo, la conducta sintomática no se define como enferma desde el punto de vista psíquico por el contenido de sus metas, sino por el hecho de que las personas no tienen la posibilidad de elegir una decisión contra el síntoma. Tugendhat (1984) habla de que la conducta condicionada por síntomas restringe la capacidad funcional del querer. Meissner (1983) ha documentado una serie de valores superiores que considera esenciales para el psicoanálisis: el entendimiento de sí mismo, la autenticidad del sí mismo, la veracidad y la disposición de sujetarse a valores. También señala que estos valores se localizan en un nivel abstracto, como decisiones de valoración concretas de la vida cotidiana. Luego, la exigencia de prescindencia frente a los valores se debe limitar a las valoraciones más concretas y la sujeción a valores debe considerarse en relación con valores superiores.

El ideal de prescindencia frente a los valores se desgasta, en especial, cuando se trata del rol de la comprensión o de la empatía en el psicoanálisis. La verdad es que, precisamente en este punto, pensamos que una conducta libre de valores, como también una comprensión sin valores, es imposible para el analista, si nos basamos en un concepto amplio de valoración. No nos es posible tomar la decisión de comportarnos en las relaciones interpersonales sin valorar. Aun cuando nos coloquemos frente a los demás en el lugar de observadores puros, este lugar es ya el resultado de una decisión evaluadora, para la cual hay mejores o peores alternativas. A cualquier observador se le puede plantear la muy significativa pregunta de si en la situación concreta es correcto o no comportarse meramente como tal. Una relación que no evalúe sería sólo pensable si el analista pudiera simplemente escparse de una relación con los pacientes. De otro modo, él se tendrá necesariamente que plantear la pregunta de si su comportamiento concreto es adecuado o no a la situación.

Por consiguiente, es algo firme que la exigencia de neutralidad analítica no se puede fundamentar en el ideal de que se puede prescindir de los valores y que la más estricta neutralidad tampoco crea una prescindencia de los valores. Al

contrario, el precepto de neutralidad debe ser considerado como expresión de una determinada valoración del trabajo terapéutico. A esta valoración pertenece, por ejemplo, que se destierre la indoctrinación del paciente. Esta valoración, como probablemente cualquier valoración, no es sólo específica para cada personalidad, sino también para cada situación. En psicoanálisis las valoraciones están conectadas con el hecho de que el entendimiento del conflicto inconsciente tiene preferencia sobre otros intereses. Cuando analista y paciente se ponen de acuerdo en proseguir preferentemente esta tarea y los valores conectados con ella, otros valores y diferencias de apreciación pierden en significación. Naturalmente de ello no resulta ninguna prescindencia frente a los valores en el sentido filosófico; pero surge algo que se puede llamar espacio abierto, caracterizado por el pluralismo de valores. El establecimiento de tal espacio sin desvalorización, nos parece de una importancia eminente para la relación de confianza entre terapeuta y paciente. El da al paciente la seguridad para plantear mociones y pensamientos que lo avergüenzan o que lo hacen sentir culpable.

Cuando el sistema de valores y los criterios de apreciación del paciente se hacen objeto del análisis, del mismo modo que su visión de la realidad ¿quién proporciona la medida para medir los valores y para controlar la realidad? El recurso a la neutralidad analítica, debiera aquí desvirtuar el argumento de que los pacientes son indoctrinados por el análisis porque se declara la medida del analista como obligatoria. Por otra parte, la neutralidad debería impedir que el analista tome sin reflexionar los criterios de apreciación que son dictados al paciente por el mundo externo, o que simplemente representan aspectos de su ello o de su superyó. Aquí se impone directamente la recomendación de A. Freud por una distancia uniforme.

Es tarea del analista hacer consciente lo inconsciente, sin importar a qué instancia pertenezca esto inconsciente. El analista dirige su atención uniforme y objetivamente a las tres instancias, en la medida en que contengan aspectos inconscientes; él cumple con su trabajo de esclarecimiento, como se podría decir de otra manera, desde un punto de vista que está a una distancia uniforme del ello, del yo y del superyó (1936, p.34).

La objetividad del analista debería contribuir para que se evite la parcialidad en la elección del punto de vista.

En relación con el concepto de transferencia, se originó un problema parecido: si la relación entre analista y paciente, en el sentido de una psicología de dos personas, se hace objeto del análisis, y no se califica la transferencia sólo como la deformación, explicable biográficamente, de modelos de relación, falta entonces un punto de vista seguro para examinar esta relación, pues ambos

sujetos en interacción influyen, en medida constantemente cambiante, la "realidad" de esta relación. Freud, y posteriormente también Hartmann, pudieron afirmarse, de manera aún re-lativamente simple, en una no mayormente cuestionada "realidad del sentido co-mún", como medida para la normalidad y para la deformación. Desde que la relati-vidad de nuestra realidad entró al campo visual del psicoanálisis (Gould 1970; Wa-llerstein 1973; Jiménez 1989), la realidad no se puede seguir pensando indepen-dientemente de las correspondientes normas y convenciones. También aquí la neu-tralidad analítica se transformó en un concepto importante, que debiera impedir que el analista convierta sus presupuestos teóricos y personales en la medida de evalua-ción de la transferencia o que se deje aprisionar por los presupuestos del paciente en sus esfuerzos por comprender empáticamente (véase Shapiro 1984).

La verdad es que aquí se constituye la función inmunizadora, y con ello ideológi-ca, que el concepto de la neutralidad analítica ha ido tomando cada vez más. Pues el dilema que significa evaluar contenidos psíquicos desde diferentes puntos de vista, y con ello poder verlos de maneras totalmente distintas, persiste inalterado. Si-guiendo a A. Freud, es recomendable no someterse ciegamente a las exigencias del ello o del superyó, pero no se puede afirmar que una distancia uniforme de cada una de las instancias asegure por sí misma la corrección y la adecuación del punto de vista. En caso de conflicto, la "verdad" no se encuentra precisamente en la mitad, sino que puede verse de distinta manera según cada situación concreta. Para bien o para mal, debemos tomar conciencia de que en el momento en que asumimos un punto de vista determinado, dejamos de ver otros mecanismos psíquicos con sus implicaciones inconscientes y que cuando queremos solucionar el problema a tra-vés de la evitación de un punto de vista, llegamos incluso a pasar por alto meca-nismos decisivos. Nuestro trabajo con el inconsciente está inevitablemente afecta-do por unilateralidades. No obstante, un número sorprendente de publicaciones dan pie a la impresión de que cuando los analistas evidencien aún más neutralidad y sean analizados aún mejor, será posible evitar toda unilateralidad. La circuns-pección en las apreciaciones que caracteriza el trabajo clínico tiene su reverso en una idealización sin freno del método psicoanalítico. La tendencia ideológica básica de esta apologética se muestra hasta en las formas que regulan el lenguaje profe-sional: considérese una vez cuán frecuentemente aparecen frases en las publicacio-nes psicoanalíticas en las que se estipula lo que "el analista" debe hacer o lo que es el psicoanálisis. Quien no cumple con las características que se atribuyen (por e-jemplo "ser neutral") no es un verdadero analista, o actúa de modo no analítico. De esta manera, el método psicoanalítico se coloca más allá de toda duda. Tales esti-pulaciones dificultan el diálogo de los psicoanalistas con otras orientaciones

profesionales y le han otorgado al psicoanálisis la dudosa fama de ortodoxia "sabelo-todo". Más aún, han impedido que la influencia subjetiva, y con ello, humana del analista, haya sido suficientemente observada e investigada empíricamente.

El hallazgo de un punto de vista adecuado para las apreciaciones en el psicoanálisis, o para el control de la realidad, puede ser entonces facilitado en algo a través de una actitud neutral del analista, pero no hay neutralidad ni objetividad que ofrezca obligatoriamente una solución a este problema. La realidad es descubierta a través del consenso de los participantes, de manera específica para cada situación. A pesar de las resistencias y a pesar de cualquier problema contratransferencial, analista y paciente deben entonces estar preparados para dejarse convencer de modo que pueda surgir un consenso (véase tomo primero 8.4). El que de este consenso no se desarrolle una folie à deux, es tarea del referente social de ambos participantes, es decir, de la confrontación con el entorno social del paciente por un lado, y con el juicio de los colegas especialistas por el otro. El consenso encontrado entre ambos participantes en el proceso debe acreditarse, aun en el caso en que no se puedan modificar eventuales divergencias de apreciación. Cuando el paciente se retira en el análisis de la vida social, o deja de interesarse en lograr consenso con su entorno social, aumenta entonces el peligro de una visión limitada de la realidad. Lo mismo vale si el analista deja de someterse al juicio de sus colegas de especialidad o cuando en las sociedades psicoanalíticas se elude la discusión científica. En este último caso, la folie à deux es simplemente sustituida por una inadecuada unilateralidad de muchos. La gran significación que ha mantenido la presentación casuística desde el comienzo del psicoanálisis, atañe a la necesidad de superar la folie à deux a través del consenso intersubjetivo. El que el problema de la neutralidad se haya mezclado con la regla de la abstinencia ha tenido efectos desfavorables para la técnica. La regla de la abstinencia se funda, como lo expusimos en la sección 7.1 del tomo primero, en conceptos de dinámica de las pulsiones: ella debe impedir gratificaciones transferenciales y está cargada con todas las implicaciones desfavorables de una conducta de evitación. Como lo expusimos antes, el precepto de neutralidad está en cambio al servicio de la autonomía bien entendida del paciente y del establecimiento de un espacio abierto a los valores. La denominación de "neutralidad" no describe esta actitud de una manera mejor que la denominación original de Freud de "indiferencia". Por esta razón proponemos sustituir la denominación de "neutralidad" por los conceptos de "apertura frente a los valores" (Wertoffenheit) o "circunspección" (Bedachtsamkeit).

Esta actitud abierta frente a los valores se ve amenazada en la terapia desde diferentes lados. No se puede desarrollar si el paciente insiste en imponer determinados valores de manera polémica en contra del analista. Por ejemplo, ése es el caso con pacientes muy comprometidos religiosa o ideológicamente. En este caso, el intento de abrirse a diferentes valoraciones tiene que ser vivido por el paciente como un "no" a su jerarquía de valores. No es raro que sea necesario un largo proceso de armonización para alcanzar un acuerdo; en algunos casos la terapia fracasa ante la falta de acuerdo. Naturalmente, esto vale tanto más cuando el analista trata de imponer sus valores idiosincráticos al paciente.

Las fronteras de la abertura frente a los valores se hacen evidentes cuando el paciente actúa, dentro o fuera de la situación terapéutica, de manera tal, que no es posible seguir limitándose a la consideración de los conflictos anímicos. A más tardar entonces, si el paciente actúa de manera brutal o con falta grosera de consideración en contra de sí mismo o en contra de personas de su entorno social, la neutralidad deja de ser responsable. Aquí, el terapeuta debe colocar límites hasta que el paciente esté en condiciones de reconocer la deformación de su sistema de valores y, consecuentemente, de corregirla. Heigl y Heigl-Evers (1984) han destacado en esto la significación de la "prueba de valoración" en el proceso analítico y llamado la atención sobre los límites de la neutralidad. Si uno quiere aferrarse a una bien entendida abertura frente a los valores como un ideal técnico, es entonces necesario especificar en qué sentido y en vista de qué metas concretas el analista se comporta neutral o abierto a los valores. Una abstinencia exagerada es tan poco compatible con este ideal técnico, como lo es una distancia muy pequeña frente a los conflictos del paciente. Como suele suceder con los ideales, en esto no existen criterios fijos y simples, sino que la neutralidad designa, dependiendo de la situación, una posición que se caracteriza por la integración de polaridades contrarias. Estas polarizaciones pueden ser descritas de manera más cercana en diversas dimensiones:

1) Abertura en la estructuración de los pensamientos:
ni predisuesto ni falta de información

Ya cuando el analista comienza a hacerse una imagen del paciente, se consuma el primer paso que aleja del ideal de objetividad. Aquí, algunas informaciones serán inevitablemente calificadas como importantes, y otras, como no importantes, serán dejadas de lado y se activarán expectativas y modelos de experiencias preformados. Por un lado, estos modelos surgen de la experiencia de vida práctica del analista y, por otro, corresponden a los modelos de trabajo

psicoanalíticos del paciente (véase tomo primero, 9.3). Como lo ha señalado Peterfreund (1983), si este cuadro es demasiado determinante para el procesamiento de información ulterior, el proceso se puede perturbar y conducir a prejuicios. Es entonces algo lleno de sentido dejar el cuadro del paciente como "no terminado" y no pretender saber ya por anticipado todo lo que el paciente probablemente dirá y vivirá más tarde.

Si, por otro lado, el ideal de no tener prejuicios se transforma en ideología, el analista no registrará importantes informaciones y no sacará consecuencias importantes, precisamente para no sentirse predispuesto. Un ejemplo palmario de esto es la práctica, ejercida en muchas partes, de evitar estrictamente cualquier información sobre el paciente previa a la primera entrevista, con la fundamentación de que con ella uno se "contamina". Lo que se logra con eso es que el paciente encuentre a un analista que no tiene información sobre importantes datos, de manera totalmente inentendible para él. Aquí se introducen derechamente trastornos en la comunicación, porque el paciente interpreta esta no aceptación de información, por ejemplo, como expresión de desinterés. Más aún, así se obstaculiza la oportunidad de lograr un cuadro amplio del paciente. Aun cuando, con Hoffer (1985), se conceda prioridad a la elaboración de los procesos intrapsíquicos, se produce una gran diferencia cuando esta prioridad está en el contexto del conocimiento de la realidad social del paciente o cuando ésta se conecta simplemente con una falta de conocimiento sobre el marco de referencia social del paciente. Por lo tanto, en una neutralidad bien entendida hay que mantener un balance entre los prejuicios y la falta de información.

2) Circunspección en el sentir: ni seducible ni inalcanzable

La circunspección en el sentir coincide plenamente con el problema del manejo de la contratransferencia (véase capítulo 3). Aquí se trata simplemente de ilustrar el problema de la delimitación. Se prescribe cautela en dejarse llevar por la contra-transferencia, o para confesarla, porque aquí existe el peligro de que el analista se-duzca al paciente o de ser seducido por éste. Por el otro lado, un manejo extremadamente objetivo y soberano de la contratransferencia conduce a la impresión de que el analista no es de ninguna manera alcanzable, que nunca se siente herido u ofendido. Esta experiencia puede en último término desanimar de tal modo al paciente, que dejará de esforzarse en su relación con el analista, no como resultado de algún insight, sino por resignación.

Para un cambio estructural en el paciente es necesario que el analista se demuestre como "seducible" o "herible", pero no como irreversiblemente seducido o des-truido. Aquí se debe producir de nuevo un equilibrio en el proceso terapéutico, de sesión a sesión.

3) Abertura en las valoraciones: ni parcial ni sin rostro

Las advertencias de Freud valen para el peligro de que al paciente se le impongan valores ajenos. Este peligro parece ser menor cuando analista y paciente comparten los mismos valores socioculturales. Por otra parte, sabemos que las posibilidades de éxito de un análisis disminuyen mientras mayor sea la discrepancia entre los sistemas de valores. Esta discrepancia se puede solamente superar si el terapeuta está en condiciones de identificarse, al menos transitoriamente, con el sistema de valores del paciente, pues así se da además la posibilidad de entender al paciente adecuadamente y de ayudarlo en el marco de su propia imagen de mundo. Depen-diendo de la flexibilidad del analista, en algún momento se llegará a un límite, más allá del cual no se podrá seguir produciendo esta identificación, de modo que el ideal de neutralidad tendrá que ser abandonado (Gedo 1983). En la largueza con que algunos analistas rechazan pacientes porque "no pueden trabajar" con ellos reside, por un lado, una sabia previsión; por otro lado, el espectro de los pacientes restan-tes tratables muestra muy claramente con cuánta rigidez, o flexibilidad, procede el analista con su propio sistema de valores.

En el trabajo analítico práctico, la neutralidad se topa rápidamente con sus límites en lo que al sistema de valores se refiere: es inevitable que en vista de las apre-ciaciones del paciente, el analista dé a conocer su propia manera de ver las cosas, al menos de manera esquemática. Cada "hm" que acompañe un relato del paciente es interpretado por él como una confirmación de su concepción de mundo y por tal ra-zón será reclamado a través de correspondientes apelativos. Al contrario, cada omi-sión de un "hm", en el lugar que podría esperarse por la conducción del relato, será interpretado como signo de escepticismo y de rechazo disimulado. Estas interpreta-ciones del paciente pueden a su vez ser cuestionadas, pero será muy difícil conven-cerlo de que ha percibido algo falsamente, especialmente en el caso de pacientes que frecuentemente aciertan intuitivamente con sus percepciones. Mientras más vi-vo y natural sea el trato del analista con su paciente, mayor será la toma de partido indirecta contenida en la interacción concreta.

Greenson (1967) ofrece, en una viñeta, un ejemplo típico de cómo se hizo visible la opinión política del analista a través de expresiones paraverbales, de modo que el paciente se sintió presionado por ella. También Lichtenberg (1983), en la presentación de un caso, muestra cómo en la actividad del analista se manifiestan determinadas apreciaciones que son visibles para el paciente y que evidentemente lo influyen.

Una aparente salida de este dilema se encuentra en que el analista se restrinja por principio a un mínimo de confirmaciones, de modo que al paciente se le dificulte percibir cuándo el analista asiente en secreto y cuándo tiene dudas o reservas. Con ello, el peligro de una toma de partido indirecta está mejor controlado, pero el analista será sentido como no teniendo rostro y no podrá cumplir con su función de objeto de identificaciones (véase 2.4). Cuánta vivacidad es necesaria para un proceso terapéutico no perturbado, depende tanto de las características de personalidad del analista como de las del paciente, donde lo decisivo no debiera ser sólo la dimensión de la perturbación, sino sobre todo el tipo de socialización primaria de ambos participantes.

4) Abertura respecto de la dirección del cambio: ni paternalismo ni indiferencia

La relación de la neutralidad analítica con las metas terapéuticas del analista es una materia especialmente difícil. Las metas terapéuticas están necesariamente unidas con sistemas de valores, y con ayuda de tales metas, los valores del analista se pueden imponer fácilmente. El que Freud tenía en mente metas concretas de cambio se puede especialmente ver en que atribuye de buena gana al analista la tarea de "mejorar y educar" (1940a, p.101) al paciente. La verdad es que, al mismo tiempo advierte en contra de abusar de esta función y de engendrar al paciente de acuerdo con su modelo. La experiencia clínica enseña que los analistas sucumben ante este peligro la mayoría de las veces precisamente cuando se saben cerca del paciente y se sienten unidos a él a través de simpatía. Entonces, de regla los paternalismos se corresponden con la disposición del paciente de caer en gracia al analista; por eso adoptan formas muy sublimes.

Una salida problemática reside en renunciar a la fijación y prosecución de metas de cambio o en formular las metas de manera tan amplia que no digan nada. Aquí, el "psicoanálisis libre de tendencia" celebra su resurrección en ropajes nuevos: entonces queda, como única meta, el "descubrir las huellas y deformaciones que ha dejado el crecer en nuestra cultura" (Parin y Parin-Matthèy 1983), o la meta general de transitar de un análisis terminable a uno

interminable, donde el proceso psi-coanalítico se transforma en un fin en sí mismo (Blarer y Brogle 1983). También aquí entran en juego la idealización y la inmunización: sólo en pocos casos -y también ahí sólo en fases especialmente gratificantes del análisis- tiene pleno sentido atender exclusivamente al autoanálisis del paciente y abandonarlo a sus consecuencias. El autoanálisis no es un valor intangible cuyo abuso sea imposible y cuya independencia del contexto social esté asegurado. Con el ideal del autoanálisis unimos tácitamente la idea de que éste se acredita en el contexto de la situación co-respondiente. Y lo que acreditación signifique, depende de medidas que analista y paciente levantan en cada situación de vida. La acreditación del proceso psicoanalítico es cuestionado de regla por los problemas neuróticos del paciente y cuando un analista se muestra indiferente frente a las consecuencias de un proceso analítico, aun cuando éstas se desarrollen en contra del interés bien entendido del paciente, significa que ya hace tiempo reunió una gran cantidad de indiferencia.

Incluso Hoffer, que citamos anteriormente, sucumbe ante el peligro de desconocer este interés interpersonal cuando compara la neutralidad con una brújula, que no prescribe el camino a seguir, sino que sólo ayuda a ver qué camino seguimos en este momento y cuál hemos ya recorrido (1985, p.791). En esta metáfora, la neutralidad promueve el desconocimiento del interés y, con ello, de la influencia que el analista tiene sobre su paciente. Por lo demás, la metáfora de la brújula recuerda la metáfora del analista como guía de montaña, que Freud apreciaba. En los hechos, se necesita una gran cantidad de conocimiento para apreciar la peligrosidad de las rutas y la capacidad del paciente para solucionar problemas, de modo que se puedan evitar complicaciones serias. La abertura como ideal terapéutico no puede consistir en ahorrarle al paciente las situaciones de prueba a través de reglas de comportamiento o teniéndolo bajo una tutela paternalista; pero la neutralidad tampoco puede consistir en dejarlo solo con su autoanálisis cuando fracasa la acreditación concreta.

5) Circunspección respecto del ejercicio del poder: ni intrusivo ni no empático

Rara vez se reflexiona sobre la influencia del poder en el proceso psicoanalítico. En este punto, los críticos del psicoanálisis se han manifestado a menudo de manera polémica. Con todo, a esta polémica corresponde la tendencia de los analistas de salirse rápidamente del asunto recurriendo a la técnica: la argumentación de que el analista no ejerce ningún poder, porque la verdad es que él sólo se restringiría a interpretar y a mantener una conducta abstinentes, no

hace justicia a este problema. Precisamente a causa de su significación inconsciente, ciertos comportamientos del analista pueden desempeñar un papel en la lucha por el poder. Es ampliamente conocido que las interpretaciones pueden ser usadas para imponer determinadas condiciones del encuadre. El desnivel en el poder se hace mayor cuando el analista pone en juego un conocimiento privilegiado acerca de la verdad inconsciente en el paciente mediante interpretaciones profundas.

El silencio también puede ser vivido como un instrumento de poder e incluso ser utilizado como tal (véase tomo primero p.295). En los casos más favorables, el analista silencioso contribuye a que el paciente pueda sentirse bien y sin perturbación en estados regresivos. En los silencios prolongados no debe pasarse por alto que la falta de retroalimentación puede tener efectos múltiples: mientras más silenciosamente se comporte un analista, más poderoso aparecerá ante los ojos del paciente y más intensamente se reactivarán los patrones vivenciales infantiles (véase tomo primero sección 8.5). Para los analistas silenciosos puede ser un agradable autoengaño el pensar que se comportan de manera especialmente neutral al nunca manifestar alguna valoración. Sin embargo, en eso se desconoce el hecho de que un paciente que espera ansioso alguna forma de respuesta emocional, recogerá agra-decido la más mínima expresión o moción por parte del analista. El solo hecho de que en determinados momentos el analista abre su boca, será una señal para el paciente de intenciones no declaradas de su analista. De este modo se puede manipular ampliamente la resistencia del paciente, pero no resolverla en un sentido analítico. La impenetrabilidad del analista es una ficción detrás de la cual se oculta abuso de poder. Sólo un analista no empático, impredecible e inconsistente en sus reacciones, sería para el paciente verdaderamente impenetrable.

El abuso de poder a través del silencio intencionado o de un interpretar forzado, ha sido denunciado de manera especial por la psicología del sí mismo (véase Wolf 1983). La verdad es que el concepto de empatía tampoco suministra una coartada en contra de la acción del poder en el psicoanálisis. Uno de los instrumentos más importantes para la imposición de las normas sociales es precisamente la denegación de empatía. El no ser entendido empuja al paciente hacia el aislamiento social y si los analistas en su trabajo terapéutico quieren dejarse sorprender, si quieren fijar la atención y analizar, deben "no entender". Con ello tienen en sus manos un instrumento de poder, sobre todo porque ellos deciden cuándo se sienten sorprendidos y cuándo intervendrán con su análisis. Por lo tanto, si se trata de llevar a la práctica la neutralidad como ideal técnico, este ideal no puede consistir en la abstinencia, ni en el callar, ni tampoco en el interpretar forzado. La posición ideal se encuentra en el medio, en el lugar en

que el paciente codetermina una parte importante del transcurso de las cosas sin que por otra parte las tenga totalmente bajo su control. Si el analista hace que sus pasos técnicos sean transparentes y en conjunto con el paciente reflexiona sobre el despliegue de poder que ellos encierran, entonces el peligro del abuso de poder se restringe considerablemente. El acuerdo sobre la delegación del poder crea un espacio de libertad en el que la situación analítica puede desplegarse.

Ejemplo

El ejemplo siguiente, que proviene del análisis de un empleado de 30 años de edad, ilustra las diversas dimensiones de la neutralidad. El paciente había buscado ayuda a causa de angustias con componentes corporales, que estaban en relación con problemas en su relación de pareja.

Alrededor de la sesión n.º 200, al comienzo de la hora, Norberto Y se manifiesta preocupado por las nuevas actividades terroristas. Por un lado tiene angustia de ser afectado por las acciones terroristas y al mismo tiempo piensa, rabioso, que las personas se lo tienen bien merecido, por traer terroristas al mundo. Dice que la falta de consideración ha tomado la delantera en tal forma, que la vida se ha hecho difícil de tolerar; que precisamente con la contaminación ambiental hace tiempo se sobrepasó la medida de lo tolerable. En esta fase, predominantemente escucho lo que el paciente dice y simplemente acompaño su relato con preguntas aclaratorias u observaciones.

A continuación, el paciente relata, de entre sus recuerdos, una situación con automovilistas faltos de consideración que no se preocupaban en absoluto de los peatones. Describe que a veces, durante los paseos con el carro de mano, ha gozado conduciendo el carro de tal manera que la calle se bloqueara y los automovilistas se vieran obligados a conducir detrás de él a paso de tortuga. También durante esta descripción, me limito básicamente a escuchar al paciente. Luego sigue un informe sobre una disputa con su amiga, cuyos intentos de disponer sobre él trataba por el momento enérgicamente de echar en saco roto. El paciente describe una situación, comparativamente inofensiva, en la que había reaccionado con violencia. Había atacado masivamente a su amiga, calificándola de marimacho poco atractiva, egocéntrica y sin ni una pizca de delicadeza. En sus emociones, se hizo patente el sentimiento de triunfo por haberse defendido tan exitosamente, unido con justificaciones de que él había estado tantas veces expuesto a las faltas de consideración de ella.

El relato me afectó y por eso callé en ese momento, aunque el paciente evidentemente esperaba alguna expresión de asentimiento de mi parte. A continuación, el paciente se quejó de que obviamente en este asunto no estaba de su lado, sino que había tomado partido por su amiga. El había leído que los analistas tenían que estar del lado de sus pacientes si querían ayudarlos realmente. El, en cambio, se sentía dejado en la estacada por mí, en relación con lo de su amiga. Pero quizás yo tampoco era un analista que cuida los intereses de sus pacientes, y a lo mejor yo trabajaba sólo según conocimientos librescos.

Le dije que claramente él había percibido que su informe sobre la disputa con su amiga me había turbado y que ahora era humillante para él que apoyara tan poco su posición. Que en este momento yo era probablemente intercambiable con su amiga, a la que en medio de la pelea igualmente no le encuentra ni una pizca de bueno. Que yo sería también intercambiable con los desconsiderados contaminadores del medio ambiente y automovilistas.

El paciente vacila y dice después de una pausa: "Acabo de pensar que Ud. ahora me echa, y de pronto tuve miedo de que me apretara violentamente las clavijas." Este "apretar las clavijas", como contenido angustiante, me llamó la atención y pregunté por él después al paciente. Respondió que tenía la fantasía de que primero yo le iba a tirar la lengua a fondo, para después mostrarle lo podridos, tontos y torpes que eran sus pensamientos. Estas ideas, que el paciente las sentía carentes de todo sentido y por eso avergonzantes para él, calzaban bien con un aspecto de la relación con la madre: de acuerdo con sus recuerdos, por una parte ella lo mimaba, pero luego, con toda intención, y sobre todo en presencia de parientes y conocidos, hacía notar lo tonto y torpe que era. El que empezara a llorar de rabia en ese momento no hacía sino empeorar las cosas. Este detalle de su biografía, yo ya lo conocía de una sesión anterior, pero sólo ahora pude comprender cuán grande eran la vergüenza y el desamparo - tanto más grande debía ser la necesidad de liberarse de esta sensación de desamparo, por así decirlo, dando golpes a diestra y a siniestra. La disputa con la amiga evidentemente había reactivado la tendencia a reaccionar preventivamente dando golpes a granel. Cuando entendimos este mecanismo, el paciente volvió a establecer una distancia totalmente normal conmigo y con su amiga, cuyo descomedido afán de tener siempre la razón ciertamente lo seguiría enfadando, pero nunca más hasta el punto de ponerlo tan rabioso.

Este ejemplo demuestra que no me fue necesario manifestarme frente a las opiniones políticas del paciente y que, en sus expresiones críticas posteriores a mí, eso tampoco le molestó. En el análisis, los problemas anímicos tienen prioridad; las apreciaciones políticas aparecen en la situación analítica en un segundo plano. En esta fase inicial, lo que más me interesaba era el afecto del paciente, y

en sus expresiones no fue difícil descubrir agresividad, cuyo origen quedaba poco claro.

El informe sobre los automovilistas desconsiderados y su venganza en contra de ellos, se diferencia de los episodios precedentes en que aquí el paciente pone su propia conducta en cuestión. Esta conducta entra en colisión con el ideal de responsabilidad sobre sí mismo: el paciente extrae de una situación de víctima la justificación para la falta de consideración propia.

El informe sobre la disputa con la amiga representa en cierto modo una intensificación de los episodios precedentes. Nuevamente se trata del reproche de falta de consideración, nuevamente de agresividad que, de acuerdo con el relato, esta vez se descargó en una masiva descalificación de la amiga. Por lo visto, también aquí el paciente se vivió básicamente como víctima y esperaba que yo siguiera su vivencia. Sin embargo, la discrepancia con el ideal de responsabilidad sobre sí mismo era ahora tan grande, que yo reaccioné con consternación y es claro que no lo seguí más emocionalmente: le denegué el signo de comprensión que él, como apelación, esperaba en ese momento, aunque fuera en la forma de un "hm". Con ello me alejé de los límites de comportamiento esperados por el paciente. Se podría objetar que es claro que en ese momento me abstuve de ofrecer una valoración explícita y que evité tomar partido por el paciente o por la amiga. Sin embargo, después de haber seguido al paciente con comprensión hasta ese momento en la sesión, la evitación explícita de toma de partido no fue neutral para él. Por eso pudo él concluir con

razón que yo en secreto criticaba su actividad. Por eso, fue consecuente que yo confirmara la plausibilidad de su percepción, en el sentido de Gill (1982).

Este cambio en la actitud analítica me transformó en un objeto falto de consideración, que fue prontamente atacado y descalificado por el paciente. Aquí debí verme en la angosta arista que hay entre la vulnerabilidad, no deseada, por un lado y, por el otro, la tampoco deseada inaccesibilidad.

Las intervenciones en esta hora fueron hechas de un modo que señalaron interés en su reacción emocional. El hecho de que sus expresiones también fueran hirientes, quedó sin embargo en un segundo plano. Felizmente, el paciente recogió este ofrecimiento; no retiró las expresiones rápidamente, ni tampoco se fortaleció en la defensiva, sino que informó por su cuenta sobre una nueva emoción, esto es, sobre su miedo de mí. Sólo sobre la base de que los intereses del entender tienen prioridad sobre la condenación de acciones, pudimos comprender su angustia y entender su reacción sobreexcedida como un dar golpes a granel preventivo, que se adecuaba a sus experiencias traumáticas pasadas.

7.7 Anonimato y naturalidad

Confrontamos al analista anónimo e impersonal con su naturalidad, porque, sin duda, en ésta se expresa la nota personal. Con nuestras reflexiones queremos lograr soluciones dentro de una relación tensa que existe de hecho y que no se puede hacer desaparecer a través de la justificada crítica de las estereotipias exageradas. El psico-analista ocupa en su consultorio un rol distinto que fuera de él y lo mismo vale para el paciente. Por esta razón, el tema exige buscar los puntos de contacto sensi-bles en la zona de intersección. Encuentros fuera del consultorio, a los que dedica-mos una atención especial, deben ser considerados a la luz de la situación analítica, y al revés. Las distintas definiciones de roles se relacionan mutuamente. Los pro-blemas que enfrentan pacientes y analistas al encontrarse fuera del consultorio dan al tema de la naturalidad dentro del consultorio una perspectiva más amplia.

"En caso de duda compórtate con naturalidad". Desde un punto de vista ingenuo respecto de las ciencias sociales, esta recomendación habla por sí sola. Pues la pre-gunta por la naturalidad surge de la segunda naturaleza del ser humano, es decir, de su socialización. Así, la experiencia enseña que tanto para el analista como para el paciente es difícil encontrar un tono no forzado en los encuentros fuera del consul-torio. Probablemente esto se encuentra en relación con el contraste que existe entre la consulta analítica y otras situaciones sociales. Sería inadecuado que el paciente se dejara llevar en la vida diaria por sus asociaciones libres, y el analista se com-portaría de manera muy llamativa si evitara conversaciones sobre el tiempo o las vacaciones y en vez de eso se manifestara callando o interpretando. El contraste vi-vido se ve reforzado por la asimetría. El paciente se siente inseguro porque teme que el analista tiene listo el conocimiento del tratamiento. Aparecen sentimientos de vergüenza. Por otro lado, el analista se ve limitado en su espontaneidad porque piensa en los efectos de ella en el análisis.

La intensidad del contraste entre adentro y afuera y sus variaciones de contenido son multiformes y en su expresión dependen de numerosas condiciones. Por esto es imposible presentar el tema de manera exhaustiva mediante una colección de ejemplos. El requisito decisivo para la solución adecuada del problema reside en su reconocimiento previo. Si el analista reconoce que este contraste también lo afecta, el paciente puede entonces con más facilidad encontrar los roles adecuados y asu-mirlos de manera independiente, de manera de también poder cumplir con las metas y las tareas del tratamiento. Las funciones del analista en el consultorio pueden describirse de acuerdo con la teoría de los roles y se

pueden comparar con otros roles que el mismo analista eventualmente ocupe como conductor de una rueda de discusión, como ciudadano comprometido en política, o con cualquier otro rol fuera del consultorio.

El reconocimiento de la multiplicidad de roles implica contraste. Este se mide en comparación con las experiencias acumuladas en el consultorio entre ambos, paciente y analista.

Tomemos un ejemplo que atañe a la naturalidad: sólo al final de su carrera profesional, P. Heimann (1978) descubrió la necesidad para el analista de ser natural con sus pacientes. No sin alguna ironía hablamos de descubrimiento, pues Heimann, que como analista mujer probablemente en secreto e intuitivamente desde siempre estaba en buenos términos con la naturalidad, sólo en esta publicación tardía se atrevió a justificar, frente a la neutralidad y el anonimato, la naturalidad como necesaria terapéuticamente. No por casualidad la publicación llevó el complicado título de "Sobre la necesidad para el analista de ser natural con sus pacientes". El texto, por lo demás aparecido sólo en alemán, ha permanecido bastante desconocido.

Una prescripción de roles que excluya la espontaneidad y estipule primero reflexionar y después reaccionar, exige lo imposible. Si el analista cree no poder conciliar la espontaneidad con su rol profesional, se va a sentir especialmente incómodo con su paciente en el espacio social. El paciente, por su parte, estará ansioso de provocar al analista para que al fin se comporte o se exprese espontáneamente en el análisis mismo, o estará ávido de toparse con él fuera del análisis de persona a persona.

Mucho habla en contra de que la regla de comportarse naturalmente en caso de duda sea seguida con serenidad, dentro o fuera de la situación analítica. Citamos algunas observaciones reveladoras. Muchos analistas evitan a sus pacientes, si es que de alguna manera pueden conciliar esto con las formalidades sociales. Esto toca especialmente a los candidatos en formación, quienes, por su parte, también eluden a sus analistas didácticos. Si se llegan a encontrar, se origina una conversación atascada y no libre. La falta de naturalidad es máxima en los análisis didácticos, que dejan una profunda impresión en los candidatos como modelos de análisis puro y libre de tendencias. Los efectos desfavorables de relaciones profesor-alumno en las que el maestro incluso evita el encuentro profesional, por ejemplo en los seminarios técnicos, son conocidos desde hace tiempo (véase Bruzzone y cols. 1986). Felizmente, siempre se han dado posibilidades de corrección. Cada vivencia de contrapunto con el analista didáctico tiene una función de desidealización y por eso también un alto valor en los recuerdos. Si se deba dar crédito en detalle a las historias relatadas en horas posteriores, queda por verse. En todo caso, hay que plantearse la pregunta de

por qué una comunicación espontánea de un analista frente a su paciente o analizando didáctico, a menudo trivial para un observador externo, llega a ocupar un lugar de honor en el tesoro de los recuerdos, mientras que interpretaciones de profundo sentido recaen en el olvido. Todo lo desacostumbrado ocupa en la memoria un lugar destacado. De este modo, por ejemplo, el reconocimiento, único, que un paciente o analizando didáctico ha recibido dentro o fuera del consultorio, se convertirá en un acontecimiento sin par. De acuerdo con Klauber (1987), la espontaneidad del analista es necesaria para aminorar o compensar los traumatismos que se originan en la transferencia. Si la naturalidad del analista, que equiparamos a su espontaneidad, tiene una función compensatoria, la intensidad del traumatismo es también una medida que depende parcialmente de él y de su entendimiento de las reglas. Los problemas que se dan en los encuentros fuera del consultorio crecen en la medida de la evitación de la naturalidad dentro del consultorio.

El reconocimiento de la multiplicidad de roles inherentes a paciente y analista en la vida pública y privada puede aumentar la tolerancia para el contraste. Es por lo tanto esencial que los futuros analistas lleguen a lograr durante su formación una relación no forzada con los diferentes roles que les toca ocupar, dentro y fuera de la profesión. La naturalidad dentro y fuera del consultorio que un analizando didáctico vive con su analista, es decisiva para la tolerancia respecto de la multiplicidad de roles. Bajo este punto de vista, hemos investigado los cambios en los sistemas de formación psicoanalítica llegando a resultados inquietantes. Claramente, hasta los años 40 era frecuente que analista y analizando, en su relación mutua, ocuparan diferentes roles, de manera alternante, al mismo tiempo o sucesivamente. Como se puede concluir de la presentación resumida de Mahony (1984), la historia del paciente más famoso de Freud, el hombre de los lobos, está llena de enredos, en los que estaban comprometidos Freud y varios de sus discípulos. La mezcla de roles que M. Klein practicaba no era menor, según se puede deducir de la biografía de Grosskurth (1986). Hasta los años 40, y especialmente en la formación de escuelas, la difusión de roles parece haber jugado un papel importante. En aquellos tiempos muchos analistas didácticos estaban implicados en insanas confusiones de enredos personales, profesionales e institucionales. En retrospectiva, es entendible que se haya llegado a una formación reactiva, que después de muchas experiencias de demasiada humanidad el péndulo haya oscilado hasta el extremo opuesto. En las secciones pertinentes del tomo primero (1.6, capítulo 7 y 8.9.2) prestamos poca atención a este aspecto del desarrollo de la técnica psicoanalítica. Las dolorosas experiencias de muchos analistas contribuyeron al cambio extremo desde una difusión a una estereotipia de roles. Si ya se ha

llegado a la formación de escuelas, los discípulos se comportan como más papistas que el papa. En el aferrarse reactivo a la palabra literal, las idealizaciones se conectan estupendamente con los intereses del poder político de los respectivos grupos.

En la estereotipia del analista impersonal se pierde la naturalidad. La verdad es que de esta manera se evitaron muchas confusiones, pero la idea de poder alcanzar finalmente el análisis de la transferencia pura y no influenciada se probó como utópica. En el lugar del gravamen por la mezcla de roles apareció el traumatismo por la estereotipia de los roles.

Nuestra contraposición exige como solución una tercera vía, la que hemos descrito en muchos lugares del tomo primero, en especial en la discusión sobre la ampliación de la teoría de la transferencia. Visto desde la teoría de los roles, las tareas del analista traen consigo definiciones que en terapia son eficaces en la práctica y con las que el paciente se familiariza. En el consultorio, el paciente saca a la luz su mundo, los papeles que él juega, cuáles de ellos están más o menos dictados desde dentro de él mismo, dónde es auténtico y cuándo es inauténtico y dónde podría encontrar su verdadero ser. La fascinación que proviene de la autorrealización y, más aún, de la búsqueda por el verdadero sí mismo, tiene que ver con que éste último se mueva precisamente en el espacio ilimitado de las posibilidades o parezca encontrarse en las todavía inconscientes protoformas de las propias posibilidades de vida. En el guión del soñante se encuentran representaciones de sí mismo ajenas, complementarias y deseadas. Justamente, las posibilidades inconscientes no-natas son llamadas a la vida en el consultorio del analista. Naturalmente, el paciente sabe, en base a su experiencia de vida, que también el analista ocupa muchos roles en su propia casa, y está en condiciones de responder a determinados ofrecimientos de roles y de reaccionar emocionalmente. Para poner a prueba la capacidad empática del analista, los pacientes tocan todas las teclas. Si no se responde con reacciones naturales, las transferencias se sofocarán o se extinguirán en germen. Este escenario singular, que llamamos escuetamente consultorio, hace posible un actuar de prueba sin peligro. En esto, la condición previa es que también se otorgue el reconocimiento y que en cada atribución de roles se incorporen las ofertas inconscientes en el escenario del paciente. Las limitaciones profesionales de la relación entre paciente y analista se transforman en modelo de límites que, precisamente como tales, brindan seguridad. El espacio limitado del consultorio se nos convierte así en metáfora de naturalidad protegida. El (re)hallazgo de espontaneidad y naturalidad significa que el paciente puede saber de, y sobre, su analista, más de lo que ya sabe sobre el sentir y el pensar de aquél a través de las interpretaciones. El paciente se conoce a sí mismo

precisamente a través de interpretaciones desde la visión del analista, por eso pensamos que es enormemente importante que se dé a conocer al paciente también el contexto más amplio dentro del cual se encuentran los comentarios individuales, expresiones o interpretaciones del analista. Es terapéuticamente esencial hacer participar al paciente en el contexto, y revelar y fundamentar el trasfondo de las interpretaciones. Hay que distinguir de esto la participación del paciente en la contratransferencia del analista. Mientras menos sepa el paciente del contexto interpretativo, más grande será su curiosidad por el analista como persona. Desgraciadamente, sólo tardíamente nos llamó la atención este problema demasiado descuidado, y fácil de solucionar, de la técnica psicoanalítica (véase 2.4). Desde aquí, surge una respuesta bastante simple a la pregunta de lo que el paciente puede conocer y saber en el consultorio sobre el analista como persona: todo lo que sirva al conocimiento de sí mismo y que no sea un obstáculo para éste. A través de la naturalidad del analista, el paciente conoce algo de sí mismo. También la carencia puede ser un punto de partida de descubrimientos, pues sería una contradicción en sí mismo cumplir con cualquier expectativa convencional o equiparar éstas con una manera natural de reaccionar. Evidentemente, la naturalidad espontánea del analista puede moverse tanto dentro del código de comportamiento social habitual como también desviarse de éste. Lo último parece ser especialmente el caso cuando se desencadena una contratransferencia específica. La recomendación de, en caso de duda, comportarse de manera natural se orienta por las reglas sociales consuetudinarias que se resumen en el sentido común.

Nuestras reflexiones muestran que el analista, en el consultorio y en encuentros casuales fuera de él, se comporta naturalmente cuando da forma personal a las correspondientes expectativas sobre el rol a asumir. En esto queda un amplio espacio para la espontaneidad, en dependencia con las características especiales de cada paciente. Si esto se transforma en una estereotipia anónima, se seca una rica fuente de logro de conocimientos psicoanalíticos.

Queremos ilustrar nuestra exposición mediante dos ejemplos. Primero describimos la entrega de un ramo de flores de una paciente a su analista. De ningún modo quisiéramos contraponer a la regla de no recibir por principio ningún regalo la recomendación contraria. En base a una larga experiencia estamos convencidos de que el rechazo de regalos a menudo impide reconocer su contenido en significado. Rechazos o condenaciones pueden tener efectos secundarios difíciles de corregir (véase van Dam 1987; Hohage 1986). Lógicamente, la aceptación de un ramo de flores tiene asimismo efectos sobre el proceso analítico. De este modo, todo gira en torno a la pregunta de qué

comportamiento es más favorable en un caso dado y a qué criterios se puede recurrir para el proceso de decisión.

En el segundo ejemplo describimos un encuentro en el edificio, fuera del consultorio. Con facilidad se puede aumentar el número de ejemplos. En las grandes ciudades también sucede que muchos analizados pertenecen a los mismos subgrupos o al mismo campo profesional del analista. Por eso, los encuentros entre analistas y pacientes en actos culturales o en conferencias no sólo son frecuentes en las ciudades pequeñas. En nuestra opinión, es muy natural que en tales encuentros se sienta inseguridad.

Ejemplo 1: Un ramo de flores

Amalia X saluda con un ramo de flores en la mano.

P.: La verdad es que no es muy original, pero fue una idea mía.

Me adelanto a tomar el ramo, noto que las flores probablemente necesitan agua y las coloco en un jarrón. Crujido de papeles, manos ocupadas, corto intercambio de palabras, como se dio hasta que se sacó el papel y se aclaró si las flores cabían en el jarrón.

P.: Seguro que entran, las até especialmente bien.

A.: Hermoso ramo.

La paciente explica que la idea se le había ocurrido la tarde del día anterior.

Poco antes de la hora, ella misma había recibido flores y le había vuelto de nuevo el pensamiento.

P.: Entonces pensé si no sería más fino hacerle llegar las flores a su casa.

Ella constata por sí misma que estas reflexiones eran probablemente un pretexto y ...

A.: Habían otras razones, más esenciales.

P.: Pensé, entonces tendría que correr aquí menos Amok [correr poseído de locura homicida: no es infrecuente que los medios informen sobre tales hechos; nota de los traductores]. (Se ríe a carcajadas y se corrige.) No, como se dice, no, correr baquetas [castigo que consiste en pasar corriendo entre dos filas de personas que lo golpean al pasar; nota de los traductores] (nuevamente ríe a carcajadas) sí, no Amok, correr baquetas, si hago que se las envíen a casa, sería simplemente más decente y eh, no sé, tal vez no quise ser tan decente ...

Por sí misma descubre que el ramo de flores "es simplemente una colección de muchas cosas que se juntaron el fin de semana, de modo que yo misma todavía no sé que lugar tiene él".

Amalia X habla sobre las conexiones del ramo de flores que le fuera enviado a casa poco antes de la sesión. Relata sobre la visita de un conocido que, como estudiante, me conoce.

P.: Y en eso él habló de Ud. desde la visión de los estudiantes y de alguna manera me molestó tremendamente saber de pronto algo sobre Ud., poco, pero de todas maneras ... hasta ahora, a pesar de la viva curiosidad, no había escuchado nunca tanto sobre Ud. Ud. nunca ha dejado su sitio y de alguna manera las flores son quizás entonces también algo así, ¡bueno! me cuesta ordenarlo ...

Reflexión: Amalia X perdió el hilo y es palpable que ha escapado de un campo lleno de tensiones. Supongo que ha aparecido una resistencia, porque probablemente ha escuchado alguna crítica en relación conmigo. Llamo la atención de la paciente sobre el hecho de que ha reproducido muy resumidamente el informe del estudiante.

Resulta que el joven le había preguntado si se podía entender conmigo, que él no me entiende porque mi manera es muy complicada para su gusto.

P.: Y en eso tuve el sentimiento, hoy día con las flores, es de alguna manera una forma de desagravio, pero la palabra me molesta, no es un desagravio, cuando el estudiante me lo dijo no me molestó, porque a menudo yo también he sentido algo así. A veces Ud. no termina las frases. Hace sólo dos sesiones que hablamos sobre eso, pero a veces he pensado: por qué quiere él intencionalmente hacerme entender que yo no puedo pensar, y en tal medida eso fue ahora una compensación por todos estos años ... He pensado largamente, con ello Ud. me demuestra lo sinuoso y multifacético que puede pensar y me deja a mí el comprenderlo o no. Y en el momento en que el estudiante dijo que él también lo ve así y se atrevió a llamarlo complicado, fue para mí naturalmente un alivio, hm, y al mismo tiempo pensé hay que taparle la boca al muchacho malvado (se ríe al hablar).

La paciente habla ahora sobre sus experiencias con distintas relaciones que ha hecho a través de anuncios en los diarios [costumbre muy extendida en Alemania; nota de los traductores] y sobre lo confusa que la pone todo aquello.

P.: Okay, de alguna manera resulta todo lo que hago y probablemente para afirmar-lo y de alguna manera conectarlo con Ud. como garante, le compré las flores (ríe algo). De alguna manera me parece un juego limpio. Sí, creo como en un talismán superticioso, que Ud. vea con qué fin tiene que pagar el pato, también ahora.

A.: Como Ud. dijo antes, el objetivo de este ramo de flores es poner fin a una confusión aquí.

A continuación, la paciente informa sobre otro episodio de confusión, en el que otro hombre tendría que haber recibido flores de ella.

P.: Naturalmente, quería darle flores a S., pero la distancia era muy grande, en todo sentido, y entonces Ud. tuvo que pagar nuevamente el pato. Realmente es una ma-la cosa. (Breve pausa.) ¿Le duele? (Breve pausa.) Ah, claro, naturalmente no me va a responder.

A.: ¿Y cómo me podría doler que la distancia sea muy grande o que yo deba pagar el pato?

P.: Esto último podría dolerle, a Ud. A mí me hace daño que la distancia (con S.) sea tan grande. (Pausa más larga.)

A.: Y con las flores de hoy la distancia conmigo se acorta.

P.: Ud. tiene una manera, ah, de tomarme las palabras y simultáneamente de neutralizarlas, que eh, siempre desata en mí cosas tan diversas, en realidad dos senti-mientos distintos. Por un lado lo tomo tremendamente mal y luego me fascina.

A.: Sí, porque con las flores Ud. misma también lo neutralizó. (Breve pausa.)

P.: ¿A quien o qué cosa?

A.: al Amok (la paciente ríe).

Comentario: Con esta observación, el diálogo toma un giro sorprendente. No sólo antes de la entrega del ramo de flores la paciente se encontraba en un estado interior de tensión, estado que desencadenó el lapsus. El miedo a ser condenada se expresa en el correr baquetas, pero ella se defiende de este sometimiento terminando en el Amok. Entonces, es mucho lo que fue atado en el ramo, y por cierto mucho tiempo antes de la sesión. Si el analista no hubiera aceptado el ramo amistosamente, probablemente no se habría llegado a este revelador diálogo.

P.: Tengo que reírme ahora porque creo que aquí casi nunca he cometido un lapsus, creo que rara vez le he hecho ese favor, las veces se pueden contar con los dedos de una mano, pero qué significa eso en 4 años ... Que con el ramo no es muy fácil, es totalmente claro, aunque pase. Me dije en la sala de espera, ¡qué más da! le doy el ramo a la secretaria. Tuve el sentimiento de que Ud. estaba enojado, por eso tu-ve que agregar que no era muy original, casi disculpándome ... tuve el senti-miento de que con ello, eh, le mostraba algo indiscreto, debería habérselo hecho llegar a la casa, así, con tarjeta de visita y guante (se ríe y se queja al mismo tiempo).

A.: ¿Cómo es eso, el pensamiento de que no sería original?

P.: Bueno, debo decir algo: lo mejor hubiera sido simplemente haberlo mirado radiante (se ríe). Ahora por lo menos lo digo.

A.: Entonces, dicho indirectamente a través de las flores, mostrarme su radiante manera de ser directa, es decir, que después de larga reflexión Ud. se ha decidido a escribir cartas en respuesta a los anuncios del diario.

P.: Sí, corresponde a eso, porque he comprobado una y otra vez en los últimos días, también en los últimos años, que las cosas que más temía -y que a pesar de todo he hecho-, me han hecho avanzar un poquito ... y de no estar aquí, verdadera-mente serían muchas las cosas que no habría hecho.

A.: Sí, me alegro y le agradezco que lo haya dicho, y que yo haya podido contribuir en algo para que Ud. pueda hacer las cosas así como las quiere hacer.

Comentario: Al final de la hora, el analista agradece. El agradecer está incorporado aquí a la dación de estímulo y unido a reconocimiento. Con ello, el trabajo inter-pretativo encuentra su remate temporal.

Ejemplo 2: Un encuentro fuera del consultorio

En encuentros entre paciente y analista fuera del consultorio, para ambos involucrados es difícil mostrar la naturalidad que corresponde a la situación y encontrar un tono no forzado en la conversación. El intercambio en el consultorio es demasiado intenso y peculiar como para encontrar una transición fácil hacia otros roles sociales. Recomendamos reconocer estas dificultades, habiendo hecho la experiencia de que de tal reconocimiento nacen efectos liberadores tanto para el paciente como para el analista.

Erna X pasa por mi lado en el edificio del instituto, cuando yo me encontraba con un grupo de hombres. Impresionada por el color azul de mi traje, lo primero que pensé fue: "Ese es el mayordomo." Este pensamiento la espantó y su inseguridad cuando pasó al lado de los hombres se hizo casi intolerablemente intensa. Las ocurrencias más importantes rezan, en resumen:

El señor Z., el mayordomo, es amable, a diferencia de muchos otros que uno encuentra en este edificio. Es bastante raro que alguien salude. A lo mejor el personal cree que no se debe mirar a los pacientes. Las señoras y los señores que tienen su pieza acá arriba pasan por el lado de una, son hoscos, soñadores, ausentes en sus pensamientos - con libros bajo el brazo. La amabilidad del mayordomo conforma un claro contraste. "Quizás lo relaciono con el mayordomo porque él es la única persona amable en esta casa."

Se trata entonces de su rol doble, de ser saludada y considerada como mujer y como paciente: saludar al médico como paciente o ser primero saludada como mujer. Mi interpretación se refiere a su inseguridad en relación con los roles: "¿Es Ud. la paciente que saluda sumisa, o la mujer que es esperada y se alegra

de ser tomada en consideración? Consideración que en la vida diaria se expresa en el hecho de que los hombres saludan a las mujeres." La paciente trae recuerdos de su niñez, de la obligación de saludar que le fuera impuesta como niña. "Para mi abuela era muy importante que yo pasara por una niña amable." Se interpreta la rabia de tener que comportarse con tanto sometimiento, lo que a su vez aumenta su inseguridad. Más adelante se expresa la sospecha de que quizás ella saluda muy rápidamente para evitar la situación de ser primero saludada. Así no le daría al médico, como hombre, la oportunidad de considerarla y, con ello, de cumplir con su deseo. Sí, ella evita tales situaciones embarazosas, ella misma recoge su abrigo y no permite que la ayuden para no sentirse turbada.

Emergen recuerdos de la pubertad. La turbaba que el papá o el tío la ayudaran a ponerse el abrigo. "Una se siente entonces observada. El sostiene el abrigo y yo no me lo pongo. Si Ud. me presentara el abrigo yo me pondría nerviosa y seguro todo se embrollaría. Es una muestra de ayuda que molesta." Preferentemente, ella suele dejar el abrigo en el auto, para no tener aquí problemas al ponérselo o al sacárselo.

Hoy debería haber elegido más bien un desvío si hubiera sabido que tendría que pasar junto a mí. La interpretación que sigue relaciona el conflicto de roles temprano con el conflicto del momento.

A.: Entonces no podía suceder que Ud. fuera considerada como una mujer adolescente. Pues entonces habrían despertado los deseos. Deseos que en un sentido amplio tienen que ver con desvestirse y vestirse, con el ser vista, con ser tenida en cuenta, con ser admirada.

P.: Todavía me siento como una niña pequeña.

Ya en la última semana la paciente se había ocupado del vestirse y desvestirse, y ahora trae un recuerdo. Precisamente en el tiempo de la presentación del abrigo, había pensado noches enteras en la siguiente escena: El tío y la tía los visitaban a menudo. Ella se iba temprano a la cama. Dos veces pasó que el tío entró a la pieza sin antes haber golpeado. Estaba ya desvestida, casi desnuda. Para primero aliviar a la paciente, le llamo la atención sobre el rol del tío.

A.: Quizás él estaba curioso. ¿Porque probablemente eso no fue una casualidad, o no?

P.: Fue enormemente grosero de su parte, había tomado algo. Todo era muy inquietante. Y no podía decir nada, porque era una niña pequeña a la que nada tenía que importarle.

A.: Si Ud. se hubiera quejado, es claro que habría puesto de manifiesto que ya no se sentía como una niña pequeña, sino como una mujer adolescente que percibe su irradiación erótica. Eso habría revelado si se hubiera quejado.

P.: Es claro que él habría entonces dicho: ¿qué es lo que quieres? Mis padres habrían dicho: ¿en qué estás pensando? ¿sólo piensas inmundicias? Además, este tío siempre contaba chistes y yo no debía reírme. Si me reía, me decían: ¿de qué te ríes?, si tú no entiendes nada. Así se me echaba a perder la risa. Hasta el día de hoy tengo estas dos vivencias metidas en los huesos.

Ella inventó todo tipo de trucos para que el tío no viniera a la pieza.

Inmediatamente antes de una sesión posterior, ocurrió una escena comparable fuera de la pieza de consulta: yo había visto venir a la paciente atravesando la puerta de entrada e iba delante de ella subiendo la escalera. Para evitar el largo camino en común a través de varios pisos, me desvié hacia la pieza de un colega con quien de todos modos quería hablar sobre algo. Esta reacción se produjo como por reflejo y con resolución, y con la intención preconsciente de eludir las complicaciones que suelen aparecer con el largo caminar juntos. Yo había olvidado la escena anterior.

La paciente creyó que me había metido rápidamente en la pieza del colega por solicitud de mi parte y para ahorrarle una situación embarazosa. A lo largo del ir y venir, le dije que no me acordaba de la escena del mayordomo, que había sucedido mucho tiempo atrás. Que yo realmente tenía que hablar algo con mi colega. Por lo demás, tampoco para mí era fácil solucionar los problemas que aparecen con los encuentros fuera del consultorio. También en mí surgiría una cierta turbación y tendría que superar una situación embarazosa. El balbucear dos o tres palabras sería algo muy diferente de una conversación analítica. Pero, por otro lado, callar sería derechamente algo desacostumbrado.

Esta comunicación produjo un gran alivio en la paciente. Es entonces algo objetivo -así se expresó- que este problema no sea fácil de solucionar -tampoco para mí, el analista: callar mientras se camina juntos contradice las costumbres sociales. Inmediatamente después del saludo sería más bien corriente intercambiar un par de palabras. Agregó que "eso también vale para mi manera de sentir; sin embargo, es claro que no es necesario atenerse a esa costumbre, pues ¿por qué -por ejemplo- no podríamos caminar juntos en silencio?"

7.8 Grabaciones magnetofónicas

En vez de construir un ideal de proceso psicoanalítico, como lo hizo Eissler (1953), y después negociar compromisos más o menos aceptables, pensamos

que tiene mucho más sentido investigar la influencia de las condiciones intervinientes. Las grabaciones magnetofónicas pertenecen al grupo de variables intervinientes que hemos investigado en profundidad (Ruberg 1981; Kächele y cols. 1988). Los resultados obtenidos por nosotros confirman que la significación de este influjo, en sus diferentes manifestaciones, puede ser reconocido y elaborado de manera fructífera. A menudo, ciertos problemas se llegan incluso a actualizar más rápidamente, de modo que la proyección de significados en la grabadora puede transformarse en punto de partida de diálogos provechosos.

De acuerdo con la experiencia, ambos participantes se acostumbran a la idea de que es probable de que terceras personas examinen su conversación. La grabación pasa entonces a formar parte del trasfondo silencioso, que como todas las exterioridades de la situación analítica, en cualquier momento puede llegar a tener efectos dinámicos. Además, tanto el aparato invisible y silencioso como el micrófono apropiadamente disimulado recuerdan, a través de su presencia de hecho, que yacente y sedente no están solos en el mundo. El anonimato y el cifrado pueden asimismo llegar a ser tema de reflexión conjunta, aun cuando la garantía de confidencialidad y la supresión del nombre sean algunos de los prerequisites para la introducción de este medio auxiliar. La verdad es que esta protección vale sólo para el paciente. A pesar de la supresión del nombre del analista tratante, en la comunidad profesional se corre la voz de quién fue el que condujo este o aquel tratamiento re-producido tan en detalle. En los diálogos que publicamos, el estilo personal de hablar y el pensamiento y actuar analíticos son reconocibles para los colegas de especialidad.

Creemos que en muchos sentidos puede ser provechoso dar a conocer a los pacientes el objetivo de las grabaciones magnetofónicas en la terapia, es decir, que el analista está dispuesto a consultar con sus colegas. Con todo, existe entre los analistas un estilo de discusión tal, que hace comprensible que la mayoría aún vacile en hacer uso de este medio auxiliar, aunque éste, a través de la reflexión crítica (en base a diálogos transcritos), pueda hacer progresar, mejor que ningún otro, la acción terapéutica.

Naturalmente, el analista no solamente tiene derecho a la libertad personal y a la vida privada, sino también a configurar su espacio profesional dentro del sistema de valores de la comunidad de colegas de acuerdo con su propio buen criterio. Probablemente, una mezcla entre diferentes rasgos de carácter que se asocien con curiosidad científica y fe en el progreso facilita el exponerse totalmente desprotegido a una revelación profesional de sí mismo. Sea como fuera, hemos hecho de la necesidad una virtud e incluso llegamos a atribuir a la introducción de las grabaciones magnetofónicas una función curativa, en varios sentidos: para

el analista como individuo, cuyo narcisismo será puesto duramente a prueba, para la comunidad profesional, cuyas discusiones científicas ahora podrán partir de la base de diálogos auténticos, y no exclusivamente de relaciones sobre hechos, y para el paciente, que indirectamente aprovechará el resultado de todo lo anterior. Es un signo de los tiempos el que algunos pacientes lleguen incluso a traer su propio aparato de grabación. Es recomendable contar con tales sorpresas. Ya que es indudable que puede ser útil para el paciente examinar nuevamente el diálogo, hay que tomar este interés muy en serio, aun cuando tal acción sea motivada por la intención inconsciente de estar bien protegido en el caso de un error técnico. El diálogo comentado por Sartre (1969), que un paciente impuso a su analista y que fue además grabado por el primero, es estremecedor. En él, los roles se invierten y el paciente ofrece ahora a su analista justamente las mismas interpretaciones de castración que éste durante años presuntamente le habría lanzado por la cabeza.

En todo caso, para la comunidad profesional no debiera ser de ningún modo dañino que mediante grabaciones originales o transcripciones se investigue más en detalle lo que los analistas hacen o dicen en la sesión y las teorías por las que se dejan conducir en su hacer terapéutico. El ser confrontado con la propia conducta terapéutica podría tener un efecto curativo sobre las presunciones narcisistas. Haciendo alusión a las conocidas palabras de Nietzsche: en la lucha entre el orgullo, la realidad y la memoria, las voces registradas en la grabación traen de tal modo los hechos al recuerdo, que al orgullo le es difícil permanecer implacable y triunfar sobre la memoria.

7.8.1 Ejemplos

Es evidente que la introducción de las grabaciones magnetofónicas inquieta más a la comunidad psicoanalítica que a los pacientes mismos. En el intento de traer algunas reservas a un denominador común, nos topamos nuevamente con las normas técnicas ideales de Eissler (1953) y con sus correspondientes -así llamados- parámetros, discutidos en detalle en el tomo primero y mediante los que se creyó haber solucionado varios problemas.

Hasta ahora no hemos tenido la experiencia de que las resistencias que desencadena o refuerza la presencia de una grabadora hayan sido inaccesibles a la interpretación. Lo dicho será ilustrado a continuación mediante experiencias prácticas con el uso de la grabadora, en las que damos un valor especial al manejo interpretativo de las reacciones del paciente.

El supercensor

En la sesión n.º 38, Amalia X habla sobre su experiencia terapéutica durante sus estudios; el terapeuta de entonces no le había devuelto su diario de vida; la paciente se había sentido como puesta en interdicción. Yo ofrezco la siguiente comparación: Quitar el diario de vida corresponde a quitar los pensamientos a través de la grabadora. La paciente dice no saber nada sobre el uso de las grabaciones, pero al final anota: "Tengo además que decir que eso no ocupa mucho lugar en mi fantasmía." En la sesión siguiente la conversación gira en torno al tema de dar y tomar, y yo nuevamente ofrezco la idea de que la grabadora toma (quita) pensamientos.

P.: Probablemente eso me perturba menos; es un medio tan alejado.

En primer lugar, esta respuesta aclara que la paciente, en la fase inicial del tratamiento y después de una perturbadora experiencia en su terapia anterior, había logrado rendirse cuentas claras sobre cómo ella ve el estado de cosas en el momento actual.

A veces, deseos especiales de discreción llevan a la petición de desconectar transitoriamente la grabadora. Así, esta paciente informa de una colega, también en terapia, el nombre de cuyo terapeuta sólo podría decir si el aparato fuera desconectado (sesión n.º 85). Yo puedo corresponder a tal deseo o destacar el aspecto resistencial del mismo y explorar fantasías de si acaso la paciente cree poder hacer daño a la colega. Por lo demás, el fenómeno de proteger a los demás a través de la discreción y de querer por ello derogar la regla fundamental para una información especial, aparece también en cualquier análisis, sin grabaciones magnetofónicas.

En el caso de grabaciones simultáneas, hemos podido observar una y otra vez que el pensar en la grabadora empuja de pronto el flujo de ocurrencias hacia adelante, como se puede ver en el ejemplo siguiente:

En la sesión n.º 101, Amalia habla con mucha resolución sobre sus dificultades sexuales, aventurándose bastante en ello; hacia la mitad de la hora se espanta de manera creciente sobre la intensidad de sus exigencias; le interpreto el miedo "de que ella pueda ver sus fantasías y a ella misma como adictas o perversas o, también, algo así como si yo sólo aparentara que no la consideraba perversa o adicta". La paciente llega sola a una apreciación diferenciada: "Cuando pienso sobre ello, sé que Ud. no piensa así", pero ella misma lo piensa de ese modo y teme que los otros digan: la vieja X o algo así. En ese momento se le ocurre: "¿Sigue funcionando la grabadora?" El pensamiento se relaciona con la idea de

que una vieja secretaria escribe a máquina estos protocolos; ocurrencias posteriores conducen hasta el padre confesor, etc. Es claro que la grabadora actúa aquí como vehículo de objeciones prohibitorias, normativas.

En la sesión n.º 242, la paciente echa de menos el cable del micrófono en la pared; especula que la presunta desaparición de la grabadora, mejor dicho del micrófono, insinúa la terminación del tratamiento. Tiene miedo al corte del cordón umbilical. Han desaparecido las ideas anteriores de que mis colegas escuchan sonriendo las grabaciones.

Por lo demás, en relación con esta paciente podemos señalar, en base a los estudios empíricos realizados por nosotros, mencionados al principio, que en una muestra de un 1/5 de todas las sesiones de tratamiento (n=113 horas), la paciente puso la grabadora como tema (y lo elaboró) en el 2,7% de las horas (Ruberg 1981).

Simulacro

Francisca X llega al tratamiento bien dispuesta en relación con la grabadora, porque su hermano, científico social, ya antes del análisis le ha recomendado el uso de la grabadora como una manera de ayuda a sí misma. La paciente cae muy rápidamente en un enamoramiento transferencial, con las correspondientes dificultades (véase 2.2). En la tercera hora, manifiesta que lo mejor sería desconectar todas las expectativas, fantasías y deseos, todo lo que despierte el interés emocional por el terapeuta.

P.: Sí, si eso se pudiera hacer, me sería mucho más fácil describir las cosas de manera imparcial, si Ud. no me diera vueltas en la cabeza, si pudiera desconectarlo totalmente, si estuviera sola en la pieza y tuviera que hablar a una grabadora.

Aquí la grabadora funciona como un psicoanalista hechizo, que no despierta miedo por la pérdida de distancia.

En la sesión siguiente, Francisca X pregunta si la grabadora no está conectada, porque la tapa está cerrada. Entonces relata que ayer había tomado mucho (algunas copas de vino). Relaciono ambas comunicaciones en la pregunta de si acaso no tendría el deseo de que el aparato no funcione. La paciente aborda sólo la negación y más bien acentúa: "No, no lo creo, hasta ahora eso no me ha perturbado nunca ... [casi irónicamente] quizás tengo la preocupación de que mis valiosas expresiones no sean registradas ... y quizás además está funcionando."

En el tono irónico estaba contenida la angustia por la falta de valor, como se vería más adelante.

Las reacciones frente a la grabadora cambian de acuerdo con los cambios dinámicos. En la sesión n.º 87, Francisca X reflexiona sobre sus ganas y falta de ganas en relación con la terapia.

P.: A veces pienso en lo que hemos logrado hasta ahora en el análisis y entonces siempre se me ocurre que lo mejor sería que tomara todas las cintas, las arrojara al fuego y empezara todo de nuevo ... He llenado las cintas con blablá. Me imagino que en una hora se da una sola frase buena y por esta frase Ud. tiene que estar 50 minutos sentado y escuchar, con la esperanza de que venga una, y a veces no viene ninguna, y por eso pienso que entonces Ud. está insatisfecho y de nuevo enojado conmigo.

A.: De invertir tanto, de invertir tantas cintas en Ud. y de recibir tan poco a cambio.

P.: Sí, es como si yo fuera una alumna que necesita repasos, con gusto sería una buena alumna para que Ud. pudiera estar satisfecho conmigo.

En la sesión siguiente, al principio no se le ocurre mucho. Luego, Francisca X declara que si tiene el sentimiento de haber caído bien habla "muchísimo, a veces demasiado ... y cuando sólo tengo el sentimiento de que Ud. es frío, entonces nada funciona tan bien." Conecto esto con las ocurrencias en torno a la grabadora: "En la última hora Ud. tenía el sentimiento de que sólo tenía para ofrecer cosas sin valor; al menos una pizca de bueno tiene que tener para mí." Francisca confirma una vez más que ella tiene el sentimiento de tener que aportar algo especial para recibir reconocimiento.

Auditorio

Conrado Y, investigador en ciencias básicas, en análisis a causa de una impotencia y de dificultades en el trabajo, en la sesión n.º 4 mira brevemente al pasar el micrófono, se recuesta y, después de una corta pausa, comienza con su relato. Se conecta con experiencias de su juventud, reanimadas en la sesión anterior. En general, había sido un muchacho tranquilo y formal, sólo jugando al fútbol podía desfogarse. Con todo, como restricción plantea que cada vez que habían espectadores jugaba especialmente mal.

A.: Ah, como si temiera ser objeto de la atención.

P.: Sí, todo se esfumaba entonces, si cumplía con la expectativa de tener que mostrar mis capacidades.

A.: Al entrar Ud. miró brevemente al micrófono: ¿está eso probablemente en relación con alguna expectativa de ese estilo?

P.: No, hoy día eso no me preocupa especialmente, pero ayer sí que me llamó la atención. Tuve en eso un intenso sentimiento de tener que llenar la cinta, de que no podía producirse un vacío, de que algo tiene que ser grabado.

A.: Estas expectativas, que Ud. fija a la grabadora, representan mis expectativas en relación con Ud.

En la hora n.º 54, Conrado Y habla por sí solo, inmediatamente al comienzo, sobre la grabadora. Siente como si tuviera que dar una conferencia, como si estuviera frente a un auditorio, y con ello relaciono la idea de que lo que él tiene para decir no está suficientemente listo, suficientemente elaborado; que es como en su cuaderno de trabajo, en el que hace anotaciones sobre los experimentos, que sólo mucho después serán accesibles para los demás.

Conrado Y permanece largo rato en los pensamientos sobre la grabadora, de modo que después de un tiempo sospecho la aparición de una resistencia y le digo que para él hoy día es más fácil hablar de la grabadora que de otras cosas.

A continuación, el paciente comienza a hablar, de manera muy enredada, sobre las experiencias sexuales con su novia, que vivió el pasado fin de semana.

Al comienzo de la sesión siguiente, Conrado Y se refiere nuevamente a la grabadora; que hoy día el ambiente ya es mucho más amable, que es como si hubiera una tercera persona presente, que se la podría representar como un médico joven. El podría finalmente tolerar que alguien escuche. Probablemente, agrega, las grabaciones se usan para dar clases.

Luego, la fantasía amenazante y fascinante del gran auditorio se ha suavizado, es más realista y al mismo tiempo ha llegado a ser más tolerable. Con ello se conecta el que retome el informe sobre la relación sexual con su novia con un compromiso perceptible. Por una enfermedad de la mujer, por algún tiempo no pudieron darse relaciones sexuales. La prohibición producida por la enfermedad le había dado el sentimiento de que la muralla, la barrera que él tenía que saltar para llegar a tener relaciones sexuales no era tan alta. Ahora, a medida que el fin de semana con su novia se acercaba, había podido registrar precisamente cómo crecía progresivamente su expectación ansiosa. De pronto, en la noche no "lo" pudo conseguir, en su manera desamparada no pudo consumir su excitación.

Interpreto que probablemente no se pudo abandonar, del mismo modo como aquí no se puede dejar llevar en el relato. Agrego además la sospecha de que se siente observado, de que se compara con otros hombres, algo que por cierto no aparece en su descripción, sino que es un complemento mío.

Continúa relatando que tuvo un dormir negro, sin sueños y con el color "negro" del sueño se esfuerza en hacerme comprender algo que me aparece extraño. En

la mañana se había sentido ligeramente excitado y había aprovechado la ventaja de la hora para saltar la barrera.

Pensé que probablemente era la barrera del sonido de la comunicación concreta de su relación sexual la que había superado. Le digo esto y se sorprende mucho: asin-tiendo, le llama la atención de que hasta ahora nunca había hablado aquí sobre ello, aunque a menudo haya tenido la necesidad de hacerlo.

Me es claro que el trabajo sobre el significado de la grabadora, en especial las in-terpretaciones transferenciales relacionadas con ella, lo había alcanzado y por eso en la sesión había podido superar la barrera del sonido de la intimidad.

En la sesión n.º 57, comunico a Conrado Y mis planes de vacaciones, que incluyen una ausencia prolongada por razones profesionales. En sus representaciones sobre las razones profesionales que motivan mi viaje, el paciente llega a la idea plausible de que probablemente se trate de un viaje para dar conferencias. En este contexto emerge nuevamente la grabadora. Esta vez como indicador de científicidad, de experimentos de laboratorio, de ser un conejillo de Indias, como expresión de frialdad del terapeuta. En la elaboración de estas vivencias el humor del paciente sufre un vuelco.

P.: Con todo, la grabadora tiene algo bueno, por lo menos probablemente las cintas se quedan aquí, y con ello algo de nuestra relación se queda en prenda en el país.

Interpreto la conexión entre las vacaciones, la ausencia y su reacción frente a ellas, como expresión de la antigua pregunta de cuán valioso es él para mí y con cuánta consistencia estoy a su disposición.

Control

Ya del intento, derechamente difícil, de motivar a Enrique Y para un tratamiento, se podían sospechar los problemas que movilizaría su desconfianza general hacia la propia persona del terapeuta, y por cierto también hacia las grabaciones magneto-fónicas.

En la sesión n.º 16, el paciente me sorprende con un grabador de cassettes que pone en funcionamiento antes de que termine de preguntarme si lo puede usar. Le llamo la atención sobre la simultaneidad de ambas acciones -la petición de consentimiento y la puesta en práctica anticipada del consentimiento- y agregó que para él debe ser probablemente muy importante grabar la conversación. Ya que por mi parte le había pedido su consentimiento para las grabaciones, sería probablemente adecuado que también se lo permita a él. A continuación el

paciente se ríe, perceptiblemente aliviado. En ese momento no planteo otras preguntas acerca del fin y el fundamento de su actuar.

Luego comienza Enrique Y, como algo habitual para este estadio inicial del tratamiento, a quejarse vehementemente de que no pasa nada, de que el tratamiento hasta el momento no muestra muchos éxitos y de que se siente nuevamente lleno de estados de ánimo depresivos. Que el fin de semana recién pasado había estado en una jornada sobre budismo Zen, donde esperó poder recoger sugerencias adicionales como ayuda para su vida.

A.: ¿Sugerencias adicionales? - Eso también significa que nuestras sesiones no han dado suficientes.

P.: Exactamente, las horas pasan tan rápidamente y después nunca puedo retener precisamente lo que realmente pasó.

A.: En eso, las grabaciones serían un medio seguro para escuchar todo nuevamente, con tranquilidad.

P.: Sí, yo espero poder repasar las horas en detalle y con ello sacar más de las sesiones. Se las hago escuchar a mi amiga Rita -que también tiene experiencia con psicoterapia- y ella me puede entonces decir si esto está funcionando como debería.

A.: Sí, en este período inicial, en el que Ud. sólo después de mucha vacilación pudo decidirse a tomar este tratamiento, aparece lógico pedir consejo a alguien. Sea lo que sea, la depresión intensa se desencadenó cuando Rita (la amiga) creyó estar embarazada.

¿No podría ser que con la grabadora Ud. además ejerce un control sobre lo que pudiera hablar conmigo aquí?

P.: La Rita tiene que saber tranquilamente lo mal que me va y cuánto le corresponde a ella en eso.

A.: De modo que ésta es una vía indirecta de comunicar a Rita algo que Ud. no quiere, o no puede, decirle directamente.

P.: Ah, las cosas que digo aquí, así puedo mostrar que eso sí que forma parte de la terapia.

A.: Que la responsabilidad la tengo yo y que nadie le puede pedir cuentas a Ud. por eso.

En este punto el paciente se ríe pícaro y subraya que lo he pillado en sus pensamientos ocultos. Agrega que quizás sea mejor parar el aparato y decirle a Rita que no había funcionado.

A.: En todo caso, el espacio que ambos compartimos se vería así protegido de ser censurado por alguien y con ello probablemente también se lograría una pizca de libertad.

Sin embargo, esta elaboración no basta para el otro aspecto de la conservación de las horas, buscada por el paciente. Por eso subrayo nuevamente que esta observación es muy importante y que debemos buscar, en conjunto, medios y vías para dar forma productiva a la reelaboración de las sesiones.

Desconectar

En una sesión, Arturo Y pide que se desconecte la grabadora. Después se refiere al tema que no debía ser registrado. Se trata de un conflicto desencadenado por la falta de decisión de su hija frente a la elección de profesión. Esta estaba indecisa entre seguir la formación empezada en una escuela técnica superior o estudiar más bien en una universidad. Sin embargo, al matricularse la hija habría declarado que no existía otra relación de formación profesional. Por otro lado, la hija quisiera pasar primero por un tiempo de prueba en una universidad, antes de abandonar definitivamente la otra formación. Enrique Y ahora teme que la información sea controlada. Su exceso de preocupación se interpreta en el contexto de sus antiguas angustias de causar algún daño, más o menos de la misma manera como a él le fue causado, es decir, se trata nuevamente del tema del sujeto y del objeto, del trueque de identificaciones sadomasoquistas. Con la desconexión de la grabadora, el paciente no sólo quisiera evitar el peligro, prácticamente no existente, de que algo pueda hacerse público. Nuevamente se trata de un encantamiento transmutativo, es decir, de la anulación de un daño imaginario en virtud de la magia de sus pensamientos. La elaboración de este tema ocupa el resto de la sesión; la grabadora no es conectada de nuevo.

En suma, por primera vez después de largo tiempo, el paciente mencionaba la grabadora. Antes de la desconexión, yo le había recordado de que en una hora muy anterior él había llegado a pedirme conservar a toda costa una conversación: quería tener acceso para siempre al episodio en que había tomado conocimiento de que por un momento se había sentido como un brutal oficial de la Gestapo. Pensaba que ello se relacionaba con el insight sobre sus angustias de castigo y sobre el cambio brusco del delirio de grandeza al de pequeñez, del sadismo al masoquismo. Por lo demás, el paciente había tenido una vez el deseo de leer la transcripción de una sesión. Se llegó al acuerdo de que antes de la próxima sesión él podría leer un protocolo de sesión en la sala de espera. El paciente incluyó el tiempo correspondiente en su planificación. El texto no le dijo nada nuevo. Algo esencial fue que el paciente haya encontrado satisfactorio el cifrado.

Poner en ridículo

Después de una clara mejoría de síntomas severos y de un considerable aumento de su alegría de vivir, Rodolfo Y reflexiona, al comenzar una sesión, sobre cuándo podría terminar el tratamiento. Está entusiasmado con sus amistades y con su cre-

ciente capacidad para tomar contacto. Luego surge el tema de cuál ha sido el aporte del analista en los progresos terapéuticos.

P.: Sí, lo que sucede es que Ud. no se merece la alegría de haber aumentado los co-nocimientos a costa mía, de haber encontrado una confirmación de lo bueno que Ud. es, y de lo mucho que sabe gracias a mí.

A.: Entonces no es una alegría que se refiera a Ud., de algo que por otro lado tam-bién lo beneficie a Ud.

P.: Sí, yo soy un medio para un fin. (Pausa muy larga.) La cinta que corre en vano, no graba nada (ríe).

A.: El terapeuta no tiene nada para enseñar a los oyentes curiosos. (El paciente ríe fuerte.)

A.: Yo, que quiero enseñar algo, que quiero mostrar lo bueno que soy, no tengo nada para exhibir.

P.: Sí, así es.

A.: Se pueden exhibir "los silencios completos" [alusión a "las obras completas"; nota de los traductores]. (Ambos ríen sonoramente.) Así se documenta mi impo-tencia.

P.: Sí, el silencio.

A.: Entonces, con ello se logra una compensación. Hoy día, en el largo silencio de la cinta está la compensación por la sumisión, con la que una vez estuvo confor-me, de que yo pueda saber tanto sobre Ud. Hoy día soy yo quien queda en ridículo, el impotente, el objeto de las risas. El pensamiento de que mis colegas se van a reír de mí le produce alegría.

P.: Sí, sigo oscilando entre dos extremos: o total sumisión frente al jefe o consi-derarlo una mierda.

Comentario: También la grabadora está incluida en la oscilación entre los extre-mos y en la polarización entre poder e impotencia. La risa conjunta de ambos acompaña el insight sobre esta parcelación, que es aumentada y mantenida a través de la atribución del paciente. Las grabaciones magnetofónicas brindan una ocasión bienvenida para ilustrar de manera ejemplar un tema de la transferencia. Claramen-te, Rodolfo Y capta que con su silencio puede poner en

ridículo al analista. Junto con la catarsis, se arreglan en la transferencia antiguas cuentas.

7.8.2 Argumentos en contra

Precisamente a causa de nuestra valoración positiva de la utilización de textos originales completos para la discusión clínica y el análisis científico, tomamos en serio los argumentos en contra. Por ejemplo, Frick (1985) intenta apoyarse en la afirmación de que las grabaciones magnetofónicas distorsionarían el proceso terapéutico. Informa que, a pesar del consentimiento de un paciente para hacer grabaciones, sus asociaciones hablaban a favor de que se sentía latentemente explotado y seducido. Después que la terapeuta, por iniciativa propia, desconectara la grabadora, el paciente habría cambiado positivamente en varios ámbitos de su vida.

La autora se ve con ello confirmada en su concepción de que debe sujetarse firmemente al encuadre ideal, en el sentido de Lang, para conservar la "santidad" de la relación terapéutica. Por lo que dice, ninguna interpretación pudo "descontaminar" los efectos negativos y destructivos de las grabaciones magnetofónicas.

Si esta constatación fuera cierta más allá del caso individual, las ventajas y desventajas de este medio auxiliar debieran ser nuevamente ponderadas en detalle. En los hechos, en este caso individual son muchas las cosas que parecen haber salido mal, algo que ahora Frick carga en la cuenta de las grabaciones magnetofónicas. El paciente fue tratado en una policlínica por dos asistentes en forma sucesiva, es decir, probablemente por candidatos en formación. La primera terapeuta se retiró a la práctica privada después de 4 semanas de terapia y la segunda terapia se limitó a 9 meses sobre la base de 2 sesiones semanales. En el último cuarto de la primera entrevista la terapeuta informa al paciente sobre la regla fundamental y le pide el consentimiento para grabar todas las sesiones futuras. El que la asistente supervisara el caso queda implícito, pero no fue algo discutido con el paciente.

Se puede sospechar que la autora actuó como supervisora; sea como fuera, Frick hace comentarios reveladores sobre exposiciones del paciente reproducidas literalmente. Sin embargo, queda totalmente en el aire si se dieron interpretaciones, y en caso positivo, cuáles, para aclarar y solucionar los problemas que eventualmente el paciente exponía en la grabadora. Sin la reproducción de una gran cantidad de secuencias interpretativas, no se puede aclarar la influencia de la grabadora ni tampoco se puede afirmar que el proceso

ha sido distorsionado. En sólo una interpretación se establece una analogía entre una situación con una amiga y la transferencia respecto del tomar y del dar, de ser explotado y bien aprovechado, etc. En nuestra opinión, tales analogías pueden, a lo más, llamar la atención de un paciente sobre una conexión posible, sin que en sí mismas sean provechosas; sin un esclarecimiento profundo, tales alusiones actúan más bien envenenando que descontaminando. Más aún, aumentan la revalorización paranoide de la grabadora. Este ejemplo de ninguna manera apoya las consecuencias negativas de la autora y, a lo más, sirve para mostrar nuevamente que los protocolos verbales pueden co-localizar la discusión clínica sobre una base fiable (véase Gill 1985).

De un resumen del estado actual del conocimiento sobre la influencia de las grabaciones magnetofónicas sobre la situación psicoanalítica, es decir, sobre paciente y analista, se pueden sacar cuentas positivas. Naturalmente, los involucrados no quedan indiferentes frente al hecho de que un tercero los estudie.

Finalmente, se puede plantear la pregunta: ¿cómo debiera ser creado un ser humano para que no se deje afectar ni limitar en su espontaneidad y libertad por el co-nocimiento de que también terceras personas desconocidas examinan sus pensamientos anónimos? Esta pregunta no está muy lejos de otro problema: ¿en qué estadio del proceso analítico se convierte para el paciente en cosa secundaria lo que el analista piensa sobre él? En algún momento, el "estar interesado" se desvanece, para decirlo con las palabras de Nietzsche en La Aurora:

Por qué me vuelve una y otra vez este pensamiento ... de que siempre se presupone que de la inteligencia (Einsicht) del origen de las cosas tenga que depender la salvación del hombre. De que ahora por el contrario, mientras más nos adentramos en el origen, menos participamos con nuestro estar interesado; sí, de que todo el aprecio y el "estar interesado" que hemos colocado en las cosas comienza a perder su sentido, mientras más logramos conseguir de las cosas mismas con nuestro co-nocimiento retrospectivo. Con la inteligencia del origen aumenta la insignificancia del origen, mientras lo próximo empieza gradualmente a revelar, para nosotros y en nosotros, colores y bellezas, y enigmas, y riquezas, y significación, ... (Nietzsche, citado según 1973, vol 1, p.1044; cursiva en el original).

8 Medios, vías y metas

Consideraciones previas

Mediante la exposición de casos concretos, y bajo el punto de vista del tiempo y del espacio (8.1), ilustramos temas importantes, como son el arreglo horario, el contener y conservar y las reacciones de aniversario.

A la reconstrucción de las influencias históricas y políticas sobre la historia de vida personal, le dedicamos una sección propia (8.2), debido a la especial significación de este tema.

La investigación de las acciones interpretativas es, desde hace tiempo, uno de los puntos centrales de nuestro interés, por eso recurrimos a un ejemplo redactado hace ya muchos años (8.3).

A través del actuar (8.4), llegamos al tema del reelaborar (8.5). Introducimos los 5 ejemplos (8.5.1 – 8.5.5) con una detallada presentación casuística de la repetición de los traumatismos en la transferencia, y su dominio.

Las interrupciones a lo largo del análisis (8.6) traen problemas especiales consigo, hasta que se acerca la despedida final, cuya significación ilustramos en conexión con la terminación, en el capítulo 9. En todos los capítulos de este libro el lector se topa con los medios inespecíficos y específicos que paciente y analista usan para encontrar su camino. Por lo tanto, en el tomo práctico, la heurística psi-coanalítica no se restringe al capítulo séptimo.

8.1 Tiempo y espacio

8.1.1 Arreglo horario

Lo que más se acomoda al analista es la posibilidad de organizar su consultorio de manera tal que la mayoría de los pacientes vengan a terapia regularmente en

horarios fijados a largo plazo. La verdad es que sin flexibilidad sólo pueden ser aceptados aquellos pacientes cuya situación de vida les permite atenerse varias veces a la semana a un horario y pagar las horas que faltan. Para evitar la restricción de su práctica a una clientela circunscrita, y en aras de más flexibilidad, muchos analistas están hoy por hoy dispuestos a mantener libre algunas horas extras en su horario habitual, también para eventuales casos de emergencia (véase Wurmser 1987).

Cada solución tiene sus ventajas y sus desventajas, que pueden ser compartidas de manera diferente por ambos involucrados. Si el analista no es capaz de crear las condiciones previas para que un paciente pueda venir a tratamiento de manera frecuente y por un tiempo suficientemente largo, sin que esto signifique limitaciones o renunciaciones graves, están de más reflexiones ulteriores. Por esto, abogamos por una cierta flexibilidad, que naturalmente acarrea ciertos problemas. Por ejemplo, en nuestra experiencia, un horario de trabajo flexible favorece especialmente los actos fallidos por parte del analista, en la forma de no darse cuenta que ha dado la misma citación a dos pacientes u olvidos de hora, u otras omisiones por el estilo.

A causa de la escasez de tiempo y de la compulsión por la puntualidad, los psicoanalistas se encuentran bajo una presión aumentada, que puede actuar como contra-transferencia profesional específica, en especial con pacientes no puntuales. Por lo tanto, se debiera considerar que el paciente es soberano en relación con su tiempo, que él o su mutua financia. Por otro lado, el llegar tarde o faltar a sesiones lleva a pérdidas de tiempo valioso. La eventual compensación financiera no cambia para nada el que el analista a lo máximo pueda pensar sobre el paciente, pero que no pueda emprender nada en provecho propio. Si el encuadre temporal se rompe constantemente, las posibilidades de influir bajan hasta hacerse cero. Impotente, al analista no le queda otra cosa que reflexionar sobre los motivos de su paciente ausente y sobre su propia contribución en ellos.

Las obligaciones contraídas por ambos participantes deben conducir a algo y no a sentirse liberado de algo. Si no se pierden de vista las metas psicoanalíticas, disminuye el peligro de que las conversaciones sobre el horario, sobre las horas no llevadas a cabo o el cambio de horas, degeneren en regateo.

En lo que sigue, ofrecemos un ejemplo sobre el tema puntualidad y perfeccionismo.

Arturo Y entra sin aliento a la pieza.

P.: Vengo atrasado, cometí un error.

A.: Un minuto, ¿o?

P.: Sí, pero su reloj también está adelantado en un minuto.

A.: ¿Cómo?

P.: Yo creo.

A.: Entonces Ud. llegó puntual.

P.: Un minuto atrasado. Pero con esto, la verdad es que ya estamos de nuevo metidos en el tema.

A.: También se puede querer ser emperador, ser rey no basta.

P.: Sí, o papa.

A. (ríe): Claro, o sea, el que está en lo más alto.

P.: En relación con eso existe un hermoso cuento "El pescador y su mujer". En re-sumen, se trata de un pescador que pesca un pez y el pescado dice: "Déjame nueva-mente libre y te cumpliré un deseo." El pescador desea tener una casa normal en vez de su vieja choza, y cuando vuelve a su casa y lo cuenta a su mujer, ella le ha-ce este reproche: "Podrías haber deseado mucho más." Al día siguiente el pez pica nuevamente el anzuelo. Y así sigue. El desea cada vez más. Al final se convierte en papa. Luego quiere ser Dios mismo y termina sentándose de nuevo en su vieja choza.

A.: Ah, sí.

P.: Sí, una vez me anoté la palabra perfeccionismo, para pensar sobre ello. Cuan-do estoy en carrera contra el tiempo, como ahora, me angustio y me comporto de una manera no razonable. Entonces conduzco muy rápidamente, mucho más allá de lo permitido. La verdad es que si lo pienso bien, no hay ninguna proporción entre eso y uno o dos minutos de atraso aquí. (El analista interrumpe las comunicacio-nes del paciente cada vez con un "hm" o un "sí" de ánimo.) Si llego a caer en un control por radar, la multa puede ser exorbitante.

A.: Y la tensión interior aumenta constantemente, de modo que se siente paraliza-do y bloqueado y no puede pensar en ninguna otra cosa. El cuento le da al perfec-cionismo un sentido de mayor alcance.

P.: Ah, claro.

A.: Es decir, ser el mejor respecto de la puntualidad. Pero unido a la preocupación de que en algún momento llegará el castigo. Eso es algo muy marcado en Ud., las ideas de castigo. Entonces, querer ser Dios es lo máximo, y cuando se quiere ser el Altísimo, la soberbia que precede a la caída es completa. Arturo Y pasa ahora a las dificultades de horario con una de las próximas sesio-nes. El analista hace algunas proposiciones y nombra una hora de la tarde, a las 19.00, como la más conveniente para él. El paciente está de acuerdo con esta pro-posición y agrega:

P.: Pero con eso Ud. va a tener una larga jornada de trabajo, aunque eso no me ... Sí, sí. El comentario me es nuevamente muy campechano.

A.: Hm.

P.: La verdad es que eso no es cosa mía.

A.: Creo que sí es cosa suya, y mucho. Sí, por ejemplo, después de una jornada tan larga de trabajo, ¿puede éste a las 7 de la tarde hacer algo más?

P.: Hm, sí, exactamente eso es lo que pensé en el momento.

A.: Sí, es cosa suya, y muchísimo.

P.: Bueno, estábamos en lo del cuento "El pescador y su mujer". Me gusta este cuento porque tiene un sentido profundo, porque en él hay tanta sabiduría de vida, conformarse con algo. El perfeccionismo es algo con lo que profesionalmente es-toy siempre ocupado. Me alegro de ya ser el más grande y lo soy también en todo un campo. Pero con mi perfeccionismo estoy maniobrando hacia un callejón sin salida ... También debiera ser posible ser más despreocupado y decir: entonces lle-go 2 minutos atrasado, qué importa. Lo peor que me puede pasar es que pierda los 2 minutos. En ese caso son 3 marcos, los que tampoco me hacen precisamente más pobre. Pero la verdad es que no se trata de eso. Pienso en que Ud. está parado aquí, mira su reloj, frunce el entrecejo, así como quizás yo lo haría, se enfada y se pica, porque las 9 son las 9 y las 8 las 8, y ahí no hay nada que cambiar ni tam-poco que alegar. Por lo tanto, perfeccionismo, no liberal, sino tozudo.

Comentario: Con su observación sobre la "profundidad" y la "sabiduría de vida" del cuento, hace alusión a las diferentes lecturas y posibilidades de interpretación del mismo. En relación con ello, el tema del perfeccionismo es limitado.

A.: El perfeccionismo es la perla. Y por qué es entonces tan espantoso ...

P.: ... que la perla se caiga de la corona.

[Paciente y analista juegan con el dicho: "Wenn Du das tust, wird dir keine Perle aus der Krone fallen", algo así como "el que lo hagas no va a disminuir tu valor". Nota de los traductores.]

A.: Una perla tan preciosa, de la que depende el propio valor.

P.: Sí, sí.

A.: Entonces no es sólo tozudez, y Ud. me lo imputa también a mí, que le doy el máximo valor y que frunzo el entrecejo.

P.: Sí, y luego lo transfiero a mi entorno, y creo que los demás son igual que yo.

A.: Entonces yo también tengo que ser así, pues si no lo fuera, me daría lo mismo que Ud. viniera o no. ¿También eso está incluido, me daría entonces lo mismo?

P.: La verdad es que no lo creo. Por lo menos no he pensado en eso.

A.: ¿Por qué es así, por qué le atribuye tanto valor?

P.: Bueno, porque es lo contrario de lo que cuando niño me dio tanto que hacer. Por ejemplo, cuando soy puntual al minuto, o cuando doblo el volumen de

ventas, o cuando tengo el poder a causa de la superioridad de mi firma frente a la competencia, y eso es realmente poder, llevar a la competencia, a las empresas más chicas hasta el borde de la existencia, entonces soy en primer lugar puntual, en segundo el mejor y en tercer lugar el más poderoso. Es decir, es exactamente lo contrario de como yo era antes.

A.: Es hermoso poder ser exactamente lo contrario de lo que se era. Y cuando me lleva también a mí a hacer de la puntualidad el máximo valor, entonces ésa es la prueba que faltaba, de que Ud. no es el mismo de antes.

P.: Sí, además me llama la atención mi formulación de que debo ser exactamente lo contrario de lo que una vez fui.

A.: También por eso el cuento es tan fascinante, que el pobre pescador se transforme.

P.: Sí, y entonces se dio de nuevo el vuelco y tengo miedo de que todo se derrumbe y finalmente aterrice en un manicomio o en la cárcel (uno de los muchos pensamientos y temores obsesivos que tiene el paciente).

A.: Y si Ud. llega un minuto atrasado, me encontrará totalmente insatisfecho con Ud. y sin ningún interés.

P.: Sí, es extraño que el juicio de valor sobre mí mismo dependa de un minuto.

Comentario: El diálogo gira en torno a la lucha por la existencia y por la competencia y del vuelco de papa en diablo, y viceversa, pasando por polarizaciones y antípodas, el mayor en lo bueno y el mayor en lo malo. El analista apoya al paciente llamando su atención sobre los aspectos inconscientes de la lucha por la existencia. Si él es quien posee el máximo poder posible, entonces nada le puede pasar.

P.: Sí, ya le entendí. Lo que yo he logrado trabajando aquí, incluso esa misma formulación, me causa problemas, porque espontáneamente se me ocurre que si digo lo que yo he logrado trabajando, Ud. podría escandalizarse con la palabra "yo". Que Ud. me reprenda: "A lo más, le está permitido decir 'nosotros'."

Aparece una interrupción momentánea de la continuidad de los pensamientos.

P.: Yo sé que no es así. Ahora bien, sea como fuere. Ah, se fue, lástima, se fue lo que quería decir.

Arturo Y perdió el hilo.

A.: Quizás lo que le bloqueó los pensamientos fue el que Ud. a lo más pudiera decir "nosotros". Presumiblemente le desagradó haberse rebajado así.

P.: Sí, quizás puedo retomar el hilo. Partía de la base de que he logrado algo trabajando aquí.

A.: Y en ese momento se le interrumpieron los pensamientos. Si dice "yo", le va a llegar un chirlo.

P.: Hmhm.

A.: Luego se va el "yo". Se es chico hasta recuperarse de la batalla.

Comentario: Recomendamos que el lector ponga especial atención sobre este "ol-vido momentáneo", sobre el corte y el reencuentro del hilo de los pensamientos,

pues éste pertenece a un grupo grande de fenómenos que permite una mirada en los procesos de defensa inconscientes. Al aparecer un acto fallido o un síntoma psíquico o psicosomático durante la sesión, a menudo se puede aclarar la génesis actual. Es además muy revelador lo que el analista aporta para el debilitamiento de la represión y para que el hilo pueda ser retomado, y con ello desaparezca el micro-síntoma. El "olvido momentáneo" fue propuesto por Luborsky (1967) como el prototipo de la investigación en validación de hipótesis en la situación psicoanalítica y lo investigó sistemáticamente mediante transcripciones literales de sesiones.

P.: Sí, sí. Ya lo tengo. Es la independencia, la libertad que me tomé hoy día al no esperar en la sala de espera hasta que Ud. llegara. Pero, ¿dónde están los límites? ¿Un minuto, 2, 5, 10 minutos? Quizás un día llegue a pensar, ah, no voy en absoluto.

Después, Arturo Y trae una historia sobre el imponer sus intereses. Aclara que en el caso de un atraso por parte del otro, él elegiría la formulación de una reprimenda amistosa, algo así como: "No es tan espantoso. La próxima vez sí que será puntual."

P.: Y me maravillaría por lo liberal que soy.

En otro pasaje, Arturo había preguntado con angustia si acaso hablaba demasiado de sí mismo, y dado a entender que para mí podría ser demasiado.

A.: Cuando dice: pero con eso va a tener una larga jornada de trabajo, es demasiado personal para Ud. ¿Por qué esa preocupación? Quizás también porque está en el aire la pregunta de si acaso yo soy capaz de cumplir con Ud. después de una larga jornada de trabajo, si acaso soy aún capaz de rendir algo bueno.

P.: Hay una cosa que para mí está en el primer plano, y es el extralimitarse a través de observaciones personales.

Comentario: El miedo del paciente de extralimitarse está, como se puede deducir de un conocimiento más detallado de su psicodinámica y de su sintomática, motivada, entre otras cosas, por impulsos sádico-anales inconscientes, envueltos en el masoquismo del paciente. Al mismo tiempo, el paciente se identifica con la víctima, a saber, con el analista extenuado de la tarde. Probablemente, también la compasión, que el analista le señala, se pone en marcha a través de esta modalidad. Finalmente, el analista llama la atención del paciente sobre el hecho de que él unió expresamente la proposición de una sesión vespertina con la seguridad de que esa hora es para él mismo especialmente favorable. Tanto más probable es entonces el origen irracional, inconsciente, de su preocupación.

8.1.2 Contener y conservar

Con este título desacostumbrado, queremos llamar la atención sobre un tema de mucha importancia. Se trata del asunto de la conexión con, y del recordarse de, la sesión anterior. ¿Quién contiene, qué será conservado, y cómo lo será, de entre to-do lo que el paciente y el analista han sentido, pensado y dicho? ¿Qué pasa con el olvido? El "no me olvides" de los álbumes de poesía del Jugendstil (modernismo) expresa lo importante que es que los recuerdos sean conservados más allá del paso del tiempo. En teoría psicoanalítica, el desarrollo de la constancia de objeto está unida a la continuidad de una relación interpersonal segura. ¿Quién vela por la so-brevivencia a lo largo de las inevitables interrupciones en la vida y en la terapia? y, ¿qué pueden hacer, paciente y analista, para que el hilo conductor se refuerce y resista la prueba del corte? Tales preguntas resuenan cuando un paciente no puede volver a encontrar el hilo perdido y quisiera saber del analista lo que éste ha retenido de la última sesión. De este verbo de uso cotidiano podríamos haber llegado a un título que con toda intención hemos evitado. Es sabido que Bion introdujo la metáfora del "continente" (container), que tiende a favorecer una reproducción más bien estereotipada de su totalizante teoría de la comunicación y de la interacción. Esta metáfora responde entonces por una teoría y está correspondientemente pre-ñada y cargada por ésta. Naturalmente, con la psicología de dos personas de Balint tampoco nos movemos en un espacio libre de teorías. Sin embargo, nos es importante mantener la máxima abertura posible frente a los fenómenos en discusión. Por eso hemos elegido un título no técnico y que parte del lenguaje de la práctica.

Después de varios minutos de silencio, Clara X comienza con las siguientes palabras:

P.: He tratado de pensar en lo que pasó en la última sesión. No puedo recordar. ¿Conserva Ud. todavía algo de ella?

A.: Sí, algo me acuerdo, pero supongo que Ud. también tiene algún punto de contacto.

P.: Lo único que todavía sé, es que lloré. A lo mejor Ud. puede darme alguna clave.

A. (después de un largo silencio): Puede ser que Ud. necesite que le dé una clave, sin embargo, vacilo en hacerlo, porque pudiera tener más sentido esperar hasta que Ud. misma encuentre la conexión. Seguro que Ud. sabe algo más, en alguna parte tiene que estar lo retenido. Aunque quizás sucede que no se le ocurre nada porque para Ud. es muy importante saber si yo he franqueado la interrupción, si la he conservado en mis recuerdos, de modo que Ud. pueda

olvidar. Si Ud., o algo de Ud., está bien guardado dentro de mí, entonces podría olvidarlo.

P.: Sí, eso sería un sentimiento hermoso.

A.: Claro que, también, por otro lado sería espantoso que yo no hubiera retenido nada. De hecho ése fue uno de los temas de la última hora. Se trataba de las horas que no se llevaban a efecto. Yo dejé a su decisión el acordar eventualmente una hora adicional conmigo. Al principio de la última sesión se trató de que la razón de su escaparse era la amarga desilusión de mí. Que yo no había entendido la importancia que tiene el que piense o no en Ud., o si acaso la echo o no de menos.

P.: Pero sigo sin saber por qué lloré tanto.

Interrumpo el silencio de varios minutos que sigue.

A.: ¿Pasé ya la prueba? No, todavía no le he dicho nada en relación con sus lágrimas, la razón de su llanto. Por lo tanto, no he pasado la prueba, suponiendo que pueda pasarla en absoluto.

Comentario: Es notorio cómo el analista forcejea para sacar el máximo provecho posible del olvido de la paciente, pero no sabe mucho qué hacer. Llega hasta dudar de si acaso podrá pasar la prueba en absoluto, quedando así todo en suspenso. Con ello, al traer el problema a la relación, el reconocimiento de una ciertaoplejidad cobra una función terapéutica.

P.: Sí, claro que creo que para mí es un punto esencial saber cómo eso lo afecta, si acaso le choca, o si lo encuentra una insolencia, o si se ofende, o si prefiere ignorarlo o –como se hace en las terapias conductuales–, extinguir mediante no prestar atención, aunque no prestando atención se podría producir precisamente lo contrario, precisamente aún más, o si Ud. hubiera preferido decir, como la terapeuta anterior, no grite tanto, cuando yo hablaba fuerte o lloraba. Por lo tanto, Ud. sobrevivió, tan grave no fue la cosa.

A.: Muchas cosas fueron graves. En ese momento no había nada ahí. Ud. lo había olvidado. Me dejó a mí la conservación. Ud. no había pensado en la sesión o en mí.

P.: Claro que pensé en Ud., pero no en relación con la última sesión. Si no logro controlar mis ataques de tragonería, me mato. Me gustaría matarme cerca de su consultorio y dejar mi diario de vida dirigido a Ud. Un pensamiento bastante odioso, el atribuirle la culpa, crearle sentimientos de culpa por algo en contra de lo cual Ud. no puede hacer directamente nada. Que él vea cómo se las arregla con la mierda que queda. Pero yo no relaciono este pensamiento con la última sesión, si-no con el permanente desvalimiento que siento conmigo misma.

A.: El desvalimiento lo siente durante los ataques nocturnos de tragonería.

P.: Sí, que todo gire en círculo, que yo no pueda dejarlo. Después de atiborrarme tengo retortijones de estómago tan fuertes. Cada noche es lo mismo. Por el cuerpo, sin comer en exceso, podría pasar la noche. Es verdaderamente compulsivo, verdaderamente una conducta viciosa. Es un asco.

A.: Sí, en la noche se resarce. Se convirtió en un hábito del que no puede liberarse, que la abrumba y que le es asqueroso, porque después tiene la panza llena, y allí ha desplazado todo lo que finalmente le produce hinchazón, así, a medio dormir, sin tener que avergonzarse. Le revuelve las tripas su dependencia frente a sus necesidades. Ya no puede seguir reprimiendo sus ansias. Durante el día apenas las siente, de tanto refrenarse. Yo creo que su vergüenza tiene que ver con la dependencia.

Con sus ideas suicidas pone de manifiesto que yo no la he ayudado y que hasta el momento no se puede reconciliar con la idea de que Ud. es dependiente como el artista del hambre [alusión a un personaje de Franz Kafka; véase p.74. Nota de J.P. Jiménez].

P.: Claro que me gustaría ser el verdadero artista del hambre. Bueno, ése fue mi mejor tiempo. Pero ahora estoy a un tris de la enfermedad del hambre bovina. Tengo mucho más miedo del comer excesivo que de la anorexia.

A.: Sí, en la anorexia Ud. era independiente. No existía la vergüenza. Puede ser que fuera transitoriamente desmedida, pero eso podía regularse.

La paciente menciona su miedo por la adicción.

P.: Desesperada busco seguridad, la propia identidad. Por lo demás, tengo la sensación de deshacerme, de la adaptación, de tener que dar razón a todos en todo para poder sobrevivir. En eso tengo el sentimiento de no ser nada, de ser una no persona, como una medusa desparramada en la arena. Cualquiera puede pasarme a llevar y darme la forma que quiera. Frente a eso es mejor ser un esqueleto, aunque a Ud. no le agrada. Eso es lo que soy, eso es lo que opino. En ello tengo el sentimiento de identidad.

Comentario: Cuando dos personas dicen la misma cosa, no es lo mismo: A pesar de que Clara X se califica de "anoréctica" o de esqueleto, y al hacerlo también se degrada, identificándose en ello de alguna manera con los agresores, hace una diferencia el que sea ella misma quien se llame así, o si la calificación sale de boca ajena, teniendo entonces un efecto fuertemente degradante.

A.: Disculpe que la interrumpa en este momento. Me parece claro que de esta manera Ud. se protege. En caso contrario yo la pasaría a llevar y Ud. no podría tolerar la presión. Lo que le llega desde afuera probablemente depende de su propia actividad y espontaneidad, que Ud. atribuye a las personas que la rodean, que ganan en influencia sobre Ud., que quieren darle algo. Por eso depende tanto de la identidad fija, con la que se asegura en contra de Ud. misma.

P.: No lo tomo así, aun cuando a Ud. le parezca todo esto como claro y natural. La paciente se queja del desnivel que hay entre ella y yo.

P.: Un enorme desnivel, una discrepancia que clama al cielo, que ahora mismo me saca de quicio. (Su indignación crece.) Es claro, es natural, para mi padre también todo era claro y natural. Con él no existía el comprender con los sentimientos.

Reflexión: Es suficientemente claro que mi contratransferencia me ha llevado a embarcarme en un duelo. Por eso convierto todo en un problema común y, al hacerlo, reconozco también mi perplejidad.

A.: Sí, es verdad que he recargado las tintas, entre otras cosas probablemente también porque Ud. asumió una posición fuerte. Así, yo he sostenido una posición rígida de manera parecida a como Ud. lo ha hecho y tiene una buena razón para hacerme reproches. En esto no se llega ningún compromiso, a ningún caminar juntos, a pesar de que Ud. lo desearía mucho. Justamente, aquí pasó algo semejante. Duras posiciones encontradas.

La paciente pregunta ahora que solución de compromiso tengo para ofrecerle.

A.: Sí, yo también me pregunto qué es lo que podría hacer para hacerle todo más apetitoso en vez de ponerme riguroso y con ello reforzar su posición.

P.: Ud. podría evitar la palabra "claro". Cuando yo explico algún proceso de logro de conocimientos y Ud. usa la palabrita "claro", entonces lo siento como un "ajá" de su parte, me siento como una pobre infeliz y mi tozudez previa aumenta.

Comparto el parecer de la paciente y le doy razón.

La paciente comienza la siguiente sesión con la idea de que ella podría acostarse debajo del diván.

P.: Cuando mi hija era pequeña, tuve una vez el pensamiento de esconderme debajo de su camita y no aparecer nunca más.

A.: En la última sesión Ud. también habló de cómo yo contribuyo para que Ud. se esconda y no quiera aparecer acá. Tiene demasiado poco margen de libertad. Yo la he restringido mediante el uso exagerado de la palabra "claro". A través de mis palabras su oposición aumentó.

P.: Creo que al final de la hora alcanzamos justo a cambiar el curso.

A.: Sí, se alcanzó a lograr un entendimiento. Alcanzó a terminar bien, sin explosión. Creo realmente que Ud. quisiera ser vista de otra manera por mí y también por su marido. No quisiera ser ofendida y herida como "esqueleto" o como anoréctica.

Haciendo alusión al cuadro de Rossetti "La anunciación de María", ya varias veces mencionado (véase capítulo 2 y 4), digo:

A.: Con un lenguaje angelical hablo de cambios en su cuerpo.

P.: Sí, sigo sintiéndome más a gusto como el esqueleto, con ello tengo mi identidad como esposa, que hacia afuera es normal y que internamente renuncia a todo.

A.: ¿La obediente esposa que internamente hace renuncia de todo?

P.: Si me atuviera al rol de mujer que se imagina mi marido, tendría que renunciar a casi todo. Anímicamente vegetaría, aun cuando fuera totalmente normal. Mi marido no anima ningún paso que yo dé hacia la independencia y hacia la vida propia. A veces él acepta algo, pero, tarde o temprano viene con seguridad una reacción de rechazo. Y me lo refriega encima.

A.: Sí, Ud. ha hecho esas experiencias. Su marido no le facilita cambiar las cosas. Todavía ha hecho poco la prueba de lo que pasaría si Ud., por aquí y por allá, hiciera algún cambio, si Ud. cambiara, quizás dejaría de vivir con su marido, se buscaría algún amigo o de alguna manera viviría distinto. Sí, creo que sí, que la mayoría de las personas la ven como Ud. justamente se ha descrito – como esqueleto. A pesar de que se ha acostumbrado a eso, todavía existen comentarios hirientes y ofensivos que refuerzan su actitud. El medio ambiente, y también yo, contribuímos en que ese estado de cosas se mantenga, por ejemplo, cuando digo: "Eso es muy claro", cuando la paso a llevar, y con ello aumento la fuerza que sin eso es ya fuerte en Ud., a saber el aferrarse, su especial manera de autoafirmarse, sus especiales triunfos sobre todas las humillaciones y afrentas que tiene que soportar. Para Ud. es realmente atroz notar que no le cae en gracia a una mayoría de las personas en aspectos esenciales, a pesar de tener simultáneamente tanto encanto y chispa.

P.: ¿Qué son "aspectos esenciales"?

A.: Sí, preferiría dejar a Ud. la tarea de terminación.

P.: Realmente la pregunta es si estoy dispuesta a hacerlo.

A.: En contra de su voluntad nada funciona, Ud. lo puede dosificar. En eso yo no puedo hacer nada. Quizás no se da cuenta de lo poderosa que es. Quizás se siente amenazada e inquieta a causa mía y de la terapia. Quizás no se da cuenta de cuán segura es la posición en que se encuentra.

P.: Me siento restringida y reprendida. Pero hasta el momento no he encontrado la manera de cambiar.

A.: Cada vez que trato de hacerle algo más apetitoso, presiente grandes peligros.

P.: ¿Por qué nunca nada es bueno como es?

A.: Ahora, es bueno como es. Sin embargo, me puedo imaginar que podría ser todavía más hermoso, que Ud. también podría ser más hermosa de lo que es, eso no lo puedo disimular, aun cuando sea bueno como es. También me puedo imaginar que podría sentirse mejor si no tuviera más que esconderse. Se esconde, debajo o sobre el diván, Ud. tiene mucho de no vivido y de escondido.

En vista de eso, sería triste que se fuera así de aquí. A pesar de todo, visto de manera relativa, también es bueno así como es. (Pausa más larga.) Antes y ahora ha solucionado muchas dificultades de la mejor manera posible. No es fácil encontrar soluciones que le traigan más placer y alegría. Una vez me preguntó qué me parecería que Ud. interrumpiera.

P.: Sí, ¿y?

A.: Creo que me preguntó si para mí sería triste o desconsolador.

P.: Sí, ¿por qué lo dice ahora?

A.: Sí, se trata de satisfacción. Si Ud. se va satisfecha y si yo me quedaré satisfecho cuando Ud. algún día se vaya. A su pregunta de si la echaría de menos, me viene un pensamiento peculiar a la mente. La echaría más de menos si se fuera con un déficit grande, dicho con otras palabras, si tuviera el sentimiento de que muchas cosas quedaron en suspenso, donde yo le podría haber aportado algo.

En el silencio de varios minutos que siguió, se escuchan suspiros profundos – un silencio elocuente. De mí, se escucha un "hm hm".

Comentario: En el silencio, el diálogo se continúa sin palabras. ¿Cuán profundo debe ser el acuerdo, cuántos "sentirse uno" bastan para dar más seguridad a la pa-

ciente? – Esta es una pregunta que no se puede solucionar contraponiendo el diálo-go verbal al averbal.

P.: Al girar hacia un lado como lo hice, pensé que con palabras no vamos más allá de un punto determinado. Todo este ir y venir es como rumiar. Muy en el fondo hay algo que se parece condenadamente a la desesperación. Esqueleto o "esqueleta", caer bien o caer mal, sentirse bien o mal, eso lo atraviesa todo.

A.: Sí, está desesperada con Ud. misma y conmigo, y la desesperación (Verzweiflung) tiene que ver en algo con las dudas (Zweifel), cómo es y qué es Ud. Pa-rra no sentirse interiormente desgarrada, se agarra firmemente a lo que tiene, como a la única certidumbre.

Nuevo silencio y gemidos.

A.: En esto las palabras no son suficientes, pero, a pesar de todo, al finalizar quisiera preguntarle si no tiene algo que agregar.

La paciente manifiesta el deseo de cambiar la próxima sesión a la mañana, porque quisiera salir fuera el fin de semana. Se encuentra una hora adecuada.

8.1.3 Reacciones de aniversario

En el dudar sobre sí mismo y en el autorreprocharse, los depresivos permanecen prisioneros del pasado. Mientras más sojuzgado esté por el pasado y sus sentimientos de culpa, más cerrado le será al depresivo el futuro. La fenomenología y la psicopatología de la vivencia del tiempo, que discutimos brevemente en la sección 8.1 del tomo primero, nos permite una diferenciación en la gravedad de la depre-sión. Mientras más grave sea el trastorno afectivo, más gris verá el enfermo el fu-turo que le espera. En la depresión psicótica, la restricción de la actividad se mani-fiesta como inhibición vital. Desde el punto de vista psicoanalítico, se debe con-testar a la pregunta de hasta dónde el trastorno afectivo es producido por procesos anímicos inconscientes que se manifiestan sintomáticamente también en la pérdida del sentido positivo del tiempo. En los depresivos, podemos suponer que la "inhi-bición básica del devenir", como trastorno del suceder vital básico, descrita por v. Gebattel (1954, p.141) puede ser remitida, psicoanalíticamente, a procesos de de-fensa inconscientes. Sin lugar a dudas, la vivencia del tiempo está estrechamente conectada con el ritmo de la satisfacción pulsional. Su ausencia tendría entonces que conducir a una pérdida que se manifieste como desesperanza y falta de futuro. Thomä (1961) describió este problema en anorécticas crónicas.

En la interacción entre analista y paciente la estructura temporal interiorizada se transforma en tiempo fluido actual vivido (véase tomo primero, sección 8.1).

Cuando Kafka (1977) habla al analista como de un condensador, o dilatador, del tiempo, piensa en la unión que se produce entre comunicaciones que están entre sí muy separadas en el tiempo, cuando se suponen conexiones significativas. El siguiente ejemplo tiene por objeto aclarar cómo se manifiestan las marcaciones temporales, en el sentido de las reacciones de aniversario.

Ursula X, de alrededor de 40 años, se encuentra en análisis por una neurosis depresiva crónica. Las molestias depresivas de la paciente comenzaron hace 12 años, después del suicidio de su hermano más joven. Este hermano había sido el primero después de 3 muchachas en la familia y por todos admirado y preferido, aunque en especial por la madre. Sucedió que la primera hora de análisis coincidió con el aniversario de la muerte del hermano. Al principio, la paciente no mencionó este hecho. Sólo a lo largo del tratamiento debería manifestarse que tanto el cumpleaños como el aniversario de la muerte del hermano empeoraban la sintomatología depresiva de la paciente, de modo de poder hablar de una anniversary reaction. Los conflictos inconscientes de la paciente parecían estar provistos de marcaciones temporales que en gran medida me permitieron examinar las relaciones entre la paciente y el hermano, y entre ella y yo en la transferencia.

En el primer año de análisis, se hizo claro el estrecho vínculo entre los dos hermanos durante la niñez y que aún permanecía vivo en la paciente. En su hermano buscaba la calidez y protección que no había recibido de la madre. Al mismo tiempo, se sentía obligada a estar siempre dispuesta para él y de cumplir, como la hija mayor, con el encargo de los padres hacia ella en este sentido. En el decimotercer aniversario de la muerte del hermano, es decir, después de un año de análisis, el conflicto interior de la paciente se hizo especialmente evidente. En su penoso dudar de sí misma y autorreprocharse, trataba de imaginarse lo que sucedía en el hermano antes de que se dejara atropellar por un tren. Su intenso deseo de penetrar en sus pensamientos y de entenderlo ponía en evidencia su propia lucha con ideas y deseos de muerte. Para ella, estar muerta significaba reunirse con su hermano y encontrar la unidad largamente anhelada. Al mismo tiempo, con el aniversario de la muerte del hermano cumplía años el análisis, con el cual la paciente intentaba un nuevo comienzo. A través del análisis, documentaba su deseo de vivir un día en el que verdaderamente tuviera que llorar por la muerte de su hermano. Cada paso dado hacia la independencia y lejos del repliegue depresivo se acompañaba de intensos sentimientos de culpa por dejar atrás a su hermano muerto. Sus propias ideas de muerte contribuían a desconocer (verleugnen) su independencia del hermano.

En el segundo año de análisis se configuró entre la paciente y yo una fantasía transferencial inconsciente –que calzaba totalmente con la diferencia de edad– en la que yo tomaba el lugar del hermano. En la exclusividad fantaseada de nuestra relación yo satisfacía como analista su anhelo de protección y calidez, admirándome al mismo tiempo. Aparecieron intensos sentimientos envidiosos. A la última hora antes de una interrupción de vacaciones (sesión n.º 250), la paciente llega llena de dudas de si debe emprender un viaje aéreo ya planificado. Sería el primer viaje que hace totalmente sola, y dice: "¡Tengo bastantes remordimientos, porque ahora debo dejar solos a mi hija, a mis padres y también a Ud!" Luego me hace seriamente la proposición de que yo emprenda el viaje en avión en vez de ella. Ella ya ha consultado las condiciones del viaje y me aclara que quisiera hacer todo lo que haya que hacer para hacerme posible el viaje. Digo: "Creo que podríamos desarrollar la idea de lo que significaría si yo la representara". Notoriamente desilusionada, cuenta cómo me ha imaginado informándole después de mi retorno del viaje. Ella sabe que con ello de alguna manera se facilita las cosas. Así no necesita separarse de su hija, de sus padres y de mí mismo y puede posteriormente participar en mi alegría.

Después de un largo silencio, se le ocurre que hoy es el día de cumpleaños de su hermano. En sus ocurrencias queda claro que el hermano emprendió muchos viajes en representación de ella y de su madre, los que después relataba de manera muy vívida. Esa era la razón de por qué se sentía tan estrechamente unida a él. Le parecía que había estado en el viaje con él, de manera tal que, a pesar de la separación externa, se sentía interiormente unida a él. Después de algunas reflexiones en el sentido de que probablemente por esto era que en esos días se había sentido más mal que antes, le interpreto lo siguiente: "Si yo viajara por Ud., se sentiría unida a mí en sus pensamientos, a pesar de estar simultáneamente separada de mí." Luego se le ocurre que siempre le pedía al hermano que a la vuelta le contara los viajes a ella sola. Con vergüenza, cuenta cómo así lo tenía sólo para ella. También le avergüenza ahora la idea de que hubiera querido tenerme sólo para ella cuando volviera del viaje. Digo: "Entonces yo haría el viaje para Ud. Ud. estaría unida a mí en pensamientos, pero a través de ello también me ataría." Responde con una intensificación de las dudas sobre sí misma, pero ahora entiende más precisamente que quiere evitar la separación del analista, para evitar la propia responsabilidad y para mantenerse fija a su anhelo de reunión. Después de una pausa, se le ocurre que claramente una parte de sus sentimientos inadecuados de culpa por el suicidio del hermano podría provenir del hecho de que lo enviaba "al mundo exterior" como su representante. Con ello, no tenía que ceder su lugar al lado de su madre y, a pesar de todo, podía, mediante la identificación con el hermano,

aferrarse a éste y también a la madre. Con pena, suspira al final de la sesión: "¡Con todo, me habría gustado que Ud. hubiera volado en vez de mí!" En su ambivalencia, le sigue siendo difícil gozar sus alegrías personales sin el rodeo de la abdicación altruista.

El proceso analítico ulterior, que se concentró en la reelaboración de los traumas de separación, llevó a que la paciente, en su cuarto año de análisis, olvidara por primera vez el cumpleaños de su hermano.

Comentario: De acuerdo con la descripción del fenómeno, original de Freud (1895d, p.176), caída posteriormente en el olvido, Hilgard (1960) y Hilgard y cols. (1960) acuñaron el concepto de anniversary reaction, poniendo de relieve en investigaciones empíricas los prerequisites psíquicos de sus manifestaciones. Estos autores pudieron comprobar que las reacciones de aniversario se encuentran en una relación significativa con experiencias de pérdida traumática en la niñez, que posteriormente en la vida conducen a considerables dificultades de separación. Mintz (1971) distingue, desde el punto de vista clínico, dos tipos de reacciones de aniversario. Estos dos tipos se pueden distinguir en el hecho de si el acontecimiento o una determinada fecha permanecen conscientes o inconscientes. En el primer caso, una fecha, consciente para el paciente, como por ejemplo un cumpleaños o el primer día de vacaciones, puede despertar un conflicto actual con el que se asocia un conflicto anterior, lo que reforzará al primero. La reacción de aniversario aparece como una respuesta específica a este conflicto no solucionado. Así, es característica la repetición anual de la respuesta a este conflicto frente a una fecha, vivido inconscientemente. En el segundo tipo de reacciones de aniversario, la marcación temporal que se relaciona con el conflicto anímico es inconsciente. La fecha de la separación del marido anterior, el día de nacimiento o de muerte de un miembro cercano de la familia, son engramas inconscientes. Estos conducen a los afectados a enigmáticas oscilaciones en el humor o también a empeoramientos sintomáticos, porque en esos días se actualizan antiguos conflictos no resueltos.

De manera semejante a como lo hace Pollock (1971), Mintz acentúa la especial conexión de las marcaciones temporales con conflictos anímicos que se relacionan con la muerte. En su autoanálisis, Engel (1975) relata muchos ejemplos de sueños que calzan con ambos tipos de anniversary reaction, y que permiten reconocer la marcación temporal inconsciente, por ejemplo, el aniversario de la muerte de un hermano gemelo.

Nuestro ejemplo hay que contarlo dentro del primer tipo. El desencadenante es preconscious y fácilmente accesible a la paciente. La naturaleza de la anniversary reaction, la distimia depresiva intensificada, dejan ver el conflicto interior. El an-helo de reunión intensificado en los días de aniversario de la muerte o del nacimiento del hermano conduce a un considerable aumento de las propias angustias de muerte. La conexión entre la reacción de aniversario y el duelo patológico, recientemente descrita por Charlier (1987), es convincente. Al coincidir el aniversario de la muerte del hermano con el "cumpleaños" del análisis, se activan sentimientos de culpa inconscientes: una vida más libre traería consigo la separación definitiva del hermano. En base a este conflicto se puede entender la "inhibición básica del de-venir".

La paciente solucionó la ambivalencia frente al hermano querido, y a la vez envi-diado, con la ayuda de una identificación, de modo de mantener la relación con el objeto perdido y de poder controlar los violentos sentimientos relativos a la separación. Por lo tanto, los fenómenos de aniversario "son manifestaciones y reacciones, identificaciones e introyecciones complejas y ambivalentes, referidas al tiempo, a la edad y a las fechas" (Haesler 1985, p.221).

Somos de la opinión de que los fenómenos de aniversario de esta paciente pertenecen al contexto de las identificaciones ambivalentes. En tanto los conflictos relacionados con éstas pudieron ser actuados con el marido, la paciente permaneció libre de síntomas. Sólo después de la separación del marido se desencadenó una reacción depresiva, porque la paciente no se permitía sentirse libre. Como figura trans-ferencial, el marido cumplía con una importante función, pues había sido inconscientemente conectado con el hermano. Esta conexión inconsciente reanimó después de la separación antiguos sentimientos de culpa, de modo que la depresión reactiva se hizo crónica.

8.2 Historia vital, historial clínico e historia contemporánea: Una reconstrucción

El encabezamiento alude a entrelazamientos e implicaciones. Nuestra época está dominada por las ideologías (Bracher 1982). El narcisismo ha llegado a transformarse en metáfora colectiva (Lasch 1979). Desde un punto de vista psicoanalítico, las ideologías y el narcisismo tienen raíces comunes. De acuerdo con la definición de Grunberger y Chasseguet-Smirgel (1979, p.9), en la esencia de las ideologías se encuentra el que, como sistemas de pensamientos totales y como movimientos políticos, tengan la meta de realizar ilusiones. El hombre está predispuesto a las ideologías a causa de su destructividad unida a la

capacidad simbólica. Esta tesis, fundamentada en la sección 4.4.2 del tomo sobre los fundamentos, ha sido entre-tanto desarrollada por Thomä en una conferencia no publicada, conforme a las ideas de Fromm (1973).

Desde el punto de vista psicoanalítico, hay que destacar que los contenidos imaginarios personales del niño en crecimiento están unidos a la historia contemporánea, en especial a través de las influencias familiares. La intolerante división del mundo en buenos y malos, fundamentada ideológicamente, y la construcción de sistemas de valores con contenidos mutuamente excluyentes se transmiten primero en la familia y luego en la escuela. De este modo, muchos seres humanos son traumatizados, aunque después alcancen a liberarse de las influencias desfavorables, lo que a veces aparece como un milagro. Otras personas hacen suyas las visiones dominantes en la familia y continúan los prejuicios de sus padres, enraizados en el inconsciente, asumiendo determinados roles. Aún otros, enferman por la irreconciliabilidad de las contraposiciones (Eckstaedt 1986; Eickhoff 1986). Las polaridades se conservan en los síntomas obsesivos neuróticos, cuyos contenidos se caracterizan por la oscilación entre extremos y por la incapacidad de tolerancia. Los contenidos psicopatológicos de las obsesiones cambian histórica y transculturalmente, pero las formas permanecen iguales. Esta constatación relativiza el papel causal de influencias psicosociales muy determinadas en la gestación de enfermedades anímicas y psicosomáticas.

Ejemplo

No cabe duda que la visión de mundo del nacionalsocialismo influyó de manera decisiva la niñez, juventud y la historia vital y de enfermedad de Arturo Y. Sin embargo, sería engañoso pasar por alto la diferencia decisiva que existe entre los juicios afectados realmente, víctimas de la ideología racista, el perseguidor, como autor que hace realidad la voluntad de destrucción de Adolfo Hitler, y un neurótico obsesivo. Las identificaciones conscientes e inconscientes, que se neutralizan mutuamente, con la víctima judía y con el oficial ejecutor de la SS, preservan y protegen al paciente y su entorno de la realización de una o de otra tendencia. En tal medida, Arturo Y tiene una estructura parecida a la del hombre de las ratas o a la del hombre de los lobos, en quienes Freud describió los mecanismos inconscientes de los síntomas neuróticos obsesivos. Todo esto debe ser tomado en cuenta en la respuesta a la pregunta de cómo las ideologías son transmitidas de una generación a otra. Hay que aclarar a qué grupo pertenecen los padres: si al grupo de los autores materiales, al de los partidarios activos, de

los compañeros de ruta, de la mayoría silenciosa, es decir, al de los que se adaptan a las relaciones de poder o, finalmente, al grupo de las víctimas. En la terapia se trató de desenredar los embrollos personales, familiares y de historia contemporánea, profundamente enfermizos. Como siempre, queda sin responder la pregunta superflua de si el paciente también habría enfermado si no hubiera sucedido esto o aquello, si no hubiera sufrido tantos traumatismos hasta la edad de la adolescencia y después, etc.

Cuando Arturo Y se decidió por una última terapia, que fue exitosa, la enfermedad existía desde hacía casi 30 años.

Como analista tratante, en este caso no soy sólo un contemporáneo cercano del paciente, sino que, además, en su cuarto tratamiento pude reconstruir un trozo de la historia de la técnica psicoanalítica, según se reflejó en la experiencia de este paciente. Para salir del anonimato, en el cual, en este caso no puedo ni quiero permanecer, debo hacer la siguiente constatación retrospectiva: en la técnica de tratamiento de los renombrados colegas que me precedieron como tratantes, reencontré mi propio desarrollo. El trabajo crítico de renovación de mi pasado profesional contri-buyó con cambios de mi técnica que hicieron menos probable que antes los errores sistemáticos.

La elaboración terapéutica de algunos de los temas que se bosquejan en el siguiente historial clínico se pueden encontrar en el lugar correspondiente del cifrado de pacientes. La exposición detallada de este historial clínico tiene por objetivo facilitar al lector la tarea de aplicar el fragmento de un transcurso, a saber, los diálogos reproducidos, sobre un todo mucho más amplio, en el que también está implicado el analista tratante. Ya tempranamente desempeñé un papel secundario, en la medida en que el paciente me había consultado por primera vez hacía más de 20 años. Más importante es el hecho de que muchos de los relatos del paciente me recordaban mi propia juventud. A lo largo de la terapia volvieron a tomar vida muchas experiencias y acontecimientos de mi niñez. La relación entre autor y víctima tiene muchos rostros.

Trasfondo familiar

En la familia del paciente, nacido en el año 1935, del mismo modo como en muchas otras familias alemanas entre 1933 y 1945, se transmitían las típicas ideas nacionalsocialistas. La división racista de seres humanos en arios y no arios, en alemanes y judíos, conformó el trasfondo para idealizaciones y desvalorizaciones que, dentro de la familia y en la vida en el villorio, se conectaron de manera especial con la novela familiar.

Ambos padres eran estusiastas partidarios de Hitler quien, también para el paciente, siguió siendo un ideal hasta su adolescencia tardía, es decir, hasta el comienzo de los años cincuenta. El padre del paciente era un acaudalado propietario de molino y, después del terrateniente, el segundo hombre en un pueblo del sur de Alemania, que no tenía habitantes judíos. Desde 1939 sirvió en el ejército y desapa-reció en la guerra. Después de muchos años de espera, el padre fue declarado co-mo muerto. La madre, que había ofrecido al "Führer y al pueblo" 4 niños, y que esperaba mucho del mayor, el paciente, después del desastre perdió la moral y no estuvo a la altura de las enormes tareas del negocio molinero. Cayó en una de-presión crónica que terminó en un suicidio.

Después del mayor, nacieron un hermano (1939) y dos hermanas (1940 y 1942).

El padre fue soldado desde 1939, es decir, desde el nacimiento del hermano.

El trasfondo familiar tuvo efectos sobre todo sobre la formación del yo ideal, en cuanto el primogénito no correspondió en absoluto a las expectativas de sus padres. El que a pesar de todo la madre se haya sentido orgullosa con su hijo mayor, el paciente lo considera como remotamente pensable, más bien como improbable. Pero sus recuerdos no lo llevan tan atrás, de modo de sentirse feliz con el recuerdo de que una vez fue admirado. Se había desarrollado de una manera muy distinta de lo esperado para un joven alemán en los años 30. Hasta muy avanzado su análisis, el paciente se vio, a sí mismo y al mundo –así describe su descubrimiento–, a tra-vés de los ojos de su madre. Después del nacimiento del segundo hijo, ésta lo trató como al "que se caga en los pantalones", lo que en el jardín de infantes era por lo demás una realidad diaria. Y esto porque el paciente reaccionó frente al nacimiento del hermano cagándose todos los días, es decir, con una encopresis. No se le per-mitía quedarse en casa, de modo que el camino hacia el jardín de infantes y, en es-pecial la vuelta, se convirtieron en una tormentosa humillación. En el lavadero, donde también se sacrificaban los animales, se lo lavaba regándolo con una man-guera. El traumatismo acumulativo disolvió todo lo que quizás pudiera haber en sentimientos vitales positivos. Pero, con todo –y para usar la metáfora de Kohut–, es improbable que, frente al primogénito, los ojos de una madre no destellen, al menos ocasionalmente.

Al permanente traumatismo de ensuciarse, pertenece la desvalorización de ser un "cagueta", todo lo contrario de "resistente como el cuero, duro como el acero Krupp y ligero como un lebrél" – según rezaba un lema de esa época. No formaba parte de los muchachos grandes, fuertes y bien parecidos, frente a los que, ya desde la época del jardín de infantes, sentía temor.

Las angustias de aniquilamiento, de toda una vida, eran y son cada vez tan extremas, que tuvo que pasar mucho tiempo antes de que el paciente estuviera en

condiciones de considerar como posible el tener agresiones propias que hubieran sido proyectadas hacia afuera. Como contrapartida, el pensamiento de librarse de la vida mediante una muerte corta y sin dolor, no le era angustiioso. El paciente, educado en una familia atea, relacionaba los contenidos religiosos de sus ideas obsesivas con los años de internado, en los que su imagen de Dios fue troquelada al mismo tiempo por un maestro sádico y por uno homosexual. Este último tenía a su cargo en especial los niños enfermos. Si bien el paciente no se sometió ni a uno ni al otro y no "hasta lo último", no importando lo que ello significue, su intranquilidad creció a causa de sus insatisfechas ansias por el padre. La mezcla de homosexualidad y sadomasoquismo fue tan conflictiva para él, que después de la lectura de una novela policíaca tuvo por primera vez una idea obsesiva: cometer él mismo el delito de la historia, un envenenamiento. En pánico, lanzó la novela por el inodoro. Con el apartamiento del "cuerpo del delito", que lo había llevado a tener tal idea, desapareció ese contenido angustiioso.

La madre sacó al muchacho del internado llevándolo de vuelta a casa, para aprender el oficio de molinero en el propio molino. Durante la espera por el padre, un tío reemplazó a éste como molinero. La empresa no fue capaz de competir. La madre y la abuela materna vivían en la ilusión y en la esperanza de poder salvar el negocio hasta el retorno del padre, en cuya muerte no se creía. El tío, con quien la madre tuvo un lío amoroso, y el administrador "llevaban el agua hacia el propio molino". Después de que éstos fueran separados de sus cargos, el paciente trató durante años de mantener el negocio a flote, hasta que, al borde de la quiebra, tuvo que cerrarlo, debiendo cubrir las innumerables deudas con la venta del bien raíz. Desde entonces, Arturo Y trabaja en una rama afín y, como representante, ha logrado con grandes esfuerzos hacerse una posición. Los éxitos profesionales de los últimos 20 años no han reforzado su sentimiento de sí, como tampoco el hecho de haber fundado una familia y de que pueda estar orgulloso de haber conseguido una mujer inteligente y guapa, que le sigue agradando mucho, además de 3 hijos adolescentes que se desarrollan bien.

Sobre la sintomatología

Durante toda su vida, el paciente había tratado desesperadamente de superar las irreconciliables contradicciones interiores. A pesar del enorme temor a cometer un asesinato y a pesar de diversas ideas obsesivas y conductas compulsivas, como rituales defensivos, el paciente era exitoso profesionalmente. Aún estaba

en condiciones de controlar su dependencia del alcohol, de cuya acción tranquilizante en las tardes vivía durante el día.

Hay que mencionar un penetrante insight terapéutico que, para mi sorpresa, el paciente logró un día sin mi ayuda interpretativa: ¿No podría ser que el cumplimiento de cualquier orden que emane del amo absoluto –cualquiera sea su forma–, y que el paciente reduce al denominador común de que se dirigen en contra del placer y la sexualidad, conduce a que él sea, y permanezca, como hijo único y querido? Estas proyecciones de poder y de impotencia, y la participación en ellas a través de identificaciones simultáneas o rápidamente sucesivas, se remontan hasta muy atrás, más allá de la solución patológica de conflictos edípicos.

Sabemos que idealizaciones y desvalorizaciones se pueden unir a distintos contenidos. Permanentemente, las apreciaciones masoquistas de sí mismo –soy "un montón de mierda"– se conectan con fantasías grandiosas sádicoanales más o menos inconscientes, de modo que de unas se pueden sacar conclusiones diagnósticas sobre las otras. Fórmulas obsesivas que conducen a una tranquilización temporal de la angustia aparecen en múltiples formas.

Las teorías de relaciones objetales, que asumen el punto de vista de la reciprocidad entre lo interior y lo exterior, dan a los contenidos de los sistemas de valores y a la división absolutista entre bueno y malo el peso que Freud (1923b) describió para las identificaciones-objeto.

Si éstas [las identificaciones-objeto] predominan, se vuelven demasiado numerosas e hiperintensas, e inconciliables entre sí, amenaza un resultado patológico. Puede sobrevenir una fragmentación del yo si las diversas identificaciones se segregan unas a otras mediante resistencias; y tal vez el secreto de los casos de la llamada personalidad múltiple resida en que las identificaciones singulares atraen hacia sí, alternativamente, la conciencia. Pero aun si no se llega tan lejos, se plantea el tema de los conflictos entre las diferentes identificaciones en que el yo se separa ... (1923b, p.32).

Psicogénesis

En la reconstrucción de algunas líneas psicogénicas de los síntomas del paciente deben colocarse las identificaciones inconciliables en el centro de la atención. Estas se refieren a las maneras de ver las cosas de los padres que, dicho brevemente, son interiorizadas. Si consideramos el asunto más de cerca, siguiendo a Loewald (1980, p.48) debemos representarnos las identificaciones con contenidos e ideas como interacciones interiorizadas. De este modo,

cuando la madre del paciente, desde antes de su enfermedad, es decir, en la niñez de Arturo Y, era de la opinión de que los retardados mentales debían ser eliminados –"descabezados"–, entonces el objeto, re-tardado mental y su cabeza, se interiorizó en un contexto de acción. Si se ve el de-nominador común en la inconciabilidad mutua de las diversas identificaciones, no es difícil construir una serie que va desde la ambivalencia temprana hasta las escisiones posteriores. Por lo tanto, en nuestra opinión, el proceso que tabica las identificaciones individuales en compartimientos estanco tiene un curso circular que se autoreforza y que dura toda la vida. Así, después de haber crecido en el endiosamiento ateo del Führer y en la satanización de los judíos, a este paciente le sucedió la desgracia, a partir de los 10 años de edad y después de la muerte de su admirado Adolfo Hitler, de haber sido expuesto a una educación que lo confrontó con un Dios castigador, cuyos representantes terrenales reforzaron sus conflictos. Si nos dejamos guiar por las categorías que Freud formuló en el pasaje recién citado, podemos reconstruir este proceso en base a los conocimientos logrados en el tratamiento analítico. De acuerdo con Freud, se trata de 1) un fraccionamiento del yo en diversas identificaciones tabicadas entre sí en compartimientos estanco, que alternadamente atraen hacia sí el dominio de la mente, de modo que 2) las identificaciones posteriores como tales se remontan a la edad más temprana. En esto, nos parece especialmente importante que Freud, en una nota al pie de página, haya remitido el origen del ideal del yo a una identificación primaria y significativa con los padres. Sorprende que Arturo Y haya podido disimular sus padecimientos frente a su medio ambiente y que tampoco sus familiares más cercanos supieran que él sufría bajo tal cantidad de angustias y pensamientos obsesivos. Temía terminar como su madre, por cuyo suicidio se sentía responsable, porque al final no podía soportar sus lamentos y porque un día antes de su muerte se había puesto una vez violento. Sin embargo, en la obsesión del suicidio propio o de cometer un delito sexual, temía le pasaran cosas aún peores, como terminar en el aislamiento de la cárcel o del manicomio. Tal tipo de ideas obsesivas había aparecido por primera vez a los 21 años de vida, cuando pudo tener la esperanza de que su futura esposa respondería a su inclinación por ella. Después de eso, Arturo Y se hospitalizó a escondidas para un tratamiento psiquiátrico que no dio ningún resultado. En el curso de dos largas psicoterapias analíticas logró algunos insights, que se profundizaron en un análisis clásico de alrededor de 700 horas. Al terminar el análisis, el paciente se sentía capaz de trabajar sin tratamiento, aunque sufría bajo las considerables oscilaciones de los síntomas angustiosos y obsesivos, cuyos contenidos variaban. Su habilidad profesional y una extraordinaria capacidad empática frente a los clientes le permitieron estar presente en el

momento correcto, aunque sólo rara vez se veía libre del acompañamiento de pen-samientos obsesivos. Bastaba un color molesto, un ruido sibilante o la pronuncia-ción de ciertas vocales, para que se desencadenaran en él intensas angustias y com-pulsiones de evitación.

La enfermedad mortal del hermano menor produjo un empeoramiento de sus sín-tomas y lo hizo tomar la decisión de consultarme. Mucho tiempo atrás ya me ha-bía buscado una vez. De esta consulta, a mediados de los años 60, recordaba sólo mi acento. Ya que en aquel entonces yo contaba con un cambio de residencia, referí al paciente a un colega establecido en la región de Heidelberg, quien llevó a cabo el citado psicoanálisis. Después de la terminación de ese tratamiento, el paciente en-contró una posición profesional ventajosa en la región de la alta Suavia, de modo que ahora, después de 20 años, le pareció natural consultarme nuevamente, esta vez en Ulm.

El éxito profesional y la estabilidad de su familia no cambiaban en nada los sentimientos de la apreciación negativa de sí mismo y de su impotencia frente a las insuperables obsesiones. Sólo de manera abstracta se puede imaginar que pueda conservar algo de voluntad y de poder propio. Sin embargo, cuando, bastante al co-mienzo del análisis, le pregunté cómo sería para él sentirse alguna vez libre de an-gustias, respondió prontamente: "Entonces sería insoportablemente arrogante." En el desdoblamiento, había conservado algo más que arrogancia inconsciente. Codo a codo y de manera incompatible, estaban las identificaciones con la víctima y con el verdugo. A lo largo de los años, se fueron sumando los contenidos de esta iden-tificación –los objetos, en el término "identificación-objeto" de Freud. Como víc-tima, se identificó con los judíos, despreciados y condenados al exterminio y, sa-dísticamente, se identificó inconscientemente con el héroe condecorado. Freud de-bió el descubrimiento de la omnipotencia del pensamiento a un paciente neurótico obsesivo. Arturo Y colocaba lo siniestro en el ámbito de significación de la arbi-trariedad.

Establecer un vínculo entre la víctima y el verdugo, encontrar un eslabón de unión, es casi como solucionar la cuadratura del círculo. Felizmente, el paciente justamente no quería ser ninguno de los dos. Sin embargo, cada vez que en su vida posterior, hasta el día de hoy, se topa con algo cruel y siniestro, en palabras o imágenes, se hacen realidad repeticiones en el pensamiento.

Estas repeticiones las vemos, por razones teóricas y terapéuticas, en el marco de la hipótesis alternativa de Freud para la compulsión a la repetición, como intentos de solución de problemas, condenados al fracaso por la coexistencia de identifica-ciones inconscientes escindidas. En la explicación de los sueños angustiosos repe-titivos, Freud consideró la función solucionadora de problemas en el sentido de una superación o de un dominio retroactivo (nachträglich) de

situaciones traumáticas, que sería buscado en el sueño. Si se atribuye al yo una "función sintética" (Nun-berg 1930), es natural ver las repeticiones en general, fuera de los sueños angustiosos, bajo el punto de vista del intento de dominio y de solución de problemas. Dicho de otra manera: se trata de aclarar la pregunta de por qué hasta el momento tampoco la ayuda psicoanalítica había logrado liberar al paciente de las repeticiones de las angustias y obsesiones.

Es evidente que no basta simplemente constatar que en el paciente existen identificaciones inconscientes, mutuamente inconciliables y que alternadamente atraen el pensar hacia sí, y que el correspondiente sentimiento yoico se ve completamente saturado, de un minuto para el otro, por un afecto depresivo.

Más bien nos mueve la pregunta de cómo, y por qué, se llega a tal fraccionamiento. En la reconstrucción avanzamos algo si consideramos los traumatismos acumulativos que pusieron exigencias demasiado altas a las capacidades de integración del paciente en todas las fases de su vida, hasta la adolescencia tardía.

Las vivencias descritas en la adolescencia determinaron no sólo el contenido de las angustias e ideas obsesivas centrales. La polarización preestablecida de su mundo interno y la ideología de escisión transmitida en la familia, fueron reforzadas en la escuela a través de dos maestros, como exponentes de odio y amor. En ambos profesores, las expectativas homosexuales y sadomasoquistas se cumplieron de tal manera, que no se llegó a la reestructuración que es posible justamente en la adolescencia. Sucedió precisamente lo contrario. En esta edad, con un alto potencial para reordenamientos (Freud 1905d), se llegó a una estabilización de las estructuras previas.

En los intentos de acercamiento y en los castigos corporales presenciados, el paciente sintió inquietantes deseos en el campo de tensión del placer y displacer. Baste intercalar una escena del análisis: pasó mucho tiempo antes de que el paciente pudiera sentirse cómodo y suficientemente seguro en el diván como para cubrirse con la manta preparada para tal efecto, sin sentir que con ello se transformaba inmediatamente en homosexual o que me ensuciaba analmente al no doblar al final la manta arrugada, de tal modo que yo no lo toleraría y pondría fin al tratamiento. No es necesario que mencione que con esta terminación el paciente buscaba preservarse él mismo y preservarme de algo aún peor. Cada vez que alcanzaba un nuevo equilibrio, el paciente intentaba mantener su resistencia de identidad (véase 4.6), para hablar en la terminología de Erikson. Erikson describió la resistencia de identidad de la siguiente forma:

La resistencia de identidad, en sus formas más moderadas y usuales, es el miedo del paciente a que el analista, a causa de su personalidad particular, de su "mundo" o su filosofía de vida, pueda, descuidada o deliberadamente, destruir el

débil núcleo de la identidad del paciente e imponer el suyo propio a cambio (1968 p.214).

Los cambios del sentimiento de identidad traen necesariamente consigo el abandono de identificaciones previas. De este modo el paciente fue ganando coraje, si bien todavía por mucho tiempo siguió expresando el placer en el poder propio a través de la inversión masoquista y autodestructiva, y de la participación inconsciente en el verdugo sádico.

La constelación en la aparición de la enfermedad, en el momento en que era que-rido y había conquistado un éxito no sospechado, pertenece, en un sentido general, a la tipología de los que fracasan frente al éxito (Freud 1916d). Desde ese momento, el paciente vivió en un perplejo esfuerzo por la perfección narcisista, sea en el terreno profesional o familiar. De la abdicación altruista sacaba tanto su felicidad como también su enorme susceptibilidad que activaba permanentemente las identificaciones sadomasoquistas inconscientes.

A pesar de que el paciente hacía tiempo que se había liberado de la ideología nacionalsocialista, el polarizado sistema de valores que le fuera transmitido seguía dando la medida para la apreciación de sí mismo.

Su espíritu de sacrificio en la familia casi no conoce límites. Cuando se siente ofendido, de regla desvía la agresión en contra de sí mismo. También en el ámbito profesional logra sus éxitos a través de ponerse en el lugar del otro; si hasta se podría decir que a través de la identificación con la víctima a la que tiene que vender sus buenas mercaderías.

Para terminar, volvemos al tema tocado anteriormente: se trata del problema de la génesis de identificaciones-objeto alternantes y de su fraccionamiento, para hablar en el lenguaje de Freud. En un sentido más amplio, se trata de la relación entre contenidos y sus formas psicopatológicas. Es evidente que al lado de la influencia de la ideología nacionalsocialista sobre los procesos de identificación del paciente, actuaron también otros contenidos que son difícilmente conciliables entre sí. Del mismo modo, es claro que las identificaciones primarias, los conflictos preedípicos y edípicos, tienen su propio peso. Mucho antes de que este paciente buscara en Hitler a su yo ideal, existían las personalidades múltiples y el tema del doble y del alter ego. Sin dificultades, podemos deletrear los intentos desesperados e inútiles del paciente de superar su conflicto intrapsíquico entre los representantes de sus identificaciones, de acuerdo con la historia de Stevenson (1886) del Dr. Je-kyll y de Mr. Hyde (véase A. Rothstein 1983, p.45). En tal argumentación, sin embargo, se subestima la significación de la sumación de los contenidos de identificación mutuamente inconciliables sobre el resultado patológico, es decir, también sobre las formas patológicas. Por otro lado, tampoco se hace justicia a estos

contenidos cuando se suponen sólo mecanismos tempranos como la identificación proyectiva e introyectiva, sin considerar conjuntamente la larga serie de traumatis-mos a través de los años. Por eso, al comienzo llamamos la atención de que en la

interiorización, en la formación de los así llamados objetos internos, se trata de identificaciones con procesos de interacción.

Este paciente no pudo decir con Fausto: "Dos almas viven, ah, en mi pecho", pues un alma, la identificación con el agresor, era profundamente inconsciente y su identificación con la víctima lo llenaba de angustias pánicas. Durante su análisis, cuyo curso describimos a través de las solicitudes de prestación de servicios para el perito de la mutua de salud (6.4 y 6.5), Arturo Y fue capaz de integrar los aspectos yoicos mutuamente escindidos.

8.3 Acciones interpretativas

El siguiente informe de tratamiento contiene acciones interpretativas seleccionadas del psicoanálisis de una paciente histérica de angustia. Se trata de exposiciones te-máticas sacadas de un tratamiento realizado hace ya mucho tiempo (Thomä 1967), y no de reproducciones literales de sesiones. Hoy como ayer, la selección está al servicio de fines didácticos: se presenta la resolución de una sintomatología histéri-ca de una manera cercana a la práctica.

Durante el tratamiento de Beatriz X, aparecieron angustias de embarazo y de parto en el lugar de los anteriores síntomas histéricos de angustia de otro tipo, que describimos en la sección 9.2. En esa sección se informa sobre la sintomatología y sobre la primera fase de tratamiento. La paciente no puede hacer realidad el deseo de un hijo, de su marido y suyo propio, porque su miedo neurótico por todo lo que le podría suceder en el embarazo y durante el parto la obliga a llevar un estricto control anticonceptivo. La progresiva recuperación de la paciente actualizó, junto al deseo de un hijo, antiguas condiciones angustiosas edípicas.

Ya que ofrecemos comentarios de un tratamiento que fue llevado a cabo hace 25 años, queremos primeramente aclarar que, entretanto, nuestra manera de ver las cosas ha cambiado, en razón de la revisión de la teoría del desarrollo femenino. Freud vio el desarrollo de la niña como complicado por el cambio del amor por la madre al amor por el padre. En los años 30, este "cambio de objeto" fue considerablemente relativizado en su significación, a través de las contribuciones de los psicoanalistas. Si se parte del vínculo materno primario y de la identificación materna de la mujer, que Freud (1931b, 1933a) admitió en la teoría del desarrollo del sexo femenino, desaparecen también las complicaciones que se atribuyen falsa-mente al cambio de objeto supuesto anteriormente. Si se toma en serio la signifi-cación biográfica de esta identificación, entonces el rol materno de las muchachas es preparado, por así decirlo, "como jugando", y

posteriormente hecho realidad, a través de la identificación inconsciente y de la adopción imitativa de modos femeninos de comportamiento. Que la mujer encuentra sus relaciones de objeto en último término a través de la identificación con la madre, lo dijo Lampl-de Groot, claro que sólo en 1953. Sobre el fundamento de un sentimiento de sí femenino en formación, los conflictos edípicos pueden transcurrir sin inseguridades esenciales. Es por lo tanto probable que, por ejemplo, la trinidad de equivalentes angustiosos femeninos, descritos por H. Deutsch (1930), a saber, castración, violación y parto, sólo aparezcan en mujeres con perturbaciones en su identificación básica con la madre. Thomä (1967) llamó la atención sobre este punto a propósito de una presentación casuística sobre angustia de castración.

Probablemente, la revisión de la teoría del desarrollo de la identidad femenina y de los roles sexuales es, de entre todos los cambios que han llegado a hacerse necesarios en los supuestos psicoanalíticos, el de mayor alcance (Roiphe y Galenson 1981; Bergman 1987). La determinación psicosocial del sexo, enraizado profundamente en el núcleo de la personalidad, como el sentimiento de: "soy una mujer" o "soy un hombre", comienza inmediatamente después del nacimiento. En el cuidado al lactante, madre y padre transmiten, a través de gestos, palabras y de la manera como se relacionan corporalmente con el bebé, como ellos viven su género sexual. Llamamos especialmente la atención sobre la obra de Stoller (1976), que introdujo el concepto de "core gender identity" ("identidad sexual nuclear"; en inglés en el original) y que habla de la femineidad primaria. Mano a mano con la profunda re-visión, que a través de múltiples publicaciones documenta la significación de la identificación primaria de las muchachas con la madre, también ha cambiado la comprensión psicoanalítica de la sexualidad femenina en sentido estricto (véase Chasseguet-Smirgel 1974).

Falsas representaciones sobre la psicofisiología del orgasmo femenino condujeron durante años a abrumar iatrogénicamente a mujeres en tratamiento. Por ejemplo, de acuerdo con el informe de Bertin (1982), la famosa discípula de Freud, Marie Bonaparte, se sometió a una cirugía plástica clitorídea para corregir una frigidez. Las incorrectas suposiciones de Freud sobre la génesis de la frigidez como un trastorno en la transición del orgasmo clitorídeo al vaginal y otras ideas falsas sobre la psicofisiología de la sexualidad femenina, dificultaron durante años la terapia de mujeres frías.

Es claro que la importancia de la identificación primaria en la génesis de las desviaciones sexuales, que pueden llegar hasta el transexualismo, no debería conducir a la conclusión falsa de que la "femineidad" o la "masculinidad" están ya fijadas en el primer año de vida. Bajo condiciones favorables, es mucho lo

que se puede complementar a través de las amistades en el jardín de infantes y en la escuela, en los encuentros con madres sustitutas y maestros, en especial durante la adolescencia. Después de la fase del conflicto edípico, se dan siempre nuevas oportunidades para identificaciones nuevas y complementarias, que alcanzan más profundamente que las meras imitaciones, pero que pueden tener en éstas su punto de partida. El buscar y el hallar modelos promueve los procesos de autocuración.

A menudo, los procesos de defensa descubiertos por Freud son más fuertes que la naturaleza. Entonces quedan en pie, como en el caso de Beatriz X, angustias histéricas sobre el trasfondo de conflictos histéricos. Cualesquiera sean las condiciones biográficas que en el caso individual hayan puesto en movimiento represiones inconscientes operantes y otros mecanismos de defensa —donde existen angustias neuróticas referidas al embarazo y al parto—, junto a los problemas de identificación básicos también se encuentran conflictos edípicos. En el período de tratamiento en el que sus conflictos edípicos pudieron ser conversados y superados, en conexión con las angustias frente al embarazo y el parto, Beatriz X recuperó vínculos emocionales e identificaciones con mujeres. Se intensificaron amistades, y además buscó, cediendo a un profundo anhelo, a la mujer que reemplazó a su madre, y bajo cuyo cuidado estuvo muchos años mientras duró la evacuación de las grandes ciudades durante la guerra. Junto a sueños homoeróticos, en la sesión n.º 258 Beatriz X soñó que era paciente de mi mujer. Inmediatamente aseguró que estaba muy satisfecha conmigo. Hoy como ayer, era grande su miedo de perder el amor del padre en la transferencia cuando se volvía hacia la madre. Naturalmente, recogía información de amigas embarazadas y de madres recién paridas.

Comentario desde la visión actual: Dejando totalmente fuera la denegación de sus deseos edípicos en la transferencia, Beatriz X tenía una buena razón para estar insatisfecha con el analista tratante y volverse en el sueño a su mujer. En un contradictorio y ambivalente ir y venir, el analista había evitado consentir en nombrar el título de un libro de educación sexual. En este caso, de esta omisión no se originaron grandes daños. Si se deja de dar información en razón de la regla de la abstinencia, se malogra una oportunidad de reforzar la relación "que ayuda" y de facilitar identificaciones en la transferencia materna. La denegación del natural deseo de recibir información del especialista, si bien evita gratificaciones edípicas indirectas, también daña la identificación. Es evidente que el analista se guía por la idea de que toda gratificación indirecta va en contra del analizado. Actualmente, sabemos que la teoría de la terapia de la frustración, que parecía sustentar una aplicación rigurosa de la regla de la abstinencia, es falsa. Desde el comienzo su fundamentación fue problemática, por eso no es

sorprendente que Weiss y Sampson (1986) hayan refutado la hipótesis de la frustración en la terapia. Del mismo modo como lo hace la experiencia clínica, sus investigaciones ponen de manifiesto la superioridad de la hipótesis alternativa de Freud, que parte de la base de que, con la ayuda del analista, el paciente intenta en la situación analítica superar los traumatismos y dominar los conflictos no resueltos hasta ese momento. En el caso que se presenta, la denegación del deseo de conocer por parte del analista el título de un libro de información sexual, de ningún modo dio a luz algún tipo de fantasía sexual inconsciente adicional, sino que más bien produjo un apartarse del analista con una vuelta hacia las mujeres como modelos más adecuados para la información requerida. Si el analista hombre se hubiera comportado de otra manera y así facilitado una transferencia materna, pensamos que la paciente podría haber encontrado, también en él, posibilidades de identificación. Reproducimos ahora algunas sesiones, reveladoras en relación con las angustias edípicas, que además permiten al lector una mirada en el esquema de protocolización que mencionamos en la sección 1.3.

Sesión n.º 261

Beatriz X informa de que se había alegrado por la sesión, pero que cuando estuvo aquí y esperaba, se puso intranquila y lo único que quería era salir corriendo.

Dice que le va especialmente bien, también que es muy feliz con su marido, aunque tiene algunas reservas frente a una próxima fiesta de cubrir aguas. Que naturalmente tiene que asistir a ella, pero que se siente dividida entre la alegría y el miedo. Destaca lo mucho que se alegra por su marido, sin que le envidie su éxito como arquitecto.

Sueño: Entra en una pieza, un hombre, que no tenía tiempo para ella, había preparado los reflectores y las máquinas filmadoras. Ella está desilusionada.

Reflexión: La sesión había comenzado con un retraso de 5 minutos. Yo quiero llevar a la paciente a su –supuesta– desilusión y por eso le planteo una pregunta que le llame la atención sobre ello.

A.: ¿El hombre tenía poco tiempo para Ud.?

Reacción: La paciente no responde y, en vez de eso, formula su deseo: ¡Qué lindo sería ser el centro de la atención en la fiesta de cubrir aguas! Luego entrega nuevos detalles sobre el último día, en especial sobre su vida sexual.

Dice que la razón por la cual antes no tenía orgasmos era que se refrenaba y al

subir la excitación dejaba de participar activamente. Después, de alguna manera se había asentado el miedo de dañarse por una participación intensa.

Agrega que tampoco es correcto que su marido –y con ello la paciente también piensa en el hombre del sueño– tenga tan poco tiempo para ella. Que ella tiene la culpa, pues en las tardes siempre hace algo sin importancia, en vez de buscar y go-zar la conversación tranquila con su marido.

Reflexión: Inconscientemente, la paciente quisiera exhibirse, estar en el centro y tener un orgasmo especialmente satisfactorio. Tiene miedo de ser dañada. Para no llegar a la exhibición, se representa en el sueño como si el hombre no tuviera tiempo. Entonces es el hombre quien la desilusiona y lo puede culpar a él. De este modo, se mantiene la represión de los deseos sexuales.

Interpretación: Siguiendo el sentido de mis reflexiones, y apoyándome en un sueño anterior en la que aparecía una mujer que se exhibía bailando, digo a la paciente que quisiera mostrarse excitada, pero que incorpora la desilusión por miedo a dema-siada intensidad. Entonces me acusa de tener muy poco tiempo.

Reacción: Dice que eso es 100% correcto, sin pero que valga. Agrega que ahora piensa en un sueño y en su miedo a los partos.

Sueño: Ve a un pálido niño frente a ella, el bebé de una amiga de escuela, que siempre había tenido muy mal aspecto. (En el sueño era claro que la mujer había tenido muchas relaciones sexuales durante el embarazo y por eso el niño había sido dañado.) Un hombre coloca un niño pequeño entre orejas de elefante y ella tiene mucha angustia por lo que le pueda pasar al niño.

Ocurrencias: Ella sabe que algunas semanas antes del parto no se debe tener rela-ciones sexuales. Con las orejas de elefante pensó inmediatamente en los labios mayores. En su temor frente al embarazo y el parto está el miedo a perder algo.

Reflexión: Vuelve nuevamente el conocido tema del daño y de la pérdida.

Pienso en la fantasía que la paciente tiene de la defloración y en su miedo de que el introi-to vaginal se siga desgarrando. En el niño ella no siente algo nuevo. No se agrega algo a su vivenciar, sino que en primer lugar piensa en que algo se cae (el niño en-tre las orejas/labios mayores). Especulo en torno a la igualdad entre niño y pene. El niño no es un miembro que se agrega, sino uno que se desprende. La pregunta del porqué de esto me surge naturalmente.

Interpretación: Digo que le sucede que en el parto tiene miedo a ser dañada y a per-der algo. Que el pequeño está en el lugar donde los elefantes tienen la trompa, que entonces es como si se fuera a caer el niño-trompa-miembro. Que ella habría teni-do la fantasía de, en comparación con el hermano, haber perdido algo, a saber, el miembro, y tiene miedo de que el daño se continúe con el parto.

Reacción: Replica que no puede recordar haber hecho tal comparación con su her-mano, pero que le es claro lo mucho que la domina el pensamiento de ser dañada en el parto, de perder algo. Agrega que es inquietante tener todavía tales pensa-mientos y sueños, a pesar de que ya sabe mucho más sobre el tema. La angustia de pérdida se aclara en una sesión posterior casi sin mi participación.

Sesión n.º 264

A pesar de que de verdad debiera estar preocupada con la apertura de la oficina, que se llevaría a cabo en pocos días más, le urge otro tema que ya había sido con-versado hacía pocas sesiones. Se trata del perder, del dejar caer. En relación con es-to había tenido un sueño muy cruel.

Sueño: De su vulva salían pedazos de hígado, unidos unos con otros. Se sentía lle-na de espanto, desesperación y angustia, y se ponía en cuclillas para tantear con la mano y separar los pedazos de hígado que estaban como mutuamente ensartados. Luego soñó con una mujer que quería dar a su madre un pedazo de hígado con esa forma, pero que su madre rechazaba.

Ocurrencias: La paciente repite la descripción del horror y del asco. Luego siguen reflexiones sobre su miedo de perder el niño durante el embarazo. Piensa en la ex-traña posición en cuclillas para dominar su angustia. De hecho, durante mucho tiempo la paciente había aliviado su angustia a través de ponerse frecuentemente en cuclillas. No se sentaba totalmente en el piso, sino que, a medio camino, y apo-yándose en las puntas de los dedos del pie, descansaba las nalgas sobre los talones. Así superaba su angustia, de la misma forma que por tocamiento de la zona geni-tal. Del sueño, la paciente concluye que es entonces evidente de que cuando está de pie tiene miedo de perder el control sobre su parte baja. "Sí, así es, siempre he te-nido miedo a desangrarme durante la regla." Junto a esto, la paciente menciona que por primera vez en muchos años fue ca-paz de sentarse a la mesa junto con su marido –un cambio positivo que está en re-lación con la reelaboración de diferentes angustias.

Sesión n.º 265

Dice haber estado muy contenta después de la última sesión, que su marido le ha-bía enviado flores, sin adjuntar nota alguna. Pero ahora está muy inquieta porque en la mañana había tenido un pensamiento totalmente disparatado. Pensó

cambiar un par de zapatos que había comprado el día anterior. Se le había ocurrido que sería magnífico viajar hasta la estación de tren en el auto de un paciente que había conocido en la estación. Este pensamiento la intranquilizaba y la hacía sentirse culpable frente a su marido.

Reflexión e interpretación: En mi interpretación, considero que, antes de la sesión, la paciente se había entretenido unos minutos en la estación. Al pasar, hago notar que el mencionado paciente se había interesado por ella algún tiempo atrás. Le llamo la atención que ella hace como si no hiciera nada para granjearse las simpatías de él.

Reacción: Dice que tiene que darme la razón, que así es.

Agrego que por la misma razón evita sentarse frente a un hombre cuando viaja en tren. Entonces ella reconoce lo bien que le hace que entonces el hombre se interese por ella.

Reflexión: Debe tratarse de un desplazamiento de la transferencia. Es un paciente mayor, de quien Beatriz X supone que ha tenido muchas mujeres.

Anteriormente, a veces se había quejado de que su marido es muy jovial, poco paternal, sin experiencia. Los deseos incestuosos son transferidos a los pacientes casados.

Interpretación: Le sugiero que a través de una relación con un hombre mayor, con más experiencia y paternal, a través de una relación sexual conmigo, ella busca la confirmación que en su tiempo no había recibido, pues su padre, como lo ha soñado, tenía relaciones sólo con su madre. Ahora tiene sentimientos de culpa por estos deseos y por eso los aparta.

Reacción: Replica que eso es 100% correcto, que por lo demás su marido a veces también es paternal.

Reflexión: Al no poder integrar sus deseos en la relación con su marido, por miedos incestuosos, pudiendo expresarlos sólo a través de una escisión, la relación marital se ve empobrecida, es decir, ella mantiene inconscientemente a su marido en el nivel del hermano.

El terapeuta ofrece la interpretación pertinente, que la paciente completa en el mismo sentido en la reacción, de que entonces esa es la razón de por qué durante largo tiempo no pudo tener en absoluto relaciones sexuales con su marido.

Sesión n.º 275

La paciente sospecha (con razón) haberse topado poco antes con mi mujer en el pasillo de la clínica. Dice que se sintió muy intranquila y que en ese momento lo único que quería era irse. La verdad –agrega– que no tiene derecho de estar

ahora aquí y hablar de cosas tan personales. A mi pregunta, la paciente sigue diciendo que en comparación con mi mujer no sólo se siente vacía, sino también chica. A menu-do, los demás calculan que ella es una muchacha soltera de 17 años.

Reflexión: La paciente vivió el encuentro casual en una atmósfera edípica. Tiene sentimientos de culpa por sus deseos incestuosos y se defiende de ello, por un lado, en la sintomatología y, por otro, diciendo que es demasiado chica. Con ello e-rige una protección contra sus deseos incestuosos.

Interpretación: Le digo que claro que hace poco ella soñó con una mujer que estaba embarazada que se encontraba conmigo en mi pieza. Ella cree que tiene que excluir-se y decirle a su madre: no tengo ninguna relación prohibida con el hermano/ana-lista.

La paciente recoge este pensamiento. Se habla de las maneras como disimula sus deseos. El analista debe desempeñar el rol del seductor y, por ejemplo, disponer de ella en la fijación de las horas. Nuevamente se trata de la visita a su madre. En ta-les días –así le digo– no viene a terapia, para descansar junto a su madre y para ha-cerle saber: soy pequeña y desvalida y no voy donde el hombre (el médico como padre).

Recoge esta observación y dice: "Sí". Al mismo tiempo, agrega, no puede imaginarse algo más hermoso que ir donde su madre con un niño. También tiene esta

fantasía conmigo: visitarme con su marido y con el deseado niño que espera algún día parir.

Retrospectiva: La progresiva identificación positiva con su sexo fue extinguiendo sus angustias frente a un embarazo y, con toda probabilidad, también hizo posible la concepción. Después de 20 años de catamnesis, se puede dejar constancia que Beatriz X es una mujer sana, madre de varios hijos. Todos los ítems necesarios para un juicio de éxito son positivos. Beatriz X vive libre de angustias, satisfecha y feliz con su familia.

8.4 Actuar

Como lo expusimos en la sección 8.6 del tomo sobre los fundamentos, en los últimos decenios la comprensión tradicional de la actuación ha cambiado esencialmente bajo la influencia de las teorías de relaciones objetales. Tanto los fenómenos mismos que se subordinan bajo este concepto, como también su génesis, reciben actualmente una valoración distinta en la teoría de la técnica. Los efectos de la polarización entre la terapia de insight clásica, con su énfasis en la interpretación, y la terapia de la experiencia emocional, se pueden demostrar, de manera especial, en la actuación en sus dos formas, como acting-out y como acting-in. Como lo mostramos en la sección 8.3 del tomo primero, esta polarización debe remitirse al hecho de que, desde la controversia entre Freud y Ferenczi, el vivenciar en la sesión psicoanalítica no ha sido considerado suficientemente. Al plantear la pregunta: ¿Existen dos técnicas psicoanalíticas?, Cremerius (1979) exhortó a superar la polarización. Esta integración de orientaciones divergentes y unilaterales se puede probar en la manera de enfocar los fenómenos que hasta el momento han sido etiquetados como actuación.

La fenomenología del actuar es variada. Tan pronto como psicoanalíticamente se va más allá de una fenomenología descriptiva, se plantea la pregunta de la valoración funcional del actuar correspondiente. Esta tiene aspectos individuales y dinámicos. Por esto, el actuar, dentro y fuera de la sesión, debe ser investigado en el contexto de los procesos de transferencia y contratransferencia. Puede tener una significación benigna o maligna. Una paciente que, en la búsqueda de figuras femeninas de identificación, vio una vez a la mujer del analista como mandadera de flores, demostró ser muy ocurrente para poner remedio a una carencia imaginaria; la paciente que describimos en la sección 2.2.4 destruyó la base del tratamiento a través de su permanente intrusión en la vida privada del analista. En ese lugar, discutimos la

dependencia parcial de tal comportamiento de la situación de vida especial por la que atravesaba el analista y de la estructuración de la terapia. En otros lugares de este tomo, el lector podrá encontrar otros ejemplos que, de acuerdo con la concepción prevaleciente hasta hace poco, podrían ser catalogados como "actuación". Por eso, en esta sección nos limitaremos al llamado acting-in, que, por lo menos desde la descripción de Balint del "nuevo comienzo", ha perdido su valoración negativa.

Ejemplo 1

Después de la interrupción de 3 semanas por fiestas de Navidad, Ingrid X comienza la sesión afirmando de que quisiera mostrarme algo. Sin esperar mi respuesta, se acerca al diván, se arrodilla y empieza a extender un juego de naipes de Tarot. Me invita a sentarme en el taburete junto a ella, después de que, algo perplejo, me quedo ahí parado. Las cartas las dispone como se hace en la noche de San Silvestre (31.12). Ingrid X cree haber reencontrado en este juego de Tarot la comprensión de su historial de vida alcanzada por nosotros hasta ese momento.

De manera detallada, consideramos las cartas individuales y ella explica, en base a las figuras, las fantasías que se ha hecho al respecto. En el centro de la atención están las copas que, si están llenas significan vida, y si están dadas vuelta simbolizan vida no vivida. La figura de un eremita solitario la ha tocado especialmente.

En el centro de su autointerpretación se encuentra la madre, quien no le alcanza una copa cerrada y que parece envidiarle algo.

Después de que la paciente ha explicado estos detalles, noto que ella había esperado de mí algunas observaciones complementarias. Yo debo cooperar en el resumen de lo que hasta el momento hemos elaborado. Luego, satisfecha, recoge las cartas y se recuesta en el diván.

Si existiera un catálogo de situaciones desacostumbradas en la vida profesional del analista, esta experiencia pertenecería a él. Desacostumbrada fue la naturalidad con que todo sucedió. Si hubiera esquivado la oferta recurriendo a una regla, la paciente se habría sentido más que herida.

La paciente informa ahora sobre un sustancioso sueño, cuya primera imagen se refiere a la pieza de tratamiento. Siguen otras escenas que aluden principalmente

a una relación de amor terminada hacía poco. Al relatar el sueño, la paciente comenta que en el sueño trata de ordenar la herencia de esa relación.

Sin establecer una relación entre el sueño y nuestra relación, Ingrid X sigue adelante y describe como pasó las Navidades con su esposo, en cómo tuvo que aguantar los conocidos problemas. La necesidad de la paciente de informar en detalle sobre las vacaciones y en hacerme comprender lo que hizo en ellas, me hace estar a la expectativa. La gran cantidad de comunicaciones me motiva, después de casi media hora, a señalarle que ella quiere aportar acá sus vivencias y que abrió esta hora con un regalo desacomunado. Esta observación la mueve a reflexionar.

P.: Sí, me es importante aportar, contarle todo. Por lo demás, también hago eso en su ausencia, hablo con Ud. y lo hago participar en lo que me ocupa.

A continuación, relata que por cerca de 14 días pudo continuar conmigo el diálogo interior. Pero que, después, esta relación parece haberse interrumpido. No sin orgullo, informa que, con otras personas, amigas y conocidos, le es ahora posible continuar con este tipo de comunicarse.

En este contexto, se me impone la pregunta, que efectivamente planteo, de si existe alguna conexión temporal entre la pérdida de la relación interior conmigo y el echar las cartas del Tarot. La paciente confirma esta sospecha y en ambos se produce un sorpresivo insight. Podemos confirmar que la pérdida de la relación interior ha sido compensada mediante un retroceso al nivel mágico; en vez del analista no disponible, se erigió el mundo, que sí está disponible, del juego del Tarot, con el cual, en el momento del cambio de año, pudo hacer frente, tanto a nuestro pasado común como también a la perspectiva futura. El arreglo de hacerme participar en los resultados de este echar las cartas, conecta el tiempo de antes de la interrupción de vacaciones con el tiempo que ahora está frente a nosotros. Ingrid X se acuerda de la relación, muy importante emocionalmente, con su profesora de violín, a la que siempre podía traer las cosas más distintas. Si había ejercitado lo suficiente, quedaba siempre tiempo adicional para mostrar a la profesora libros interesantes o sus nuevos patines, etc. La reanimación de esta experiencia consoladora nos lleva al recuerdo doloroso de que la madre, muy comprometida profesionalmente, no estaba disponible suficientemente. Con todo, por muchas razones la paciente estaba en condiciones de crearse posibilidades sustitutivas, al menos parcialmente satisfactorias, para la relación materna crónicamente desilusionante.

El entendimiento del acting-in sobre el trasfondo de la historia de vida, conduce a la formulación de que nos encontramos en una relación del tipo "clase de violín". Como reacción a la larga separación, el analista se transforma en una madre desilusionante y no disponible, y ella tiene entonces que aportar algo

lúdrico, poniéndolo en la posición de la profesora de violín. El tiene que reconocer de manera especial sus capacidades para encontrar soluciones sustitutivas, algo de lo cual la paciente está con razón orgullosa. Sin embargo, si la desilusión es demasiado intensa, éstas también pueden fracasar. Como ejemplo de esto último, relata que su suegro nunca se ha esforzado en encontrar para ella un regalo de Navidad que le diga algo personal, sino que esta vez le había pasado un libro de arte que había recibido de alguna firma como presente navideño. En este ejemplo, la paciente alcanza a notar sus ansias por una atención personal, que se esconde detrás de sus posibilidades de superar las dificultades.

El juego del Tarot puede ser considerado como un intento exitoso de reemplazar en la situación, la pérdida del objeto interno "analista", recurriendo a un escenario suprapersonal, en el cual se puede ver nuestro trabajo hecho hasta el momento. La interrupción mobilizó una transferencia materna negativa: ¿Quién, o qué, es la co-pa llena que la madre (analista) parece envidiar? Como defensa en contra de los afectos relacionados con ello, la paciente pudo utilizar una transferencia materna idealizada en la forma de acting-in, para transmitir sus sentimientos de soledad ("el eremita solitario").

Ejemplo 2

Teodoro Y se siente solo e inseguro, a pesar de sus éxitos profesionales y de sus muchos intereses, que lo convierten en un buscado interlocutor en un amplio círculo de amigos. Su aspecto exterior no calza con la apreciación negativa que tiene de sí mismo: se considera totalmente carente de gracia.

El padre había caído en la guerra; la madre tuvo que trabajar arduamente para posibilitar a sus muchos niños una formación de muchos años. Junto a la situación de necesidad material, el paciente se había sentido abrumado durante su niñez y su juventud por la tendencia de la madre a deprimirse. En la pubertad tardía, el paciente estuvo totalmente seguro de sus inclinaciones homoeróticas. Buscó el tratamiento después de que su homosexualidad lo había llevado, bajo la influencia del alcohol, a una crisis social.

En la sesión n.º 350, acongojado, recuerda una experiencia de hace más de 15 años, que tuvo como consecuencia que buscara con mayor ahínco contactos homo-sexuales: desde hacía algunos meses mantenía una relación íntima con una mujer, con un buen intercambio sexual. El se proponía hacer un viaje con un amigo, y su novia estaba desilusionada y rabiosa porque Teodoro Y no la quería

llevar consigo. En el viaje se enteró, con consternación, que ambos (la amiga y el amigo) se casa-rían. Con todo, el paciente había continuado el viaje con su amigo, como si nada hubiera pasado.

Esta descripción me sorprendió tanto, que espontáneamente le dije: "En aquel entonces Ud. no discutió absolutamente nada con su amigo." En mi contratransfe-rencia me había colocado en el lugar de él y había esperado una reacción de celos, sin pensar que una relación triangular hace posible la satisfacción de múltiples de-seos, lo que hace comprensible la ausencia de los celos normales.

A la próxima sesión, llega mucho más temprano que lo habitual. Molesto por el olor a aire viciado en la pieza, se abalanza sobre la ventana. Se origina un forcejeo verbal-averbal, como resultado del cual abre bruscamente la ventana. Por un mo-mento estamos muy juntos uno al lado del otro. Ya que afuera hace mucho frío, después de corto tiempo le digo, a pesar de su acertada apreciación sobre la calidad del aire en la pieza: "Creo que basta ya, ya podemos volver a cerrar", y cierro la ventana.

Teodoro empieza inmediatamente a hablar sobre el tema de la sesión de ayer. Al escuchar, noto que sigo ocupado con la escena del comienzo, que él no vuelve a mencionar, y pondero una relación con el tema abordado por el paciente.

A. (después de un rato): Creo que lo herí, tanto en la última sesión como ahora, hace un momento.

P. (con vehemencia): No, no, en fin de cuentas necesito aire fresco.

A.: De lo sucedido hace un momento, se me ocurre la idea de que se sintió critica-do a causa del asunto con el amigo.

Después de un segundo intento de mi parte, el paciente sigue sin convencerse de esta posibilidad, sino que le da la vuelta a la tortilla.

P.: Más bien creo que Ud. está ahora ofendido y enojado porque le echo en cara el aire viciado.

Entonces habla largo rato sobre agresión y sobre estar simplemente enojado, hasta que vuelve a retomar la situación actual.

P.: Ahora lo sigo contradiciendo y estoy muy angustiado porque temo que Ud. esté muy enojado. Noto que aquí Ud. es el avisado ... Estoy angustiado en este mo-mento. Tengo miedo de sus agresiones ... ¿o de las mías? ... ¿y si Ud. no es tan perfecto? ... Ayer, Ud. dijo: "¡Muy interesante!" ¿El señor analista se interesa por mí, o ... sí, la verdad es que lo que le interesa ahora, es lo muy interesante "pato-lógicamente"?

Sigue un largo monólogo, y luego hace una pausa.

P.: ¿Estoy hablando sin ton ni son?

A.: De hecho, se me ocurre que es como si Ud. hubiera asumido mi parte, en la medida en que me ha dejado afuera hablándolo todo.

P.: Sí, de alguna manera tengo probablemente miedo. (Pausa.)

A.: Sólo quiero decirle que tengo la sospecha de haber cometido ayer un error y por eso me he hecho eco de su entrada acá hoy día –nunca había entrado tan impetuosa-mente.

Teodoro Y rechaza nuevamente la relación entre los dos puntos de partida de mi construcción y vuelve a perderse en reflexiones filosóficas generales. Hacia el final de la hora trato, una vez más, de aportar un comentario.

A.: Con todo, quiero una vez más ponerle una exigencia, y puede ser que Ud. tenga una opinión muy distinta. Creo que yo veo algo que Ud. no puede ver en este momento. Quizás el sentirse ofendido se refiere también a mi observación "muy interesante". A veces se dan diferencias de opinión, y eso no nos destruye, ni a Ud. ni a mí.

A ojos vista esta constatación tranquiliza al paciente, aun cuando él se despide con una mirada de duda.

Después de la sesión, me sigue dando vueltas la significación que podría tener el olor que lo llevó a abrir bruscamente la ventana. ¿Será que le "huele mal" que yo me interese por él "sólo psicológicamente"?

Teodoro Y comienza la sesión siguiente con una oferta de reconciliación.

P.: Si me comunicara lo que ayer sintió y notó, eso con la ventana ... entonces yo aprendería algo. A mí me parece normal. Y porque Ud. dijo que eso era significati-vo. Y porque yo no lo noté.

A.: ¿Significa su pregunta que ahora está curioso, o todavía está en el aire la molestia de ayer y Ud. quisiera más bien adaptarse?

P.: No, no lo creo. Pensé que Ud. esperaba que pasara ... Bueno, ¿que me quiere mostrar? Soy un idiota. No logro adivinarlo. Sin embargo, es verdad que la angustia es menor ahora ... Yo abro la ventana bruscamente, Ud. la vuelve a cerrar, eso produce algo ... Una gran confusión, inseguridad, la escena fue inquietante.

A.: No fue así como Ud. hablo ayer sobre ello.

P.: Claro, ayer yo no podía saberlo todo, darme cuenta y decirlo inmediatamente.

Teodoro reacciona con ello rápidamente a un aspecto crítico, latente en mi interpretación.

A.: En eso tiene razón.

P.: Entonces soy un idiota.

Pienso que el paciente ha tomado la crítica latente. Decido aclarar más el incidente de ayer.

A.: Me doy cuenta ahora que eso lo puso mucho más inseguro de lo que yo había pensado o quizás podía saber.

P.: En la hora del martes se trataba del tema de mi amigo. El hecho de que yo haya sentido que Ud. me criticaba que no le haya discutido nada, me hizo sentir como un idiota.

Teodoro Y menciona ahora la angustia latente del día anterior y la confusión relacionada con ella. Pienso en el título del film de Fassbinder: "Las angustias acaban con el alma" ("Angst essen Seele auf").

A.: No sólo se tiene angustia, sino que ella también destruye, hace que uno no pueda estar a la altura de sus posibilidades. Hasta en el hablar. Las angustias acaban con el alma.

P.: Bueno ... ayer en la mañana, en el trabajo, justo antes de la hora, pasó lo mismo: la secretaria me faltó el respeto. Fue atroz. Todos son unos imbéciles ... Y yo soy el niño chico que no entiende nada. También el jefe, el imbécil. Y yo soy el niño chico que no está a la altura de sus posibilidades ... Realmente es algo claro, como el alma es devorada. En ello hay una gran semejanza entre la escena en el trabajo y la escena de la ventana., el mismo miedo. Por Dios ... Ud. tiene razón. Si Ud. me hubiera visto en el trabajo. Mi pequeña y desvalida alma de niño en la tela de la araña, desnudo, en cueros y hecho una lástima. Se habría deshecho de compasión. El pobre ...

A.: Yo de compasión y Ud. de vergüenza.

P. (perplejo): ¿Vergüenza? ... Quizás lo logro haciendo un rodeo: ¿Quién soy yo? Mi analista tiene conmigo el sentimiento que yo tuve con Z. (la secretaria): cuando finalmente pude armar jaleo, ella estaba muy angustiada, digna de lástima. Entonces se me ocurre que quiero eso y lo de más allá y ella tiene que cerrar el pico ... Entonces aparece la vieja actitud de mandamás, con rabia, apariencia dura, etc., pero no sirve de nada.

En mis reflexiones se conectan los deseos de sacrificarse por el amigo y la amiga con la situación transferencial actual: en ambas situaciones es dejado plantado. No puede rivalizar o pelear, porque la traición lo ha afectado tan profundamente, que se siente paralizado.

Mi observación de que no había discutido con el amigo lo toca en la misma tecla. Al criticarlo lo "castré".

A.: Quizás se podría decir que, porque se sintió criticado, por eso pasó todo ayer. Esa sería una respuesta a su pregunta del comienzo de la hora, sobre qué puedo agregar hoy día.

P.: Sí. (Pausa más larga.) Si no me enfrento y discuto, es una falta de masculinidad. Eso da en el clavo. Me toca en el punto que me lleva a actuar. Como Ud. lo observó, y como yo lo hice ayer en la hora con la ventana y con el llegar temprano.

no y en la mañana en la secretaría en el trabajo. La gente se pone nerviosa cuando se les dice la verdad. La susceptibilidad, eso se toca. Pero, ¿qué es la verdad?

Teodoro Y comienza con un excursus intelectual sobre la verdad, que se va poniendo cada vez más confuso en su secuencia; después de algún tiempo, le interpreto de que quizás él probablemente busca la verdad de sus sentimientos.

P.: Es verdad que mis sentimientos no son claros, sí lo es mi sensibilidad, mi susceptibilidad. Eso es verdad. Y que no soy un hombre verdadero ... Y la conexión entre los sentimientos es lo decisivo. Deben rimar. Eso es sano. Que rimen, eso es restablecer el conjunto. En eso Ud. podría desempeñar un papel. (Pausa más lar-ga.) ¿Qué yo no lo pude ver? Ahora veo con sus ojos lo que pasó en la ventana.

Teodoro pasa nuevamente revista a la escena en la ventana.

P.: En la ventana me sentí realmente castrado. Porque Ud. me puso límites. Me dí un tono de importancia, ayer no lo noté ... Pero no por eso Ud. tenía que cerrarme la ventana en las narices. Eso es así. Mi masculinidad presuntuosa, la agresión. ¿Conoce la novela "Albissers Grund" (Las razones del Albisser)? El Albisser mata al Zerutt a tiros. Yo hago como si tuviera que demostrar que soy hombre. Quiero imponerme hasta la muerte ... Ahora me siento mejor ... Lo noto en el plexo so-lar. Ayer, tenía verdaderos dolores y estaba totalmente confundido ... Luego Ud. di-ce que yo soy un hipocondríaco.

Típica expresión del paciente, medio irónica, medio en serio. Siempre piensa que los demás pueden captar lo serio a través de su encubrimiento, aunque el mismo se protege precisamente de eso.

A.: Creo que aquí yo debería tratar de ayudarlo.

P.: ¿Y puede hacerlo?

Esto fue dicho nuevamente de manera irónica, detrás de ello siento una increíble sorpresa.

A.: Ud. sería un hipocondríaco si no se entendiera porqué se sintió castrado. Cuando capto que es la necesidad la que lo hace pensar así, entonces Ud. no es un hipo-condríaco. Es mejor que se sienta reconocido en su necesidad, a que se sienta tan chico, castrado o lo que sea. Este reconocimiento sería la ayuda. Entonces no se derrumbará tanto, hasta la muerte o hasta querer quitarse vida. Ahora, en sus ocurrencias, que lo emocionan mucho, el paciente puede recoger la capacidad del analista de sostenerlo e incluso de velar por sus límites y, con ello, puede volverse al trabajo interior (Bilger 1986).

8.5 Reelaborar

8.5.1 Repetición y traumatismo

La polarización entre catarsis y reelaboración se ha continuado en la polémica sobre la relación entre el vivenciar y el insight. Pensamos que la controversia que se relaciona con ello se hace superflua si partimos de la base de que pertenece al arte del analista el poder conectar de una manera afectivamente significativa el presente con el pasado. En tales momentos, se puede llegar a repeticiones de los traumatismos bajo condiciones nuevas y más favorables. Entonces, es posible ejercer un dominio activo allí donde hasta ese momento se enseñoreaban los puntos de vista pasivos, en el sentido de la siguiente afirmación de Freud, que se puede generalizar:

El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de éste [también en la transferencia], con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su decurso. Sabemos que el niño adopta igual comportamiento frente a todas las vivencias penosas para él, reproduciéndolas en el juego; con esta modalidad de tránsito de la pasividad a la actividad procura dominar psíquicamente sus impresiones vitales (1926d, p.156).

De un informe de tratamiento de Jiménez (1988), extensamente documentado, extraemos algunos pasajes que comentamos desde nuestro punto de vista. Se trata de mostrar cómo el traumatismo se repitió en la transferencia y cuál fue el papel que en ello desempeñaron la catarsis y la reelaboración. El analista tratante facilitó al paciente un recordar catártico del traumatismo con la reelaboración subsiguiente, al llamar por su nombre la seducción homosexual

del padre, lo que trajo consigo una toma de distancia realista en el enfoque de la relación terapéutica. Desde ese momento en adelante, creció la capacidad del paciente para distinguir entre la vivencia en el pasado con el padre y la nueva experiencia con el analista (Strachey 1934).

Informe de tratamiento

Pedro Y, paciente de 40 años y de gran cultura, me buscó por recomendación de un sacerdote a causa de sus dificultades sexuales y afectivas con su mujer. En las primeras entrevistas se extendió largamente sobre su insatisfacción general con la vida. Había tenido experiencias traumáticas con el padre alcohólico, que había seducido homosexualmente varias veces a su hijo, entre los 12 y 14 años de edad, donde el padre practicaba sexo oral (felacio) con él. Ya que su padre estaba casi siempre ausente de casa por razones de trabajo, y las seducciones sucedían de regla a su vuelta, la relación padre-hijo se restringió a los apogeos perversos. En las primeras entrevistas, el paciente habló sobre estos episodios de manera sorprendentemente objetiva, agregando inmediatamente que no era homosexual, sino que sólo sufría de una eyaculación precoz que hacía peligrar su matrimonio. En el centro de su historial de vida colocó sus inhibiciones frente a las mujeres, lo que contrastaba con sus exuberantes fantasías. Se encontraba casi permanentemente en un estado de excitación sexual que lo torturaba, y del que podía liberarse transitoriamente mediante la masturbación.

A pesar del profundo trastorno, no había ninguna razón psicopatológica para hacer el diagnóstico de un caso borderline. Más bien llegué a la conclusión de que lo más probable era que se tratara de una neurosis de carácter grave.

Es oportuno hacer aquí algunas reflexiones sobre el diagnóstico en psicoanálisis. Con Kernberg (1977), somos de la opinión de que no se puede calificar a un paciente de borderline sólo en base a contenidos arcaicos de fantasía. Del mismo modo, tampoco las fantasías perversas permiten el diagnóstico de perversión. No hay que dejar de lado los aspectos descriptivos y estructurales. Si se considera sólo el contenido de las fantasías inconscientes, muchas personas tendrían que ser clasificadas como gravemente enfermas. Entonces el diagnóstico perdería su función más importante, que es la de discriminación. Tomar en cuenta los aspectos formales de la fantasía inconsciente, es decir, la estructura de sus contenidos, significa considerarlos en su relación con toda la personalidad. En ello, vale prestar atención a sus efectos en la conducta en general y en la configuración de la relación terapéutica en especial.

En las primeras sesiones se aclaró lo que había motivado al paciente a buscar ayuda analítica precisamente ahora. El tenía miedo de repetir con su propio hijo doceañero la experiencia traumática con su padre, es decir, llegar al felacio, esta vez él succionando el miembro de su hijo.

Puesta en escena del traumatismo en la transferencia

Después de alrededor de medio año de análisis, que resumimos aquí, disminuyó progresivamente la tensión en las sesiones. Pedro Y era un buen soñador. Sus sueños y asociaciones hacían posible la comprensión de la transferencia y la reconstrucción de su biografía inconsciente. El material permitía miradas en diferentes planos de la identificación con su madre y con su padre.

La relación sexual entre padre e hijo variaba en los diversos sueños, de modo que también fue posible llegar a examinar profundas capas genéticas. En un sueño, su madre le mostraba de manera muy provocativa sus senos. Vio a una antigua novia y a su madre sobre un lecho, pintarrajeadas como prostitutas. Se vio él mismo, alejándose de ellas con gran dignidad, como un obispo, caminado hacia un convento, sin hacer caso de las súplicas llorosas de ambas mujeres que le pedían que no las dejara. En la sesión n.º 192, Pedro Y informa de un sueño con múltiples variaciones del traumatismo: "Estaba teniendo relaciones sexuales con mi mujer, pero de manera muy extraña: yo me masturbaba dentro de su vagina (con la mano). Al mismo tiempo nos besábamos y esa era la relación verdaderamente importante. Alcanzábamos el orgasmo y cada uno eyaculaba en la boca del otro."

Los recuerdos del paciente hablaban de sus intentos heroicos de librarse de sus inquietantes deseos sexuales, edípicos y preedípicos, en relación con su padre y con su madre, buscando la tranquilidad de un convento. Pero, una vez allí, aparecieron nuevos contenidos angustiosos, esta vez miedo a ser seducido por los demás novicios o por los padres.

A causa de su fijación, en un nivel profundo Pedro Y vivía cualquier relación interpersonal con gran inquietud, como provocaciones sexuales recíprocas. A través de los actos perversos y de las satisfacciones oral-fálicas, durante la pubertad se intensificó la relación inconsciente primaria con el pecho materno. Correspondientemente, para la vivencia inconsciente del paciente yo desempeñaba en la transferencia el papel complementario de una pareja seductora, donde el rol paterno o materno que me atribuía cambiaba rápidamente. La confusión en la imagen corporal y en los representantes de sí mismo y de objeto facilitaban el rápido recambio de interacciones simbólicas.

En el sueño mencionado, la relación verdaderamente importante era la ternura, el besarse. La verdad es que ésta es también una repetición en la transferencia de todas las formaciones de compromiso. En el nivel sintomático, la eyaculación precoz es un ejemplo de ellas. En la transferencia, me inducía a un activo interpretar tra-yendo sueños excitantes, y me ganaba la boca con sus ideas, del mismo modo co-mo había eyaculado en la boca de su padre.

No importando cuáles hayan podido ser los deseos inconscientes de Pedro Y, hay que partir de la base de que el comportamiento del padre lo confundió y lo humilló grandemente. Lentamente pudimos reconocer que el paciente, en regresión, vivía mis interpretaciones como penetraciones, que le quitaban autonomía y que lo obli-gaban a asumir una posición femenina. A través de los muchos e interesantes sue-ños, que eran replicados por mí con interpretaciones "brillantes", nos encontrába-mos envueltos en un intenso intercambio verbal sexualizado, en el sentido de una satisfacción narcisista de a dos.

Junto a estas fantasías, Pedro Y mostraba otras transferencias. La rivalidad conmigo la expresaba en sueños con contenido político y agresivo sobre lucha por el poder, etc., y en una actuación en la transferencia. Me era claro que a través de los muchos sueños que traía, el paciente hacía imposible un trabajo de interpretación detallado. A menudo le llamé la atención sobre este hecho e interpreté su ambiva-lencia. Por otra parte, cuando consideraba adecuado interpretar algún aspecto deter-minado de un sueño, respondía demasiado rápido con un "sí, naturalmente" o un "sí, estoy de acuerdo", para continuar imperturbable con el tema anterior. Me per-turbaba el que no recogiera lo que le decía y que el "sí, naturalmente" fuera más un signo de sometimiento complaciente. Este comportamiento pasivo agresivo co-rrespondía con sus rasgos de carácter. Así podía controlar el curso de las sesiones. Posteriormente, quedaba claro que de hecho el paciente había escuchado y tomado mis interpretaciones. Así, después de una sesión en la que –como él mismo más tarde dijo–, había sentido que yo le había puesto límites, soñó que trataba de hacer un hoyo en la tierra con un pesado chuzo. Vino un general, reclamó el chuzo co-mo su propiedad y lo colocó en la boca del paciente, lo que éste sintió en el sueño como un ritual religioso. Ya en el sueño el paciente sintió gran pánico por haberse rebelado en contra del poder, sintiendo al mismo tiempo una gran rabia por tener que permitir la humillación, el "chuzo" en la boca. A medio despertar, el "chuzo" se convirtió en "pene".

Comentario: Después que analista y paciente descubrieron que tanto el acto de in-terpretar mismo como también sus contenidos tienen un efecto traumático, es na-tural ver en el general al padre (analista) entrometido, sobre todo después de que el mismo paciente ha hecho una equivalencia al despertar. De este modo, se

repite en la transferencia el desvalimiento, y el paciente cree tan poco en la posibilidad de poder defenderse en contra del general como en su tiempo frente al padre. ¿O sería más adecuado decir que, tanto en esa época como ahora, realmente no quiere defenderse? Y esto porque en el acto perverso se satisface una serie de deseos y fantasías al modo de formaciones de compromiso. Sólo para nombrar algunos aspectos: las ansias por el padre ausente encuentra su satisfacción, desde el momento en que éste se hace totalmente dependiente de su hijo. Durante la eyaculación, el paciente mismo era el general, quien en el nivel inconsciente usaba la boca como abertura y cavidad de múltiples significados, identificándose además con el que succiona. Finalmente, no hay que pasar por alto que el placer del poder está unido con la rabia por su abuso. La dependencia del padre (y en un plano más profundo de la madre) y de la satisfacción pulsional se relaciona en este paciente con el abuso de poder.

En contraste con esta constelación transferencial, y después de intensa reelaboración, el paciente traía sueños en los cuales se expresaba una transferencia positiva realista, en la que yo era representado por un profesor que enseñaba pacientemente a sus alumnos. Sin embargo, predominaba una transferencia homosexual con rápida alternancia de la posición masculina y femenina.

En contraposición con los problemas en la relación terapéutica, el paciente informaba de crecientes progresos en la vida diaria. Su ánimo más equilibrado aumentaba su capacidad de trabajo y podía enfrentarse mejor a su jefe. Notaba una disminución de sus inhibiciones frente a las mujeres. El trastorno en la potencia mejoraba.

En el período que siguió, se estableció una actuación sexual que duró largo tiempo y que poco a poco fue tomando una significación transferencial. Comenzó una relación erótica con la muchacha que una vez por semana iba a la casa a hacer la limpieza; relación secreta, que se limitaba a amplias caricias, que de regla terminaban con eyaculación sin penetración. Junto a otros significados inconscientes, este actuar tenía como objetivo aliviar la transferencia homosexual conmigo. Cada vez que ésta se hacía muy intensa, el paciente faltaba a una sesión, con la disculpa posterior de que a esa hora podía estar solo con la muchacha en la casa.

En este período, la transferencia homosexual aparecía siempre como algo que perseguía al paciente y contra lo cual se defendía. La repetición de estas fantasías, como también su intensidad, permitían inferir una fuerte fijación en la fase negativa del complejo de Edipo que, a causa del traumatismo en la pubertad, no había podido evolucionar hacia una identificación positiva con el padre.

Para apoyar más decididamente al paciente en la superación de su confusión de identidad, cambié mi estrategia interpretativa, contrastando los lados actuales rea-listas de nuestra relación con las repeticiones pregenitales positivas y agresivas. Se trataba de superar la erotización, que el paciente buscaba. Ahora era claro de que, justamente con las interpretaciones que lo tocaban de manera especial, se satisfacía una fantasía homosexual. Después de las interrupciones, el paciente esperaba in-conscientemente los momentos en los cuales su padre lo seducía (el padre estaba por largos períodos ausente). Nos habíamos movido demasiado tiempo en un círculo vicioso. Formábamos una pareja analítica en la que el paciente estimulaba mi trabajo interpretativo mediante sus sueños y asociaciones, a través del cual se sentía gratificado, pero también violado – un círculo sadomasoquista. No importando lo que yo dijiera, era siempre una confirmación de mi interés homosexual por él. El tomar conciencia de esto, hizo que me retirara algo del contacto, frenando mis ímpetus interpretativos, tratando así de romper el círculo vicioso.

Después de habernos ocupado varias veces de este problema, en la sesión n.º 385 el paciente trajo el sueño siguiente: "Voy a buscar un importante documento a una oficina, o quizás al consultorio de un médico a recoger el resultado de un examen. Me sorprendo de que sea el bufete de un abogado y me vuelvo a sorprender porque en realidad es el cuartel de la policía. El jefe me interroga duramente, a la vez que con suavidad me hace caricias sexuales. Salgo corriendo y tomo un bus para arran-carme a mi casa. Me doy cuenta de que al subirme apurado y por detrás, me equi-voco de bus y voy por un camino falso."

Las asociaciones, así como mis reflexiones de las últimas semanas, me permitieron articular la interpretación de que el paciente había venido primitivamente a consultarme buscando un abogado defensor que lo protegiera de su padre y de su madre seductores, que desde su interior lo amenazaban constantemente, pero que en el trascurso del análisis se le hacía cada vez más difícil distinguir entre la nueva ex-periencia conmigo y la relación infantil con sus padres. Que de alguna manera es-condida estaba repitiendo conmigo algo de esa relación, que le producía una intensa satisfacción. Por primera vez en el análisis me referí a su padre como a un padre homosexual y alcohólico. Esta interpretación lo inquietó mucho y le trajo a la me-moria el recuerdo de un sueño reciente en el que sólo veía una puerta muy antigua con muchos candados herrumbrosos, puerta que ciertamente hacía mucho que no se abría. Asoció con la casucha donde se guardan las bombonas de gas licuado. Le planteé que no le era posible abrir la puerta de su memoria y comunicarme lo que había pasado con su padre, "abiertamente", por miedo a que el contenido fuera muy explosivo. Habla entonces de su enorme vergüenza, de su miedo a mostrarme sus deseos y

fantasías homosexuales. Le digo que el subirse por detrás al bus equivocando, da cuenta de que él, de alguna manera, sabe que mientras siga confundiendo la "puerta trasera" con la "puerta delantera", y mientras me siga confundiendo con su padre, el análisis se conduce por caminos falsos.

Comentario: Destacamos la palabra "confundiendo" en el informe del analista tratante, porque ésta marca el comienzo de una nueva etapa que más adelante, en el resumen del tratamiento que sigue, será descrita en detalle. Al distanciarse del padre perverso, o mejor, de la pareja de padres seductora, el analista se ha delimitado él mismo mediante un juicio. Presumiblemente, esta delimitación corrigió una confusión originada por el traumatismo y que, al parecer, no había disminuido por la interpretación de la transferencia homosexual continua. El paciente tomaba las interpretaciones demasiado literalmente y presumiblemente no sólo extraía de ellas múltiples satisfacciones, sino que esperaba, y probablemente también temía, que finalmente todo terminara con el analista de la misma forma que con su padre. Claramente, el analista había pasado la prueba aiosamente y finalmente puso de manifiesto una delimitación convincente. No se debe menospreciar tales seguridades aclaratorias. Para salir de la confusión, se necesita de un punto de apoyo fuera de las repeticiones. En relación con el confundir, recomendamos al lector la lectura de la sección 9.3.2. Allí reproducimos la crítica de un paciente a una técnica interpretativa en que se descuidó poner las nuevas experiencias con el analista en una relación equilibrada con la repetición, de modo de poder romper esta última.

El abuso de hecho de niños en la seducción incestuosa homosexual, es un traumatismo muy serio, porque en él se transgreden los límites que protegen la consolidación de la autonomía. El desarrollo de la vida desiderativa y de fantasía del ser humano necesita de un espacio seguro para poder distinguir lo interno de lo externo, dentro de una realidad social polimorfa. El abuso sexual de niños por los propios padres, o por otros adultos, destruye este espacio, que tiene buenas razones para ser un espacio tabú. Los deseos y fantasías edípicas e incestuosas reciben su profunda significación antropológica precisamente del tabú, es decir, del hecho de que no se llegue al incesto real. De no ser así, se originaría una mezcla infernal entre las generaciones, que tendría efectos catastróficos sobre la formación de identidad de niños y adolescentes. Como lo señala este historial clínico: después de las seducciones homosexuales, o después de incesto padre-hija o madre-hijo, parecen quedar profundas inseguridades. Desde ese momento todo parece ser posible. Las seducciones incestuosas reales socavan de manera fundamental la confianza (véase McFarlane y cols. 1986; Hirsch 1986; Walker 1988).

Reflexión: La dinámica de la sesión reproducida antes del comentario merece ser destacada, porque ella hizo que cambiara mi técnica. Al repasar ahora la evolución del tratamiento creo que este cambio no fue sólo producto de mis lucubraciones, sino también de un genuino reelaborar del paciente, que se desarrolló simultánea-mente con la transferencia homosexual descrita anteriormente. La interpretación de que Pedro Y me confundía en la transferencia con su padre, acentúa el aspecto de repetición o –en otras palabras– la distorsión que produce la transferencia, por sus raíces genéticas. De alguna manera, eso sí, tenía la sensación de haber contribuido al desarrollo de esta constelación transferencial. La segunda parte de la interpreta-ción acentúa, no la distorsión, sino la plausibilidad de la percepción del paciente, en el sentido de Gill y Hoffman (1982).

Retrospectivamente, creo que podría haber aclarado antes, y en más detalle, cómo esta repetición se había hecho presente en la transferencia. En todo caso, mi acen-tuación de las diferencias tuvo el efecto de que desde ese momento en adelante los aspectos más sanos del paciente pasaron a tener un papel dominante en la supera-ción del trauma. El hecho de que me mostrara como una persona real, diferente del padre homosexual, formó parte de un intento de romper el círculo vicioso de las identificaciones proyectivas e introyectivas.

Comentario: En esto, se trata del problema fundamental de cómo un psicoanalista cumple con sus funciones para facilitar al paciente los cambios y para que supere los traumatismos. La repetición en la transferencia es un lado de la medalla, que lleva la palabra clave de "semejanzas". En este sentido, es totalmente plausible, acertado y realista, que este paciente viva el influjo del analista como intromisión o seducción. En el otro lado de la medalla está, grabado en letras mayúsculas, la palabra "diferencias". No es el descubrimiento de las semejanzas lo que conduce fuera de las repeticiones, sino la experiencia de las diferencias. Como lo hemos discutido a propósito del confundir, este es un problema vasto, que no se restringe sólo a algunas escuelas psicoanalíticas. Durante mucho tiempo, en la escuela klei-niana se descuidó la pregunta del cambio a través de nuevas experiencias, es decir, la pregunta de la interrupción de los procesos circulares de identificación proyectiva e introyectiva. La eficacia terapéutica de un psicoanálisis naturalmente no reside en la repetición de los traumatismos y en establecer en la transferencia sucesos cir-culares, sino precisamente en salir de ellos.

La catarsis

Durante un corto período de 4 sesiones (n.º 391 a 394), Pedro Y contó con bastante detalle, al principio con dificultad, pero después casi a borbotones e intensamente emocionado, los episodios sexuales con su padre. Primero habló de sus enormes ansias durante las ausencias de su padre, de cómo se alegraba con su llegada. Cómo el padre empezaba a beber y se ponía alegre y simpático, cómo empezaban las caricias y la excitación, todo lo cual terminaba con el padre arrodillado, succionando el pene del hijo hasta la eyaculación en su boca. Refirió sus emociones contradictorias: el placer sexual y también el miedo, la vergüenza, el intenso sentimiento de triunfo al eyacular en la boca del padre arrodillado, la culpa posterior, el sentimiento de dominar al padre. A diferencia del estilo obsesivo de las primeras entrevistas, ahora el relato era lleno de emoción. Después de esta catarsis, comprendí que, a pesar de que el paciente tenía recuerdos conscientes de estos episodios, y así los había comunicado en las primeras entrevistas, éstos habían sido parcialmente reprimidos y, en especial, aislados de los afectos correspondientes. A continuación, agregó cómo todo esto, por un acuerdo tácito, había sido mantenido en secreto, en especial de la madre, y cómo, después de dos años, había decidido no seguir con estas actividades, pues el malestar posterior se hacía muy grande y cómo recibió ayuda en este sentido de su confesor. Quedó entonces claro que la imagen de un padre agresivo, activamente seductor, frente a un niño totalmente inerte debía ser completada. El paciente veía ahora a un padre débil y alcohólico delante de sus ojos, con quien había establecido una relación secreta de recíproca satisfacción instintiva.

Hacia la superación del trauma

La catarsis se acompañó de una toma de distancia frente al padre, que también se reflejó en un cambio en la transferencia. Especialmente impresionante fue que Pedro Y pudo ahora mantener una relación más libre con su hijo. Las nuevas experiencias en la relación terapéutica posibilitaron que asumiera funciones paternas, identificándose simultáneamente con su hijo. Buscó descubrir cómo el mismo había deseado a su padre. La erotización en las sesiones disminuyó, y aumentó su capacidad de reflexión, en el sentido de un autoanálisis. El paciente podía ahora reconocer mi trabajo y aceptar como algo nuevo lo que había aprendido en el análisis. Las sesiones transcurrían con mayor tranquilidad y el paciente traía menos sueños. Como algo natural, callé más e interpreté menos. El ansia homosexual por el padre, que siguió siendo muy intensa por largo tiempo, fue ahora reconocida por el paciente, aunque también comprendida

como una satisfacción sustitutiva y como compensación de una carencia en la comunión entre padre e hijo, con las correspondientes reacciones depresivas. Se sorprendió mucho, y se asustó, con sueños donde él buscaba el pene de su propio hijo para succionarlo.

De este período es el sueño siguiente: "Iba por una calle y me cruzo con un señor de más edad. Tengo que bajarme de la vereda, pues de alguna manera él ocupa todo el espacio. Yo voy con un enorme rollo, muy largo, de papel de regalo bajo del brazo. Sigo caminando y noto que desde atrás me lo toman, haciéndome cada vez más difícil mantenerlo conmigo: era el señor aquel quien me molestaba. Entro en una casa, despliego el rollo de papel y aparece un enorme árbol de Navidad, adornado con todo tipo de luces y brillos. Se ve hermoso e impresionante. Noto que la pieza donde estoy tiene una ventanita hacia otra pieza contigua. Me acerco al vidrio y, pegado a la ventana, veo un diván donde yace un hombre, al parecer muerto. Me angustio. Miro con atención y me doy cuenta de que no está muerto, pero sí muy enfermo, apenas respira. Eso me tranquiliza. Miro con mayor detención aún, y me doy cuenta de que soy yo mismo. Al fondo de la pieza se ve a un sacerdote diciendo misa en un altar barroco enormemente recargado. El sacerdote vestido con ornamentos muy ricos. Sobre el diván, colgado en la pared, hay un enorme reloj tipo "cucú", que de tiempo en tiempo da la hora dejando salir figuras como marionetas –muñecos articulados de madera, tipo Pinocho–, obispos, generales, gente importante, que hacen gestos ridículos de sumisión, inclinaciones y reverencias. Me parecen muy despreciables."

El análisis de este sueño nos permitió acercarnos al núcleo más vivo y verdadero del paciente que, aunque agonizante, aún palpitaba aplastado bajo pseudoidentidades. Las asociaciones de esta parte del sueño pertenecen al tema general del "falso sí mismo" en el sentido de Winnicott, que había llegado a ser como una segunda naturaleza para el paciente. También se había sometido al analista. A mi entender, este sueño tiene un alto valor reconstructivo, pero especialmente interesante me parece su valor como indicador de proceso psicoanalítico. En las capas del sueño está inscrita la historia del tratamiento analítico. El sueño podemos dividirlo en tres partes: la primera, en la que se representa el período del análisis donde el paciente se sintió básicamente molestado por las interpretaciones que, desde atrás, sentía intentaban demolerle su falo fecal. La segunda, donde, en un nivel más profundo (adentro de la casa), despliega su narcisismo triunfante. Esta parece corresponder al período descrito de gratificación en la transferencia, pero también al período donde descubre esa "ventanita" que significa para él el análisis, y que le permite tener acceso a una región de su propio sí mismo, previamente reprimida y que contiene un mundo

interior de identificaciones injertadas, idealizaciones religiosas, pero donde simultáneamente "habitan" sus aspectos más vivos. Especialmente interesante es que, en esta última parte, expresión de fantasías más profundas, el análisis aparece representado por un enorme reloj cucú, que marca el tiempo y que va mostrando sucesivamente los distintos papeles que el paciente representó a lo largo del análisis.

Pedro Y refirió una disminución en la permanente excitación sexual, que anteriormente lo atormentaba. También disminuyó la frecuencia de su masturbación compulsiva, la que se restringió a fines de semana y otras interrupciones.

Comentario: A lo largo de la terapia, los intentos del paciente de superar el traumatismo y de transitar de la pasividad a la actividad, fueron cada vez más exitosos. La opinión de Freud, que citamos al comienzo, sobre este componente esencial de la eficacia del análisis, también se expresa en la teoría de la identificación proyectiva e introyectiva, si ésta se entiende como comunicación e interacción. Con todo, el momento crucial que describimos se caracterizó por el descubrimiento conjunto, de que, tanto el contenido interpretativo como también el acto mismo de interpretar, tenían un efecto secundario inadvertido y desfavorable. La técnica promo-

vía la confusión, en la que el paciente vivía la relación terapéutica desde la perspectiva de las experiencias traumáticas con el padre. Después de la aclaración de esta "confusión", el paciente pudo hacer nuevas experiencias. Después de dos años de mutuo seducir y dejarse seducir, el analista estuvo en condiciones de entender el sentido de la repetición del trauma en la relación analítica. A pesar de todo, junto a la satisfacción indirecta a través de la repetición parcial en la transferencia, también se allanó el camino para la catarsis y la reelaboración.

8.5.2 Desmentida y angustia de castración

Después de pensarlo por dos años, Arturo Y había decidido expandirse como representante hacia una región que desde hacía tiempo era descuidada por un colega. El deficiente servicio a los clientes había llevado a que las ventas en esa región estuvieran muy por debajo del promedio. Arturo Y estaba convencido de que podría multiplicar las ventas, sin mayor esfuerzo. A pesar de la total insatisfacción con el colega cómodo, mejor dicho flojo y alcohólico, que se había convertido más bien en una carga para la firma, Arturo Y había pospuesto su propio afán de expansión. Compasión y escrúpulos, no sólo le habían impedido ser más activo, sino también habían bloqueado su reflexionar sobre posibles soluciones que no dañaran gravemente al colega o que lo llevaran derechamente a la ruina. La equivalencia inconsciente entre expansión y destrucción sádica, y el vuelco inmediato en la identificación masoquista con la víctima, mantenía desde hacía tiempo el equilibrio. Por esto, el paciente no podía expandir su campo de acción, ni tampoco aumentar sus éxitos. Por la misma razón, este hombre, de gran experiencia de vida, hasta el momento no había podido encontrar ninguna solución aceptable que respondiera a la consigna "vivir y dejar vivir".

La ayuda interpretativa, que se dirigió a la equivalencia inconsciente entre expansión y destrucción, posibilitaron que Arturo Y fuera más exitoso y que disfrutara en la ampliación de su distrito, sin dañar considerablemente a su colega. El paciente había encontrado una buena solución de compromiso.

P.: Realmente ya no tengo más miedo de meterme en el asunto. En un sentido amplio, eso tiene que ver con mi potencia. Tengo la sospecha de que uno puede mostrar potencia de muy distintas maneras. Pues demostrar éxitos donde otro ha fracasado es un tipo de potencia. ¿O no será que con ello desplazo algo el asunto hacia otra parte? Así puedo retirarme sexualmente aún más de mi mujer. Y

ninguna persona puede enojarse conmigo. La verdad es que antes que todo me comporto como un padre de familia, fiel y solícito.

A.: Lo alivia el que, nuevamente, todo sea por el bien de la familia. ¿Se pregunta si acaso no podría sacar más placer de la relación sexual? Claro que podría ser que, por razones internas, Ud. está todavía coartado en el despliegue del placer por las ideas de pureza, por los límites que pone la vergüenza, y que siente automática-mente.

P.: El problema es que estoy realmente satisfecho como las cosas están. Me va de-masiado bien como para que valga la pena hincarle el diente a esa cosa. Quién sa-be, tengo el temor de que todo reviente y echarme una preocupación encima. Es preferible, me es mucho más preferible tener tranquilidad interior. Vivo feliz y contento, disfruto del éxito, quizás con menos placer que el que teóricamente po-dría sacar de la sexualidad, y eso es preferible a que todo empiece de nuevo –y en ese sentido tengo algunos temores. No quiero exponerme al peligro de nuevamente patinar anímicamente como hace algunos años. Si yo pudiera escoger un aumento alcanzable del placer sexual, pero a costa de entrar nuevamente en un estado angus-tioso, entonces prefiero mil veces las cosas como están. Sí, tengo un gran temor de subirme a este carro.

A.: ¿A qué se remite la preocupación de que todo podría volver a ser como era hace algunos años, de que Ud. se podría resbalar, que de la sexualidad podría surgir tanta intranquilidad, más intranquilidad que placer?

P.: Dicho en lenguaje de ventas, a que haría un mal negocio en aras de una mejoría teórica, que yo tampoco quiero, porque las cosas también funcionan como están. Que yo estoy asumiendo un riesgo no calculado.

El pensar en el riesgo hace enmudecer al paciente. Calla varios minutos hasta que el analista continúa.

A.: Es entonces claro que Ud. teme la intranquilidad de llegar a hacer un mal negocio. La posibilidad de tener más goce y placer, es pura teoría.

El paciente hace una comparación.

P.: Estoy en un restaurante comiendo un buen menú y viene alguien que dice, si Ud. me deja operarlo, lo opero en la lengua y le coloco algo que le hará sentir mu-cho más placer al comer. Claro que esta operación conlleva el riesgo de que la len-gua no vuelva nuevamente a unirse bien. Podrían darse enormes complicaciones.

A.: Si la lengua no puede volver a pegarse, se pueden pensar todo tipo de consecuencias espantosas, y esta imagen es una expresión muy profunda de intranquili-dad, y yo soy el dueño del restaurante.

P.: No, el cirujano.

Reflexión: Evidentemente, a causa de una reactivación de las propias angustias castrotratorias, quité importancia a toda la cosa. Pues sin lugar a dudas el peligro amenaza desde el cirujano y no desde el dueño del restaurante. Aunque esto me fue inmediatamente consciente, en el trascurso posterior de la hora nuevamente mitigué una amenaza, cuando minimicé el canibalismo de la bruja en "Hänsel y Gretel", calificándolo de "merienda".

A.: Ah, claro, el dueño no, sino el cirujano. Yo pensé en el dueño.

P.: No, el dueño es totalmente neutral, él cocina una buena comida.

A.: Entonces el cirujano. Así se puede entender que Ud. titubee. Eso estaría bien fundamentado. El cirujano que le ofrece algo.

P.: Y esto no es en absoluto rebuscado. Lo he vivido muchas veces, por ejemplo, con el profesor Z. Tenía un problema en la rodilla y, a causa de una leve postura en X, él me propuso, con la mayor seriedad, cortarme pedazos de hueso para permitir que soldaran derecho. Entonces se eliminaría la postura en X y desaparecerían las molestias. Entretanto, he hecho caminatas por toda Alemania sin esta operación. Y es claro que el profesor Z. es un hombre competente. Con esto sólo quisiera decir que mi comparación de operación y lengua no es tan rebuscada.

A.: Sí, la comparación es muy adecuada. No es en absoluto rebuscada. La comparación parece ser incluso mucho más indicada, pues se conecta con otras cosas más, con todas las amenazas que no se refieren a la lengua, aunque se habla del "largo de lengua", sino a qué podría pasar con los castigos que se realizan en el órgano del placer, en el miembro, todas las historias ... Miedo a los contagios, a las enfermedades, al daño corporal después de la masturbación y algo así era lo que sostenían X e Y (nombres de algunas personas de su niñez y juventud) y otros más.

P.: Acabo de observar algo interesante en mí. Mientras Ud. hacía este recuento, se me pasó por la cabeza que conmigo, cuando era niño, no pasaba lo que algunos padres le dicen a su hijo, si te lo tocas, entonces te crecerá mucho y te lo cortarán. Se me ocurrió este ejemplo y, cuando pensé en él, cambió en mi memoria. Ahora estoy completamente seguro de que mi abuela me dijo algo así. Entonces emergió de nuevo en mi memoria.

A.: Su vivencia del momento tiene quizás que ver con el hecho de que primero lo-gró tomar algo de distancia al decirme que no, conmigo no sucedió eso.

Primero lo negó. Primero tomó distancia y ahora está mucho más cerca.

Comentario: Es revelador que Arturo Y pueda recordar la inquietud y la amenaza olvidada con ayuda de una toma de distancia, es decir, con una atenuación de su miedo. Posiblemente, en esta táctica tomó inadvertidamente al

analista como mo-delado, quien, en razón de su contratransferencia, sólo pudo reconocer los peligros después de haberlos mitigado.

P.: Los padres usan la amenaza para producir miedo a sus hijos. ¿Todavía se usa eso?

El analista lo confirma.

P.: Sí, es insensato. Si el niño lo toma en serio, eso lo lleva a una situación sin salida. Hace poco rato, conduje en la autopista detrás de un transporte de animales. El camión estaba cargado con cerdos. Un cerdo había estirado la trompa hacia afue-ra. Pensé, pobre cerdo, no tienes ninguna oportunidad de escaparte. La diferencia con el ser humano es que el pobre cerdo no tiene idea de lo que le pasa. Quizás tie-ne miedo, pero no sabe adónde lo llevan. Un cerdo tiene además otra vida anímica que un ser humano. La situación sin salida del puerco me recordó ciertas situacio-nes de mi vida, en que me sentí así. Para mí era peor que para el cerdo, porque él no sabe lo que le espera.

A.: Para Ud. era peor, pero Ud. también tenía una posibilidad adicional, al decir lo que hace poco dijo, que si bien se cuentan tales historias, yo no fui nunca el afec-tado. Primero Ud. negó algo inquietante, para salvar su trompa, su cola, su miem-bro: yo no soy el afectado. Y luego, después de que logró tener algo de seguridad, creo que se hizo posible, consideró pensable, o probable, de que también a Ud. po-dría pasarle algo así. La negación disminuyó el miedo, del mismo miedo que lo hi-zo el saber que su miembro aún está ahí. Una parte del recuerdo es que va a crecer, y se es castigado por el placer.

Comentario: Este intercambio de ideas es ejemplar, tanto por razones de la técnica de tratamiento como también respecto de la teoría de la génesis de la angustia y de la superación de ella. La angustia del ser humano está unida a representaciones, por eso que todas las angustias neuróticas se originan anticipadamente, como expecta-ciones. Al mismo tiempo, aquí se abre un margen de tolerancia para protección y mecanismos de defensa. A esto se refiere la interpretación del analista, que parte de la seguridad ganada. Desde un lugar seguro, la angustia puede ahora dominarse, en el conocimiento cierto de haber salvado el miembro.

P.: Cuando de niño se erecta el miembro, no se lo puede disimular, cuando el cre-cimiento se perfila en el pijama o cuando se está ahí, parado y medio desnudo.

A.: O en la erección matinal, que aparece como un proceso natural con la necesidad de descargar la vejiga.

P.: Se me ocurre otra cosa además, y en eso estoy muy seguro de mis recuerdos. Como niño, quizás de 4 o 5 años, tenía la costumbre –usaba pantalón de media pierna– de meter la mano en la pierna del pantalón y tocarme. Hay una foto mía,

una instantánea, en que estoy con una niñita en el cajón de arena, y tenía mi mano dentro. Esta foto fue agrandada y colgada en mi pieza. Todavía escucho a mi abuela decir, mira, mira lo que estás haciendo ahí. Tienes que dejarlo, si no ... El recuerdo de si acaso también dijo eso, no es tan seguro como el recuerdo de mi costumbre y de la foto que colgaba. Tampoco sé si fue correcto agrandar la foto y colgarla en la pared. Hace tiempo que desapareció, pero todavía la veo colgando. Y con la foto, con el recuerdo de la abuela, se unen muchos sentimientos. Sería mejor no tener que hablar sobre eso, porque no quisiera vivir nuevamente esos años.

A.: Estos malos recuerdos están muy unidos con el placer. Ud. no puede imaginar-se que el placer puede liberarse de las restricciones y de las angustias. Antes que el placer, son más bien las angustias que se conectan con el tocarse las que se animan primero. Cuando su mujer quiere más de Ud., cuando su mujer tiene deseos, entonces es tanta la intranquilidad y la amenaza que siente a su mujer como la niña pequeña o también como la abuela que se transforma en bruja. Cuando el miembro crezca será cortado. En Hänsel y Gretel es también así, ahí se trata del dedo, cuando el dedo engorde.

P.: Sí, yo sé, en los cuentos se buscan muchas interpretaciones. ¿Por qué no se dejan las cosas como están, ateniéndose a lo que el cuento dice?

A.: Sí, claro.

Comentario: El analista sigue al paciente, quien probablemente por eso no participa en los intentos siguientes de restar importancia a las cosas.

P. (después de un largo silencio.): Si es muy lógico. Hänsel está encerrado en la jaula y recibe mucho para comer y se pondrá gordo, lo que también se puede sentir en el dedo. La gente muy gorda tiene dedos de salchicha. Podemos dejar las cosas ahí. Con lo cual estamos de nuevo al principio. Se pueden dejar las cosas así como están.

A.: Sí. Dejar todo como está, y no exponerse a la amenaza, que se expresa tan drásticamente en el cuento, a saber, exponerse al peligro de que la bruja lo convierta en su merienda.

P.: Sí. Con decir merienda lo hace algo demasiado agradable.

A.: Sí, lo minimicé. Seguro que es una frivolidad totalmente inadecuada, pero que permitió que Ud. pudiera aclarar lo espantoso que es. Ud. destacó que todo debe ser dejado como está. Pero ahora también está contenido el que Hänsel y Gretel engañaron a la bruja. El crecimiento fue escondido.

P.: Sí, al extenderle una varilla más delgada.

A.: Sí, era amenazante. Y Ud. escondió su miembro. Posiblemente este esconderse continúa, en el esconderse de su mujer y también de Ud. mismo, lo que lleva a que de verdad tenga menos deseos. Se llega a una restricción automática.

Arturo Y comienza la próxima sesión con silencio.

P.: Me he demorado algo hasta encontrar el paso. Aquí es claramente otro mundo. Hace algunos días leí un artículo en un diario. Por casualidad me fijé en un zorro en una trampa, con la pata atrapada. El artículo trataba de la crueldad de las tram-pas. Muchos animales acaban de manera desgarradora y los cazadores describen esa crueldad con la palabra trivializada de "caza por cepo" (repite la expresión trivializa-da.) Ya cuando la leía, pensé que esta palabra me iba a dar que pensar. Nuevamente resuenan los sentimientos que creía superados. Ahora me va infinitamente mejor y hacía tiempo que quería preguntarle hasta dónde estoy inmune, asegurado, en con-tra de recaídas –aunque esa palabra no me gusta. Con esta palabra vuelve toda la miseria que constantemente he minimizado en mis recuerdos, en mis vivencias. Como un rayo vuelvo a sentir la desesperación.

A.: Creo que su pregunta no es una casualidad. Le vuelve a la memoria lo lastimo-so que era ser el prisionero, como este zorro, que es la víctima. Pienso que esto es-tá en relación con la última sesión, que lo puso intranquilo. Pues teme que yo sea el que coloca las trampas, el trampero, que lo pone en peligro si Ud. se mete más con la sexualidad. Con la imagen de la lengua operada, cortada y que nunca más vuelve a pegar bien, Ud. trajo un peligro espantoso.

El paciente ha "olvidado" totalmente la escena y pregunta: "¿Ese fue un sueño? No." El analista le recuerda su fantasía sobre la lengua que es operada y mal cosida o, mejor dicho, que no puede volver a ser adherida. El paciente se acuerda sólo del "cirujano", pero el objeto, la parte del cuerpo que se somete a la operación plásti-ca, es como si se hubiera esfumado.

A.: Ahí hay un peligro espantoso, y creo que el tema se continúa en el trampero, que lo atrae hacia fuera del escondite.

El paciente recuerda al analista que éste trivializó el peligro que amenazaba a Hänsel en el cuento.

Comentario: Llamamos la atención del lector sobre los procesos de defensa incons-ciente que se pueden inferir a partir de las omisiones y desplazamientos: En primer lugar, se deja fuera el órgano, el miembro sexual, o mejor, su sustituto, la lengua. Queda entonces a oscuras lo que pretende el cirujano. Con ello se interrumpe la ac-ción. Luego, el paciente puede, en el analista, reconocer la trivialización a la que él mismo llegó. Esta toma de distancia lleva a una objetivación que además le permi-te superar la angustia.

Ahora, el analista interpreta el cerrarse de golpe de la trampa como simboliza-ción de su angustia de castración. Se repiten las escenas de la última sesión, en es-pecial su negación, y la función de toma de distancia frente a sus miedos.

Nueva-mente el paciente habla de la foto, que probablemente tenía la función de mostrarle permanentemente lo que él no debía hacer.

P.: Sí, así es con esta liberación de angustias y obsesiones. Ayer estaba en mi nuevo distrito, que tiene hermosos lugares campesinos. Me gustó especialmente un hotel, que pensé podría servirme de alojamiento para eventuales viajes de negocio. Antes, nunca se me habría ocurrido entrar en un edificio así. Pero, lo primero sería dejar en blanco la sexualidad. Preferiría hacer como si no existiera. También evito a mi mujer, cuando siento los más finos indicios de su acercamiento.

A.: Sospecho que evita algo, para no llegar al placer que sería posible.

P.: Sí, con gusto renunciaría al placer.

A.: No es ninguna nueva renuncia la que se impone. Es más bien como una salamandra, de la que se dice que deja el peligro junto con la cola. Entonces aparece la seguridad de que, como en la salamandra, el peligro ha sido dejado atrás. Ud. expresa su temor de que pudiera existir más placer. Veo que su preocupación es que si gozara más, podrían volver a aparecer los síntomas, lo que es un indicio de que en Ud. realmente hay algo que aún dormita.

P.: Sí, también eso es la razón de que, a pesar de todo, vuelvo al tema de la sexualidad. De otra forma, me conformaría con las restricciones.

A.: Entonces, es su mujer quien se lo recuerda. Pero, ¿qué es lo que le recuerda?
¿Alguna seducción que lo intranquiliza?

P.: No, sino una exigencia que no puedo cumplir. Lo siento como una exigencia exagerada, como ... (largo silencio). Cuando tomo alcohol, es cuando menos inhi-bido me siento.

Ahora, el paciente habla de la cercanía de los órganos sexuales con los órganos excretorios. Así se explica también su aversión.

A.: Entonces, Ud. recuerda más bien las situaciones avergonzantes y humillantes, el cagarse diario en el jardín de infantes, no el placer de descargarse, sino las humi-llaciones.

El paciente llega a la idea de que la limpieza debiera realmente practicarse ya por adelantado e impedir el deseo espontáneo. "La falta absoluta de deseo sería la pro-tección más grande en contra de todo compromiso sexual y de las inquietudes que surgen de él." Es justamente en la relación matrimonial, que no trae consigo res-tricciones, complicaciones o conflictos, y en la que la sexualidad está casi legaliza-da, donde se encienden las señales internas de alarma con especial intensidad. Esta observación convence al paciente de que él interiorizó conflictos y miedos de su ni-ñez y que ahora actúan en contra de sus conocimientos y voluntad. En su matrimo-nio, por lo demás feliz, las relaciones son fuente de intranquilidad y es frecuente la eyaculación precoz o el miedo de ser impotente, aunque lo anime su mujer, con-tenta de la vida, y a pesar de que él mismo no tiene escrúpulos en ese sentido. Con todo, él no avanza en contra del asco y la vergüenza. El paciente resume así sus te-mores: "Quien se abandona al peligro, deja la vida en él".

8.5.3 División de la transferencia

A menudo, la división de la transferencia sirve al fin de encontrar objetos adecua-dos para identificaciones anheladas. Al mismo tiempo, con ella se puede perseguir una intención defensiva, en la que se trata, a través del rápido recambio, de no estar en ninguna parte un tiempo suficientemente largo, para así impedir las identifica-ciones o su estabilización.

Hacía poco, Clara X había inventado una historia sobre un eremita que habitaba en lo alto de una montaña y que desde hacía años era abastecido por una mujer que vivía en el valle. Para hacerle la vida más llevadera, ahora la mujer le envía fre-cuentemente una muchacha joven. La paciente se ha representado a ella misma en esta creatura "ganosa".

La paciente habló con una amiga, con la que había pasado una tarde, sobre esta historia del monje. Ambas se despidieron deseándose hermosos sueños. Riendo, la paciente dice que ella había realmente soñado algo hermoso. Que no había recordado el sueño inmediatamente al despertar. De a poco, la paciente desarrolla el siguiente cuadro onírico:

P.: Se trataba de una reunión de toda la familia. Aparecía Ud. y con seguridad también Z., mi antigua terapeuta. Había además otras personas, con las que me siento en confianza y que de alguna manera considero mi familia espiritual. También estaba mi hermano carnal. Todos queríamos volar en helicóptero a mi ciudad natal, donde vivían mis padres carnales. Esperamos bastante a que llegara el helicóptero, sin apuro, de modo que podíamos conversar tranquilamente. En el viaje estábamos todos juntos y había tiempo para conversar con desenvoltura. También conversaba con Ud. Estábamos junto a la ventana y mirábamos para afuera. Ud. estaba a mi izquierda, el carácter de la conversación era otro que el de aquí. Algo más irónico, algo más juguetón, con muchas insinuaciones. Mi padre habría dicho: "tomadura de pelo". Ud. se acerca un poco y me golpea ligeramente en los hombros. Toques que podrían haber venido de mi padre. Un abordaje (anmachen) amistoso, pero quizás también un empujarse como lo hacen los niños cuando, jugando, intentan empujar a los otros abajo de la cuneta.

Ante mi petición de aclaraciones, la paciente completa el informe del sueño, en especial en relación con la significación de la palabra "abordaje" (anmachen). La paciente recalca el carácter amistoso de este contacto que, por cierto, también tiene una resonancia de agresividad. La paciente conoce el resabio contenido en el uso cotidiano de la palabra, pero en el sueño el asunto no le era desagradable. Recuerda su trato como púber con muchachos, que retrospectivamente no le parece chocante, ni indecente, ni tampoco desagradable, y dice literalmente: "Para mí este es un nivel posible y accesible, la manera como antes sacaba fuerzas de flaqueza y buscaba contactos con jóvenes de mi misma edad. No podía ponerles cara bonita ni tampoco flirtear. Cuando de alguna manera la cosa se daba, trataba campechanamente de establecer contacto corporal buscando camorra." Luego habla de la relación con su marido: "Estoy siempre buscando algún arma maravillosa para sacar a mi marido de su reserva." Establezco una relación entre el pasado y el presente, al llamar la atención sobre el hecho de que la vieja y la nueva familia, incluida la familia del analista, se reúnen y llevan a cabo una visita a la ciudad natal. Bromeando, Clara X dice que en eso se puede ver lo propensa que es a la familia.

P.: Me gusta estar tan en el medio. Es un sentimiento que no tengo en mi familia actual, con mi marido y mi hija, que me sienta segura y en buenas manos. Siento

una intensa fuerza centrífuga, pero también la compulsión, una coacción a, no obstante, permanecer complaciente. Se da una enorme tensión entre las dos fuerzas. En el sueño me sentía en el lugar correcto. Por otro lado, en los últimos días se me ocurrió la continuación de esta cómica historia del monje. La ganosa muchacha se arroja con ímpetu en los brazos del monje, lo mira y le dice: "¿Qué hacemos ahora?" El monje se levanta y pide disculpas: "Te entiendo, pero desgraciadamente por el momento no puedo ayudarte. Acabo de comprender lo mucho que he dejado escapar en los últimos 20 años." Entonces se dirige hacia abajo de la montaña y se muda a la cabaña de la vieja mujer. La joven muchacha cierra el capítulo, se dirige a casa, e inmediatamente se busca un joven amante con quien pasa la noche. A la mañana siguiente sube a la montaña y pega fuego a la cabaña del monje, a lo que realmente sólo se puede añadir, que él ya no la necesitaba más.

Me hago eco de la afrenta sufrida por la muchacha, a lo que la paciente replica que por eso ella también busca a toda prisa un sustituto. Pero con el sustituto no está satisfecha. Pues es sólo un sustituto. Le interpreto los aspectos transferencia-les de la historia.

A.: Es natural sospechar que Ud. me representa en el monje y a su terapeuta anterior en la vieja mujer que cuidó del monje durante años en la montaña; además, ella tiene su consultorio en un cerro.

En esta interpretación no pensé que la paciente de ningún modo había visto en su terapeuta anterior una mujer vieja, sino que se había identificado con ella y había fantaseado una solución favorable del rivalizar edípico por identificación. Dice que su amiga había opinado que también podría suceder que el monje aceptara la oferta de la joven muchacha y que ella fuera quien se mudara a su cabaña.

P.: Mi amiga preguntó: ¿Y qué puede hacer ahora la vieja? Yo me reí, y sin mayor reflexión dije prontamente: se enferma de reumatismo. Para mí era una certeza que la vieja mujer después padecería justamente de esa enfermedad crónica, y sólo después recordé que mi madre de hecho durante años sufrió de reumatismo. En ese momento me fue muy claro que la vieja mujer era mi madre, como yo la ví o co-mo ella se me presentó. Yo sacrifico 20 años de mi vida, pospongo mis propias metas y deseos, y entonces la hija amenaza engañarme con el hombre que he cuidado, con el monje. Pero mi madre tampoco podría haberse impuesto alguna vez agresivamente.

A continuación destaco aún más el tema del rivalizar agresivo, en especial en relación con las propias inhibiciones, que se han desarrollado a partir de la compasión por la madre, de modo que ella puede expresar su carácter juvenil sólo

disimuladamente. De hecho, la paciente se siente inferior a su propia hija. Muy afectada y emocionada, resume su situación.

P.: Sí, en la historia soy alternativamente ambas, la vieja mujer y la muchacha joven, y hasta el día de hoy no sé claramente quién soy realmente.

A.: Ud. ha buscado una solución que la saque del dilema, a saber, no ser ninguna de las dos, sino esconderse en una manera de ser campechana, o ponerse como erizo, o rodearse de una coraza como una tortuga.

P.: Sí, decidí no ser mujer. Lo consideraré como la solución más feliz para toda la familia, poner mi luz bajo el celémín y quedarme ahí.

Llamo la atención de Clara X sobre el hecho de que su amiga la estimuló a tener un sueño hermoso y emocionante y que también le dió el consejo de gozar algo antes de dormirse: "Sí, aprobó mi consumo de golosinas." En lo que sigue, el tema gira en torno a los modales en la mesa, en casa de su amiga y en la suya propia, en especial en torno a las dificultades de poner de acuerdo las necesidades de los niños con las de los adultos. (Un síntoma de la paciente es que de noche come secretamente golosinas; ella misma opina que ha desplazado hacia eso la satisfacción de sus necesidades.)

En conexión con el sueño, la conversación gira hacia lo difícil que es crear en la mesa familiar una atmósfera saludable, agradable y que haga bien, y no dejar esta dificultad a cuenta de la mujer y de la madre. Ahora, la paciente se queja de su marido porque éste no había aceptado su petición de alguna vez comer o salir fuera sin los niños. Fuera del desplazamiento hacia la noche, lo máximo que puede hacer es gozar algo con sus amigas. Con una disculpa por la palabra de moda "Frust" (frustración), la paciente se queja de que la mayor desesperación no reside en las privaciones, sino en los reproches culpantes que añade su esposo, o en general, que añaden los hombres. Se queja vehementemente de la incomprensión de su marido, que hace a su "chifladura" responsable de todo, pero que no hace nada para conciliar los intereses divergentes.

Reconociendo las dificultades reales, señalo que también ella misma ha logrado sólo lentamente llegar a una independencia de sus necesidades y que quizás existen todavía muchas maneras de ganar a su marido para otras soluciones, del mismo modo como con el monje. Al final de la hora la paciente insiste, desalentada, que todo no es más que un estéril trabajo de amor. Su marido ve en ella simplemente un monstruo, un caso contranatural. Al menos, quisiera liberarse de sentirse permanentemente culpable y de avergonzarse por su propio fracaso.

Es evidente que los frentes se endurecen a causa de los reproches mutuos y que el distanciamiento entre ambos aumenta. Es igualmente obvio que la paciente se

des-carga atacando a su marido, quien, por su lado, con mayor razón la tilda de mons-truo. En una intrerpetación transferencial final, destaco que la amplitud del espacio, tanto en la familia primaria como en la familia espiritual (la familia analítica, es decir, su relación con los terapeutas hombres y mujeres) es creada por todos los in-volucrados. Así, en la historia del monje ella también había descubierto que éste no se había cerrado a su cortejo.

En la sesión siguiente, la paciente hace una conexión con el sueño.

P.: En la última hora, Ud. dijo algo muy importante. Me refiero a mi compasión por la mujer vieja. Dije que la mujer se enfermaría de reumatismo. Pero así es co-mo viví a mi madre, que se sacrificó 20 años por la familia y pospuso sus propios deseos y anhelos. Al mismo tiempo, como hija me siento tan unida a ella, que no quisiera luchar en su contra. O, cómo decirlo, que habría encontrado desleal y cruel hacerme la importante y empujarla fuera del nido. Entonces Ud. dijo, más o me-nos, que por eso me son tan difíciles las situaciones de competencia con mi hija. Quisiera preguntarle si piensa realmente así, si eso es verdaderamente una situa-ción de competencia. Porque lo percibo claramente de ese modo, pero al mismo tiempo pienso que es un absoluto disparate. Pero, a pesar de todo, termino siempre en lo mismo.

A este respecto, Clara X trae un ejemplo que, como ella dice, es ridículo y trivial, de cómo su hija está orgullosa de aventajarla en el vestirse y de estar lista an-tes que ella.

Ahora, le hago notar la solución que ha encontrado en la compasión: un compro-miso entre no ser la una ni la otra, sino, a través de una tercera vía, no ser femeni-na, sino ser la campechana.

P.: Eso es correcto, pero es un paso muy precipitado. De verdad me es enorme-mente importante que eso se entienda. Eso me ayuda a manejar más suavemente esta lucha idiota que cada día llevo a cabo con mi hija. ¿Hasta qué punto ella lo ha-ce inocentemente, hasta dónde adrede? Me es muy difícil separar la realidad y lo que hago notoriamente falso. ¿Es realmente siempre así?

A.: ¿Se refiera a la rivalidad entre las madres y las hijas?

P.: Sí, es brutal. Lo peor es la creencia firmemente entronizada de que eso no debe ser. Sobre la mesa todo sucede con mucha armonía y, por debajo, a patadas, duro con las pantorrillas.

A.: Sí, no se debe rivalizar y competir abiertamente. En eso se trata del tener, del poseer, de la envidia por lo que la otra tiene. La envidia es un lado del rivalizar. Otro lado es quien se puede arreglar más rápido.

P.: Sí, como adulta tengo muchas más posibilidades, mucho más margen de liber-tad. Tengo una posición de partida y tendría que asentarle (a la hija) un golpe muy violento, y me da pena hacerlo, pero eso se conecta con el hecho de

que como niña fui realmente entrenada a colocar mi luz bajo el celemín y a restringirme consciencia-mente. Con esta solución me las arreglé bien en la familia, ni la una ni la otra, no colocarme en contra de mi madre, sino permanecer un pasito detrás y comportarme como un muchachote. De este modo recibí mucho reconocimiento, también de mi padre. Como un hijo medio díscolo, como un medio hijo, a él le parecía

bien. Así, de alguna manera medio escondida encontré su reconocimiento y coseché su simpatía. Probablemente, no habría sabido mucho que hacer con una hijita linda y coqueta, y por eso para mí fue una solución fantástica, por eso lo aprendí tan bien. No me sorprende para nada que no haga progresos en ese campo.

Estimulada por una carta de su hermano, la paciente se ocupa luego con la pregunta de la creatividad femenina, que su hermano le ha planteado y quien, como lo escribe al pasar, a menudo ha fantaseado sobre cómo sería eso de ser mujer. Dice que ese deseo es muy natural, y probablemente es el que corresponde al deseo que las mujeres tienen de desempeñar alguna vez el papel de los hombres. Pero –se pregunta a continuación–, ¿qué se esconde en la historia familiar común?

P.: Tengo la sospecha de que él ha percibido algo semejante a mí, desde el punto de vista del hijo hombre. O sea, que mi hermano también sufrió por el hecho de que mi madre sólo podía sentirse una víctima, como si no existiera alegría alguna. Como si no pudiera haber hecho otra cosa que alimentar monjes por años.

La paciente emite un quejido y después comenta con tono interrogante que en la última sesión yo hice una conexión entre mí y la Dra. Z. (su analista anterior).

A.: Ambos estábamos representados en el sueño. Sí, la Dra. Z. vivió muchos años aquí, arriba del cerro. Naturalmente que queda en suspenso en qué contexto hay que entender esto, si en el de sobre la mesa o en el de por debajo de ella.

P.: Para mí la cosa se representa de otra manera. No veo a la Dra. Z. como una mujer vieja, sino como una mujer joven e independiente, en todo sentido. Ella estuvo aquí y se independizó. No escogió el camino del sacrificio como la mujer vieja, no, al contrario, ella es alegre y optimista, fresca como una mocosa, por así decirlo.

Clara X se identifica con su analista anterior, que buscó un camino propio, y cuenta detalles de la correspondencia con ella. Se trata de un cuadro de un prerrafaelista que pintó la anunciación a María (véase 2.4.7). El cuadro estaba impreso en un libro sobre "el sexo loco". La concepción virginal es un tema delicado para personas que, como la paciente, quieren sustraerse de la sexualidad.

P.: Pensé que eso no podía ser. María, por la figura y por los rasgos en el rostro una muchacha anoréctica, que mira con espanto el futuro que se le impone.

Socorro, tengo que ser madre. De ningún modo lo quiero. Miedo, miedo.

Cuando escribí a la Dra. Z. que quería copiar ese cuadro, me escribió de vuelta que por qué no la dibujaba distinto, como una mujer sentada sobre la cama y que

mira con confianza el futuro. Ahí, de golpe, le tomé distancia nuevamente a esto del dibujo.

A.: Sí, Ud. podría dar otra forma a su futuro y a su imagen. Porque no tiene por qué seguir eternamente así.

P.: Mi marido está bastante resignado.

La paciente describe sus intentos de acercamiento y lo fuertemente que está dominada por una agresividad subliminal. La hora termina con una historia sobre el acercamiento de una pareja que intenta armonizar mutuamente sus sentimientos. Claro que con ello la transferencia tomó una posición aún más central.

8.5.4 Vínculo materno

Desde la adolescencia tardía, Enrique Y, de 35 años, sufría de distimias depresivas, con considerables trastornos en su capacidad laboral, lo que durante su época de estudiante lo había llevado a tomar una psicoterapia de apoyo que duró 4 años. Estrechamente unido a su madre, Enrique Y vive como soltero en la casa de sus padres; niega categóricamente tener una imagen positiva del padre. A decir verdad, cuando había pasado algunos años en otra ciudad durante su formación, sólo en la madre había encontrado los mimos reclamados. Como cuarto de una serie de 5 hermanos, de acuerdo con su autovaloración se sentía permanentemente en desventaja. Marcados sentimientos de inferioridad habían ensombrecido ya su niñez y pubertad. De sus comentarios retrospectivos sobre su terapia anterior, se podía deducir que había podido extraer seguridad y ayuda vital de la técnica directiva aplicada por la psicoterapeuta, mujer de edad y muy religiosa. Como se puede reconocer en el informe que se presenta, su ambivalencia permaneció reprimida.

Actualmente vive nuevamente con su madre moji-gata, que lo admira, lo cuida, y también lo controla, al ayudarlo en la planificación de sus diversas citas con mujeres. Con paciencia, ella tolera sus depresiones recurrentes. El carácter estable de este arreglo de vida neurótico, se reconoce también en el hecho de que ya muchos años atrás un colega le había llamado expresamente la atención sobre la necesidad de una psicoterapia. Unos años antes, la oferta de un psicoanálisis había fracasado frente a su ambivalencia. En vez de eso, había satisfecho sus expectativas pasivas en algunas sesiones de hipnosis y en curas homeopáticas, que habían tenido efectos de corta duración.

Las oscilaciones de sus estados de ánimo dependen estrechamente de la admiración y del reconocimiento: si éstos faltan, amenaza el vuelco en distimias

depresi-vas. En el vínculo con la madre encuentra seguridad; cada vez que él lo quiere, puede tener su ayuda y solicitud. Sus motivos conscientes para permanecer en la casa paterna son tanto la comodidad como también la posibilidad de dirimir sus reproches crónicos en contra del padre. A causa de su marcada hipocondría, el paciente obliga a su madre a ajustar el plan de comidas de acuerdo con el color de su evacuación matinal.

Sus relaciones extrafamiliares se restringen a personas que pueden satisfacer algún deseo. Sobre todo son mujeres, con las que realiza actividades de tiempo libre, pero donde rechaza pretensiones posteriores de las compañeras hacia él. Al mismo tiempo, busca "la mujer de su vida", que reúna todas las características hasta ahora repartidas. Con hombres, mantiene contactos profesionales, pero se acobarda frente a la posibilidad de comprometerse en amistades más estrechas.

La crisis que condujo al tratamiento fue desencadenada por el temor de haber embarazado a una amiga y de tener que enfrentar la responsabilidad.

Después de que al principio la actitud básica estuvo marcada por una gran inseguridad y por considerable desconfianza –que llegó tan lejos que en una ocasión se negó a pagar el tratamiento–, en algunos meses sus dudas pudieron ser removidas hasta el punto de que pudieron establecerse las condiciones externas de un análisis.

Algunos meses después del comienzo del tratamiento (sesión n.º 86), Enrique Y habla de los factores que han cambiado radicalmente su vida en el último tiempo. Entre otros, menciona la relación con el analista. Dice que desde que me conoce tiene por primera vez el sentimiento de que hay alguien para él, de que es bienvenido, de que puede hablar. En el trasfondo de este panegírico surge el miedo de que sus sentimientos de calidez pudieran tener algo que ver con homosexualidad. La calidez no puede convertirse en algo sexual.

Tranquilizándolo, le señalo primeramente que confianza y homosexualidad son dos cosas diferentes. En esto trato de poner el énfasis en las diferencias, para traer a la luz con más fuerza las equivalencias inconscientes. Esta suposición se ve confirmada:

Dice que tiene miedo de seguir adelante. "Pues yo no puedo lanzarme a su cuello", como habría querido haberlo hecho hoy día al comenzar la sesión. El fecha el comienzo de este desarrollo en Semana Santa (la sesión tiene lugar en mayo), cuando de las vacaciones volvió a la sesión con el sentimiento de ir a encontrarse con una amante.

En las semanas anteriores yo había notado el aumento de sus sentimientos positivos, pero no lo había interpretado. Ahora, le sugiero que describa sus miedos en detalle.

P.: No confío en mí mismo, no sé si acaso sean sólo sentimientos de ternura: A veces me enamoro de muchachos (aprendices que conoce en el trabajo), así a la distancia, en especial de aquellos que se ven como yo me veía como joven; en especial me cautivan los rubios.

En este punto se interrumpe y calla largo tiempo. Me interrogo si no se le ha ocurrido algo que lo hace sentir especialmente mal.

P.: Bueno, ese fue un pensamiento que a menudo he tenido, pero que siempre he apartado inmediatamente. Si alguna vez tuviera un culo como es debido para joder, sería algo fantástico.

A.: Sí, ¿y qué sería lo fantástico en eso?

P.: Naturalmente yo sería el activo, y como pareja podría tener un hombre o una mujer, en todo caso no me interesa ver la parte delantera, sea de un hombre o de una mujer. Me interesarían sólo los movimientos, sólo este para adentro y para afuera. Por último, ahí está el esfínter que abrazaría con fuerza mi miembro.

En lo que sigue, y como protección en contra de sus angustias castratorias, se refiere con desprecio a las mujeres, a causa de sus "agujeros flácidos", en los que te-me desaparecer.

Dice que por eso la fantasía de la estrechez que abraza con fuerza le produce una fascinación increíble. Agrega que, siempre que ha surgido este pensamiento, lo ha arrojado lejos, porque sobre eso no se puede hablar con nadie.

A.: Cuando al comienzo de la sesión comunicó la emoción de haber encontrado aquí algo nuevo, a saber, alguien que está para Ud. y que lo escucha, en ello estaba probablemente también contenido el que aquí puede expresar tales fantasías sin recibir un rechazo.

El paciente se siente ahora suficientemente seguro como para comunicarme por primera vez sus prácticas masturbatorias, que prefiere a las relaciones con mujeres, porque puede estimularse precisamente en los lugares donde le es más placentero. El glande es demasiado hipersensible, mientras que con gusto se estimula en el mango del miembro. La fantasía de imitar con la mano el esfínter del ano, le es particularmente excitante.

Para entender mis reflexiones sobre el acontecer ulterior, es importante decir que dejé que él tomara el rol activo y que no di interpretaciones profundas, como, por ejemplo, de que detrás de los "agujeros flácidos" podría encontrarse la angustiada fantasía de la mujer que lo devora (castradora). Por eso, al final de la sesión simplemente destaque que hasta el momento ha guardado esas fantasías para sí, porque no está seguro de si, en el caso de no hacerlo, sería rechazado. El paciente comienza la sesión siguiente con un sueño sobre un curso de esquí, soñado después de la última sesión.

P.: Estaba con un grupo esquiando, dirigido por una mujer que nos dijo que estábamos gravemente enfermos. Ella esperaba de nosotros que nos ahogáramos en un lago. Me angustié de muerte y dije que no quería morir. Disimuladamente me hacía a un lado. Los otros obedecían la orden y se ahogaban. Aún podía ver sus cabezas sobre el agua y les gritaba que con seguridad encontraría a alguien que pudiera salvarme. Que ellos podían morir, que yo quería vivir. Entonces huía a la otra orilla.

La mujer le recuerda a "Ema", como él solía llamar, despectivamente, a su terapeuta anterior. Dice que, una vez, ésta le había contado que había tenido un paciente que después de 4 años de tratamiento se había suicidado donde ella; probablemente para precaverlo de hacerle algo semejante. En ese entonces pensó: "me voy a suicidar para mostrarle a la perra que no sirve para nada." Las ganas de matarse eran en ese tiempo muy intensas, pero actualmente quisiera vivir y no morir nunca. Continúa diciendo que de alguna manera está enojado conmigo porque después de las entrevistas iniciales no comencé inmediatamente con el tratamiento. Luego se distancia de los fuertes afectos del reproche hacia mí. Mi comportamiento de entonces –dice– tenía sus razones, pero emocionalmente aún no lo puede aceptar. Todavía está rabioso conmigo. Con decisión, llama la atención sobre las ideas suicidas que en aquel entonces tuvo entre las entrevistas y el comienzo del tratamiento. Una y otra vez se enfrasca en acusaciones hacia mí, gravándome con la responsabilidad de como se sintió entonces. Me reprocha que en las entrevistas yo debería haber despertado más esperanzas, él hubiera deseado más dulzura, aunque él mismo sabe que algo así le habría durado a lo máximo un par de días.

En este momento puedo llamar su atención sobre sus esperanzas de curación en el sueño. Enrique Y recoge inmediatamente la indicación, sí, un salvador, eso es lo que él busca. Recuerda que el pasaje: "Vosotros podeis morir, pero yo quiero vivir", proviene de un salmo, que reza diariamente, entre 3 y 5 veces. El había elegido a la terapeuta anterior a causa de su orientación religiosa, pero luego se había sentido con ella bajo una presión moral considerable. Si bien ella lo había ayudado a salir de momentos difíciles durante sus estudios –como una madre que lo exhortaba–, al mismo tiempo había ejercido chantaje moral sobre él: si no se apartaba de sus sucias fantasías, entonces terminaría mal, como aquel otro paciente de ella.

Ahora se le ocurre que ayer había estado con una muchacha y públicamente habían sido muy tiernos mutuamente. De pura excitación había sentido una poderosa hinchazón en el antebrazo. Sintió que podría arrancar árboles y que las muchachas son demasiado débiles para eso.

En vista de la temática transferencial homosexual en desarrollo, doy la interpretación siguiente: Digo que él espera de que yo sea suficientemente fuerte para aguantar la lucha de box con él, que pueda estar a la altura de su fuerza almacenada. El paciente se ríe con fuerza y libertad. En la despedida veo claras huellas de lágrimas en sus ojos.

En mi interpretación, traje la pasividad del soñante, que está en la búsqueda de un salvador, a la posición activa del que, por vía de la medición de fuerzas con el padre, puede conquistar un lugar propio en este mundo. La interpretación sigue la reflexión de que en la base de la imagen despectiva de sí mismo del paciente, que a menudo se representa como un payaso, se encuentra la defensa en contra de violentos sentimientos de rivalidad, cuyo objetivo es encontrar, en la posición del desvalido, del muchacho expuesto a la madre castradora, una identificación masculina con el padre que le dé fuerzas. La analogía con el boxear intenta mostrar una medición de fuerzas dentro de los límites de lo lúdico-real, dentro de los límites del Ring. La fantasía detallada en la sesión anterior sobre la forma preferida de masturbación –una abrazadera fuerte, en forma de anillo (Ring), en torno al mango del pene–, contiene asimismo una disputa homosexual placentera y referida al cuerpo.

En las sesiones siguientes, se pone de manifiesto que, en su diálogo interior, Enrique Y me llama por mi nombre de pila, que usa en una versión infantil. Compara su poderosa figura deportiva con la mía, y no cree que yo esté a su altura en una disputa cuerpo a cuerpo. Hace uso de la diferencia real en el porte para, lleno de odio, despreciar –ya por el porte solo– a su padre. De éste, en la primera fase del tratamiento, el paciente transmite la imagen de un inútil fuerte y sin gracia, que después de la guerra, y cuando el paciente tenía 6 años, no había podido volver a ubicarse en su oficio. Con trabajos ocasionales, no había sido capaz de proveer de lo necesario a la familia.

Desde el punto de vista técnico, se trataba de señalar "la otra orilla" que el paciente busca para zafarse del poderoso abrazo de la madre, poderoso y solícito, pero que a la vez lo ata y lo engulle. En el curso posterior del tratamiento el tema volverá a ser elaborado. Se hará entonces clara la manera concreta de cómo las situaciones espaciales envolventes representan para el paciente la madre pregenital, con la que tiene que permanecer unido y que además determina su vida social en la figura de mujeres idealizadas e intercambiables. Esto será representado en un sueño que trata nuevamente de un peligro de muerte. El desencadenante actual de esta angustia fue que, como producto de 1 año y medio de trabajo, decidió cambiarse de casa; a partir de esto empezó a desarrollar planes de construir una casa propia.

Como primera cosa, el paciente comenta que he corrido las cortinas (para proteger la pieza del sol): "Sería muy hermoso si alguna vez pudiera cerrar las cortinas de mi casa propia." A continuación informa de la búsqueda de casa, de lo difícil que ha resultado. Dice que en su familia reacciona cada vez más alérgico a muchas co-sas, pero que no quiere terminar resentido, sino que sólo quiere hacerse más independiente. Agrega que en el último tiempo ha tenido dos sueños muy cómicos que tratan de peligro de muerte. Relata el siguiente sueño:

P.: Voy caminando con mi mochila por un paso subterráneo, una mujer, una italiana, me tiene que acompañar. Ella me dice: "Ahí hay una gentuza que lo va a asaltar." Después del paso, la mujer desaparece y entonces vienen efectivamente dos tipos. Uno me arranca la mochila, la tira a los demás, yo no me puedo defender. Es espantoso, en tales sueños siempre soy inferior al adversario.

Su primera ocurrencia vale para la italiana. A menudo el paciente me ha dicho que la mujer de sus sueños sería una de pelo negro, una belleza de ojos ardientes, como el cuadro que cuelga en la pared de la pieza de sus padres.

P.: ¿De dónde viene eso? En el último tiempo a menudo pienso en ello, el sueño se me quedó grabado en detalle en la memoria. Mientras la mujer está ahí, nadie me hace nada. Ninguno de los muchachos malos me hace algo. Ayer salí a caminar con una mujer recién conocida. Se me ocurrió pensar que en cada prueba hay una mujer conmigo. Es evidente que sólo con una mujer puedo dominar la vida. ¿Qué significa la mochila? Los otros me quitan mis cosas. (Refiriéndose a la mujer futura que fantasea:) Creo que debo hacer una separación de bienes o, mejor aún, la mujer debería pagarme arriendo. Quizás los otros dos muchachos malos también son los arrendatarios.

Le pregunto por el paso subterráneo.

P.: Mm, sólo se me ocurren cosas disparatadas. Aunque no, creo que el paso subterráneo me recuerda los deberes, el próximo año viene difícil. La gente son quizás las decisiones que debo tomar en relación con la construcción de la casa, en el trabajo, las tareas. Desde la niñez para mí fue una tarea importante defenderme de pensamientos impuros. En mis pensamientos veo el peligro de la condenación eterna. Ya en una fracción de segundo se pueden pensar pensamientos impuros que son pecado mortal. Si uno comete un pecado mortal, se condena eternamente. Eso es muy grave. Aquí, ahora eso es efectivamente grave, porque debo decirlo todo, puedo decirlo todo. A menudo pienso en las tardes: ¡Hombre! hoy día en el trabajo de nuevo dijiste cosas que no debieras, cuándo llegará alguien y te echará el muer-to.

A.: Sus ocurrencias a propósito del paso subterráneo pueden ser disparatadas o impuras.

P. (ríe): Sí, debo decir enseguida de que en relación con eso se me ocurre que lo es-toy llevando, que lo estoy metiendo, o al coño, en un profundo agujero donde ace-chan muchos peligros. La mujer me dice en el sueño que no tenga miedo. A lo mejor, si consigo la mujer correcta no tendré más miedo y podré meterme al aguje-ro sin preocupación.

A.: A lo mejor la mochila (Rucksack; literalmente "saco de espalda") tiene también un lado impuro.

P. (riendo): Ahora, esos muchachos jóvenes, de alrededor de 14 años de edad, qui-zás los tipos jóvenes son un símbolo, quizás me arrancan mis sacos, mis testícu-los. (Después de una pausa más larga:) Hoy día tengo nuevamente dudas sobre mi trabajo acá. Cuesta tanto, mi dinero se desperdicia. 77 DM para Ud. y 30 DM por mi lucro cesante, son en total 107 DM. Creo que busco argumentos en contra del trabajo acá, para reducir las horas. A lo mejor, el paso subterráneo también signifi-ca que no veo ninguna luz en el análisis. Quizás Ud. es la mujer y el paso subte-rráneo quiere decir que yo debo subordinarme. Creo que aquí es como en otras par-tes, con gusto seguiría subordinándome para caminar efectivamente seguro, para que todo funcione bien.

A.: Eso significa que yo debo protegerlo de los muchachos malos, de sus malos pensamientos.

P.: Sí, mantener aparte los pensamientos impuros, eso sería muy correcto. Es lo único peligroso aquí, eso es realmente lo único malo. Creo que ahora estoy orgu-lloso de mí mismo, porque he sacado algo del sueño. Estoy muy impresionado.

A.: ¿Qué edad tenía cuando era un mal muchacho con pensamientos impuros?

P.: Mm, no, antes rechazaba eso radicalmente. No, no es totalmente cierto, naturalmente, también leí en secreto, por ejemplo, sobre inseminación artificial de la mujer.

Cuando lo hacía, se me ponía siempre duro como un martillo. Una vez vi un pecho desnudo. Con 18 años leí un libro donde solamente decía que dos habían dor-mido juntos. Hombre, eso sí que me excitó. Naturalmente que me confesé des-pués. Que cosa más loca, cómo pude ser tan gil, cómo desperdicié mi vida. Ahora tengo 35 años y todavía no he vivido nada. Gracias a Dios, todavía está todo intac-to dentro, todavía hay tiempo.

A.: ¿Realmente está todavía todo intacto dentro de la mochila, dentro de los testí-culos?

P.: Aj, me siento tan impotente, como si me hubieran robado los testículos. Soy incapaz en todo. Naturalmente logro sobrevivir, pero no como me lo había imagi-nado, en eso soy impotente. Me había imaginado tantas cosas. (Pausa.) Algo me pasa por la cabeza, creo que suprimo las historias con mujeres, no

quiero decirle nada, me avergüenzo tanto. Mi nueva amiga me felicita porque no me casé con Ri-ta, ella la conoce. Creo que me avergüenzo delante de Ud. Seguro que ahora me echa una bronca. El sábado tuve algo con una en A., la dejé bien enamorada de mí, esa fue Berta, y luego el domingo con la Claudia. Creo que tanto mujerío me está empezando a preocupar, a veces me cuesta verdaderamente trabajo mantenerlas aparte unas de otras.

A.: El mujerío le da la sensación de que todavía tiene algo dentro de la mochila, de los testículos.

P.: Sí, es un tipo de protección para mí. Tan pronto como sea más, la cosa va a empezar y se me van a tirar con todo sobre mi saco. Además, esa es la razón de por que nunca me casaría en invierno, creo que eso me tomaría todas mis energías, y esquiar siempre ha sido mi mayor amor. Simplemente no tendría más fuerza en las baterías. (Pausa.)

A.: También se avergüenza porque tiene miedo de que yo lo condene acá.

P.: Sí, antes tuve un miedo muy intenso, ahora es menor, pero siempre me vienen pensamientos que no puedo decir inmediatamente. Por ejemplo, en este momento veo ante mí el corte de una vagina. Esa es una representación que siempre se me vuelve a imponer, que la tengo firmemente pegada, y mientras más hago en con-tra, más claramente veo la imagen. Esto me recuerda una vez que un maestro dis-tribuyó cuadernos de educación sexual. En él venía una imagen donde aparecían los genitales reunidos. Tengo el cuadernillo en un armario, rara vez lo veo, a veces abro el mueble, lo saco fuera y lo miro. Eso quisiera ver alguna vez, estar real-mente ahí, ver cómo entra y sale. Por eso es que me gusta ponerme frente al espe-jo y hacerme la paja, porque así tengo la sensación de poder ver realmente en de-talle. Simplemente es importante que no desaparezca. Este es el sentimiento cons-tante con las mujeres, el sentimiento de que se me escapa de la vista. Una vez dije a Rita que mejor lo hiciera con la mano, que eso lo prefería mucho más, porque entonces lo podía ver claramente. Mirar es realmente importante. En eso estoy di-vidido. En la fantasía me gustaría tanto joder como se debe, así para adentro y para afuera, pero en la realidad no puedo dejar que se me escape de la vista.

A.: Le viene susto de que se interrumpa el contacto visual.

P.: Sí, cuando no veo algo, pierdo el control sobre ello. En el momento en que lo tengo como un martillo, y Claudia lo ha admirado, pero tan pronto tiene que volar para entrar en acción, desaparece todo, realmente tiene que habérselas con el miedo. Si sólo pudiera confiar en las muchachas. Quizás si alguna vez tuviera de verdad una mujer en quien confiar, funcionaría bien. En el entretanto creo que seguro no es sólo por el miedo a un niño.

A.: Frente a las mujeres está muy dividido, pues por un lado está el miedo, por el otro, en el sueño es ella la que da protección.

P.: Sí, es realmente cómico, por un lado quisiera tener una, pero tampoco puedo confiarme en ella. Creo que tengo una gran necesidad de tener éxito. Como medida para el tratamiento veo el aumento de la energía. Tengo fuerza sólo en el tronco,

poca en la cabeza y también muy poca fuerza debajo de la cintura. Simplemente me falta el jugo, la gracia. Esto me hace pensar que tan pronto esté lista mi casa, me construiré un saco de arena y empezaré a boxear.

Comentario: Al repasar este protocolo, llama la atención el lenguaje campechano y vulgar del paciente. Este recuerda la manera directa y espontánea en que los ado-lescentes hombres suelen hablar entre sí de temas sexuales. Este aspecto formal di-ce ya mucho sobre el estado de la transferencia en la sesión. Con todo, la manera pintoresca y directa sugiere de manera muy vívida las fantasías inconscientes que probablemente están activadas en este momento. Así, se hace evidente la desvalori-zación defensiva de la mujer, la gran agresividad inconsciente ("lo tengo como un martillo"), sus angustias castratorias, etc. No obstante, tal tipo de lenguaje puede presentar problemas técnicos. El analista puede preguntarse hasta dónde será capaz de tolerarlo y hasta dónde deberá interpretarlo como una manera de acercarse en la transferencia al analista, donde también está implicada la necesidad de controlarlo a través de un mutuo fantasear erótico. Es sin embargo notorio que el analista tolera el tipo de lenguaje, reponiendo mucho más sobriamente y no dejándose arrastrar a la vulgarización.

Ahora bien, si consideramos el comienzo de la sesión desde el ángulo del pa-ciente, se puede sospechar de que él vivencia el consultorio como coartante y que con el sueño ofrece una equivalencia del paso subterráneo con la pieza de trata-miento. El necesita del contacto visual con el analista para controlar posibles actos agresivos. De manera correspondiente, la interrupción del contacto visual reactiva distintos peligros que en la transferencia desembocan en el miedo de ser desvalijado financieramente. La verdad es que su subordinación también lo protege de la angus-tia de pérdida, determinada desde muchas vertientes. La angustia localizada en el miembro, sobre el que puede ejercer control visual, será vivida en la situación ana-lítica en la relación con el analista. Ahí se desplegará el tema de la separación en la transferencia y tendrá que ser reelaborado en sus múltiples matices.

8.5.5 Errores técnicos cotidianos

Los errores técnicos son inevitables. Ellos tienen una importante función en el proceso que A. Freud (1954, p.618) denominó como de reducción del psicoanalista a su "true status", lo que podemos traducir libremente como "dimensión real". Si se reconocen los errores, se facilita el desmantelamiento de la idealización.

Como error técnico calificamos toda desviación del analista de una línea media, que cada día se ha delineado, y que en condiciones ideales se continúa de sesión a sesión sin oscilaciones considerables. Es esencial la definición diádica de la línea media. En cada paciente se desarrolla un sentimiento determinado para la atmósfera promedio a esperar en las sesiones, en base a su experiencia especial con este analista. Desde el momento en que el comportamiento del analista está guiado por reglas, después de algún tiempo el paciente nota las actitudes que su analista tiene en relación con este o con aquel tema.

En el diálogo psicoanalítico se lleva a cabo un intercambio de opiniones en el que están surgiendo constantemente malentendidos, que pueden ser aclarados y corregidos. Frente a éstos, los errores que comete el analista son realidades que no pueden ser corregidas, sino que deben ser reconocidas y, en lo posible, interpretadas en sus efectos. En relación con los errores, se pone de manifiesto, de una manera especial, que el analista tiene, en razón de su personalidad y de sus conocimientos incompletos, un horizonte de comprensión limitado. Aquí se hace entonces visible algo de la dimensión real, del "true status", del analista. En contraposición con esto, las faltas de oficio (Kunstfehler) son todas las desviaciones técnicas que llevan a daños permanentes e incorregibles.

En la evaluación de los errores, hay que considerar la relación entre alianza de trabajo y transferencia. Existe acuerdo sobre el hecho de que, a pesar de todas las oscilaciones y cambios violentos, en especial durante la fase de terminación, la alianza de trabajo debiera haber alcanzado al final del tratamiento una estabilidad suficiente como para que predominen los modos realistas de ver las cosas.

En el diálogo psicoanalítico, el juego mutuo de transferencia y contratransferencia se funda en las reflexiones recíprocas, declaradas o no declaradas, sobre procesos cognitivos y afectivos, parcialmente accesibles a la introspección. Ahora, debemos reflexionar en lo que el analista aporta para que el paciente lo vaya conociendo a través del tiempo en su "true status". De los recuerdos de Lampl-de-Groot (1976) de su propio análisis, se puede deducir que Freud posibilitaba y facilitaba este proceso al hacer reconocible en su propia conducta diferenciada el juego recíproco en relación transferencial neurótica y relación "normal". Actualmente, es probable que sólo una minoría de los analistas ofrezcan diferencias semejantes que llamen la atención del paciente. Es por lo tanto mucho más importante aún, descubrir otras vías que puedan conducir al desmantelamiento de las idealizaciones.

Del mismo modo como la neurosis de transferencia, en sus aspectos formales y de contenido, no se forma sin el aporte del psicoanalista, tampoco se puede esperar que los modos de ver realistas aparezcan por sí mismos y, cual ave fénix,

surgan de las cenizas dejadas por el fuego de una neurosis transferencial que se consumió a sí misma. El predominio de la alianza de trabajo en las fases tardías del tratamiento, en el sentido de la suposición de Greenson (1967), es dependiente del proceso. Este desplazamiento aparece en la medida en que no se hayan perdido de vista los pasos preparatorios para la terminación, y se hayan elaborado los temas correspondientes. En este contexto, las interrupciones por vacaciones son especialmente adecuadas, porque éstas pueden contener en germen todo lo que tiene que ver con separación y su procesamiento.

Quisiéramos ahora describir dos situaciones técnicas, adecuadas para aclarar los efectos de los errores. De ellas pueden resultar desplazamientos entre neurosis de transferencia y alianza de trabajo que finalmente faciliten la reelaboración de la separación en la fase de terminación del tratamiento.

La primera viñeta se refiere a la última sesión antes de una interrupción por vacaciones y a la primera sesión después de ella. Esta interrupción correspondía a una fase del tratamiento en la que la paciente una y otra vez traía el tema de la terminación. La neurosis de transferencia no parecía estar suficientemente elaborada como para que yo pensara que había que avistar la terminación. En mi opinión, las reflexiones de Dorotea X trataban más bien del examen del tema de la separación en general. En la última hora antes de las vacaciones, la paciente sopesaba si durante la interrupción seguiría dependiendo de la posibilidad de localizarme en sus pensamientos, es decir, si en caso de urgencia podría eventualmente ubicarme en mi lugar de vacaciones, por ejemplo, por medio de una carta. Yo estaba indeciso al respecto, y la paciente captó mi indecisión, que encontró su expresión en el hecho de que, si bien le omití el nombre del lugar, después de algunos titubeos agregé que, "en caso de necesidad", podría ubicarme a través de mi secretaria y eventualmente podría venir a mi consultorio un día determinado, más o menos en la mitad de las vacaciones. Al hacer esto, yo evaluaba la situación, en relación con estados neuróticos angustiosos y depresivos anteriores, de tal manera, que pensaba que la paciente no tendría mayor necesidad de mí durante la interrupción. No obstante, no estaba totalmente seguro al respecto y esta indecisión fue la que condujo al ofrecimiento que reflejaba una solución de compromiso. Dorotea X no hizo uso del ofrecimiento durante la interrupción relativamente larga. A la primera sesión llegó sintiéndose bien repuesta y libre de malestares. Durante el saludo, me enganché espontáneamente en una alusión disimulada de la paciente sobre mis vacaciones, al recoger y ampliar a las vacaciones su comentario sobre el hermoso estado del tiempo. Momentáneamente no reflexioné sobre ello y mi espontaneidad estimuló en la paciente pensamientos de comparación con la última hora antes de las vacaciones. Comparó mi titubeo reflexivo y la solución

de compromiso de entonces con mi espontaneidad actual. A través de la comparación entre titubeo y espontaneidad, la paciente llegó a preguntarse sobre cuán enferma o cuán sana yo la consideraba. Al reflexionar más sobre este problema, permanecí largamente en silencio y no seguí sus ideas posteriores, por lo que la paciente notó que estaba ausente con mis pensamientos. Ella interpretó mi silencio de distracción como una retirada, que temía haber provocado ella misma, en cuanto yo podría haber entendido sus comentarios sobre la hora antes de las vacaciones como una crítica.

Ofrecí una explicación a Dorotea X sobre el trasfondo de mi reflexionar y de mi distracción, aclarándole que, de hecho, en las interrupciones ponderaba cuidadosamente la necesidad o utilidad terapéutica de comunicar mi dirección de vacaciones. La paciente trajo entonces una serie de observaciones adicionales que, sin excepción, desembocaban en lo esencial que para ella era participar en mi apreciación de su capacidad, pues de mi confianza en su capacidad de tolerancia, ella ganaba confianza en sí misma. Al comportarme de manera espontánea y natural, la imagen que tenía de mí como de un psicoanalista sobreprotector, había cambiado hacia una representación más adecuada: mi espontaneidad la hacía más sana. Mientras más confiara en ella, reaccionando "naturalmente", más confianza ganaba en sí misma.

Con la terminación del tratamiento, muchos temas cobran un peso especial. Dorotea X notaba, con grande y perceptible desilusión, que me veía de manera progresivamente más realista, aun cuando al mismo tiempo se defendiera vehementemente en contra de ello. Este proceso de normalización fue facilitado por algunos otros errores y también por un suceso en el que, según ella, se había llegado a un "verdadero planchazo". El "planchazo" residía en que yo le había dado el consejo de que se sometiera pronto a un examen, a propósito de un embarazo, tan intensamente deseado como temido, y cuya gestación, como viuda y madre de hijos ya adultos, no podía imaginarse, también a causa del riesgo para el niño, por su edad. De acuerdo con las sospechas, la paciente podría haber concebido hacía ya varios meses y para una interrupción, eventualmente necesaria, el tiempo parecía valioso. En este embarazo imaginario –ese fue el desenlace de los cambios corporales típicos que aparecieron–, la verdad es que yo no había pasado por alto el aspecto desiderativo y la alegría francamente hipomaniaca que la paciente transmitía al describir su estado. La paciente había vivido mi indicación de la urgencia de un examen aclaratorio como un tipo de preparación para el aborto del niño deseado (en la transferencia) en conjunto. No fue posible volver a reparar mi "planchazo". Es cierto que a ella le quedó claro que el embarazo imaginario había sido un intento fallido de reparación imposible de un aborto anterior. Sus

ansias se dirigían ahora a una relación armónica, ansias que también satisfizo, en la medida en que se convenció de que su amigo hubiera saludado un embarazo si éste hubiera caído en otra etapa de la vida. Le fue dolorosamente consciente que había dejado irremediablemente atrás esta etapa de la vida. Por lo tanto, por otro lado mi error contribuyó en que la paciente lograra una apreciación más realista de la vida.

Por no comprender su deseo profundamente inconsciente se había caído una perla de mi corona. Hubo además otras situaciones que contribuyeron a la desidealización del analista.

A éstas pertenece un tema que apareció en la fase de terminación y que tenía relación con una situación anterior en el tratamiento. En ocasión de una vez que había sido tocado a fondo el tema de la terminación, la paciente me había preguntado abiertamente acerca del papel que desempeñaba la agresión. Ella había entendido mi respuesta en el sentido de que durante la terminación podrían surgir nuevamente temas agresivos. Yo ya no recordaba tal afirmación, pero claramente había despertado un malentendido que, sin corregir, había permanecido activo como mi "error". Y esto porque una afirmación así tiene más bien que dificultar la terminación y convertir la agresión en tabú, en una paciente que precisamente vive con la angustia de herir u ofender, y que constantemente se esfuerza en acciones reparatorias. De hecho, la paciente había sacado de mi error justamente la consecuencia de que no debía ser agresiva, porque entonces entraba en la fase de terminación y ya no estaría más en condiciones de reparar los daños correspondientes.

En este contexto, apareció una peculiar resistencia que tuvo por efecto que la paciente trajera a la conversación conscientemente otros temas, cuya reelaboración tenía un alto valor terapéutico, pero que, al mismo tiempo, constituían un pretexto para evitar o diferir transferencias agresivas. Describió "típicas falsedades femeninas" y dio muchos ejemplos de cómo le repelían las mujeres que acompañaban la envidia con fariseísmo. Simultáneamente desarrolló un profundo anhelo por armonía y comunión con una mujer. Entretanto, la paciente era consciente de su ambivalencia en relación con su madre y de la repetición neurótica relacionada con ella, sin que pudiera admitir su anhelo en toda su dimensión. Su exclamación en una sesión: "¡Si por lo menos fuera un poco lesbiana!", dejaba entrever la defensa aún activa, que cambió después de que sin rodeos le dije: "En este sentido todas son algo lesbianas."

La agresividad fue evitada en la transferencia y depositada en las relaciones con mujeres. También se puede decir que la paciente dislocó su transferencia materna, actuándola, o descubriéndola, en su círculo de amigas y conocidas.

Finalmente, la reelaboración de su ambivalente relación maternal proveyó la base para que pudiera ser más agresiva, también en la transferencia, lo que se puede ver en el siguiente episodio:

Conmovida y con gran dolor interior, la paciente se dio cuenta de que, en el manipular con habilidad, en especial al comprar, era mucho más la hija de su padre que lo que quisiera reconocer. Le atormentaba haber tomado inconscientemente de él su mezquino economizar, que le repugnaba. Para contrarrestar este comportamiento y para no ser como el padre, daba mucho valor, entre otras cosas, al haber-se hecho cargo personalmente de una parte de los costos del tratamiento. Por eso

no había recurrido a un seguro que asumiera la totalidad de los costos. Se había conformado con recurrir a la ayuda parcial en los costos de otro seguro, de modo que ella tenía que participar en los honorarios con cerca de 40 DM. Esta participación condujo a una carga financiera tolerable, sin que llegaran a ser necesarias restricciones esenciales para ella y su familia. Su participación la vivía como expresión de independencia, no sólo frente al padre, sino también en la relación conmigo. La tensión entre su propósito de tener una relación libre y generosa con el dinero, y el mandato superyoico paterno de economía y de ahorro mezquino y avaro, se manifestó en una dilación en la presentación de facturas a la compañía de seguros, lo que eventualmente podría haber conducido a que el seguro redujera su parte en estas cuentas. Por razones internas, ella no habría podido tolerar esta sobrecarga y el "padre" en ella habría vencido sobre su autonomía.

Su observación de cómo yo había reaccionado a su comentario sobre mi error, trajo nuevos logros de conocimientos. Ella notó que yo me esforzaba mucho en cometer las menos fallas posibles, lo que repliqué reconociendo que naturalmente hay malentendidos que deben ser cargados a mi cuenta. Sin embargo, era claro que mi reconocimiento verbal de los errores se acompañaba del ideal de la infalibilidad. Dorotea X deseaba para sí un psicoanalista humanamente superior, que le señalara, también averbalmente, que las fallas pertenecen al oficio y a la vida. De hecho, la paciente abrió mis ojos a la ambición que me impedía aceptar los errores como sucesos cotidianos y manejarlos con mayor generosidad. Pues Dorotea X buscaba un modelo de generosidad para poder ganar para ella una manera nueva y más generosa de ver el mundo.

8.6 Interrupciones

Desde un punto de vista diagnóstico, parece natural considerar las interrupciones como desencadenantes de reacciones de separación, sean éstas más de tipo angustioso o depresivo. Desde un punto de vista terapéutico, es decisivo ofrecer la ayuda que contribuya en el dominio paulatino de tales reacciones. Por esta razón, en las interrupciones recomendamos también pensar en la construcción de puentes que permitan atravesarlas.

Ejemplo

Clara X comienza la última hora antes de la interrupción de Navidad.

P.: En la última hora, o no había nada que decir, o ... o tenía algo importante en la cabeza que no se me ocurría. (Silencio.) Simplemente no quisiera entrar en el tema separación. Tengo la impresión de que siempre me he escurrido de ese bulto. A veces incluso con enfermedades. Seguro que eso tiene que ver con mi miedo a los sentimientos.

A.: Por miedo a sentimientos que no pueda dominar ... evita algunos dolorosos, pero también otros. Mientras menos se esté poseído por sentimientos, más intenso es el dolor por la separación. Y la evitación de los sentimientos conduce a que el dolor por la separación sea mayor de lo que tendría que ser, conduce a una falta de sentimientos, sobre la que hablamos en la última sesión. Se trata de provisiones para el viaje, de viático.

Reflexión: En esta interpretación se unen diferentes ideas. Tengo la sospecha de que, a causa de su trastorno anoréctico, Clara X se encuentra en un estado de carencia crónica que abarca todos los ámbitos. Frente a interrupciones limitadas o definitivas crecen las ansias por una compensación del déficit. Al mismo tiempo, en algún nivel de la conciencia se llega a hacer un balance. A pesar de que las anorécticas tratan de engañarse apareciendo ante sí mismas y ante los demás como sin necesidades, estas enfermas saben, en algún lugar de su alma, de sus enormes ansias de saciar su hambre, en el sentido amplio de la palabra. La restricción de necesidades, hasta las formas extremas de la abstinencia casi total, es un intento de evitar cualquier desilusión, las que, con el aumento de las ansias y de los apetitos inconscientes, de hecho se dan con mayor frecuencia. Por lo tanto, en la base de mi interpretación se encuentra la suposición de que es más fácil separarse del analista cuando las necesidades vitales están satisfechas. Por cierto que el dolor por la separación podría también ser más grande: "Todo placer quiere una profunda, una profunda eternidad" (Nietzsche, en Así habló Zaratustra). Frente a esto, la metáfora de las provisiones para el viaje es, a pesar de sus muchas resonancias semánticas, un mísero ofrecimiento como pasaje.

Clara X llama mi atención sobre el hecho de que ya he hablado a menudo de viático antes de las interrupciones, algo de lo cual no tenía conciencia.

A.: Mis palabras preferidas no pueden hacer venir las provisiones.

La paciente medita si alguna vez fuera de la terapia ha tenido la vivencia de que un viático le haya ayudado durante alguna separación. Largo silencio, suspiros. Después de cerca de 3 minutos, la paciente se pregunta qué es lo que se podría hacer para arreglárselas con las separaciones. Un camino sería pensar en el volver a verse. La paciente pregunta: "¿Y a Ud., se le ocurre algo al respecto?"

A.: ¿Sobre el volver a verse? Ud. piensa en el volver a verse, en un puente que atravesase la ausencia, en la continuidad, en un nuevo comienzo como pasarela. El volver a verse ofrece una perspectiva.

P.: Desgraciadamente no encuentro ninguna perspectiva. El 12 de enero – la próxima sesión. Para ese día las buenas intenciones de año nuevo ya van a estar olvidadas. En todo caso, espero que no aparezca aquí con un pie enyesado (la paciente sabe que voy a esquiar.) Fuera de eso, espero que le vaya bien en las vacaciones. Quizás hasta llegue bronceado. (Luego plantea directamente la pregunta:) ¿Viaja junto con su mujer, o solo para meditar en tranquilidad?

A.: Hm, ¿qué sería preferible para Ud.?

P. (ríe a carcajadas): Ud. no va a organizar sus vacaciones de acuerdo con mis preferencias.

A.: Es importante lo que Ud. prefiera. Probablemente está dividida al respecto y no le sea nada fácil responder. Meditar en paz y escribir sería probablemente más fácil sin la distracción de mi mujer. Desde este punto de vista Ud. preferiría mandarme solo a vacaciones.

P.: A lo mejor pienso al revés, en primer lugar en su mujer. A lo mejor es aburrido para su mujer que a Ud. lo secuestren sus pensamientos, para su mujer sería entonces muy monótono. En ese caso sería mejor quedarse acá y trabajar.

Digamos que si yo estuviera en el lugar de su mujer, mi tendencia sería acompañarlo una semana, para reponerme y para esquiar, y después dejarlo solo otra semana, e ir en ese tiempo a alguna otra parte. Si se tiene algo interesante que hacer, algo para una misma, visitar amigos.

A.: Esa es una solución sabia, pensar así en mi mujer y pensar que se podría llevar tan bien con ella, conmigo y con Ud. misma. Pues en eso está contenida la fantasía de que yo puedo dedicar 8 días a meditar intensamente sobre Ud.

P.: Yo no supuse que Ud. vaya a pensar en mí, yo supuse que Ud. piensa en general sobre sus pacientes.

A.: Si pienso sobre mis pacientes, Ud. también está ahí. El que no haya pensado primero en Ud. tiene que ver con que, como una vez lo dijo, tiene miedo de no poder dominar sus sentimientos y deseos.

P.: En eso no estoy muy segura. La verdad es que ese es un capítulo aparte. El que Ud. reflexione en mi ausencia o en la suya, es un punto que a decir verdad me produce más bien malestar. (2 minutos de pausa.) Quizás temo que Ud. llegue finalmente a un juicio y yo no tenga nada que decir al respecto.

A.: Ajá, quizás porque está excluida.

P.: Los padres meditan sobre la educación de sus hijos y toman decisiones cuando éstos no están presentes.

A.: Por eso yo también dije que es importante si estas decisiones son en beneficio suyo o no.

P.: Ya el hecho de que suceda así me pone en interdicción, aun cuando sea en mi beneficio. (Continúa irónicamente:) Siempre sucede así, todo es para el bienestar del niño y, no obstante, es un pensamiento molesto.

A.: El pensamiento no le agrada, pero entre las sesiones Ud. también tiene a menudo algo en la cabeza, algo que me concierne, y tampoco yo estoy presente.

P.: La verdad eso es algo que evito.

A.: Porque entonces toma posesión de algo sin que yo pueda dar mi opinión. La fantasía de que yo tomo posesión y dispongo de Ud. en mis pensamientos, que la coloco en interdicción, es entonces algo siniestro, algo que lo vive muy intensamente, y es claramente una razón poderosa para que Ud. evite pensar en mí o en algo que tenga directa o indirectamente que ver conmigo.

Comentario: El analista sospecha que la paciente tiene pretensiones tan grandes de posesión, de retener para sí, de aferrarse, de poseer, de poner bajo su tutela, que, por vía de identificación proyectiva, tiene el temor de que el analista disponga sobre ella. En el lenguaje de la paciente, eso significa que va a ser puesta en entredicho. Se trata entonces del control de pulsiones orales, que no alcanza a ser tan completo como para que desaparezca todo rastro de intranquilidad. Al contrario, mientras más sean los aspectos de sí mismo que son negados (*verleugnen*) y que vuelven en la proyección, mayor será también la angustia de ser avasallado desde afuera, es decir, por el analista (identificación introyectiva; véase sección 3.7).

P.: La otra cosa que me es siniestra en todo esto es, es ... es que este reflexionar, eso lo conozco por mi madre, va en dirección del torturarse a sí mismo con dudas acerca de qué pudo haber sido hecho equivocadamente, va en dirección de los sentimientos de culpa, del pesimismo, de la aflicción, y eso no me gusta. Ahora voy a decir algo desvergonzado. Una madre debe creer en sus hijos y con ello también en sí misma. Eso no significa que no pueda cometer algún error, no, no se trata de eso. Esta angustia, estas dudas sobre lo que va a resultar finalmente, con lo cual en el fondo se aniquila básicamente a sí misma. A propósito del reflexionar, se me ocurre que éste también podría tomar esta dirección y yo no quiero ser pensada de esa manera. Yo podría pensar que por su lado pueden surgir predominantemente cosas negativas, cuando me lo imagino. Lo que Ud. en primer lugar piensa es: ésta no termina nunca con su pecado original, tampoco va a lograr dejar de fumar, con la comida tampoco lo logra, por lo tanto todo queda igual, y en vano ella habla del hada buena en la encrucijada, y luego está dándole duro, emprende el camino, trae a rastras un desayuno hasta acá arriba y quiere tener un niño, y un par de semanas después,

no, mejor que no. Y luego holgazanea un poco, no se entiende mucho lo que le pasa. Todo es tan inmaduro, y en vano se tiene simplemente el sentimiento, si es que se tiene alguno.

A.: Y ahora nuestro reflexionar ha tenido un desenlace muy satisfactorio.

P. (ríe fuerte): Por ahora eso no me parece en absoluto.

A.: En todo caso para mí sí, a saber, el desenlace de que yo he entendido por qué Ud. quisiera que yo medite sobre Ud., y por qué Ud. evita pensar en mí, porque Ud. tiene mucho miedo de poseerme, de ponerme en interdicción, de no preocupar-se en absoluto de lo que yo quiero, de lo que yo pienso, sino de lo que Ud. quiere poseer, que teme no saber dominarse. Ahora también entendí por qué le es tan difícil dejar de fumar, porque con eso deja algo, por razones de salud, lo que sería muy razonable, pero por razones anímicas es evidente que no puede fácilmente dejar el hábito, porque en él deposita toda su capacidad de gozo.

P.: Es seguro que hay algo de afanes posesivos en todo esto, también lo temo. Te-mo que sea dominante y posesiva. ¿Hasta dónde es así y hasta dónde tengo miedo de ello?

A.: Ambas cosas. Ud. es así y teme ser aún más tiránica de lo que en realidad es, porque en el sótano todo permanece muy cerrado, donde las patatas brotan y echan retoños exhuberantes.

Comentario: En la base del aspecto apoyador y dador de ánimo de esta interpretación parece estar la concepción de que en lo oscuro las fuerzas pulsionales prolíferas toman formas siniestras y entonces pueden ser de hecho peligrosas, y no sólo para los presentimientos preconscientes de una persona. De ello resulta que el mal y la destructividad son determinados por el desarrollo, esto es, son variables dependientes de procesos de defensa inconscientes, como lo detallamos en la sección 4.4.2 del tomo primero. Freud era de la opinión de que "la agencia representante de la pulsión [es decir, ideas y afectos] se desarrolla con mayor riqueza y menores interferencias cuando la represión es sustraída del influjo consciente. Prolifera, por así decirlo, en las sombras y encuentra formas extremas de expresión" (Freud 1915d, p.144; la cursiva es nuestra).

P.: Pero cuando bajo al sótano, entonces me coge un pavor tan enorme, que prefiero cerrar nuevamente el sótano. La verdad es que no se pueden ver las cosas. A veces las miro. Ahora bien, frente a Ud., no puedo sentir eso, ahí tengo un bloqueo, en la familia sí que puedo notarlo, ocasionalmente. De verdad, no puedo evaluar hasta qué punto lo hago, y hasta qué punto es mi propio deseo que vuelve una y otra vez, porque realmente es algo que con gusto determinaría y tomaría bajo mi firme control. Ser la madre de la compañía. Se hace como yo lo digo. Y cuando no logro imponer mi voluntad me siento atrocemente sacada de

las casillas. Si lo examino más en detalle, todo se me vuelve a confundir. Primero me pongo furiosa, luego me retraigo, y la mayor de las veces ya estoy retraída antes de enfurecerme, por miedo a ponerme furiosa. Pero, ¿si soy tan posesiva, por qué tengo necesidad de fumar?

Reflexión: Me acuerdo de mis propias sensaciones al fumar y durante la deshabitación.

A.: Cuando fuma, claro que tiene algo en la mano, claro que se mete algo adentro, inhala, recibe. Finalmente, en ese punto puede ser voraz y puede tomar algo para sí con placer y dejar el bloqueo.

Después sigue un silencio relajado de alrededor de 5 minutos. Al despedirse, la paciente dice: "Feliz Navidad." Le devuelvo los buenos deseos.

Comentario: Probablemente, la última interpretación condujo realmente a alivio y relajación, pues el analista animó a la paciente a satisfacerse oralmente, cuando esto se da en el nivel de la satisfacción sustitutiva. Sin embargo, en enfermos graves tales satisfacciones sustitutivas son cosa de vida o muerte y contribuyen a mitigar las reacciones de separación. Los objetos de transición facilitan el pasaje.

9 Cursos terapéuticos y resultados

Consideraciones previas

Los cursos terapéuticos que se presentan en este capítulo, aún se refieren, al menos parcialmente, a los historiales clínicos sistemáticos mencionados en la sección 1.3. No es por nostalgia que nos remontamos a tratamientos finalizados ya hace tiempo, sino porque los seguimientos prolongados asociados a éstos ofrecen una inmejorable base para la discusión de resultados terapéuticos. De la experiencia adquirida con historiales clínicos sistemáticos (Thomä 1978) y del estudio de las acciones interpretativas (véase 8.3), partió la investigación de curso y resultado, iniciada en Ulm, y que nos llevó a una nueva comprensión del proceso psicoanalítico (véase capítulo 9 del tomo primero). La investigación en proceso exige más de lo que desarrollaremos en este lugar. Por motivos didácticos, un texto debe apoyarse en una base clínica amplia e incluir un gran número de casos diferentes. La investigación combinada de curso y resultados en el caso único, que junto a otros revindicamos, está sólo en sus comienzos (Grawe 1988). Si presentáramos los casos estudiados por nosotros con la minuciosidad requerida, este libro comprendería un solo caso.

Junto con los resúmenes del curso de los tratamientos presentados en este capítulo, el lector puede seguir fácilmente los aspectos más relevantes de los desarrollos terapéuticos leyendo en forma continuada los ejemplos presentados y utilizando el registro de pacientes. Además, en las secciones 5.1 a 5.3 se presentan pasajes típicos de un análisis, a través de una serie de sueños. En la sección 6.3.1, se reproduce un psicoanálisis sobre la base del procedimiento de presentación de solicitudes de financiamiento a la mutua de salud.

El capítulo se introduce con la sección "Angustia y neurosis" (9.1). No sabríamos encontrar un mejor lugar para este tema central. El lector podrá echar una mirada sobre la teoría psicoanalítica de la angustia (9.2) antes de pasar a los historiales clínicos, donde la angustia ocupa un lugar central (9.3 a 9.5). Ya que

las angustias neuróticas desempeñan un papel importante en todos los tratamientos, también allí donde no se manifiesta abiertamente como síntoma primario, el criterio de la angustia es un importante indicador general en la evaluación de los resultados. Por lo demás, se ha demostrado como imprescindible que en este tomo abordemos algunos conceptos centrales de la teoría general y especial de las neurosis. De este modo, en este capítulo, y anexo a la presentación de un caso de neurodermitis (9.6), se discutirán los temas de la inespecificidad (9.7), de la regresión (9.8), de la alexitimia (9.9) y de la significación del cuerpo en el método psicoanalítico. Finalmente, invitamos al lector a examinar el problema de la catamnesis psicoanalítica sistemática (9.11).

9.1 Angustia y neurosis

Antes de dedicarnos a algunas formas específicas de angustia, echemos un corto vistazo a la teoría psicoanalítica de la angustia. En el tomo primero abordamos por un modo diferenciado de mirar los afectos. Ya que muchos afectos tienen un componente angustioso, se justifica poner la angustia en el centro de esta sección. Como lo afirmó Freud (1926d, p.136) en una frase lapidaria, "la angustia es el fenómeno fundamental y el principal problema de la neurosis". En las consideraciones diagnósticas, hay que partir del tipo de manifestación de las angustias. Un criterio importante de diferenciación lo constituye el que la ligazón con la situación sea más o menos circunscrita. La neurosis de angustia se caracteriza por la angustia libremente flotante que parece surgir sin razón aparente y que por ello es vivida como inevitable, incontrolable y con la cualidad de peligro de muerte. El concepto de neurosis de angustia y la primera descripción de la sintomatología, que aún sigue siendo válida, provienen de Freud, que distinguió diagnósticamente el síndrome neurosis de angustia de la neurastenia. También Strian (1983, p.120) se apoya en esta descripción clínica de Freud, quien llamó neurosis de angustia al complejo sintomático, "porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia" (1895b, p.92). En la lista de trastornos corporales que aparecen en el ataque de angustia, Freud describe, entre otros: alteraciones de la actividad cardíaca, palpitaciones con breves arritmias, taquicardia, trastornos de la respiración, disnea nerviosa, sudoración profusa, temblores y sacudimientos, diarreas bruscas, vértigo locomotor. A la neurosis de angustia pertenece la irrupción brusca en forma de ataque y una actitud expectante hipocondríaca.

Es frecuente que un componente del síndrome ocupe un lugar central en la vida del paciente y no es raro que la angustia se ligue principalmente a un síntoma, a la taquicardia, a la disnea nerviosa, a la diarrea, a la sudoración, etc.: correspondientemente, el síndrome de la neurosis de angustia con sus componentes multifacéticos está repartido en un gran número de nuestros pacientes. Beatriz X (9.2) sufre principalmente de un trastorno angustioso histérico de la respiración. En Cristián Y (9.3), las arritmias y la sudoración ocupan un lugar central; debido a la angustia, Rodolfo Y (7.8) presenta diarrea durante los ataques de pánico. Sin lugar a dudas, la angustia es el problema básico de toda neurosis y también el componente anímico en la génesis y en el curso de muchas enfermedades somáticas.

Es ilustrativo mostrar, a través del complejo sintomático de la neurosis de angustia, lo que ha cambiado a lo largo de 100 años. El conocimiento acerca de los correlatos somáticos de la angustia, acerca de la fisiología, la neuroendocrinología y la neurofisiología de la angustia, ha aumentado de manera considerable en los últimos años. Así, los resultados de estudios epidemiológicos, neuroquímicos y terapéuticos, en el terreno de los padecimientos angustiosos, han conducido a que en la nueva clasificación americana (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición, 1980, American Psychiatric Association, DSM-III), se agrupe bajo el término de "desórdenes de angustia" una serie de trastornos psíquicos, como trastorno de pánico, con o sin agorafobia, fobia social y simple, trastorno obsesivo y reacción de sobrecarga postraumática. En este sistema clasificatorio, se asigna a la crisis de pánico, como subgrupo separado, un papel dominante, también en la comprensión de otros trastornos de angustia. Así, en la última revisión de este sistema clasificatorio (DSM-III-R, 1987), ya no se ve la agorafobia como una subforma de las fobias, sino en primera línea como una consecuencia de crisis de pánico anteriores que llevaron a conductas de evitación fóbica. Para los psicoanalistas resulta aquí interesante que los criterios diagnósticos elaborados para este nuevo subgrupo, definido como "trastorno de pánico", coincidan ampliamente con el complejo sintomático que Freud describiera en 1895 para los ataques de angustia; ya en su primera descripción de la neurosis de angustia había visto la agorafobia como una consecuencia de los ataques de angustia. Por otro lado, el esquema fisiológico de la angustia, que Freud (1895b) puso en ese entonces en la base de la neurosis de angustia, incluyendo los ataques de pánico, hace tiempo que fue revisado en el psicoanálisis, pues se descubrió que la angustia libremente flotante surge sólo aparentemente sin motivo. En la neurosis de angustia, y en razón de una predisposición aumentada a la angustia, originada biográficamente, una serie de

señales inespecíficas de peligro percibidas inconscientemente pueden desencadenar un ataque de angustia. Estos descubrimientos llevaron a la revisión de la teoría psico-analítica de la angustia en el trabajo de Freud, que marcó una época, Inhibición, síntoma y angustia. Una afirmación central dice:

Peligro realista es uno del que tenemos noticia, y angustia realista es la que sentimos frente a tal peligro conocido. La angustia neurótica es la angustia ante un peligro del que no tenemos noticia. Por tanto, es preciso buscar primero el peligro neurótico; al análisis nos ha enseñado que es un peligro pulsional. Tan pronto como llevamos a la conciencia este peligro desconocido para el yo, borramos la diferencia entre angustia realista y angustia neurótica, y podemos tratar a ésta como a aquélla.

En el peligro realista desarrollamos dos reacciones: la afectiva, el estallido de angustia, y la acción protectora. Previsiblemente, lo mismo ocurrirá con el peligro pulsional (Freud 1926d, pp.154s).

El aporte del modelo explicativo de Freud consiste en referir la reacción de angustia a una situación de peligro.

¿Cuál es el núcleo, la significación, de la situación de peligro? Evidentemente, la apreciación de nuestras fuerzas en comparación con su magnitud, la admisión de nuestro desvalimiento frente a él, desvalimiento material en el caso del peligro realista, y desvalimiento psíquico en el del peligro pulsional. En esto, nuestro juicio es guiado por experiencias efectivamente hechas; que su estimación sea errónea es indiferente para el resultado. Llamamos traumática a una situación de desvalimiento vivenciada; tenemos entonces buenas razones para diferenciar la situación traumática de la situación de peligro (Freud 1926d, p.155; la cursiva es nuestra).

Ahora, Freud introduce en su análisis funcional un mecanismo orientador "teleológico", es decir, una función yoica anticipatoria.

Ahora bien, constituye un importante progreso en nuestra autopreservación no aguardar a que sobrevenga una de esas situaciones traumáticas de desvalimiento, sino preverla, estar a su espera. Llámese situación de peligro a aquella en que se contiene la condición de esa expectativa; en ella se da la señal de angustia. Esto quiere decir: yo espero que se produzca una situación de desvalimiento, o, la situación presente me recuerda una de las vivencias traumáticas que experimenté antes. Por eso anticipo ese trauma, quiero comportarme como si ya estuviera ahí, mientras es todavía tiempo de conjurarlo. La angustia es

entonces, por una parte, la expectativa del trauma y, por la otra, una repetición amenguada de él. Estos dos caracteres que nos han saltado a la vista en la angustia, tienen, a su vez, distinto origen. Su vínculo con la expectativa atañe a la situación de peligro; su indeterminación y ausencia de objeto, a la situación traumática del desvalimiento que es anticipada en la situación de peligro (pp.155s).

La angustia como fenómeno fundamental y como problema principal de la neurosis (1926d, p.136) demuestra así su posición central para la explicación psicogénica y psicodinámica de los síntomas. Estos aparecen para evitar situaciones de peligro específicas, asociadas a desvalimiento (trauma), que son señaladas a través del desarrollo de angustia.

Waelder (1963) ha criticado que el término "angustia-señal" no da cuenta exactamente del desarrollo del suceder intrapsíquico. Él afirma que el miedo o la angustia no son elementos imprescindibles en la secuencia "percepción del peligro – reacción adaptativa". Lo que en todo caso sería biológicamente necesario para desencadenar determinadas reacciones, sería una "señal de peligro". Esta señal no tendría por qué incluir una sensación de angustia. Waelder propone hablar más bien de señal de peligro que de angustia-señal, porque en esta secuencia la señal misma no contendría (por lo menos, no todavía) la sensación de angustia. El hecho de que la percepción de sensaciones psíquicas o físicas de angustia aumente en tal medida que la situación de peligro real o imaginada no pueda ser apartada, arroja una luz precisamente sobre los estados angustiosos crónicos; ya que en estos estados existe, por razones internas, una señalización de peligro permanente, simultáneamente con la incapacidad de superación activa. De otras publicaciones (por ejemplo, Greenacre 1952; Rangell 1955; Flescher 1955), también se puede concluir que la teoría psicoanalítica de la angustia, incluso después de su revisión, sigue conteniendo considerables problemas. Una aclaración adicional hace indispensable una discusión crítica de las teorías de la pulsión y de los afectos (véase tomo 1, 4.2 y Thomä 1990).

Expresado en términos de teoría conductual, el peligro (amenaza) suscita una "reacción de alarma" (Cannon 1920). La evaluación del peligro lleva a las tendencias conductuales de "ataque" o de "fuga", dependiendo de la relación de fuerzas anticipante entre amenaza y amenazado. Los correlatos emocionales de fuga y ataque son angustia y rabia (hostilidad), que a su vez tienen una función motivacional a través de circuitos de retroalimentación. Así, una señal de peligro puede convertirse en angustia-señal o en rabia-señal.

En los ataques de angustia se desdibujan las diferencias entre un desvalimiento real (material) y uno psíquico, de tal modo que se llega a un traumatismo continuo con efecto acumulativo. Las potencialidades de acción se encuentran inhibidas, bloqueadas, quedando en un estadio, por así decirlo, de esbozo inconsciente. En esto, la acción orientada a metas sufre un proceso de desdiferenciación. Al mismo tiempo, la repetición de fracasos estimula la agresividad inconsciente bloqueada que, como peligro pulsional en el sentido de Freud, aumenta aún más la angustia. No es entonces una casualidad que la angustia y la agresión se parezcan bastante, vistas desde una perspectiva de la fisiología de los afectos.

Si se parte de la fenomenología de las angustias, según las describen los pacientes, los peligros parecen claros. En el caso del miedo a volverse loco, se trata de un estado cuya descripción multifacética va desde la inclusión parcial de emociones y conductas que el enfermo mismo experimenta como pérdida de control irracional, hasta la vivencia de desintegración o aniquilación de la identidad o del sentimiento de sí mismo. Entonces, parece claro lo que el neurótico teme en último término: la destrucción de su existencia, que en su vivencia puede estar representada más como yo social o más como yo corporal, como imagen corporal.

Ahora bien, en la fenomenología del vivenciar de este gran número de pacientes y en sus descripciones claro que existen contradicciones y discrepancias, y es aquí donde se inserta el método psicoanalítico. Por un lado, hay que subrayar que el acontecimiento tan temido se caracteriza precisamente por el hecho de que no ocurre. Aquel que teme volverse loco o morir de un infarto al miocardio, no es alcanzado por este destino de manera más frecuente que lo que corresponde al promedio estadístico. Así, los temores descritos aparecen más bien hablando en contra de la posibilidad real de aparición de una psicosis o de un infarto. Pero estos datos estadísticos no tienen poder de convencimiento para el paciente afectado, o lo tranquilizarán sólo momentáneamente. La siguiente observación es esencial: los pacientes que sufren de neurosis de angustia están en buenas condiciones para tolerar peligros reales, no tienen, fuera de sus miedos imaginarios, mayor temor por su vida que las personas sanas. Tampoco es cierto que estos neuróticos se dan, por decirlo de manera simple, una importancia desmesurada, o que, a causa de un sentimiento de superioridad con respecto de la mayoría o por un narcisismo exagerado, no puedan familiarizarse con la idea segura de la muerte o con la certeza de que la vida tiene su fin. Como no es posible tener la experiencia de la propia muerte, como no sea por imágenes o analogías, el secreto del final de la vida del ser humano atrae sobre sí un cúmulo de fantasías y representaciones. En este sentido, del examen

cuidadoso de la neurosis de angustia del paciente resulta que el temor a la muerte y a la aniquilación expresa un oculto temor a la vida. De esta forma, se abre una vía de acceso psicoanalítico al origen del desvalimiento, en el sentido de la teoría de la angustia de Freud, y a su superación psicoterapéutica. El miedo a la muerte, o el miedo a la pérdida de la existencia corporal o psíquica, del mismo modo como el temor al paro cardíaco o al descontrol psicótico, se convierten en el curso de la terapia en situaciones biográficas de peligro o desamparo que no pudieron ser superadas y que ahora, en condiciones más favorables, son susceptibles de ser dominadas. Por regla general, en el tratamiento se da una evolución que permite sacar conclusiones acerca del origen de las angustias neuróticas: la angustia de muerte, que en sus múltiples formas se ha convertido en modelo de desamparo, de pérdida y de destrucción, a los que el enfermo se ha sometido en una inquietante pasividad, pueden ser descompuestos en elementos biográficos que luego se pueden recomponer. En general, en esto no se logra un decremento lineal de las angustias neuróticas con su consiguiente transformación en peligros reales mitigados que puedan ser experimentados y superados en la relación terapéutica. En la transferencia, la intensidad de las angustias, que se han potenciado hasta formar síntomas, puede alcanzar altos niveles. Al arte psicoterapéutico pertenece el utilizar las reglas técnicas de tal modo, que la transformación de angustias ligadas a síntomas en miedos en la interacción, esté al servicio del bienestar y de la curación del paciente. Como orientación, podría valer la siguiente regla general: mientras más grave sea la enfermedad angustiosa, y mientras más tiempo haya socavado la confianza en sí mismo, convirtiéndose en una penetrante angustia existencial, tanto más alto será el potencial actual de miedo interaccional en la relación terapéutica. En concordancia con Mentzos (1985), podemos afirmar que la angustia de muerte que experimenta el neurótico corresponde a desplazamientos y a otros procesos defensivos inconscientes que en la terapia deben ser seguidos en el sentido inverso.

En resumen, hay que destacar que la angustia como afecto se instala en relación con el desamparo que puede aparecer en típicas situaciones de peligro. En la teoría de Freud, la angustia ante la pérdida del objeto, o la pérdida del amor del objeto, en la forma de angustia de separación, ocupa un lugar preponderante, al que se subordina la angustia de castración, como un contenido de separación especial. En la pérdida de objeto, lo frecuente es que predomine la reacción depresiva (véase 9.3). El denominador común de la angustia y de la depresión es el desamparo frente a pérdidas reales o vividas anímicamente. Häfner describe estas observaciones, que pueden ser explicadas psicoanalíticamente, con las siguientes palabras:

Si se parte de enfermedades angustiosas evidentes, sean ataques de pánico, síndromes angustiosos generalizados o agorafobias, se encuentra, dependiendo de la gravedad del síndrome, un 40 a 90% de enfermos que han presentado o están presentando simultáneamente un estado depresivo (Häfner y Veiel 1986). Probablemente, la conexión es en parte de naturaleza constitutiva: la angustia, tal como lo he tratado de aclarar, tiene algo que ver con la amenaza por peligros. La depresión tiene que ver con pérdidas, abandono o amenazas más generales a la propia existencia y a lo que para ella es valioso. Una de las razones de la frecuente aparición conjunta de depresión y angustia reside probablemente en los elementos comunes, pero, a la vez, gradualmente diferentes, en relación a la amenaza existencial. La conexión entre ambos puede ser de tipo consecutivo: la transición entre graves estados de pánico y desamparo y depresión generalizados es un ejemplo de un proceso de curso rápido. Una transición más lenta de estados angustiosos en depresión, donde las angustias se extienden a diversos ámbitos de la vida, bloquean la actividad y la seguridad en sí mismo, pudiendo llevar a grados crecientes de vivencias de desamparo, se encuentra frecuentemente en la evolución de las enfermedades angustiosas graves (1987, p.198).

Desde un punto de vista terapéutico, es importante, no solamente reconocer las situaciones de peligro que corresponden a un desamparo específico, sino encontrar caminos de enseñoramiento que saquen del desamparo y que amplíen el campo de acción. Para quien tantea en la oscuridad, puede ser ya una ayuda hablar en voz alta y así asegurarse a sí mismo.

Pensamos que la teoría psicoanalítica de la angustia no sólo aclara una fenomenología multifacética que va desde la angustia existencial aparentemente vacía hasta la angustia psicótica, sino que también hace comprensible el lugar que ocupan las diversas terapias. Es entonces tanto más sorprendente que, para decirlo en los términos de Hoffmann, una "irreflexiva biologización de la angustia humana" (1987, p.528), haya acarreado consigo una concepción de la enfermedad angustiosa basada en la biología, en la que no encuentran cabida los conocimientos adquiridos desde hace 100 años en psicoanálisis y en medicina psicosomática sobre la así llamada "angustia libremente flotante". Margraf y cols. (1986) mencionan que, hasta hace poco, no se le asignaba ninguna significación especial a la completa descripción clínica de Freud de los ataques de angustia. D.F. Klein (1981) y Sheehan y Sheehan (1983), han diseñado modelos biológicos para el ataque de angustia donde los argumentos biológicos confluyen en el concepto de "ataque de pánico". Según estos autores, la aparición aparentemente espontánea es lo que diferencia cualitativamente el ataque de angustia de la angustia anticipante, tal como se encuentra en las

fobias. Como criterio de delimitación adicional, para estos autores vale la diferente respuesta a los psicofármacos. Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa tienen un efecto más favorable sobre los ataques de pánico, mientras que los derivados benzodiazepínicos acarrearán una mejoría sintomática en la angustia anticipante. Los autores mencionados proponen así un modelo biológico endógeno de los ataques de angustia y de pánico, sin tomar en cuenta que estas angustias se refieren a reacciones frente a desencadenantes temidos inconscientes (por lo tanto inaccesibles para el enfermo) y que pueden ser tratadas psicoanalíticamente con éxito. También desde la perspectiva de la terapia conductual, una terapia medicamentosa que se limite a los síntomas corporales perdiendo de vista la eliminación de las causas psíquicas es acerbamente criticable, como lo demuestra la controversia entre Klein y cols. (1987), Klein (1987) y Lelliott y Marks (1987).

En este contexto, no deja de ser preocupante la influencia que hay que esperar ejerza el DSM-III, actualmente en difusión en todo el mundo. Precisamente en la investigación psiquiátrica moderna, se discuten de preferencia hipótesis biológicas respecto del origen de los ataques de pánico. De esto resulta que, también en el tratamiento de los desórdenes angustiosos, la terapia farmacológica tiene primacía frente al psicoanálisis, pero también frente a la terapia conductual. Se descuidan las situaciones psicodinámicas desencadenantes y los factores psicológicos de los ataques de angustia. De este modo, gran cantidad de pacientes son tratados sólo farmacológicamente, y con ello de manera insuficiente, a pesar de que en éstos se pueda demostrar un desencadenante psíquico de las crisis de angustia. Y hay que tomar en cuenta que las enfermedades angustiosas, expresen más o menos completamente el cuadro descrito por Freud, pertenecen, junto al alcoholismo y las depresiones, a las enfermedades psíquicas más frecuentes. Cuando se produce una situación desencadenante, en el ataque de angustia se hace manifiesto un modelo biológico base, en razón de una disposición reactiva personal. Desde el punto de vista de la historia de la medicina, es un hecho notable que la significación central de la descripción de Freud de la neurosis de angustia fuera redescubierta para el conjunto de la medicina como síndrome fisiopatológico, descuidándose, sin embargo, las condiciones psíquicas de su génesis y curso, en tanto que el tratamiento se limita primordialmente a la dación de tranquilizantes. También los bloqueadores beta alivian solamente los síntomas corporales, como parte importante de las desagradables manifestaciones que acompañan la angustia, como por ejemplo las palpitations. Con Häfner, destacamos que, de regla, los procesos anímicos que llevan a estados angustiosos no pueden ser suprimidos por una terapia medicamentosa.

A lo sumo, el bloqueo [farmacológico] de angustias graves puede colocar nuevamente al afectado en la posición de poder aprovechar sus propias capacidades para dominar con éxito la angustia. Los estados angustiosos que persisten por largo tiempo requieren de psicoterapia (1987, p.203).

El enorme peso que tienen los tranquilizantes en el tratamiento de los trastornos psíquicos se puede apreciar, por ejemplo, en el hecho de que, según estudios realizados en los Estados Unidos, éstos son ingeridos por cerca del 10% de la población y ocupan el tercer lugar entre todos los medicamentos prescritos; en Alemania Federal, el gasto anual total en este rubro alcanza los 240 millones de DM.

Por lo demás, es justamente en los trastornos neuróticos con molestias depresivo-angustiosas donde no se ha logrado demostrar convincentemente un efecto estadísticamente significativo sobre los síntomas, ya que en los estudios comparativos con pacientes tratados con placebo también se reconocen claros efectos en el curso de tratamientos prolongados. Aquí nos topamos con la importancia de efectos generales, que influyen el tratamiento a través de la relación médico-paciente y de la actitud psicológica y psicoterapéutica de los tratantes (Kächele 1988a).

La disposición a reacciones de angustia, que en los escritos angloamericanos es caracterizada como *trait* (rasgo), puede transformarse en un estado angustioso agudo (*state*) por una serie de señales de peligro (véase Spielberger 1980). En casos extremos, casi cualquier estímulo puede desencadenar un ataque de angustia y la angustia libremente flotante convertirse en un estado permanente. En el otro extremo del espectro se encuentran las fobias, en las que la angustia es desencadenada por un estímulo localizado, o bien por una situación específica que el paciente puede evitar. Por cierto, no es posible una demarcación estricta. Greenson (1959) ha descrito que en el comienzo de muchas fobias aparecen estados difusos de angustia, que recuerdan la neurosis de angustia, donde se establece secundariamente un nexo causal entre el ataque de angustia y la situación asociada a él. En tanto sea posible evitar los objetos fóbicos, como arañas, serpientes, ratones, espacios abiertos, puentes, aviones, etc., se está libre de angustia.

Mentzos (1984) destaca que la diferenciación en el lenguaje cotidiano alemán entre la angustia (*Angst*) difusa, no dirigida y sin objeto, y el miedo (*Furcht*), que se refiere a un peligro concreto, también

... ha perdido en significación en el uso corriente del lenguaje [alemán], pues la palabra angustia [Angst] también se usa en relación con un peligro concreto. Con todo, me parece que sí tiene sentido una diferenciación entre reacciones más difusas, menos organizadas, sin dirección y más físicas, por un lado, y formas de reacción más estructuradas, organizadas, desomatizadas y claramente dirigidas, por el otro, aun cuando en la práctica una diferenciación neta entre angustia y miedo a menudo no sea viable y tampoco buena: sólo en una minoría de los casos se puede partir de una clara exclusión mutua. Las más de las veces se da un sinnúmero de matices dentro de un continuo, que va desde la angustia difusa hasta el miedo concreto y dirigido (1984, p.14).

Una angustia que por primera vez aparece en una situación determinada, puede ser desencadenada más tarde por otras situaciones similares. Esta generalización de los estímulos aparece en la medida en que aumentan las conductas de evitación por re-fuerzo negativo. A su vez, la evitación aumenta la angustia frente a una situación de peligro, lo que puede ser una razón adicional para la desproporción entre el desencadenante observado y la intensidad del ataque de pánico.

Desproporción significa que el paciente reacciona psicósomáticamente como si se encontrara frente al más grave peligro real. Si se toman en serio las representaciones amenazantes, conscientes e inconscientes, de los pacientes neuróticos, existen buenas razones para la aparición de angustias sin objeto que, sólo aparentemente, "flotan libremente". Las amenazas que experimenta el neurótico son tan aplastantes, porque las condiciones que desencadenan las angustias no pueden ser evitadas: la destrucción es omnipresente. Desde la perspectiva del sentido común, el enfermo de angustia se imagina peligros que en la realidad, o no existen, o son percibidos de manera muy exagerada.

También el diagnóstico clínico moderno aporta algo a esta imputación equivocada, al encontrar con frecuencia desviaciones mínimas, que deben entenderse como equivalentes o correlatos de angustia, pero que de hecho se toman falsamente como su causa o como parte de la neurosis de angustia.

Médico y paciente creen tener la causa, y las medidas terapéuticas correspondientes pueden llevar a un alivio temporal. Tanto más grande será la decepción cuando la extirpación del nódulo tiroideo o cualquier otro tratamiento no conduzcan a nada. Difícilmente se puede encontrar en la medicina moderna un cuadro mórbido que tan a menudo se diagnostique erradamente como el multifacético cuadro de la neurosis de angustia.

Un sinnúmero de diagnósticos de presunción, hechos en base a síntomas como parpadeo, sudoración, temblor, etc., mantiene la intranquilidad y refuerza la

angus-tia. A menudo, es difícil encontrar en el diagnóstico los desencadenantes (psíqui-cos) de los equivalentes corporales de angustia. Correspondientemente, tampoco los pacientes pueden evitar las situaciones desencadenantes de angustia, algo que al fóbico le es, para su alivio, en gran medida posible. Ya que el paciente portador de una neurosis o de una fobia cardíaca no puede distanciarse de su corazón como de una araña, este cuadro pertenece a las neurosis de angustia en transición a las hipo-condriasis. Entonces, la denominación de "fobia cardíaca" es inexacta desde el punto de vista fenomenológico y dinámico. También Bowlby (1976) ha propuesto una diferenciación clínica convincente dentro del grupo de las fobias, sobre la cual hace poco, y con razón, Hoffmann (1986) llamó nuevamente la atención: el agorafóbico no teme al espacio abierto, sino que en esa situación echa de menos a la persona que le da seguridad como "objeto orientador" (König 1981). Del mismo modo, Richter y Beckmann (1969) llegan a una diferenciación en las neurosis cardíacas. Estos autores han descrito dos tipos que se diferencian entre sí en la reacción frente a angustias de separación. En correspondencia con esto, en la enfermedad angustio-sa y sus subformas existen diferencias notables en relación con las dificultades de técnica de tratamiento.

El psicoanálisis se dirige, mucho más que lo que lo hace la terapia somática, a los aspectos de la personalidad capaces de funcionar. Mientras más grave sea una enfermedad angustiosa, más estrecho ha llegado a ser el campo de acción para que el paciente, con la ayuda del analista, pueda dominar las condiciones de la angustia que, aunque caducas, se encuentran actualizadas en el presente. Cuando el paciente se encuentra en una inseguridad extrema, es esencial afirmar su posición mediante medidas de apoyo, para que siquiera pueda reflexionar sobre la situación y para que se puedan bosquejar tratamientos de prueba. En estados agudos de angustia o exci-tación, a menudo no bastan tranquilizaciones verbales, de modo que tienen que in-troducirse tranquilizantes, antidepresivos o bloqueadores de los receptores beta, para combatir los síntomas corporales acompañantes. Es esencial que la medicación de apoyo sea incorporada y subordinada al plan terapéutico psicoanalítico (véase Ben-kert y Hippus 1986; Strian 1983; Wurmser 1987).

Mientras más difusa y libremente flotante sea la angustia, tanto menos podrá ser dominada y tanto más importante resultará descubrir con el paciente dónde se puede convertir ésta en temores referidos a objetos. Además, con ello se ganará un mar-gen de manejo para la superación del desamparo. Este proceso psicodinámico va de la mano con una diferenciación fenomenológica entre angustia y miedo. Mientras más se objetivice y reconozca qué es lo que el

paciente teme, tanto mayores serán sus posibilidades de arreglárselas con la perfidia del objeto y, sobre todo, con la su-ya propia.

Esta diferenciación ha recibido gran peso en la teoría psicoanalítica del desarrollo, ya que la maduración es definida, entre otras cosas, a través de la transformación de la angustia difusa en miedo concreto. A pesar de sus reparos referentes a la diferenciación estricta entre angustia y miedo, Mentzos sostiene que

... desde el punto de vista de la psicología evolutiva, se puede partir de la base de una tendencia a la maduración y, con ello, entender, por ejemplo, los estados angustiosos difusos, con manifestaciones corporales y sin causa aparente del adulto, como una reactivación regresiva de modalidades de angustia ontogenéticamente más tempranas o, por lo menos, sospechar una desintegración del modelo tardío y más maduro de angustia (1984, p.15)

Como Mentzos, nosotros también vemos en la capacidad de controlar la angustia un indicio de la madurez del yo. Los conocimientos sobre las angustias básicas del niño facilitan el diagnóstico de las angustias neuróticas del adulto.

Finalmente, queremos mencionar algunos principios técnicos que han probado su eficacia en el tratamiento psicoanalítico de enfermedades angustiosas de cualquier gravedad. Es esencial estimular la capacidad de integración del paciente frente a estímulos que desencadenan angustia. La afirmación de que los enfermos con neurosis de angustia grave son justamente los que padecen de una debilidad del yo, no dice nada más que el umbral de tolerancia emocional está disminuido y que, por lo tanto, deseos aparentemente triviales desencadenan, en la forma de "angustia pulsional", una señal de peligro que desemboca en angustia. Esta descripción tiene la consecuencia técnica de que hay que poner en juego toda la función de yo auxiliar del analista. Las angustias llevan a una pérdida de confianza y de seguridad en sí mismo. En su función de yo auxiliar, el analista puede contribuir a que el paciente se sienta animado a ampliar su campo de acción, a través del reconocimiento precisamente de lo que todavía está en condiciones de hacer. Este apoyo directo e indirecto debe ser cimentado mediante el instrumento psicoanalítico especial de la interpretación. Por ejemplo, la seguridad y la confianza en sí mismo crecen en la medida en que se desarticulan las así llamadas "angustias superficiales", como Freud denominó las angustias sociales y superyoicas. La recomendación de mover-se técnicamente de la superficie a la profundidad, es una receta que ha probado su valor, tal como lo discutimos en las consideraciones previas al capítulo 4. Por cierto, tiene poco sentido seguir esta regla si al mismo tiempo se evita escrupulosamente

animar al paciente en razón de una regla de neutralidad y abstinencia mal entendida. La superación de angustias neuróticas se facilita, si se agotan todas las posibilidades derivadas de la teoría de la terapia del dominio, que sustentamos.

En neurosis de angustia crónicas graves con ataques de pánico, las humillantes derrotas continuadas han aumentado en tal forma el potencial agresivo inconsciente, que casi ya no quedan deseos inofensivos. Así, la angustia a morir de un ataque cardíaco se asocia a menudo con agresiones justamente en contra de las personas de las que el paciente no puede prescindir. Naturalmente, el dilema resultante se vería reforzado antiterapéuticamente si, en base a la conexión recién mencionada, se procediera a interpretar rabia. Las interpretaciones útiles se orientan a la capacidad de integración del paciente en relación con los afectos. La confianza en sí mismo crece en la relación con el analista, si éste ofrece sus sugerencias desde una posición de yo auxiliar. Las ambivalencias tienen siempre un efecto aumentador de la angustia, y por esta razón deben ser llamadas por su nombre allí donde sean accesibles para el paciente. Con ello crece la capacidad del paciente de discriminar las fantasías inconscientes, las que vistas a la luz del día son menos siniestras que en la oscuridad de la noche.

En muchos ejemplos de este tomo nos topamos con la angustia y con su superación paulatina, como el problema básico de toda neurosis. Neurosis de angustia de gravedad mediana, es decir, todos los enfermos que padecen del síndrome descrito por Freud, incluyendo las neurosis cardíacas, son accesibles de buena forma a la terapia psicoanalítica con indicación adaptativa como la que proponemos. Catamnesis prolongadas atestiguan terapias psicoanalíticas exitosas también en neurosis de angustia graves (Thomä 1978).

9.2 Histeria de angustia

Angustias y representaciones corporales hipocondríacas son frecuentes síntomas acompañantes, por lo menos pasajeramente, de la histeria descrita por Charcot y Freud. Los contenidos angustiosos permiten un acceso seguro a las vivencias del paciente y también explican los trastornos funcionales como equivalentes de afectos. En este sentido, se debe prestar atención especial a las fantasías del paciente y a su teoría privada sobre la enfermedad; de otro modo, permanece oculto el que, por ejemplo, un síndrome respiratorio nervioso pueda ser un equivalente corporal de una neurosis de angustia.

Se esperarán síntomas histéricos como operaciones originalmente con sentido, como actos fragmentarios, cuando aspectos inconscientes de la imagen corporal sean mutuamente incompatibles o estén en contradicción con regulaciones fisiológicas. Esencial para el proceso de conversión es que las representaciones incompatibles dentro de la imagen corporal sean desplazadas. Con el concepto

de desplazamiento se designa un mecanismo que ocupa un lugar importante en relación con la génesis de síntomas histéricos y fóbicos, tanto en la teoría de la neurosis como en la teoría de formación de los sueños. A través del desplazamiento, en el sueño y en la génesis del sueño se alcanzan formaciones de compromiso, en cuya resolución terapéutica el psicoanálisis, como psicopatología del conflicto, ha probado su valor clínico. Destacamos aquí el desplazamiento, además porque este proceso nos será de ayuda para la comprensión de las representaciones inconscientes de la imagen corporal y también de la producción de síntomas y sueños en los pacientes que se describen a continuación. La supuesta transformación de energía que Freud relacionó con la teoría de la conversión, es prescindible como hipótesis. Si el lector quiere informarse primero sobre la teoría de la conversión y la imagen corporal, le recomendamos la lectura de la sección 9.2.1

Sintomatología

Beatriz X, quien al comenzar el tratamiento tenía 24 años de edad, y estaba casada sin hijos desde hace 2 años, padece desde hace 8 años de respiración espasmódica asociada a sensaciones de opresión e intenso desasosiego. Los síntomas habían aparecido por primera vez en el año de la muerte de su padre, fallecido a consecuencia de una enfermedad cardíaca crónica que se acompañaba de disnea. En los últimos dos años habían aumentado sus molestias, que fueron diagnosticadas por un internista como síndrome respiratorio nervioso. Beatriz X teme morir asfixiada, tose y carraspea incesantemente durante todo el día al modo de un tic (tos nerviosa). En su viaje de bodas aumentó tanto la angustia al comer en compañía de su marido o de otras personas, que desde entonces debe ingerir sus comidas a solas. Estas molestias se acompañan de representaciones corporales abstrusas: terribles vivencias de vacío, ella tendría sólo una caja torácica hueca donde no entraría el aire, sería demasiado débil para respirar, el aire se le escaparía como de un globo roto. Luego se le ocurre que es como un tubo rígido. El vaginismo ha hecho imposible el coito.

Es frecuente que Beatriz X se ponga de cuclillas. Agachada, cerca del suelo, de alguna manera se siente más segura. Se le hace intolerable sentirse "vacía por delante" de ella, por esto se afirma compulsivamente al viajar en automóvil. Innumerables "actos de turbación" delatan su inquietud interna. Siente que obtiene asidero cuando juguetea con cualquier objeto. Se controla a sí misma y a su entorno.

En relación con su historial clínico previo, hay que destacar los siguientes datos, que la paciente pudo entregar ya al comienzo del análisis:

Entre los 3 y los 16 años la paciente solía masturbarse mediante movimientos de deslizamiento y saltos, que la madre llamaba "brinquitos". Con la prohibición de la madre, los brinquitos se convirtieron en algo malo, y en la sintomática posterior volvió su antiguo temor de haberse dañado.

En la masturbación faltaban fantasías acompañantes referidas a objetos. Evitaba cabalgar en las rodillas de su padre ("hacer brinquitos"). La reactivación de los de-seos incestuosos en la pubertad acarrearón sueños repetitivos. En estos sueños, sucedía siempre algo espantoso entre ella y su padre, despertándose en medio de un orgasmo. Durante largo tiempo se repitió la placentera ensoñación diurna de que un médico le abría una ampolla que tenía en el antebrazo. Este procedimiento, que fantaseaba frecuentemente, se acompañaba de gran placer.

Los deseos incestuosos edípicos se practicaban a través de juguetos con el hermano. Este quería que ella le acariciara el miembro mientras él se esmeraba en controlarse a sí mismo. El hecho de que él no moviera un pelo, "lo convertía en un modelo del autodomínio masculino", digno de imitar, y en un ejemplo de control. Después de este goce controlado, la paciente iba al baño a ducharse sucesivamente con agua fría y caliente, o a buscar otros modos de enfriarse. Alguna sospecha llevó a la madre a separar a los hermanos. Ya que los padres también dormían separados, más tarde la paciente cree que éstos no mantenían relaciones sexuales.

Retrospectivamente, la paciente fecha el comienzo de las molestias respiratorias a los 16 años de edad, cuando logró reprimir los "brinquitos", vale decir, la masturbación. El primer ataque serio de angustia le sobrevino durante el noviazgo con su futuro marido, amistad que se convirtió en íntima cerca de un año antes del matrimonio. Por angustia, no se atrevía a llegar a las relaciones sexuales. La estimulación recíproca y la satisfacción parcial con su novio fue retomada de una manera más intensa que con el hermano. Después del primer ataque de angustia, pero en especial después del viaje de bodas, se incrementaron las molestias corporales histéricas.

Beatriz X padece entonces de síntomas que en su conjunto pertenecen al síndrome de la neurosis de angustia. Los contenidos preponderantemente sexuales y edípicos fundamentan el diagnóstico adicional de histeria de angustia. Por el significado peyorativo que se da a la palabra "histérico", es recomendable no utilizarla en cartas o certificados médicos o en entrevistas con pacientes y familiares. Renunciar en la discusión científica al uso tradicional del término, significaría encubrimiento. Hoy como ayer, los mecanismos y los contenidos

históricos tienen en las neurosis de angustia frecuentemente una acción patógena.

En este informe de tratamiento, redactado hace más de 20 años atrás, los puntos focales se subordinan, desde el punto de vista técnico, a determinados supuestos sobre conexiones psicogenéticas.

La presentación sistemática de este tratamiento abarca más de cien páginas, en su mayoría escritas apretadamente. El psicoanálisis, que terminó exitosamente, tuvo una duración de 350 sesiones. Por razones externas, la paciente debió ser internada dos veces por tiempo prolongado. Durante estos períodos se realizaron 6 sesiones semanales. En el intervalo entre las internaciones, y después del alta de la segunda hospitalización, la paciente asistía ambulatoriamente a dos sesiones semanales, hasta su curación definitiva, asegurada por un seguimiento catamnóstico de 20 años. En lo esencial, Beatriz X ha permanecido libre de molestias, lleva una vida familiar armónica y tiene varios hijos. Ha llegado a arreglárselas bien con las car-gas de la vida.

Para facilitar la comprensión de las secuencias que proceden de sesiones más bien tardías, queremos señalar que ya durante su primera internación la paciente había desarrollado una neurosis de transferencia multifacética. El lenguaje onírico de la paciente, pletórico de imágenes, permitió un acceso rápido a sus teorías sexuales infantiles asociadas con los trastornos histéricos de la imagen corporal y a sus an-gustias. La metafórica de los sueños se encontraba en una conexión desacomodadamente estrecha con la imagen corporal inconsciente y sus diferentes capas. El anulamiento de los desplazamientos, es decir, el llamar a las "transferencias" (el término griego *metapherein*, significa "transferir" o "trasladar") por su nombre, contribuyó de manera esencial en la reestructuración de las formas de expresión go-bernadas inconscientemente.

El análisis de la imitación condujo a plantearse preguntas específicas sobre la psicogénesis; por ejemplo, a preguntarse sobre el significado del sentimiento de culpa inconsciente que era aplacado con el autocastigo que Beatriz X se imponía al padecer de los mismos síntomas que su padre. La agitación del diario vivir y la ob-servación de accidentes callejeros alteraban intensamente a la paciente, porque le re-cordaban la enfermedad, agonía y muerte del padre. Después del fallecimiento de éste, la paciente continuó en sus molestias, en la disnea y la angustia, la enferme-dad del padre, quien por años había estado enfermo del corazón y disneico. A través de sus síntomas, ella se mantuvo ligada a su padre. Al médico de familia ya le habían llamado la atención ciertas similitudes de la sintomática en relación con la característica común de la disnea, pero la paciente había desoído sus alusiones al respecto. A menudo, es necesario un largo trabajo preparatorio para lograr un insight terapéuticamente útil en estas imitaciones, en

cuya base se encuentran identificaciones inconscientes. Sin duda, el devenir cons-ciente de equivalencias inconscientes, que se pueden encontrar representadas simbó-licamente en los síntomas histéricos, se ve facilitado cuando los pacientes realizan la comunión en el propio cuerpo, a través de la imitación de alguna particularidad.

Después de un prolongado trabajo de preparación, en la sesión n.º 123 estuvieron echadas las bases para la comprensión de la imitación. Su anhelo de mantener-se ligada al padre empezó a manifestarse en fantasías conscientes. Reviven el dolor y la tristeza asociados a la separación del padre. Por medio de una fantasía transfe-rencial, la paciente ganó la certeza de que, a pesar de una separación definitiva, me-diante las molestias es posible mantener una relación a través del tiempo. Pidiendo muchas disculpas y con una mala conciencia que le parecía sospechosa a la propia paciente, habla de su aguda capacidad de observación. Después de asegurarse bien, Beatriz X logra finalmente hablar despectivamente de mi forma particular de cami-nar y de mis movimientos de brazos arrítmicos.

Fuera de la sesión, Beatriz X había representado a solas sus observaciones, como una pantomima. Este ensayo de imitación se convirtió en un acontecimiento sig-nificativo, al reconocer las identificaciones ancladas en el inconsciente y sus afec-tos asociados. Las observaciones despectivas acerca del analista pusieron el dedo en la llaga respecto de sus antiguos sentimientos de culpa con el padre. Por primera vez, lloró intensamente en esa sesión.

Por esta razón, son relevantes las siguientes observaciones posteriores: Beatriz X empieza a asociar con algo de la realidad externa, a saber, que poco antes me había acercado a ella en el pabellón donde se encontraba hospitalizada para asegurarme de que la sesión se iba a realizar a las 17 horas. Según ella, yo me veía cansado, por lo que quería sugerirme suspendiéramos la sesión por ese día. A esto se une la si-guiente serie de asociaciones esclarecedoras de la génesis de los síntomas e instruc-tivas para la comprensión de los mismos: su padre a menudo estaba cansado y du-rante los años de su enfermedad no estaba prácticamente nunca en condiciones de tomar sus comidas sentado en la mesa. Cuando se lo animaba a hacerlo, se esfuerza-ba. Le ofrezco la siguiente interpretación: al parecer, en aquella época había sentido temor de que a su padre le ocurriera algo durante la comida; corto de respiración co-mo era, podría morir al ingerir la comida que ella le había servido. Ahora, quería evitar cansarme demasiado, debilitarme o incluso asfixiarme con lo que me servía. Ya que en esa sesión se había referido a un sueño anterior sobre carne de erizo, in-cluyo en la interpretación esta referencia, diciéndole que ella temía darme algo

daño, que la carne de erizo con espinas me hiciera mal (en ese sueño anterior ella daba, con pesar, carne de erizo a alguien).

El tema de la identificación con el padre enfermo sigue resolviéndose. En un pequeño detalle, el problema se hizo evidente en la transferencia. Beatriz X pide que le cierre la ventana, y siente que ese deseo es algo horrible. El trabajo interpretativo nos lleva al padre con dificultad respiratoria, quien debía tener las ventanas abiertas de par en par, y a la tensión durante las comidas, que iba en aumento a medida que se agravaba la enfermedad. Retrospectivamente, la paciente tiene la sensación de que su padre simplemente no aguantaba más. Y ahora tenía miedo, así se lo interpreto, de que tampoco yo me podré aguantar con la ventana cerrada y que me siento agobiado.

La otra línea de interpretación es la rabia en contra del padre que sólo se preocupaba de su negocio. En la casa había que cuidarlo y tratarlo con consideración, pero justo en las comidas aparecían las discusiones. La paciente trataba de calmar las cosas, no podía tolerar las discusiones y conversaciones de los padres acerca de una separación. Anoche tuvo un sueño: la empresa estaba destruida, ella caminaba por el edificio medio derrumbado junto a su madre y comentaba acerca de que todo lo que había construido el padre estaba roto. En la transferencia aparecen sentimientos similares; aprehensiones respecto de mí y la crítica de que yo tampoco me preocupé de mi familia.

Sobre desplazamiento de abajo hacia arriba

En relación con nuestros comentarios teóricos sobre imagen corporal y desplazamiento, ofrecemos una ilustración clínica que tiene su punto de partida en los síntomas en la esfera respiratoria.

Dos sueños:

Con desesperación, angustia y miedo, la paciente se veía rodeada de pequeños hombrillos, como si fueran hombrillos de goma. Los hombrillos se reventaban unos a otros. La paciente buscaba apoyo y finalmente se sujetaba de una soga que de alguna manera colgaba desde el cielo.

En el segundo sueño, en la misma noche, se encontraba sobre un puente junto a muchos otros espectadores. En ese momento iba pasando un carro mortuorio. Pero el asunto más importante del sueño era una caza de tiburones. Desde el puente, veía cómo se trataba de subir a un pequeño bote a un tiburón que se defendía vio-lentamente. A pesar de que el tiburón golpeaba a diestra y siniestra con la cola, se lo mataba enterrándole una pica en el abdomen.

Ya que la paciente recordaba haber soñado antes con una soga de la cual colgaba en las profundidades, primero se estableció la relación con ese contenido manifiesto anterior. De hecho, en la última sesión saltaba de un sueño al otro, refiriéndose, sin mayores avances, a cosas conocidas. Los hombrecillos de goma los relacioné con su temor de que, mientras se esforzaba por controlar la natalidad, un condón reventara. Estas reflexiones llevaron a hablar nuevamente sobre su compulsión a controlar.

Calladamente, yo me hacía conjeturas sobre la angustia de reventar, que podría tener algún tipo de relación con la ansiedad de castración. Esto último, con tanta mayor razón, desde el momento que en la sesión se discutieron las extrañas posturas corporales que adoptaba, también sobre el diván. Siempre yacía algo torcida, porque en esa postura tenía la sensación de un mayor control.

Sus comentarios sobre su postura corporal, me sugirieron la fantasía de que obviamente ella había podido superar la angustia de castración utilizando, en el sentido de Lewin (1933), su cuerpo como falo. Es curioso que la paciente tenga miedo de que le falte más el aire en la posición extendida que si dobla algo el torso. Ella está consciente ahora de que el juego con su cuerpo cumple la función de descarga de excitación. Hablamos de su onanismo como de un intento de eliminar, mediante el tacto, la sensación de vacío.

El sueño del pez lo interpreté como expresión de impulsos vengativos respecto del analista, donde también resonaba el deseo de vengarse en el pez-pene, que pretendía introducirse dentro de ella como el cohete que aparecía en otro sueño. En este contexto, la paciente recordó un sueño anterior en el que caminaba por un canal muy angosto. Como se dijo, la sesión fue improductiva. Tanto el tema de la angustia de castración como el del deseo de castración no pudieron ser relacionados con recuerdos atinentes o con fantasías transferenciales.

Esa tarde, Beatriz X siguió reflexionando sobre la última sesión improductiva (130) y, como resultado de su trabajo reflexivo, me comunica que había callado una importante ocurrencia consciente asociada con sus sueños. Ahora se da un revelador trabajo interpretativo. La paciente piensa que el reventar de los hombrecillos debe interpretarse con seguridad de la siguiente manera: antes, durante y después de la desfloración había tenido una serie de fantasías.

Primero, Beatriz X me sorprende con un informe detallado de su viaje de bodas, de la primera noche y del día siguiente. Ese día había ido con su marido a nadar en el mar. Una vez ahí, había tenido la impresión, como dijo, de tener un hoyo, y de no poder controlar lo que entraba y salía de él. Después de esta descripción, yo agregué:

"Entonces, cuando se metió al mar tenía la fantasía de que podía entrar agua en su vagina o, fuera del agua, aire en ella." Digo que, en lenguaje onírico, a esto co-rresponde que un pez (miembro) puede penetrar en ella.

En el fondo, hasta el día de hoy Beatriz X cree que las cosas no quedaron en una muesca aislada, sino que el introito vaginal ha seguido desgarrándose. En este con-texto, se refiere a un sueño anterior. Dice que las entalladuras que aparecen en el sueño de las "alas de mosca", seguramente son también las desgarraduras que se originaron con la desfloración.

Luego, la paciente agrega que en ese entonces se originó el deseo –totalmente in-comprensible para ella– de no comer con los demás huéspedes. Por lo tanto, el trastorno del comer comienza poco después de la desfloración, al mismo tiempo que aumenta la dificultad respiratoria. Le salta inmediatamente a la vista de que aquí se trata de un desplazamiento de abajo hacia arriba. Después, empezó a tratar de ejercer control ahí donde la musculatura voluntaria lo permite, para, por lo menos allí, poder cerrar los "hoyos".

La interpretación del sueño del pez nos llevó aún más allá. La paciente habla sobre su asco por los pescados, un asco que siente también desde el viaje de bodas, igual que el rechazo por el olor a pescado, en razón de la analogía, ahora consciente, entre olor a pescado y olor a semen.

Le ofrezco una interpretación adicional sobre sus agresiones en contra de su marido, diciéndole: "Ud. tenía dolores, se sentía herida y por eso tomó venganza en su marido, en su miembro. En el sueño dejó que acuchillaran al tiburón, en la realidad a menudo achica a su marido."

El reventar de los hombrecillos, de los globos de goma (en una asociación había dicho de que todo el proceso era más o menos como el reventarse de pompas de jabón), me llevó en la última sesión a hacer una alusión, primero improductiva. Tu-ve la idea de que en el reventarse había una relación, todavía poco clara, con la fantasía placentera, descrita antes, en la que un médico le abría una ampolla en el antebrazo. La paciente no recuerda si en esa época se imaginaba que hubiera algo dentro de la ampolla. La alusión quedó aquí.

En la sesión n.º 131, la paciente vuelve a la "ampolla" sólo después de haber hablado sobre sus vacaciones, a propósito del sueño del pez y de recuerdos sobre comer pescado. Comienza sus reflexiones con el comentario de que, a pesar de que estaban en un buen hotel, una vez descubrió un ratón en el baño, que luego desapareció. Tuvo la fantasía de que el ratón se había ocultado en el excusado. Después de ese episodio, en la noche tuvo un sueño muy asqueroso.

P.: Iba a soltar el vientre. En los excrementos se encontraba un gran pescado.

La paciente había tenido sola la idea de que ella producía cosas para demostrar su independencia. Le interpreto que en el sueño tiene algo que, por lo demás, no sale de ella, sino que entra en ella.

Después de esta interpretación recuerda el sueño de la última noche.

P.: En la nariz tenía una ampolla. Viene un hombre que abre la ampolla con un lápiz, pero entonces resulta que yo misma había escondido el lápiz en la ampolla.

Este sueño parecía calzar con el sueño de expulsión del pene por el ano. Las asociaciones de la paciente pudieron ser resumidas en una interpretación transferencial. Ella dice de que con gusto leería el informe del analista, para finalmente saber lo que él pensaba sobre ella; que a menudo se quedaba pensando sobre lo que él escribía después de las sesiones. El trabajo interpretativo se desarrolló aproximadamente de la siguiente manera: lo que ella suponía como secreto en el informe, sería precisamente lo escondido –la suposición de que el analista no daba nada por ella como mujer–, y ahora ella cree que, por el hecho de estar oculto, es algo que tiene que apreciar mucho. Su venganza secreta es interpretada como el pensamiento inconsciente de que el analista –como su marido– dilapida sus hermosas ocurrencias, sus evacuaciones, su dinero y sus pensamientos, para hacer de ellos una hermosa obra y para así enaltecerse a sí mismo como hombre, analista y arquitecto, mientras ella siente que tiene que ofrendarlo todo, quedando cada vez más vacía (alusión al lápiz, con el cual el analista escribe informes, a su marido, cada vez más exitoso en arquitectura y, al mismo tiempo, al lápiz como símbolo del miembro).

Entretanto, el tic de la tos ha desaparecido casi totalmente. En las últimas semanas pudo comer con su marido, por primera vez desde el viaje de bodas. Las relaciones sexuales se han hecho más satisfactorias y se relajaron las medidas anticonceptivas; claro que con ello aumentaron los temores al embarazo y al parto.

A través del análisis realizado hasta el momento, se pudo anular parcialmente el desplazamiento de abajo hacia arriba. La angustia al embarazo apareció en el lugar de los síntomas anteriores. Los nuevos contenidos angustiosos están referidos a objetos.

Resumen: Con la reproducción de dos segmentos del análisis de una histeria de angustia, buscamos hacer participar al lector en una resolución parcial de síntomas, a través de una protocolización detallada. Tanto la imitación de los síntomas del padre, cimentada inconscientemente, como el desplazamiento de abajo hacia arriba, pudieron ser disueltos como causa parcial, de modo que la sintomática que dependía de ella mejoró sustancialmente. La persistencia de síntomas es un indicio de que ahora han aparecido nuevos contenidos

angustiosos. Las angustias de parto tomaron el lugar de algunos síntomas anteriores. Por lo tanto, se dio un reemplazo sin-tomático (véase 9.5). Hay que hacer notar la estructura aloplástica de las nuevas angustias, en comparación con las angustias hipocondríacas anteriores. Es siempre

un signo favorable el que se pueda aflojar la presentación aloplástica, vale decir, la profunda interiorización de los conflictos, algo que está implícito en la distinción entre procesos autoplásticos y aloplásticos hecha por Ferenczi (1921). En la sección 8.3 informamos sobre la resolución de estas angustias neuróticas. En esa sección también se presenta una protocolización secuencial.

9.2.1 Conversión e imagen corporal

Si nos atenemos a la descripción de las emociones hecha por Darwin, que sigue siendo ejemplar para la teoría moderna de los afectos (véase tomo primero 4.2), el problema de la conversión, es decir, de la hipótesis de la transformación de energía –mejor dicho, excitación– anímica en corporal, es improcedente. Para el diagnóstico y la comprensión terapéutica de muchos síntomas funcionales, basta que veamos en ellos una expresión inconsciente de emociones. Como introducción a la teoría psicoanalítica de la angustia recomendamos la lectura de la sección 9.1. El contenido expresivo de los síntomas histéricos no se restringe a la sexualidad. La conversión fue subordinada por Freud al principio darwiniano de la "derivación de la excitación" (Freud 1895d, p.110). Por ejemplo, así escribe en el historial clínico de Elisabeth von R.: "Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la 'expresión de las emociones', que, como nos lo ha enseñado Darwin, consiste en operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin" (Freud 1895d, p.193). Ya en los historiales clínicos de Freud se encuentran numerosos ejemplos de síntomas en los cuales, por ejemplo, se expresan tendencias agresivas inconscientes.

Sin tener que recurrir al supuesto de la transformación de energía anímica en corporal, podemos afirmar lo siguiente: según Freud, los síntomas histéricos no son otra cosa que fantasías inconscientes representadas (1895d, pp.148s). La afirmación causal de esta proposición se mantiene si se omite la expresión "por conversión" (en el sentido de una transformación de energía anímica en inervación corporal). Los síntomas histéricos y muchos síndromes funcionales son actos fragmentarios, sensoriales o motores que, a causa de procesos de defensa sólo pueden expresarse parcialmente y como pars pro toto. El paciente mismo ya no tiene más acceso al componente ideativo, es decir, a la representación e intencionalidad. De esto surgen criterios causales y pronósticos inequívocos para la terapia y para la validación, en el sentido de las exigencias de Grünbaum (1984).

El problema cuerpo-alma, con su correspondiente "enigmático salto desde lo anímico a lo corporal" (Freud 1916-17, p.236; 1926d, pp.106s), imposible de

ser re-suelto empíricamente de otra manera, se puede dar así por terminado. Pues los sín-tomas histéricos como operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin, no son en su psicofisiología más enigmáticas que las acciones intenciona-les (Rangell 1959). En la teoría de la conversión como transformación de una for-ma de energía en otra, se hacen especialmente evidentes los caminos equivocados por los que el principio económico ha conducido, por largos años, al psicoanálisis (véase tomo primero 1.1). Para entender el lenguaje de la histeria y para explicar la formación sintomática, el método psicoanalítico basado en la teoría psicológica profunda de Freud es totalmente suficiente:

Al hacer que lo inconsciente prosiga hasta lo consciente, cancelamos las represio-nes, eliminamos las condiciones para la formación de síntomas y mudamos el conflicto patógeno en un conflicto normal que tiene que hallar de alguna manera su solución. No otra cosa que esta transformación psíquica provocamos en el en-fermo: hasta donde ella alcanza, hasta ahí llega nuestro auxilio. Donde no hay ninguna represión ni otro proceso psíquico análogo que pueda ser deshecho, tam-poco nuestra terapia tiene nada que buscar (1916-17, pp.398s).

En los síntomas histéricos y en el grupo de síntomas funcionales, los afectos están inhibidos en su expresividad total. Una expresión parcial aparece en vez del to-do. En tales representaciones metonímicas, a los enfermos les falta el acceso a sus propias intenciones. Estas representaciones, para repetir las palabras de Freud, "son mantenidas fuera del procesamiento consciente". Es esencial que la interrupción de la conexión por represión, como condición causal necesaria, pueda ser anulada interpretativamente. Con los síntomas corporales sucede de otra manera. Ya en 1935, Alexander dijo que es "un error metodológico tratar de interpretar psicológi-camente un síntoma orgánico que es el resultado de una cadena intermediaria de procesos orgánicos" (Alexander 1934, p.505). Tal interpretación contradice las cla-ras directivas metodológicas de Freud en relación con la interpretabilidad de trastor-nos corporales (Freud 1910i, p.215). Con éstas se puede encontrar un acceso a las teorías modernas de la acción y de los afectos, y afirmar con Christian:

La sintomática histérica de conversión es, desde el punto de vista de la teoría de la acción, la génesis actual de una fantasía. Empero, también es importante la trami-tación de la fantasía: a saber, no precisamente la resolución de una acción natural y normal, sino la puesta en práctica de posibilidades de acción acortadas en sim-plificaciones escénicas determinadas. Quizás la siguiente comparación

aclare lo di-cho: la danza teatral es una realización escénica plena en lenguaje corporal; en ella se pone en escena el lenguaje corporal, pero de una manera artística. En con-traposición, la puesta en escena histórica es más primitiva y no tiene un carácter artístico, tiene algo de "teatral", y eso es justamente algo no artístico. Esta reduc-ción a una fantasía primitiva en la sintomática de conversión también llamó la atención de Freud. ... Los síntomas son tanto sustitutos de acciones no tramitadas completamente (acciones sustitutivas o fragmentos de acción) como también formas de expresión del conflicto inconsciente (formas de acción representativa) (1986, p.81).

Las grandes histerias e histerias de angustia del siglo pasado, cuya sintomática po-día reproducirse y ser puesta en escena bajo los efectos de la sugestión de Charcot en la Salpêtrière, han llegado a hacerse raras en nuestra sociedad actual, la verdad que no en último término como resultado de la revolución sexual y del esclareci-miento freudiano. Sin embargo, por otro lado los mismos síntomas histérico-an-gustiosos se continúan en los llamados síntomas funcionales, cuyo diagnóstico, cada vez más sutil, es mantenido por la medicina moderna en movimiento forzado. El inquieto paciente, que no puede saber que sus molestias pertenecen al campo de expresión de emociones inconscientes, induce al médico a repetir el proceso diag-nóstico hasta excluir una enfermedad oculta, quizás maligna. A menudo, durante tal procedimiento se encuentran algunas anomalías inofensivas que, a causa de su ambigüedad, pueden transformarse en fuente de nuevas inquietudes, o pueden con-ducir a tomar medidas que de ninguna manera son adecuadas para aliviar las angus-tias neuróticas. Este resultado surge de la estructura de estas angustias y del desa-rrollo de un círculo vicioso, en el que el desamparo, la desesperanza y la angustia se refuerzan mutuamente. En la sección 9.1 describimos estas conexiones en un excursio sobre la posición central de la angustia en el psicoanálisis. La idea de que las intenciones inconscientes se dirigen a un objeto externo, o a su imagen, donde esta última se puede grabar en el propio cuerpo (como imagen de sí mismo), perte-nece a los conocimientos básicos de Freud. Qué fantasías inconscientes pueden ser "imaginadas" –en el sentido profundo de la palabra–, es algo que varía en cada ca-so.

Con todo, es aconsejable sospechar en toda dismorfofobia –es decir, en todos los trastornos de la imagen corporal en los cuales se experimenta alguna deformidad que en la realidad no existe–, impulsos agresivos que han llegado a hacerse incons-cientes por efecto de procesos defensivos (5.5). Esta observación clínica habitual se hace comprensible si tomamos en cuenta que con las identificaciones, las som-bras del objeto abandonado caen también sobre la imagen corporal, para parafrasear la conocida metáfora de Freud. En esto, se representa en la propia imagen corporal una disputa agresiva, en la que se le

infiere al adversario (al "objeto") un daño real o imaginario, colocándose parcialmente en el lugar del otro. En la base de este proceso se pueden encontrar incluso imitaciones simples, como sucede, por ejemplo, en la participación mística en el dolor de Cristo, en el fenómeno del estigma (*Imitatio Christi*).

A causa de la significación fundamental del esquema corporal y de la imagen corporal en la teoría general de la patogenia, comentamos a continuación estos conceptos, a los que Joraschky (1983) les dedicó una extensa exposición. El concepto de esquema corporal fue acuñado por la neurología y sirvió a Pick y Head para sub-ordinar percepciones corporales bizarras en pacientes con lesiones cerebrales. Head hablaba del "esquema postural" como marco de referencia para las percepciones corporales o a propósito de la orientación y actitud espacial. El "esquema postural" de Head se define neurofisiológicamente: el uso que las personas hacen de los esquemas no es un fenómeno psicológico, sino que se realiza en el nivel fisiológico (Head 1920, citado por Joraschky 1983, p.35). También Schilder (1923) siguió al principio la definición de Head. Sin embargo, posteriormente este creativo autor contribuyó, de manera especial, a que el concepto se ampliara a la experiencia corporal subjetiva, es decir, también a la imagen espacial psíquica, que surge de las interacciones interpersonales. Orientándonos en Schilder, nos simplificamos el asunto; este autor integró consecuentemente en la teoría del esquema corporal hallazgos psicológicos y psicológicos profundos (dinámicos), de modo que en su libro tardío *The image and appearance of the human body*, habló de *image body* (Schilder 1935).

Con la frase: "del esquema corporal a la imagen corporal", queremos destacar los descubrimientos de Schilder, que se han demostrado extraordinariamente fructíferos en el psicoanálisis y en la medicina psicosomática, aun cuando el autor mismo, según Rapaport (1953, p.7) uno de los pensadores más amplios de la psiquiatría, sea citado raramente. Por esto queremos dar abundantemente la palabra al propio Schilder, reproduciendo algunos pasajes representativos de la publicación *La imagen corporal y la psicología social* (1933), hasta hoy bastante desconocida. En la forma de tesis, destacamos los conceptos de Schilder que tienen una especial relevancia técnica: cuerpo y mundo son conceptos correlativos.

La conciencia de la corporalidad, la imagen tridimensional de nosotros mismos que llevamos dentro de nosotros, debe ser construida de la misma manera como el conocimiento del mundo exterior. Está siendo constantemente creada y construida a partir de las materias primas táctiles, cinestésicas y ópticas ... La

imagen corpo-ral vivida llega a ser así un mapa de las mociones pulsionales (p.368).

Schilder describe brevemente a una paciente que sentía que su cuerpo se caía a pedazos. Con esto se correlacionaban impulsos de despedazar a otros. Del mismo modo, el deseo de ser visto es para Schilder originalmente igual al deseo de ver.

Entre la propia imagen corporal y la imagen corporal de los demás existe una profunda comunión. Cuando construimos la propia imagen corporal, una y otra vez sometemos a prueba lo que puede ser incorporado en el propio cuerpo. En relación con nuestro propio cuerpo no somos menos curiosos que frente al cuerpo ajeno. Cuando el ojo está satisfecho, deseamos la satisfacción del tacto. Metemos nuestros dedos en cada cavidad del cuerpo. Voyerismo y exhibicionismo tienen la misma raíz. La imagen corporal es un fenómeno social. Pero los cuerpos humanos no están nunca quietos. Están siempre en movimiento. El movimiento del cuerpo no es ni expresión ni acción, es el cuerpo de una persona con pasiones y motivos (p.371).

Después de la descripción de un síntoma neurótico, Schilder ofrece la interpretación resumen de que, en su actuar, el paciente desempeña el papel de muchas personas simultáneamente, y en ello ve un ejemplo

... de que las imágenes corporales de los demás están contenidas en la propia. Sin embargo, éstas tienen que ser primero dadas al paciente, antes de que él pueda fundirlas en su propia imagen corporal. El vive simultáneamente en su propio cuerpo y fuera de él. La imagen corporal propia y la ajena nos son dadas simultáneamente. La imagen corporal no es el producto de la apropiación personal de las imágenes corporales de otros, aunque incorporamos parte de ellas en nuestra imagen corporal. Tampoco es el producto de la identificación, aunque tales identificaciones pueden enriquecer nuestra propia imagen corporal (p.373) ... La imagen corporal no se está quieta. Cambia de acuerdo con la situación de vida. Es una construcción creativa. Se construye, se disuelve y se vuelve a construir. En este proceso permanente de construcción, reconstrucción y disolución, los fenómenos de identificación, apropiación personal y proyección, son de una significación especial (p.375) ... Pero la vida comunitaria no atañe sólo a las identificaciones, sino también a las acciones que presuponen las demás personas como personas con cuerpo propio. Existen dos tendencias contradictorias entre sí. Una incorpora al prójimo a través de identificación y

procesos similares en el propio yo, la otra, no menos fuerte y originaria, pone y acepta a los demás como una unidad independiente. Es-ta antinomia social es de la mayor trascendencia (p.375).

Con seguridad, el convincente lenguaje de Schilder ha traído al recuerdo del lector variados aspectos de su propia imagen corporal. Naturalmente, la ininterrumpida acción recíproca entre la propia imagen corporal y la ajena va más allá de la com-paración de acuerdo con puntos de vista estéticos. La relación entre cercanía y dis-tancia también pertenece a la antinomia social mencionada. Partiendo de observa-ciones clínicas, Schilder ofreció en pocas páginas un panorama que pone de relieve las dimensiones psicosociales del desarrollo de la imagen corporal. Las emociones

y los movimientos expresivos, tanto como los actos fragmentarios, en el sentido de los síntomas histéricos, están entonces permanentemente en una estrecha relación con algún aspecto de la imagen corporal, más o menos inconsciente. Mano a mano con la construcción del esquema corporal neurofisiológico se forma la imagen corporal, que reúne en sí un conjunto de representaciones y fantasías conscientes e inconscientes. Estas pueden congeniar entre sí, entrar en competencia mutua o incluso también llegar a hacer caso omiso de las funciones corporales, en el sentido de su cauce fisiológico. A causa de sus varias capas, la imagen corporal puede ser comparada con un palimpsesto, es decir, con un cuadro que ha sido varias veces repintado, de modo que en la misma tela se pueden encontrar cuadros que armonizan entre sí, o que no lo hacen. En esta analogía, la tela sería la base que sustenta el esquema corporal construido neurofisiológicamente o, de manera más general, el yo corporal de Freud. Por lo demás, en esa medida, la persona es y permanece, como pintor, parte de su imagen corporal, porque a lo largo de la vida está unido a lo que en ella está diseñado, y porque entre idea e imagen puede dominar una tensión productiva o una destructiva.

9.3 Neurosis de angustia

Cristián Y padecía de una neurosis de angustia, acompañada de una taquicardia paroxística de tal gravedad, que se había hecho necesario hospitalizarlo por largo tiempo en una unidad de medicina interna. En los años precedentes, su seguridad en sí mismo había disminuido considerablemente. Cualquier estímulo insignificante, incluso cambios sólo mínimos del clima, en el sentido literal o figurado, podían aumentar la angustia hasta provocarle una crisis cardíaca. El paciente es incapaz de trabajar y vive unido al hospital, de cuyo apoyo no puede prescindir.

Durante las entrevistas diagnósticas, sólo con esfuerzo puede mantener su compostura. Refiere que desde hace años lo atormenta la inseguridad y la angustia. Dice sentir una profunda angustia existencial, estar desanimado y deprimido, que solamente lo mantiene vivo un especial sentimiento de obligación para con los padres. Que hace tiempo planifica suicidarse. Que su seguridad es sólo aparente. Agrega que sólo en el hospital y en sus alrededores puede aguantar sus angustias y las manifestaciones físicas de ésta.

El diagnóstico fue de una neurosis de angustia en una estructura de personalidad narcisista.

Cronológicamente, la historia de los síntomas se pueden exponer de la siguiente manera:

El paciente creció junto a dos medios hermanos considerablemente mayores provenientes del primer matrimonio del padre, como el hijo mayor de una familia de muchos niños. La madre, muy ansiosa y sobreprotectora, se dedicó de manera especial a su primogénito y fue determinante para el clima de la relación. El padre, un físico muy exitoso, durante la infancia del paciente estuvo muchos años ausente por razones de trabajo y después tampoco fue una figura muy presente.

Infancia hasta la entrada a la escuela (0 a 6 años): Numerosas e intensas angustias infantiles. El paciente crece en ausencia de su padre y desarrolla una relación muy estrecha con la madre, relación que se hace más intensa a través de los años, debido a los temores del paciente a la obscuridad o a estar solo.

Cuando tenía alrededor de cuatro años, regresa el padre. Las angustias se intensifican, en conexión con sueños en los que el paciente se ve castigado por la mirada malvada de un hombre o por sus amenazas corporales (con tenazas).

De los 6 a los 12 años de edad: Una intensa fobia a la escuela mejora gracias a los cuidados sobreprotectores de la madre, quien durante mucho tiempo lo fue a dejar y a buscar al colegio.

De los 12 a los 22 años de edad: El abuelo, muy querido por el paciente, muere de un infarto cardíaco; exploraciones clínicas y tratamientos por "molestias cardíacas y circulatorias". El recuerdo del paciente del diagnóstico de tener "un corazón débil", se une con la indicación médica de que el joven debía ser tratado cuidadosamente. Con esto finalizó una corta fase de actividad física y deportiva, sumiéndose en una actitud de pasividad y dependencia. Desde los 12 años de edad, numerosos médicos trataron sus sensaciones de angustia y síntomas cardíacos.

Los mimos de la madre se unían a la observancia de sus ideales por parte del paciente. Así se desarrolló un joven formal y sobreadaptado que inhibía la curiosidad y la actividad por mantener el amor de la madre. La rivalidad con los dos hermanos menores fue reprimida. Sus rendimientos en la escuela eran muy inferiores a lo que era esperable por su inteligencia. El que el talentoso muchacho alcanzara cada vez las metas de la clase, ocultó el trastorno de concentración y de trabajo; mientras llegaba a la meta sin demasiado esfuerzo, se sentía bien. La más mínima presión lo llevaba a sensaciones de displacer o angustia que estremecían su frágil autoestima. Si bien por su buena educación se hacía querer en todas partes, el paciente no podía recordar ninguna fase de su

vida, o alguna actividad, en la que hubiera estado satisfecho consigo mismo o que hubiera ganado seguridad de una relación interpersonal. Durante la pubertad, intentó, con gran esfuerzo de voluntad, liberarse de su madre. Se mostró incapaz de soportar una competencia deportiva hasta el final. Propio de su modelo de comportamiento era renunciar justo antes de la victoria. Con decidida conciencia, el paciente trató de tirar por la borda los ideales mojigatos de la madre, sin poder alegrarse por sus éxitos con las muchachas. Sus amistades tenían un carácter narcisista. Igual que la masturbación, le acarreaban más sentimientos de culpa que satisfacción. Perdió el último resto de seguridad en sí mismo después de sufrir un rechazo de parte de una muchacha. Esta humillación lo descompensó, le trajo angustias cardíacas que eran experimentadas como un daño corporal irreparable. Cristián Y debió interrumpir sus estudios a causa de estos síntomas y está incapacitado laboralmente.

Retrospectivamente, podemos constatar que el analista tratante se equivocó al evaluar la gravedad de la enfermedad. En la estructuración de la terapia no se tomó en cuenta que Cristián Y se encontraba aún en una etapa de desarrollo correspondiente a la adolescencia tardía. Ya que en este grupo etario el problema potencia-impotencia es especialmente crítico, la técnica de tratamiento debió haber estado impregnada por una mayor "cooperación fraternal" (Bohleber 1972). A esto hay que agregar que la técnica de tratamiento de ese entonces –el análisis comenzó hace alrededor de 20 años–, llevó a errores inmanentes a ella que tuvieron un efecto desfavorable. Por ejemplo, se le sugirió al paciente muy tempranamente que redujera o que eliminara los medicamentos. Una mejor cooperación entre los médicos tratantes podría haber aportado en aumentar la seguridad del paciente y disminuir el número de recaídas que, a su vez, llevaban a una baja de la confianza en sí mismo y a una predisposición a la angustia. Respecto de la evolución externa de la terapia, hay que agregar las siguientes estaciones y momentos: el análisis comenzó hace 20 años y

finalizó después de 1400 sesiones, con una duración total de más de 10 años. Debido a la gravedad de la neurosis de angustia, Cristián Y debió estar en tratamiento en régimen de internación durante un año y medio. A partir de la sesión n.º 320, el paciente pudo continuar ambulatoriamente la terapia intensiva de 5 sesiones por semana, viniendo desde un hogar transitorio. Después de un tiempo, estuvo en condiciones de recorrer a pie el camino al consultorio y de renunciar a la protección del taxi que en caso de emergencia lo podía llevar rápidamente al hospital. Después de 3 años de tratamiento, y a pesar de la persistencia de restricciones, Cristián Y pudo comenzar en otra localidad su formación profesional, que logró concluir exitosamente después de algunos años. A partir del comienzo de la formación y después de la graduación, se fue reduciendo gradualmente la frecuencia de las sesiones, de tal forma que las primeras 600 se distribuyeron en 3 años y las 700 restantes, con una frecuencia más baja, se repartieron en muchos años de terapia. También contamos con una sinopsis del largo seguimiento catamnésico. Este hombre, que actualmente tiene más de 40 años, es desde hace años exitoso en lo laboral. Ha formado una familia y es feliz con su mujer y sus niños, a pesar de que aún manifiesta insatisfacción respecto de una disminuida confianza en sí mismo.

De este análisis extraemos 4 ejemplos. La sesión n.º 203, que se presenta en la sección que sigue (9.3.1), proviene de la fase de tratamiento en régimen de hospitalización. En la sesión n.º 503, que presentamos en la sección 4.3 bajo el título de "desgano como resistencia del ello", la falta de ánimo y la incapacidad para trabajar alcanzan su punto más bajo. Finalmente, reproducimos dos pasajes de la fase de terminación en las secciones 9.3.2 y 9.3.4, que fueron comentados de manera muy esclarecedora por el propio Cristián Y.

9.3.1 Angustia de separación

En el pasaje siguiente, y a propósito de una situación desencadenante, se hace manifiesta la intensidad de la problemática de separación subyacente. El ejemplo muestra el intento del analista de poner de relieve las necesidades y deseos contradictorios del paciente.

Poco antes de la sesión que reproducimos, el paciente había contado de su apego a sus padres, a propósito de una visita de fin de semana. Hasta ese momento, ese sentimiento nunca le había llamado la atención tan claramente. Los padres habían salido por unas horas con unos conocidos; el paciente había percibido el nítido deseo de que se quedaran, que estuvieran ahí para él y que lo cuidaran. En el hospital había tres médicos que se preocupaban intensivamente de él, entre

otras cosas, por-que la intensidad de las crisis de taquicardia era difícil de dominar con bloqueadores de receptores beta. Entretanto, el paciente tiene una actitud ambivalente frente al tratamiento medicamentoso, probablemente como consecuencia de la terapia analí-tica. Pareciera haberse identificado con el parecer manifestado por el analista, de que en lo posible debiera arreglárselas sin tratamiento medicamentoso. Al mismo tiempo, los cuidados médicos materializan la atención directa que no recibe del ana-lista.

El paciente llega a la sesión con molestias agudas.

P.: Me siento nuevamente débil, tengo esa ... inquietud tan espantosa, me asfixio. Que me asfixio es exagerado, pero me falta el aire y tengo molestias cardíacas. Hoy no he tomado ningún medicamento, porque Ud. no quiere, pero ... no sé que es, pero ... bah, donde se ha visto algo así. (Pausa.) Mientras tenía este malestar, surgió en mí varias veces el anhelo de tenerlo junto a mí, y luego pude comprobar que estaba furioso con Ud. ... por lo menos, pienso, pude constatar eso, pero no pude reconocer la intensidad de la rabia. De alguna manera estoy furioso con Ud. (Pausa.) Bah, qué raro, ahora de repente no estoy pensando en nada y las molestias también han desaparecido y lo que me queda es el enojo por haberme descontrolado y haber golpeado a la puerta y queda la angustia de haberlo indignado de alguna manera.

A.: Pero esa angustia es manifiestamente menor que las otras. ¿Realmente desapa-recieron las molestias en este momento?

P.: Hm, sí.

A.: Esto muestra que existe una relación muy estrecha entre una rabia intensa y las molestias.

P.: Sí, entonces, siempre que me siento mal como me sentí hoy en la tarde, tengo deseos de gritar para que alguien venga. Ahí siempre tengo que controlarme para no gritar. De alguna manera no ser dejado solo, o algo así, es lo que se me ocurre al respecto.

A.: Sí, y ahí estaba justamente la puerta cerrada: "por favor no entrar"; y a lo me-jor hoy de nuevo me va hacer esperar un cuarto de hora.

P.: Bueno, esta vez no lo hubiera aguantado. Antes de eso pedí que viniera el mé-dico y le pregunté; me sentía tan mal. Ahora tengo de nuevo palpitaciones inten-sas, fuertes, no rápidas ... y estas sensaciones son las que me acompañan cuando me alejo de Ud. o de mi casa. Al parecer vierto sobre mí mismo todo el disgusto. Pero, ¿por qué no aprendo de que es una estupidez que no conduce a nada?

A.: Sí, porque en este sentido Ud. no grita, patalea o brama en contra mía, que es quien lo abandona. Al no hacerlo, se siente más seguro, porque piensa "si no, ahí sí que me abandonaría realmente".

P.: A lo mejor también me tranquiliza, o me sorprende, que Ud. no me ponga mala cara; no pensé que Ud. pudiera estar con alguien en su oficina, si no, no habría golpeado.

A.: Sí, Ud. experimentó que no estoy enojado; esto significa que la rabia que Ud. sentía antes de golpear la puerta no tuvo consecuencias graves; entonces retrocedió un poco la angustia; sí, no está enojado, todo se fue apaciguando, entonces desaparecieron las molestias, se fue la rabia, y realmente no pasó nada tan terrible.

Comentario: En el transcurso de los acontecimientos, se aclara lo siguiente: el paciente ya viene inquieto del pabellón y se hizo asegurar por el médico del pabellón de que no pasaría nada. Llega entonces a la oficina del analista, en cuya puerta cuelga el letrero: "Por favor no entrar." Este momento lo experimenta como un abandono abrupto, frente al que reacciona con rabia, cuyo desarrollo se queda pegado en las molestias porque ésta no puede alcanzar su meta.

Es decisivo que el mismo analista incluyera el momento desencadenante de la "puerta cerrada" y que haya bosquejado para el paciente las temidas consecuencias. En representación del paciente, asume la puesta en palabras de las fantasías agresivas y del motivo de por qué el paciente no puede hacer una pataleta y gritar. Naturalmente, con el primer paso de la demostración ad oculos el problema no está resuelto. Esto se aclara en el transcurso posterior de la sesión, cuando aparece la resistencia en contra de la asimilación del insight preparado por el analista.

P.: Ahora me viene la angustia de nuevo, porque no sé si es que alguna vez voy a poder entender que no va a pasar nada si me pongo realmente furioso.

A.: Bueno, pero ahora sí lo ha entendido.

P.: Sí, pero, hm ... pareciera que sólo lo sé, sin que esté convencido con todo mi cerebro.

A.: Sí, Ud. quisiera que lo asegurara minuto a minuto con mi presencia amistosa.

P.: Claro, cuando estaba abajo (en el pabellón) me decía eso mismo, que no me va a pasar nada si me pongo furioso. Pero eso no aporta nada a que me alivie.

A.: Si no estoy ahí, aumenta la rabia, y a Ud. le gustaría, lo que lo enfurece aún más, que yo le diera seguridad estando ahí; que a través de mi actitud y de mi expresión amistosa le mostrara de que así es realmente.

P.: Claro que de esta manera el asunto solamente se desplaza.

A.: ¿Qué quiere decir con "desplaza"?

P.: Bueno, ahora no es la rabia misma la que me da dolores de cabeza, sino la pregunta sobre la certeza de que no va a pasar realmente nada. Ud. me lo ha dicho y mostrado tantas veces: no pasa nada.

A.: Sí, ahora quizás hay otra cosa que entra en el juego: si bien Ud. no quiere que pase algo, con ello me convierto en ese que tiene siempre la razón, del que hablé-bamos ayer. Para Ud. sería intolerable que yo nunca me saliera de mis casillas, que nunca me saliera de mi rol, que nunca me saliera de quicio de un modo que revelara que también yo estoy afectado.

P.: Sí, ahí estoy frente a un terrible dilema.

En esto sólo podemos estar de acuerdo con el paciente. Se encuentra en un dilema que está en la base de los procesos neuróticos, y que Strupp (1985) ha llamado *maladaptative vicious circle* (en inglés en el original). La angustia se rige por el temor a ser abandonado si aparecen sentimientos negativos intensos frente a la per-sona de referencia primaria. Sin embargo, la satisfacción del deseo resultante —el otro debiera permanecer permanentemente amistoso y estable— confirma que la di-ferencia entre el niño y la madre es infranqueable. Esta humillación desencadena nuevas agresiones que a su vez deben ser nuevamente apaciguadas por anhelos de aferrarse. ¿Cómo se ayuda a un paciente a salir de este dilema? Primero que nada, el analista fundamenta una vez más el dilema.

A.: Cualquier cosa que yo haga va a estar mal hecha. Si me mostrara amistoso, se-ría terrible; si me mostrara incommovible y no tan amistoso, también sería terri-ble.

Luego sigue una proposición. El analista quiere informarse si el paciente siente alguna satisfacción indirecta en el encontrarse en este dilema y afirmarse en él pasi-ivamente. Evidentemente, el analista piensa en la psicodinámica de la ganancia se-cundaria de la enfermedad y pone delante del paciente una lucha de poder, para su propio alivio. Si bien esta interpretación está bien fundada teóricamente, está muy lejana de la vivencia del paciente como para tocarlo de una manera útil. Es com-prensible que el paciente responda con un humor huraño. Aparecen largos silen-cios, que derivan a un diálogo entrecortado sólo difícilmente y sin que ello signifi-que un gran avance. El paciente se siente progresivamente más irritable y furioso, porque tampoco esta vez pasará algo nuevo.

Para anular la fantasía de que su agresividad conduce a la pérdida de objeto y al abandono, y para acortar la interrupción de fin de semana, al final de la sesión se le ofrece al paciente una hora adicional el sábado, que éste acepta con agrado. Después de una pausa prolongada, el analista carraspea.

A.: ¿Hm?

P.: En este momento no se me ocurre nada más fuera de lo que ya he dicho, que mientras no esté completamente convencido de que Ud. sigue estando ahí, de que la duda me va a seguir produciendo angustia. Yo tengo ...

A.: ... un medio poderoso para movilizarme a hacer, finalmente, algo más por Ud., algo más que estar aquí sentado y decir algo ... precisamente el viernes, cuando viene el fin de semana, realmente hacer algo más.

P.: Sí, pero en relación a eso, lo único que se me ocurre es sentir más rabia. Es lo mismo que hace un rato. La rabia por quedarme solo, ser siempre abandonado. O quizás no lo entiendo, a lo mejor quería mostrarme otra cosa.

A.: No, no es nada nuevo, pero éste es precisamente el punto. Que no sucede nada nuevo, nuevamente sólo palabras.

P.: Obviamente, no hay nada más que agregar. Soy un inútil, estoy furioso por eso, eso es todo.

A.: ¿Inútil? Eso no lo sé. Ud. está furioso.

P.: Sí, y ni siquiera lo puedo mostrar bien. Probablemente, incluso estoy bastante furioso, pero hablo de manera tan sospechosamente indiferente.

Comentario: El período difícil parece superado, el analista puede ahora fijar el afecto de la sesión en una categoría, aunque pensamos que establece una distinción de-masiado débil entre lo "inútil" y lo "furioso". El afecto de rabia está ahora dirigido directamente en contra del analista y puede ser aceptado por ambos. Un punto de giro importante en la hora es la inclusión de la situación de que se trata de un viernes, tomando en cuenta que el paciente viene a sesión 5 veces a la semana y que va a pasar el fin de semana solo en la clínica, un hecho digno de ser tomado en cuenta. Y esto es así, porque para la vivencia inconsciente del paciente es el analista quien lo abandona y contra quien se siente justificadamente furioso.

A.: Ud. está también contento de que haya desaparecido la angustia con la que entró acá. Estamos a viernes y quisiera separarse a buenas conmigo.

P.: Bueno, ya nos pusimos de acuerdo en que no era grave que yo tuviera un ataque de rabia.

A.: Sí.

P.: Al contrario, ¡sería bienvenido!

A.: No está muy convencido de eso.

P.: Vea Ud., pues de eso se trata. ¿Por qué no estoy convencido? y ¿cómo logro convencerme?

A.: Ud. no quisiera tener que convencerse a sí mismo. Soy yo quien tendría que convencerlo, ése es el punto.

Comentario: Con esta interpretación transferencial, el analista pone de relieve el motivo de la adhesión del paciente a su angustia; él evita la autonomía y lucha de esta forma por obtener los mimos diádicos: No es él mismo quien debe convencer-se, sino el otro debe hacerlo, con lo cual está en una posición en la que siempre gana, porque este trabajo de convencimiento nunca alcanzará su

consumación, co-mo un trabajo de Sísifo. Aquí se trata de movilizar al paciente para que renuncie, para que abandone sus exigencias infantiles. Esta posición es puesta nuevamente a prueba a propósito del rol del médico del pabellón, poco antes de la sesión:

A.: Entonces llamó al médico del pabellón para preguntarle si Ud. podría venir, si él pensaba que lo lograría, ¿o qué?

P.: No, ya no sabía qué hacer, si entrar o salir, así de simple. Ya no era capaz de andar ni siquiera hasta la mitad del pasillo, tanta era mi angustia y mis molestias cardíacas.

A.: ¿Y a pesar de eso Ud. no tomó nada?

P.: Sí, Ud. dijo que no debía tomar nada.

A.: Ud. sabe que yo no lo dije en forma tan absoluta.

P.: Sí, sí, seguro.

A.: Es importante que Ud. no haya tomado ningún medicamento por mi causa. Yo no sé si Ud. realmente no puede aguantarse. ¿No fue quizás también un test de si acaso podía confiar tanto en mí como para intentarlo?

Comentario: La idea de la prueba introduce en el juego la ambivalencia del paciente: ¿debe creerle más bien al médico del pabellón, o debe seguir ciegamente a su analista? Con la inclusión del médico del pabellón que lo tiene a su cargo, ¿se trata de una injustificada demostración de confianza, o está probando la reacción del analista? Aquí el analista parece introducir en el juego demasiado de la fe en sus palabras.

P.: Hm, a eso le tendría demasiado miedo. A lo mejor, pero me parece algo ajeno. Bueno, tenía realmente el temor de estropear algo. Pero ahora me estoy sintiendo de nuevo mal.

A.: Sí, se acerca el final de la hora, de tal modo que probablemente aparezca de nuevo la ...

P.: ... angustia.

A.: Y crece el anhelo de llevarse hoy día algo más.

Comentario: Sin duda, Cristián Y recibió una gratificación en la forma de una sesión extra el sábado, y en ese sentido hasta puede llevarse mucho consigo. No obstante, después de haber conversado con el analista tratante, surge la sospecha de que éste le hizo este ofrecimiento especial partiendo del sentimiento de no haber sido justo con el paciente en esta sesión. Por ejemplo, Cristián Y fue de hecho llevado a un conflicto de lealtad entre los médicos y su analista y, en el intento de reducir los medicamentos, para así complacer a este último, sufrió una derrota. Por lo tanto, se produjo un nuevo traumatismo como repetición del desamparo, en el sentido de la teoría psicoanalítica de la angustia. También la última frase, más que sacar al paciente del desamparo, lo estimula. Y esto porque cuando crece el anhelo de llevarse algo más, sin que el paciente pueda hacer algo para efectivamente obtener más, el sentimiento de impotencia aumenta. Algunos aspectos de la angustia de separación son elaborados convincentemente, pero por ambas partes parece dominar cierta perplejidad en relación a cómo el paciente puede salir del dilema.

9.3.2 Fase de terminación

Después de una duración de más de 10 años, la fase de terminación de este tratamiento sirvió, entre otras cosas, para corregir los errores que el analista había cometido en base a ideas diagnósticas y terapéuticas falsas. Si bien se trata de estimaciones erróneas específicas para este caso, aquí pretendemos dar cuenta de problemas típicos, que el analista tratante atribuye a la comprensión de la técnica que tenía 20 años atrás. Cristián Y no solamente corrigió algo de aquello que había marchado mal en su tratamiento, sino que abrió los ojos del analista respecto de sus errores sistemáticos.

Aquí no se trata de hacer una retrospectiva cuya meta sea una aclaración histórica. En un análisis en curso, el centro de la atención lo ocupan siempre el momento y la tarea de seguir logrando conocimientos terapéuticos eficaces a través de nuevas formas de intercambio y de reflexión.

Cristián Y manifestó la sospecha de que, mediante interpretaciones transferenciales positivas, yo no sólo trataba de cambiar su imagen y sus representaciones del pasado, sino que también lo invitaba a adornarme a través de deseos muy imaginativos y así, finalmente a tomarme por otro. Casi literalmente, el paciente dijo lo siguiente:

P.: Siempre tuve la sospecha de que Ud. intenta cambiar el pasado utilizando esta figura del "otro", que ha ido moldeando mediante distintas preguntas, es decir, de invertir el recuerdo de la madre, que es preponderantemente negativo, en algo positivo. Como paciente, se está en una situación de mierda. A causa de esta confusión, que Ud. probablemente llama transferencia, se está en una mala posición. Por ejemplo, él refiere las expectativas amorosas a Ud., y cuando Ud. empieza a hablar tan sin ton ni son, sé, por lo menos intelectualmente, que no voy a ser querido por Ud., pero que de todos modos corro el peligro de construir algo en la fantasía. Yo jamás he afirmado que nunca fui querido o que en el futuro nadie me querrá. Evidentemente Ud. comprendió mal eso. Al contrario, mi madre me cubrió de tanto amor que me alcanzaría para varias vidas. Pero quedó afuera lo que para mí habría sido importante y que sigue siéndolo todavía hoy. Ahí no tengo nada más fuera del viejo rechazo. Faltó la confirmación que yo esperaba en relación con la sexualidad y la agresividad, y por eso tengo miedo frente a todas las cosas que me importan.

Luego, se llega a un esclarecedor intercambio de ideas, que nos lleva a establecer que el paciente no es lo que quiere ser, sino una especie de simulacro de sí mismo. Pero sus angustias no le han permitido querer y ser algo más que lo diferenciara de lo que su madre había hecho de él.

Comentario: Este intercambio de ideas sugiere la idea del sí mismo falso y verda-dero de Winnicott. Hay que destacar que, a causa de sus angustias elementales, el paciente apenas era capaz de llevar a cabo movimientos espontáneos que pudiera vivir como acciones genuinamente propias.

Cristián Y habla entonces de la fase de la terapia en la que estábamos sentados frente a frente.

P. (retrospectivamente): Si lo veo, se evita, o se evitaba, que se me escurra, que se me escape la fantasía, entonces no se llega tan fácilmente a la confusión.

A.: No sólo que yo me escurra, sino que Ud. mismo lo haga.

P.: Es claro lo que quise decir.

Comentario: En etapas anteriores de la terapia, el analista se había dejado guiar por la idea de que la madre del paciente no podría haber tenido una posición puramente negativa respecto de su vitalidad, ya que éste, como primogénito, había sido el pre-ferido durante la larga ausencia del padre. La verdad es que ahora se muestra que las interpretaciones ofrecidas de acuerdo con esta idea, Cristián Y las había entendido como un intento de tergiversar el pasado, en el sentido de una ilusión re-trospectiva correctora, es decir, un tipo de autoengaño. Todas esas cuidadosas inter-pretaciones formuladas en el modo subjuntivo o potencial, y que buscaban estimu-lar la reflexión, como, por ejemplo, el que yo dijiera que sus impulsos agresivos y libidinosos, en uno u otro aspecto, quizás podrían ser tomados positivamente, esti-mulaban más bien su sospecha. El podría ser impulsado a la confusión y con ello a ser sanado a través de autoengaño y ficción.

Aquí se hace necesario hacer algunas observaciones sobre el significado del modo potencial y el subjuntivo (coniunctivus irrealis) en el lenguaje de la práctica psico-analítica, cuya aplicación tiene ventajas en muchos pacientes. Estos modos nos permiten nombrar lo que no es. Arno Schmidt califica esta peculiar forma verbal, de lo simplemente imaginado como posibilidad, como "una sublevación interna en contra de la realidad" o como "un voto de desconfianza lingüística contra Dios: si todo fuera inmejorablemente bueno, no sería necesario el subjuntivo" (ni el poten-cial).

Albrecht Schöne escribe sobre el papel del modo subjuntivo en Lichtenberg, diciendo que este modo ligaría la potencia destructiva con la energía productiva (cita-do por Schneider 1987, p.296). No es entonces sorprendente que en el lenguaje de la técnica psicoanalítica la forma verbal potencial o subjuntiva tenga tanta popula-ridad, y que se prefieran expresiones como "qué pasaría si ...", "no podría ser que ...", "yo pensaría que ..." o "no sería posible que ...", a expensas de la forma de expresión indicativa, con la que se establece lo que es o debe ser.

Utilizamos el modo potencial y subjuntivo de irrealidad con la intención de activar posibilidades inconscientes.

Las personas inhibidas y restringidas por formaciones superyoicas compulsivas sacan ánimo de sugerencias cuidadosas, sin que en lo demás dejen de tener un margen suficiente para la propia elección. Este cuidado está indicado para no despertar resistencia. Completamente distinta es la situación en aquel grupo grande de pacientes en los que los límites se difuminan fácilmente y que por eso buscan desesperadamente seguridad y también asidero verbal en afirmaciones claras. A este grupo pertenece Cristián Y, con quien su analista aprendió que la forma condicional de lo posible tiene una potencia destructiva si es que no se ofrece un fuerte contrapeso en el indicativo. En este contexto, hay que mencionar que durante un largo tiempo el paciente aprendió de memoria las afirmaciones del analista, lo que por éste fue entendido erradamente como idealización.

Sólo lentamente resultó que para el paciente eran muy sospechosos los sentimientos positivos, por la extrema sensibilización emocional provocada por la madre. Por esto, él buscaba un lenguaje sobrio y claro y una confirmación de su pensar y actuar desde una cierta distancia, para poder lograr una identificación parcial con el analista.

Con enfado, el paciente dice ahora que a menudo ha intentado convencerme de lo importante que son para él la confirmación y el reconocimiento claro y unívoco, para remediar la catastrófica carencia en los sentimientos de sí mismo. A lo largo de diálogos ulteriores se desarrolla un buen acuerdo entre los dos participantes en el proceso analítico. El diálogo deja de transcurrir en argumento y réplica.

P.: Sus frases estaban conscientemente hechas para que no se pudiera agarrarlo. De hecho, el paciente no se interesaba casi nada por mi situación personal de vida, sin embargo, sí le interesaba saber lo que yo pensaba de él y como lo consideraba. Cristián Y señala lo importante que para él es conocer el contexto de las interpretaciones, para así conocer mi sentir y mi pensar sobre él.

P.: Siempre le reproché estar sentado detrás mío y pensar mucho más que lo que me daba a conocer, y esto nos lleva a otro punto. Siempre me ha interesado infinitamente más lo que Ud. piensa y no dice. Lo que Ud. dice son interpretaciones cualesquiera, Ud. teje cualquier tipo de fantasía sobre mí, o desarrolla las propias, utiliza alguna imagen. Eso no lo quiero, nunca lo he querido, y he tratado de aclararle que eso no le está permitido. Por así decirlo, yo quiero saber cuáles son sus notas al margen. Estas sí que abren una conversación directa sobre mí. Yo no sé lo que está confundido o transferido. Soy de la opinión de que eso se diferencia claramente de lo que normalmente

hace una persona sana, y ahí entonces tengo miedo cuando a Ud. le tomo por otro, cuando toma vida en las fantasías al estimular alguna fantasía, eso no es realidad, y yo quiero lo real. Cuando Ud. usa imágenes, tengo también una sospecha fea. Me imagino que Ud. quiere sugerirme que se trata de un pedazo de vida vivida.

Doy la razón al paciente de que las miradas en las conexiones que subyacen a las interpretaciones permiten realmente una revisión crítica, especialmente cuando en el diálogo se ponderan con argumentos los pros y los contras. Del mundo de ideas que se pueden discutir con precisión, al paciente le interesan en especial mis opiniones positivas sobre su sexualidad y agresividad.

De hecho, muchas de las interpretaciones entregadas a lo largo de este tratamiento tenían el trasfondo teórico de que las angustias neuróticas del paciente provenían principalmente de la angustia de pérdida de objeto y del amor del objeto. Ahora, Cristián Y critica violentamente esta línea interpretativa.

P.: Estoy furioso. Con eso, Ud. dice que yo tendría miedo de perder el amor de mi madre y que por ese miedo no sería capaz de imaginarme que, a pesar de la rabia, podría quedar algo de cariño y que no todo está perdido. Eso lo entendí como un estímulo para que cambiara justamente la imagen de mi madre que tengo en mi cabeza, el viejo monumento tendría que variar para que justamente ahora emergiera una mejor madre. Antes, siempre le eché en cara de que no dejaría que cambiara mi pasado, sin importar si ahora mi madre fue de hecho tan malvada o si sólo aparecía tan mala debido a mi propia rabia. Para mí es algo claro, y que tampoco dejaré que me lo cambien, que ella rechazó muchas cosas.

A.: Es decir, si algo de eso variara, entonces se estaría mintiendo a sí mismo.

P.: Sí, me estaría mintiendo, siempre le enrostré el que me estaba estimulando al autoengaño.

A.: Pero, ¿no podría ser que a pesar de su ira siga siendo querido y que no sobrevenga una pérdida total? Aunque sea pedir demasiado, que en el mismo instante en el que Ud. causa dolor, perciba cariño de parte del otro.

A continuación, se le explica al paciente el sentido de la teoría del temor a la pérdida de objeto como consecuencia de la eficaz rabia inconsciente.

A.: Ud. tenía, así me pareció, el temor de que su rabia fuera tan gigantesca, tan violenta, que todo llegara a destruirse y también que termine todo el cariño, porque generalmente en la vida el agredido pega realmente de vuelta y se origina una lucha, donde Ud. teme ser aniquilado, y que también sea demasiado para mí y que yo abandone y que deje de tratarlo.

P.: ¿Sabe? Yo tengo un concepto totalmente distinto y es que yo no padezco de algún enredo entre miedo y rabia, etc., sino que mi enfermedad es una

enfermedad por carencia. Si bien es verdad que la angustia ha disminuido desde que se me hizo más clara la rabia ilimitada que existe en mí. Se me aclaró que la rabia que existe en mí no alcanza por sí sola para desencadenar una catástrofe, y que aquí tengo la libertad de hablar, digamos, en el sentido de una fantasía más amplia sobre la rabia y también la libertad de poder enojarme. Yo sé que no pasa nada, pero lo que no aprendo en todo eso es a sentirme bien con la rabia. Entre tanto, he ido deponiendo mi mayor o menor rabia, o por lo menos ésta ha disminuido enormemente, y en su lugar ha aparecido tristeza y con la tristeza yo mismo me he aserrado la rama en la que estoy sentado.

Cristián Y continúa hablando del placer y agrega que se trataría de construir una nueva rama con el placer. Pregunto: "¿Cómo piensa Ud. que la carencia, que ha traído nuevamente a colación, puede ser compensada?"

Cristián Y rechaza la pregunta con el comentario de que esa es mi especialidad, que él no sabe de eso. Agrega que es claro que no se lo puede lograr mediante un cambio de los recuerdos. Después de un largo silencio, reconozco mi perplejidad acerca de cómo compensar hoy la carencia. Luego llamo su atención sobre el hecho de que él ha corregido algo, a saber, el pensar y el actuar terapéuticos.

A.: Mi reconocimiento sobre la claridad de su crítica de hoy, ¿podría aportar en la compensación de la carencia? Porque frente a mí, Ud. ha experimentado un aumento efectivo de la seguridad en sí mismo.

Inmediatamente, el paciente quita importancia al asunto.

P.: Lo que me importa siempre, es la relación con el mundo exterior.

A.: Sí, y sobre todo le importa el reconocimiento y algo de él le di hoy.

Comentario: En las sesiones siguientes, y en la larga fase de terminación, se continúa con la elaboración de los errores pasados. Para este paciente inteligente e interesado en el pensar del analista, resultó ser especialmente desventajoso el que este último lo desalentara a poner en marcha también reflexiones abstractas, por ejemplo, cuando en la discusión en la sesión había tratado de aclarar el significado del término ambivalencia. De ello, Cristián Y había sacado la conclusión de que todo lo que tiene que ver con reflexiones abstractas y con el pensar analítico era para él precisamente un tabú. Y él tenía miedo de romper los tabúes, de hacer algo que no estuviera permitido.

A.: Fue simplemente un error no haberlo dejado participar más en mis pensamientos.

P. (también para aliviarme): Bueno, a menudo no se prevén las consecuencias.

A.: Sí, pero la consecuencia fue dificultar que Ud., en sus esfuerzos, pudiera acercarse a mis razonamientos y así comprender las conexiones.

P.: Una consecuencia adicional fue, digamos, que yo lo tomé como alguien poco honesto, porque supuse que Ud. sí dice lo que piensa pero que piensa muchas cosas que no dice.

Comentario: La permanente desconfianza del paciente encuentra aquí su fundamen-tación. Calidez, tolerancia y empatía se le hacían sospechosas. El paciente conce-de que, por motivos prácticos y terapéuticos, es inevitable que el analista elija, de una serie de ideas posibles, sólo algunas expresiones. El tema de la seguridad en sí mismo y de su bajo sentimiento de autoestima como base de sus angustias vuelve a ocupar el centro de la atención.

P.: Yo traté de decirle que la tolerancia y cosas parecidas en realidad no me sirven. El tomarlo por otra persona no tiene nada de auténtico. Para mí, eso es solamente una fantasía aumentada, pero nada real. Lo auténtico sería alcanzar la realidad de afuera o alcanzar lo que Ud. piensa, con ello sí que tengo una relación verdadera. Así se puede evitar el peligro la equivocación, o se pueden aclarar las confusiones. Sí, de eso estoy enormemente curioso, eso es lo que quiero saber.

A.: Sí, mis puntos de vista, mi parecer, mi manera de pensar, se diferencian de la de sus padres. Eso es lo nuevo, lo distinto.

Cristián Y vuelve al tema de las dificultades que resultaron del confundirme, vale decir, de la transferencia. Recuerda vívidamente una sesión de hace mucho tiempo atrás en la que él estaba furioso y yo le había contestado con un tono de irritación.

P.: Eso fue una violenta desilusión, al fin estaba furioso y recibí una de vuelta. Hasta el día de hoy no llego a entender cómo algo que hace que lo tome por otro, tenga que ver con algo que viene de Ud., sin que Ud. sea tocado en absoluto por ello. No veo el puente entre lo que aquí hago al confundirle y lo que posiblemente viene de Ud. En todo caso, las características de su persona, de las que Ud. hace aquí uso, las he entendido siempre como cabezas de puente, desde las cuales Ud. opera, aun cuando como persona se encuentre atrás muy lejos, de modo que para mí Ud. sigue siendo alguien impredecible. En el fondo, no tiene ninguna impor-tancia lo que yo sepa de Ud. Lo esencial es la pregunta por la confianza y por la posibilidad de entendimiento.

A.: Sí, sí, porque –dicho brevemente– yo soy yo y Ud. es Ud. No hay por qué ocultar cuáles son mis metas y cuáles son las suyas.

P.: La comunión hay que buscarla en otra parte. Desde que me ocupó con la pregunta de la confirmación, me he esforzado, digamos, por empujarlo a una posición excéntrica, de modo que ya no sea más el que es tomado por otro, pero que al mis-mo tiempo pueda decir algo sobre lo que yo hago, de lo que yo pudiera sacar algún tipo de corroboración. Pero Ud. evitó eso, por razones que

desconozco. Cuando hablo de rabia, Ud. sigue pareciéndose mucho a alguien a quien le piso los callos. Me es claro que es un problema difícil de resolver. Pero si Ud. dijera algo en esa tercera posición, quizás yo podría ganar algo, si yo me pudiera identificar con lo que escucho de Ud. Eso presupone que Ud. tome una posición y que no hable flotando libremente, como yo digo, y que cargue al paciente el imaginarse cuál es punto de vista de él (del paciente). Lo que afirmo es que en aquello que Ud. dice nunca se expresa Ud. mismo, porque siempre está referido al horizonte del paciente.

Abordo la "posición excéntrica", reconociéndola como creación del paciente, y menciono sus ventajas.

A.: Esa posición hace las cosas más fáciles, para Ud. y para mí; no esas grandes angustias de la confusión, que de hecho estuvieron presentes cuando Ud. temía y esperaba que yo reaccionara igual como su madre, su padre, un profesor o cualquier otro. Una y otra vez, las repeticiones han desempeñado un papel en su vida, es decir, el confundir una persona con otra.

P.: Ahora, vea Ud., si ese temor se elimina, el temor al castigo y cosas parecidas, quedan siempre las consecuencias de los castigos.

Comentario: Con ello, el paciente se refiere a los efectos de las experiencias interiorizadas en angustias superyoicas y sociales permanentes, y a las dificultades conductuales que resultan de ello, con un grave desmedro de la seguridad en sí mismo y de la autoestima.

Entonces, se trata de saber si una posición excéntrica del analista lo preserva, por ejemplo, de ser susceptible frente a agresiones y humillaciones. El paciente, como observador muy agudo, había deducido mucho del rostro del analista, sobre todo en los tiempos de la terapia sentada, lo que servía como confirmación de la maldad de su agresividad.

A.: La posición excéntrica permitió que aguantara el dolor y que sus acciones quedaran en un nivel tolerable.

P.: Sí, pero vea Ud., yo no tengo ningún motivo razonable para pisarle los callos o para herirlo de alguna forma.

A.: Pero yo sí le hice algo al omitir muchas cosas, desaproveché ocasiones, cometí errores, su recuperación no evolucionó de manera óptima. Aún no está en condiciones de seguir su propio camino con total satisfacción.

P.: Ahora bien, depende de lo que se entienda por error, eso ya lo dije antes y, en segundo lugar, Ud. no me puede dañar más que lo dañado que llegué. Tampoco entonces le hice reproches, ahora se trata de la posición excéntrica, le prometo que no recibo nada (que no tenga una claridad racional), eso desata inmediatamente un montón de angustias, porque no veo la confusión como algo auténtico. Se trata de que en materia de rabia no se puede producir ningún

sentimiento original y bueno. La angustia y la rabia se pueden disminuir y los sentimientos positivos hacen el miedo real más tolerable. Esa es una cuestión del balance interior, pero lo que trato es de producir un sentimiento positivo. Un sentimiento positivo, Ud. una vez lo mencionó, pero en el tratamiento emerge muy poco. Desde entonces hablo sola-mente de eso.

El paciente critica al analista el que no asuma la posición excéntrica de una manera suficientemente clara y que se comporte más bien como un Winkelried, que atrae hacia sí las lanzas y hace como si lo tolerara, algo que a decir verdad le facili-ta a él, al paciente, el estar furioso durante las sesiones. [Se cuenta que en la bata-lla de Sempach (1386), Arnold Winkelried habría abierto un callejón a sus confede-rados a través de la caballería austríaca, abrazando un haz de lanzas contra su pe-cho.] En vez de eso, el paciente exige de parte del analista declaraciones unívocas de que aprueba explícitamente su sexualidad y agresividad y que se llegue a un con-senso en este nivel. El paciente sintetiza una conclusión.

P.: Entonces me podría identificar con lo que Ud. dice; pero no porque Ud. mismo sea el objeto que además aparentemente es también buscado. Eso lo sentí como al-go deshonesto.

A.: Entonces, yo me convertí en un objeto para ser confundido con otro. A través de ofrecerme como un objeto ilusorio desde una posición excéntrica, no le pude mostrar mucho que Ud. también tiene una posición excéntrica respecto de este ob-jeto ilusorio.

P.: Sí, quizás se puede decir así.

A.: A través de la posición excéntrica estamos ligados e identificados mutuamente, y esto nos puede a lo mejor llevar a conocer mejor lo individual, o conducir a una mayor seguridad y autenticidad interior.

P.: Puede ser, sí, en la medida en que se mantenga estrictamente separado lo que es equivocación y lo que es real.

A.: En todo caso, hoy me ha quedado algo más claro lo esencial que es la posición excéntrica si se quiere lograr una distancia de las confusiones, de las repeticiones y de las equivocaciones y con ello encontrar reconocimiento y seguridad.

Toma de posición de Cristián Y

Como una manera de agradecer, Cristián Y entregó su posición detallada frente a los informes que aparecen en las secciones 9.3.2 y 9.3.3. En el momento de la

lectura, los protocolos de las sesiones naturalmente no estaban comentados, de modo que las esclarecedoras observaciones de Cristián Y se apoyan en las transcripciones originales, que se convirtieron en el punto de partida de la retrospectiva crítica de su análisis. El escribe con una perspectiva que da un período largo de tiempo:

Lo que todo estos años llamé confusión, al comienzo del tratamiento le di la bien-venida, porque lo consideré como la manera de funcionar aquí. Sólo más tarde to-mó un acento negativo. Además de mi torpeza, esto tuvo que ver con el trato que Ud. le dio. En ese entonces yo tenía la impresión de que la confusión no había aparecido necesariamente por sí sola, sino que había sido intensamente estimulada por Ud. Por su parte, Ud. hablaba de "relación". Yo siempre rechazaba esto con fuerza, porque una relación la entiendo como algo recíproco, y en la confusión no lograba imaginarme algo así, aunque pusiera mi mejor voluntad en ello. Cuando Ud. decía: "... eso sería algo real", a lo sumo me confundía. Para mí, la confusión terminaba precisamente en el borde posterior del diván. Las frases como "... por qué no pensar que Ud. sigue siendo querido si ...," o "... Ud. no puede en absoluto creer que podrá ser querido si ..." y "... quizás el otro no está tan definido como Ud. cree", etc. las entendía básicamente como meras sugerencias para pensar "más positivamente". Ahora, sucedía como si racionalmente yo no desvalorizara tanto mis expectativas como estaría obligado a hacerlo por mis experiencias anteriores. Como meras reflexiones, sus expresiones, que en el fondo no aportaban nada especial a mis propios pensamientos, no eran muy eficaces. Eso no podía ser. Entonces desarrollé una reflexión comparativa. Me imaginé que una persona "más sana" que hablara sobre sí mismo en el diván, probablemente le confundiría en un sentido "positivo". Seguí pensando que la figura del "otro", la sintaxis en potencial y subjuntivo y la voz pasiva que Ud. usaba, tenían por objeto simplemente cambiar el signo de mis ideas y expectativas negativas en la equivocación, de tomarlo por alguien mucho más "positivo". Dicho plásticamente, pensé que Ud. que-ría moverse en la pantalla en la que yo proyectaba todo equivocado, para producir cambios. Antes, Ud. siempre hablaba de los ensayos generales que yo emprendía frente a Ud. Yo no lo puedo entender así. Considero que las acciones verbales son simples reproducciones de la imagen que el paciente se creó de Ud., aun cuando estén acompañadas por todas las emociones protagónicas. Eso no alcanza a ser una acción de reemplazo. Ya esta razón bastaba para que estuviera constantemente escéptico cuando Ud. se refería a lo que yo emprendía frente a Ud. Así, me parecía algo sospechoso que cuando yo estaba furioso, Ud. me quería sugerir que Ud. toleraba mi rabia. Cuando se trataba de amor o

sexualidad transferidos, Ud. tendía a las reacciones más extrañas. Para lo auténtico quiero una respuesta auténtica.

Por cierto que la posición excéntrica no debe estar en la periferia, porque entonces el analista no podría asumir esa significación humana que es indispensable para que su aprobación pueda compensar la influencia de las figuras antiguas. Por lo tanto, se trata de un tipo de distanciamiento crítico, que facilita lo nuevo y al mis-mo tiempo impide que se llegue a una confusión impenetrable en los sentimientos, a una mezclanza sin demarcación.

9.3.3 Reconocimiento y sentimiento de autoestima

El analista tuvo dos razones para omitir reconocimientos directos en el tratamiento de Cristián Y. Primero, para no influenciar al paciente y, segundo, basado en el supuesto de que la actitud positiva del analista en relación a la sexualidad y a la agresividad del paciente se entendería por sí sola y que no necesitaría ninguna men-ción expresa.

Cristián Y demostró convincentemente que a través de las formas condicionales y subjuntivas muchas cosas habían quedado en la incertidumbre y que de este modo no había podido encontrar asidero. Después de esto, el paciente informa sobre su ascenso en el trabajo.

A.: Naturalmente que siempre me alegro por sus éxitos, pero no es algo que yo le haya comunicado de forma que Ud. lo perciba claramente.

P.: Sí, por esta razón no pudo ayudarme plenamente, porque Ud. solamente descri-bía el estado de cosas y partía de la base de que el nuevo sentimiento de autoestima se iba a desarrollar por sí solo. Pero, de qué me sirven los cambios en las imáge-nes de mí mismo si no puedo anclarlas de alguna manera. (Pausa larga.) Una vez, Ud. contó un chiste de psiquiatras sobre un paciente que se creía ratón y que le te-nía miedo a los gatos. Este llega a un acuerdo con su psiquiatra de que estaba equi-vocado. Pero: Si los gatos no saben que ya no soy un ratón, voy a seguir teniendo miedo a los gatos. La gracia del chiste salta a la vista: ¿De qué sirve el acuerdo en-tre aquí y afuera? Lo que aquí he llamado confusión (Cristián Y ha acuñado el tér-mino "confusión" [Verwechslung; en el sentido de tomar a uno por otro] para la transferencia), no se restringe a los enfermos y a lo que pasa aquí, sino que es un principio de vida absolutamente general. El ser humano percibe su entorno desde una perspectiva. (El paciente explica esto mediante fotografías que muestran la nie-ve en colores totalmente diferentes.) La nieve es blanca, pero no siempre es blan-ca. El color depende de la iluminación. En mí, todo lo que vivo es negro, porque mis padres embarraron lo que veo. Me cuesta mucho vivir situaciones nuevas sin apoyo externo, porque éstas son modeladas por las imágenes antiguas que no pue-do cambiar tan fácilmente.

Le señalo que está muy agitado mientras describe los diferentes colores de la nie-ve.

A.: En eso Ud. es el fotógrafo que mediante fotografías muestra al observador que Ud. lo hace mejor. Es decir, Ud. me muestra algo que Ud. ve de manera más exacta y nítida o, en todo caso, que su visión de las cosas es la que da la pauta.

P.: No, me puse inseguro porque pensé que era una comparación boba.

Atribuye sus dificultades para tener más aplomo a la falta de imágenes positivas.

P.: Vea Ud., yo tengo dificultades para tener conciencia de mi propia valía porque me faltan imágenes positivas de mí mismo. Quien muestra una buena conciencia de sí mismo tiene imágenes favorables de sí mismo y es un ingenuo. Cuando se ve expuesto a una situación en la que sale mal parado, de todas maneras se mide más por la imagen positiva de sí mismo. Pero yo no puedo hacer eso; eso lo había pensado anteriormente, pero no lo había dicho. Cuando estoy sometido a cualquier tipo de dificultad, para mí es una cansadora actividad en mi cabeza, un esfuerzo pa-ra mantener las cosas reunidas. (Pausa.) Por ejemplo, cuando no puedo ser directa-mente agresivo y estoy horrorizado por la agresividad del otro, entonces tengo difi-cultades con el colega que se muestra como es.

La última vez, Cristián Y había contado que quería hacer una formación profesional complementaria y que ahora sí que tiene un objetivo. El representarse metas es para él algo inmensamente importante. El paciente demuestra su alegría de que yo haya aprobado explícitamente este plan; al mismo tiempo, está desilusionado de que yo no haya encontrado positivas, ya antes, sus ideas sobre los objetivos a lograr.

P.: Generalmente, Ud. se queda en una posición neutral, y eso es algo que ya antes me producía una irritación enorme. Yo me imagino que por razones científicas Ud. no quería ofrecer ningún punto fijo.

A. (confirmando): Para mí era claro que las personas, en especial los enfermos, ne-cesitan metas, pero no atendí suficientemente a que no sólo es importante dejar que el paciente fije sus metas, sino que es igualmente importante confirmarlas, o sea, una estimulación que facilite la consolidación de éstas. Entre tanto, veo la necesi-dad. Es esencial manifestar una opinión clara que después Ud. pueda dar por supera-do.

P.: Esto es lo que yo siempre digo. Si no, la libertad se convierte en un senti-miento de desorientación, sólo así se podría también disfrutar la libertad. Y hones-tamente yo no podría bosquejar una imagen de mí mismo, como yo quisiera ser; al contrario, sólo el pensar en eso me desencadena tanta angustia que debo abandonar el esfuerzo de inmediato. Todos estos años he pasado lamentándome por esto; que tengo temor a la sexualidad y a la agresión y a muchas otras cosas, temor al movi-miento; pero, cómo yo quiero ser, eso no lo sé. Una persona normal llega a ser lo que es, no en base a lo que trae, sino en el enfrentamiento con el medio ambiente, ¿o no?

A.: Sí, justo.

P.: Si Ud. se comporta en forma neutral, más falta me hace el entorno que no tuve en las figuras antiguas, o no como lo hubiera querido.

A.: A pesar de todos los roces y agresiones, falta el contrafuerte contra el cual poder delimitarse.

P.: Los recuerdos del tiempo en que yo era tan agresivo aquí no me son muy queridos, me desagradan. Yo me quiero imponer, quiero verdaderamente poder enojarme afuera y ponerme agresivo con fundamento, y lo que espero de Ud. es ... perdí el hilo. Quiero recibir una ayuda que pueda concretar cuando esté afuera en alguna situación. (Pausa.) Hace algunos días alguien habló de psicoanálisis y dijo que los neuróticos tienen una limitada capacidad de acción, pero a mí no me falla eso, yo tengo a mi disposición muchas formas de reaccionar, pero lo que me hace sufrir es que nadie me dice cuál es la adecuada para mí, la que yo podría considerar como ajustada para mí. Esa descripción parece que se aplica mejor a las personas obsesivas.

El diálogo vuelve a tema de la fotografía.

A.: Ud. es un fotógrafo apasionado y muy bueno, seguramente de ahí viene el que sea buen observador. Claro que esto no debe ser muy consciente, más bien debe ser algo subliminal. Ud. es en su profesión muy capaz, porque tiene una mente crítica y es un observador agudo. Ahí está también la fuente de sus angustias, que se nota lo agudo que puede ser. Por eso retrospectivamente le es tan desagradable recordar haber sido conmigo tan agudo y agresivo, quisiera no ser tan descontrolado. Quisiera que fuese una agresividad bien fundamentada, con pies y cabeza. Por eso es un proceso de clarificación tan importante el que ahora yo le pueda decir, y que también le deba decir de una manera honesta, que su crítica tiene pies y cabeza. Por lo tanto, es importante que su crítica sea reconocida como válida y adecuada, pero no existe nadie que no reaccione de una manera descontrolada.

Comentario: Cristián Y hizo muchas observaciones sagaces y agudas respecto del analista, especialmente en la época en que el tratamiento había sido conducido, a petición del paciente, en la posición sentada. En ese entonces había observado expresiones mímicas de tristeza y de agravio, que él después contabilizaba como nuevos rechazos de su agresividad, como lo contrario del estímulo y la satisfacción, un tema que llenó las últimas fases del tratamiento. Sin duda, el cambio de posición y las posibilidades que se derivaron de ésta contribuyeron a que aumentara el sentimiento de autoestima del paciente.

P.: Lo recuerdo como un tiempo espantoso, aquella época, cuando era tan agresivo, pero entonces Ud. también ponía esa cara tan triste. Es que siendo niño yo no podía mirar a mi padre en la cara. Mi padre era un espanto para los niños, los niños lloraban cuando lo veían. Yo también le temía, tenía un rostro muy oscuro, cabellos oscuros y ojos verdes luminosos, era como un espectro. Tampoco a Ud. lo podía mirar a los ojos. Con el tiempo fue sucediendo que al

despedirme hacía como si lo mirara a la cara, pero la verdad es que no veía nada, porque tenía muchísimo miedo de su rostro. Lo segundo es que a Ud. le reconozco aquí una cierta posición destacada, para que afuera no haya nada que me llegue a afectar, algo que alcance a meter el dedo en la llaga. Es que yo no puedo discutir con Ud. todo lo que quiero hacer afuera.

A.: Como Ud. con razón dice, uno se puede identificar más fácilmente si al mismo tiempo existe una distancia clara y no se mezclan las cosas.

P.: Cuando Ud. dice que se alegra, eso es más de lo que yo le he pedido. Nunca he dicho que quiero algo espectacular. La verdad es que me basta el signo positivo. No se trata de una suma absoluta que traspase todo límite; cuando me he referido a la distancia entre Ud. y yo, no quise decir que tengo miedo a la cercanía. Sólo que no quería una mezcla primitiva. Quise decir que cuando se trata de identificarse, eso es posible si existe distancia. También se puede desde la lejanía, no es necesario que haya algo personal, y cuando Ud. dice que se alegra, eso no es decoración, simplemente me toca. Sin que me avasalle, cuando se trataba de confirmación, siempre hice hincapié en que la actitud de mi madre fue para mí precisamente tan negativa, porque en ese punto me coartaba, y no solamente con sentimientos avasalladores. Mi ratificación debe entonces recibir un peso, pero no un exceso de peso. Hace un par de semanas que dije que yo tenía temor de lo que pudiera recibir de Ud. Pero esa era justamente mi incertidumbre. Cuando Ud. dice que se alegra, eso me toca, pero no me angustia.

Comentario: La satisfacción compartida no se remite a una homosexualidad latente, la que en fases anteriores del tratamiento había intranquilizado al paciente.

Se hace más fácil cambiar cuando se trata de asuntos concretos y de trabajos referidos a objetivos. El contacto con las personas es más difícil, porque afuera sigue sintiéndose a menudo no bienvenido. Cristián Y ilustra esto haciendo una analogía con el problema de jugar al tenis. Cuando él gana, llega casi a disculparse con el contendiente. Cuando tira la pelota a su adversario, lo hace tenso, porque teme que su juego agresivo no sea bienvenido. Con razón, supone que su capacidad de concentración sería mejor si pudiera ser más agresivo. Sus angustias dificultan el que sus intenciones desemboquen en acciones dirigidas a objetivos.

A.: Ahora bien, quizá puede derivar algunas vivencias de éxito del hecho de que me convenció con sus argumentos y con ello también alcanzó un objetivo. Lo que yo también lamento es haber provocado estos desvíos y haberle hecho difícil algunas cosas. ¿Quién se alegra de sus errores?

P.: Ud. ya sabe que yo no quiero acercarme a esas reflexiones. Ud. debe alegrarse si yo puedo hacer algo, pero Ud. no debe ser alguien con quien yo comparta algo, porque eso me recuerda demasiado la confusión de antes. Además, tengo un panorama demasiado estrecho como para poder decir si fueron errores suyos o desvíos con los que me exigió demasiado. Simplemente digo lo que no me calza y me defiendo, sin poder decir si tengo o no razón. Algunas sesiones más tarde, Cristián Y trae un sueño que simboliza con precisión su estado. Se encontraba en un avión en los aires. La angustia que empezaba a emerger en él desaparecía bajo la certeza progresiva de que podía confiar en el piso que lo sostenía. Ya había interpretado su sueño. Su confianza en el piso que lo sostenía había crecido. Resume sus identificaciones conmigo, y acentúa que yo he asumido una actitud positiva frente a su sexualidad y su agresividad. No basta una confirmación atmosférica y no explícita. Él necesita afirmaciones claras de reconocimiento. Luego, vuelve a tratar largamente sobre la dificultad de convertir afuera en realidad los conocimientos logrados. En el curso de la sesión, interpreto su pasividad como un intento de defenderse y de protegerse en contra de su madre, quien, por una parte sufría de agitaciones histéricas y, por la otra, exigía de su hijo comportamientos de mucha compostura; es decir, le imponía una especie de "falso self". Este supuesto permite entender que se retrajera y se sometiera al sistema de valores de ella. Al mismo tiempo, el paciente sentía que en el fondo era muy distinto y de hecho constantemente quería ser distinto de lo que mostraba hacia afuera. En relación con mi actitud frente a su sexualidad, el paciente sigue siendo desconfiado. De nuevo, no puede seguir hablando porque siente vergüenza; más tarde supera la vergüenza. Manifiestamente esto está en relación con recuerdos de sesiones anteriores.

P.: Justamente quiero, ahora no lo puedo decir, es extraño, quiero ... (pausa), tengo que hacerlo al revés, quizás así logre llegar adonde quiero, que aquí lo que le pido es reconocimiento. Esto es una situación modelo de algo que quiero lograr afuera. De la gente quiero algo, y este querer tener es enormemente problemático para mí, porque ... En casa aprendí que en lo posible no hay que pedir nada a nadie, no ejercer influencia sobre los demás. Y afuera, lo que justamente me importa es encontrar reconocimiento en los demás, y eso es algo que para mí es muy difícil.

A.: Sí, entonces también se aclara precisamente en qué momento apareció la confusión. En el momento en que Ud. me exigió de una manera particularmente intensa que me dedicara a Ud. de una manera muy determinada. Yo satisfací su deseo, sus expectativas, sus anhelos, su intensa exigencia, al decir: "sí, depende

de eso", de que lo que diera no fuera algo general, sino muy circunscrito. Entonces satisfice algo.

P.: Eso me produce angustia, porque yo ...

A.: Ud. estaba confundido, porque eso podría satisfacerlo, finalmente.

P.: Otra idea me sigue atormentando. Quisiera recurrir a la imagen de Jacob con el ángel que una vez Ud. utilizó. En mi fantasía soy, por así decirlo, muy poca cosa como para recibir esa bendición.

A.: Hmhm.

P.: ¿No es cierto?

A.: Hmhm. (Pausa.) Yo creo que con ese pensamiento se protege de la avasalladora liberación que significa ser bendecido.

P.: Sí, la verdad que también eso.

A.: Hmhm.

P.: Precisamente porque faltó el reconocimiento y yo tuve la impresión de que Ud. lo evitaba o algo así, de alguna manera tuve la impresión de que eso no era para mí, y que debía arreglármelas con las limitaciones. Es como era antes, cuando se dijo que yo era muy pequeño para ello o para lo que fuera.

A.: Hmhm.

P.: No sé, en este momento no veo nada. Ud. posee lo que yo busco –siempre le he imputado eso– pero algo ha impedido que Ud. me lo comunique.

Cristián Y recuerda que en la primera sesión me preguntó sobre mi actitud frente a la sexualidad. En ese momento yo le contesté que se trataba menos de qué posición tuviera yo al respecto, que de que él pudiera llegar a una posición propia. Cristián Y había experimentado esta observación como un rechazo, como una falta de reconocimiento.

Mi actitud terapéutica de entonces era exactamente como la describió el paciente. En esa época, pertenecía a mi estilo de tratamiento el dar respuestas evasivas de ese tipo. Sólo la corrección posterior de mi actitud analítica trajo consigo los cambios que ahora el paciente expresa en el sueño de la sesión de hoy, del mismo modo como en otras sesiones del último tiempo, y que le han permitido una vida exitosa y totalmente libre de angustias en la familia y en la profesión. Es muy probable que el análisis hubiera tomado un curso totalmente distinto si ya desde las primeras sesiones yo hubiera posibilitado la identificación con mi reconocimiento.

Por lo demás, sería un error pensar que el paciente tenía una especial curiosidad por mi sexualidad, en ese tiempo o después. Mi vida privada le importaba sólo marginalmente, mucho más se trataba de mi manera de ver las cosas, en la medida en que ésta estuviera al servicio de una identificación con un sistema de valores independiente del de su madre. Al mismo tiempo quería distancia.

Como supuesto teórico, esta sospecha se puede demostrar con muchas expresiones del paciente. También en la sesión de hoy menciona nuevamente la vergüenza que había resultado de las confusiones, es decir, de las fantasías transferenciales.

De la toma de posición del paciente anteriormente mencionada, tomamos el siguiente pasaje:

Al principio yo partí de una reflexión simple, que en el fondo mantengo hasta ahora. En aquella época Ud. me explicó cómo yo había adoptado las actitudes de antiguas figuras, es decir, como me había identificado con ellas de una manera que me dañaba. Primero estaba furioso conmigo mismo por haber sido tan tonto. Ahora debo agregar que estoy convencido de que existen personas con distinta aptitud y tendencia a la identificación; yo mismo me veo como alguien que, por lo menos al principio, está expuesto y dispuesto a ello. Luego, esa disposición de ánimo cambió bruscamente y dio lugar a una esperanza que en el fondo duró hasta el final: esta cualidad que yo suponía tener, la entendí como la gran oportunidad para identificarme con modelos adecuados y para lograr un sentimiento de autoestima definitivo. De Ud. esperaba reacciones correspondientes, las que ciertamente se dejaron esperar. Por la falta de posibilidades de identificación, siempre definí mi daño como una enfermedad carencial. En ese contexto, seguramente lo más que hablé fue de querer ser amado y de no serlo; con ello naturalmente no pensaba en un deseo actual, sino en el antiguo, que tocaba a la niñez. El no ser querido fue entonces el punto de cristalización para la identificación con mi madre. Repetidamente detallé esta posición de partida, para tratar de encontrar salidas. Es claro que en los últimos tiempos no necesito "amor". Se trata de la "otra solución". Las carencias no se pueden anular con sólo contarlas. Sobre todo, el despedirse de las figuras antiguas, liberarse de ellas, no reemplaza las carencias. Afuera, mis metas de vida están completamente diseminadas. La ganancia para mí es infinitamente mayor si estas metas concretas se valorizan con su apoyo. No veo por qué la conversión sobre mis metas, o la significación que Ud. le reconoce, tendría que ser algo menos actual que las "acciones verbales directas". No se pierde nada de la intensidad: la conversación no se hace por eso menos personal. Sus posibilidades no están limitadas: la agresión y la sexualidad pueden ser incluidas sin dificultad, sin necesidad de disimulos, interpretaciones artificiales o evitaciones torpes. Si se logra "acuerdo" a este nivel, será siempre claro qué y de quién se está hablando. El transmitir una actitud general positiva no es en sí mismo "mutativo". Me parece necesario que Ud. reconozca bandera y que tome partido. Creo que en esto se necesita muy poco, el mero mostrar una tendencia

es ya una ayuda, si se cumplen ciertas condiciones. Calidez, tolerancia y una actitud positiva, se refieren simplemente a la existencia misma de la sexualidad, agresividad, etc. Por cierto, también la empatía se refiere al "cómo" de sexualidad y agresividad. Si a la comprensión se agrega una pizca, una dosis mínima de identificación con el médico por parte del paciente –que ciertamente no debe cambiar al médico–, entonces se favorecen cambios masivos en el paciente. Cae lo viejo y lo nuevo ocupa su lugar. La mera compasión me aporta poco, así Ud. está "extinguido"; al contrario, un poquito de "vivir en conjunto" es decisivo. Con ello la liberación de las antiguas figuras se convierte en un proceso libre de duelo, ya que sus posiciones vuelven a ser ocupadas placenteramente. También la despedida de ellas se hace más fácil como consecuencia de los objetivos alcanzados. Las dificultades están ciertamente en otra parte. A aquello que uno es, con seguridad no se llega sólo en base de las predisposiciones, sino también en la confrontación con el medio ambiente. Por mi falta de experiencia, yo siempre me vivía y me describía como "lisiado", "subdesarrollado" o "atrofiado". Me faltaba una confrontación adecuada con el medio ambiente. En tanto existan "puntos ciegos en mi psique", en el análisis se hará difícilísimo lograr avances. Eso presupone en alguna medida intervenciones estructurantes por parte del analista. Probablemente esto contradice la comprensión tradicional del tratamiento. Yo no logré convencerlo totalmente de la necesidad de ir en esa dirección. Con todo, me doy cuenta que venía de muy abajo y que con su ayuda he alcanzado algunas cosas. Con el estado alcanzado puedo vivir. No necesito muchas palabras para agradecerle su actitud flexible con este paciente tan exigente y a veces ciertamente incómodo. Comentario: Debido a la significación fundamental de la toma de posición de Cristián Y frente a los protocolos literales de la fase de terminación de su análisis, quisiéramos agregar algunas observaciones. Quisiéramos extendernos en relación con los errores técnicos de las primeras fases del tratamiento, por los que el paciente reclama. En la medida que este hombre joven y muy enfermo, durante años atado al hospital, espiritual y corporalmente totalmente inmóvil, pudo durante la terapia construir una vida privada y profesional, podemos afirmar que estos errores pudieron ser nuevamente compensados. La crítica de Cristián Y proviene del último período, en el cual frecuentemente hacía un balance del tratamiento. Parece natural que justamente un paciente que, a pesar de las muchas gratificaciones, sufre de una enfermedad carencial –en aparente paradoja, a causa del exceso de amor materno–, vuelva a constatar, precisamente al final, lo que le fue insuficiente durante el tratamiento. Este argumento reclama otro, y en un santiamén nos encontraríamos en una extensa discusión, que sólo podría ser conducida de manera equilibrada y fundamentada en base a

un estudio empírico de caso único, como investigación combinada de curso y resultado, del modo como lo ha hecho Leuzinger-Bohleber (1988). Por lo tanto, tenemos que atenernos a lo que nos dice el analista tratante, a saber, que los errores técnicos en este tratamiento no se reducen solamente a fallos diagnósticos o a algún aspecto de su ecuación personal. Dejemos hablar al analista mismo:

Hace 20 años, comencé el análisis de Cristián Y con la comprensión de la técnica psicoanalítica que tenía entonces, es decir, con la manera de entender la teoría y la práctica de la transferencia, contratransferencia, resistencia y regresión. Respecto de los temas hablados en ambos pasajes, es mucho lo que he aprendido de Cristián Y y de otros pacientes con trastornos semejantes, algo a lo que atribuyo una importancia de primer orden para mi comprensión actual de la técnica psicoanalítica. A lo largo del tiempo, me he convencido que las teorías filosóficas y de psicología social sobre el papel del reconocimiento en el desarrollo de la autoconciencia, del aplomo y de la seguridad en sí mismo, en el espacio intersubjetivo, son muy productivas para la técnica psicoanalítica. En relación con este problema, Düring (1986) ha destacado el valor de Fichte, Hegel, Mead y Schütz. Sin que la autora misma establezca relaciones con la teoría de la técnica, es evidente que las distintas concepciones sobre el desarrollo de la autoconciencia y el papel del reconocimiento, están profundamente enraizadas en la historia espiritual. Los conocimientos sobre el ser humano logrados por la filosofía no sólo se tocan con las afirmaciones empíricas sobre la intersubjetividad entre madre e hijo desde el momento del parto. En el primer tomo llamamos la atención sobre las convergencias con la comprensión interaccional de transferencia y contratransferencia.

Ciertamente no se trata, por ejemplo, de convertir en tema de interpretaciones terapéuticas la famosa interpretación de Hegel sobre la relación entre el amo y el esclavo, o sus enunciados filosóficos sobre la lucha a muerte por el reconocimiento. Tampoco se puede adoptar técnicamente la interpretación psicológico-social de Mead del papel que desempeña "el otro significativo" en la constitución del sentimiento de sí (véase Cheshire y Thomä 1987), así simplemente. Los caminos por los cuales los seres humanos buscan reconocimiento son demasiado variados y a la vez tienen un gran espectro de significados. Así, Cristián Y no buscaba precisamente un reconocimiento transmitido, por ejemplo, a través del reflejo narcisista o, de acuerdo con la metáfora de Kohut, a través del brillo en los ojos de la madre (o del analista). Mediante la ayuda de una posición excéntrica, él quería justamente lo contrario; salir de la confusión para poder ser él mismo otra persona. Cristián Y busca un reconocimiento recíproco, que en la neutralidad psicoanalítica habitual es

evitado, pero que es mantenido en cualquier forma de empatía que confirme el círculo narcisista. Mi aceptación de las críticas del paciente en la fase de terminación, y también antes, brotó de mi convicción, que felizmente también tuvo una función terapéutica. Los diálogos aquí reproducidos son también desacostumbrados para mi práctica terapéutica. Son momentos estelares, en tanto apuntan más allá del caso individual y podrían contribuir en la solución de problemas fundamentales de la técnica psicoanalítica. No hay que dejarse engañar por el lenguaje pulido y por el alto nivel de abstracción: aquí se juegan valores emocionales y existenciales altamente significativos. Cristián Y los puso en conceptos y los definió –con

mi reconocimiento—, con la ayuda de su lenguaje, de su mundo y de él mismo. Probablemente podría haber sucedido mucho antes. Pero al comienzo de la terapia yo no sabía hacerlo mejor.

9.4 Depresión

Una paciente de 50 años sufría de una depresión acompañada de estados angustiosos, y durante largos años se había sometido sin resultados a un tratamiento farmacológico. La sintomática había seguido a una reacción de duelo en relación con la muerte del marido, después de una corta enfermedad. Dorotea X desarrolló angustias hipocondríacas de tener, como su marido, un carcinoma que fuera descubierto demasiado tarde. El vínculo identificatorio con el fallecido idealizado y la continuación de la relación ambivalente con él, interiorizada en la forma de autorreproches, seguía el típico modelo de las reacciones depresivas. Dorotea X vivía retirada y se mantenía literalmente escondida: para justificar el constante uso de lentes para el sol, detrás de los cuales se ocultaba, decía protegerse de una hipersensibilidad de los ojos. Debido a la enfermedad crónica de una nuera, creía que algún día tendría que hacerse cargo de 2 nietos, pero temía ser incapaz de eso a causa de su padecimiento. Esta preocupación reforzaba sus sufrimientos, y al mismo tiempo la obligaba a permanecer viva y a no ceder frente a sus ideas suicidas.

El psicoanalista como objeto transferencial

La elaboración analítica de la identificación depresiva con el marido fallecido condujo a una cierta mejoría de las molestias y a una recuperación de su capacidad de relacionarse, en primer término con el psicoanalista, es decir, con el "objeto transferencial".

En la transferencia, Dorotea X tendía a cuidarme amablemente, como lo haría una madre. Al mismo tiempo, me idealizaba por mi tranquilidad y serenidad: "Me gustaría ser así siempre." El punto de ruptura, que cambió bruscamente la transferencia positiva moderada, sucedió por casualidad: en una sesión que excepcionalmente se llevó a efecto en las últimas horas de la tarde, Dorotea X encontró un analista tenso y cansado. Su observación de mi cansancio, que fue confirmada por mí, desencadenó en ella una preocupación irracional, motivada por la siguiente inquietud: debajo de mi tensión sospechaba una enfermedad grave, de modo que no se me podrían exigir nuevas cargas. Sus amistosas

tendencias maternas anteriores tomaron formas exageradas. Si bien se dio una mejoría sintomática casi total, ésta estuvo asociada con la queja de que ella no podría abandonar nunca más el tratamiento, porque no podría estar permanentemente convenciéndose de que no me sucedería algo malo; por lo menos tendría que estar siempre preparada para el rescate. Al mismo tiempo, se acusaba de haberse convertido en una carga con la continuación de la terapia, de modo que mientras iba desenterrando antiguos sentimientos de culpa, se iba sintiendo nuevamente culpable.

La irracional preocupación por mí como objeto transferencial facilitó la elaboración terapéutica de sus relaciones ambivalentes inconscientes, que se remontaban biográficamente al hecho de haber causado una grave hipocondría en su madre: cuando la madre tuvo a la paciente, sufrió una hemorragia que casi le costó la vida, episodio al que durante años se atribuyeron diversas molestias de la madre. Estas fantasías de muerte y rescate, como idea rectora de su infancia, se entienden sobre este trasfondo familiar. Bajo el alero de la transferencia positiva, fue posible aclarar los aspectos agresivos y negativos de su pensar y obrar. Se fue haciendo cada vez más presente el carácter defensivo de sus idealizaciones. Así, se perfiló que el asumir el papel de madre –algo que también había hecho con su dependiente marido muerto–, le era especialmente útil para ocultar sus necesidades sexuales y para satisfacerlas regresivamente. Al proteger maternalmente a su marido tenía, debajo de sus faldas, al mismo tiempo "los pantalones bien puestos", obteniendo de esto también gratificaciones. Después de todo, ella había aportado de manera considerable al éxito laboral de su marido.

En las ocasiones adecuadas, con mis interpretaciones intenté poner en la mira, sin éxito, los aspectos humanos del analista. Si bien la paciente podía ver intelectualmente que yo tendría que tener aspectos débiles, ella no quería saber realmente nada de eso.

Idealización y desvalorización aparecieron, también aquí, en su típica reciprocidad. Por un lado, reconocía indicios de que yo utilizaba mi saber en el bien de ella, pero, por otro, desvalorizaba mis observaciones como autoafirmaciones interesadas de mi parte. La paciente completaba este razonamiento con una disculpa, que buscaba aliviarme, y que consistía en remitir la falta de cariño que me atribuía a supuestas experiencias de vida terribles. Los pensamientos peyorativos latentes, así como las idealizaciones, permanecieron durante largo tiempo inaccesibles a las interpretaciones terapéuticas.

La desidealización y la percepción de la persona real

Un segundo momento crucial de esta terapia llegó después de que Dorotea X me vio pasar conduciendo mi automóvil a alta velocidad. Su descripción de las circunstancias, así como el lugar y la hora, no dejaron lugar a dudas de que Dorotea X había hecho una observación atingente. Sin embargo, se esforzaba por no tomar conciencia de su percepción y evitaba asegurarse de que era mi vehículo, manteniendo la costumbre de pasar "con los ojos cerrados" junto a mi auto estacionado. La gran potencia del auto deportivo no correspondía con la imagen del psicoanalista sereno y aparentemente adinámico.

Su atingente observación en la calle condujo a una conmoción duradera de su idealización. Después de intensas luchas interiores, que se orientaban a decidir si ella se permitiría la confirmación de su observación, o sea, si tenía o no permiso para mirar directamente al automóvil estacionado, Dorotea X finalmente descartó toda duda: también su analista pertenecía a aquellos hombres que al elegir sus auto-móviles se dejaban llevar por tendencias irracionales. Los intentos de justificarme y de disculparme llevaron sólo a alivios pasajeros y llenos de compromisos. La realidad que introdujo el automóvil adquirió significados múltiples. El coche representaba y simbolizaba fuerza y dinamismo, hasta el extremo de la falta de consideración y el despilfarro. Finalmente, el auto se convirtió en un símbolo sexual en el sentido más estricto. El desasosiego de la paciente creció en la medida en que reconocía la idealización del objeto transferencial. En el objeto transferencial ella buscaba no solamente la satisfacción de sus propias necesidades, sino que, entre otras cosas, se buscaba a sí misma, es decir, buscaba su propio dinamismo que había desaparecido en la idealización y en su actitud maternal.

Entre otras cosas, mi trabajo interpretativo tenía la meta de mostrarle a qué aspectos esenciales de su propia vida había renunciado, deponiéndolos en mí y en el automóvil. Debido a que durante su largo tiempo de casada había tenido que cohibir en muchos sentidos su temperamento, la vuelta de su vitalidad estaba ligada, por de pronto, a intensas inquietudes. Con el avance de la elaboración de los temas de su renuncia, la paciente pudo recuperar e integrar, cada vez más, su propia energía y actividad. A partir de entonces, el tratamiento tomó un curso claro en la re-elaboración de los contenidos inconscientes mencionados.

Los dos momentos cruciales de esta terapia fueron producidos por observaciones realistas que Dorotea X había hecho de la situación del analista. Sólo la confirmación de sus percepciones dieron a mis interpretaciones substancia y fuerza de convicción. En el primer episodio, la preocupación desmedida por mi cansancio pudo remitirse a los aspectos agresivos de la transferencia. Resulta cuestionable si la sola interpretación de las fantasías inconscientes, que por

cierto también estaban con-tenidas en esas observaciones, hubiera producido el mismo efecto. Una interpreta-ción de ese tipo, ¿no hubiera contribuido más bien a cuestionar la capacidad de per-cepción de la paciente, en el sentido que el analista realmente no estaba cansado y que por eso no era vulnerable?

En el segundo episodio, fue nuevamente una observación realista la que dio la ocasión para abandonar el juego recíproco entre idealización y desvalorización, y la que llevó a Dorotea X a concederme cualidades "masculinas" –hasta el momento desmentidas– y a integrar en su concepto de sí misma sus propias fuerzas proyec-tadas.

Epicrisis

Alrededor de 3 años después de la terminación de la terapia, Dorotea X llenó un cuestionario especialmente construido para investigar los efectos de las interrupcio-nes durante la terapia, con las siguientes palabras:

"Después de recibir el cuestionario, respondí inmediatamente todas las preguntas, para mí un signo seguro de lo mucho que todavía me siento unida a mi psicoterapia y a mi psicoterapeuta. Mientras más largo se hace el lapso que me separa de la última sesión de terapia, mayores son los beneficios que extraigo del tiempo de tratamiento. Por ejemplo, sólo ahora entiendo muchos de los estímulos para pen-sar que me dio el terapeuta en aquel tiempo y sé utilizarlos. Estoy agradecida por cada sesión de terapia, en la cual aprendí a vivir de manera un poco más liviana y feliz.

"Ya algún tiempo antes del término de mi psicoterapia ensayaba, para mí sola, con risas y llanto, la 'sesión de despedida'. Este "juego" se me hizo tan insopor-table, que le pedí al terapeuta fijar lo antes posible la fecha de la última sesión; fuera de eso, percibí claramente que la fecha estaba cerca. Después me sentí libre, ni feliz ni triste, sólo expectante. Seguí viviendo como hasta ese momento, y en mis pensamientos tenía conversaciones con mi terapeuta. Nunca he pensado en volver a terapia: con ella se cerró un círculo. Supe que había sido una época buena

y productiva. Tanto en la terapia como en la persona de mi terapeuta, aprendí y en-sayé una vida más libre y mejor; ahora tengo la fuerte voluntad y un sentimiento bastante seguro de poder dominar la vida de 'afuera'."

9.5 Anorexia nerviosa

Reconstrucción de la génesis

De este historial clínico, publicado íntegramente en otra parte, bajo el seudónimo de Enriqueta A o Enriqueta B (Thomä 1961, 1981), extraemos la reconstrucción de la génesis de una anorexia nerviosa puberal. Aunque no deje de ser importante que después de casi 30 años todavía se pueda echar una mirada en la reconstrucción de una anorexia nerviosa puberal y que los problemas de identificación y de identidad en la anorexia nerviosa hayan sido entretanto reconocidos por todas las orientaciones psicoterapéuticas, lo que aquí nos importa es algo diferente. Queremos familiarizar al lector con la fase de terminación de un psicoanálisis, porque en los períodos octavo y noveno del tratamiento se encuentran ocultos indicios, que posteriormente se demostraron como significativos en la aparición de una mutación sintomática.

Enriqueta X, de 19 años de edad, enfermó cuando tenía 16. Su peso corporal pre-mórbido, de 50 a 52 kilos, cayó a cerca de los 40 kilos. Al comienzo del psicoanálisis, tres años después, la paciente, de 172 centímetros, pesaba 46,3 kilos. Desde el comienzo de la enfermedad presentaba amenorrea y constipación.

En el curso del psicoanálisis –289 sesiones en total, a lo largo de 2 años–, la paciente subió a 55 kilos de peso. La menstruación apareció en forma espontánea, después de una ausencia de 4 años, y la constipación mejoró.

Para ofrecer una visión panorámica sobre algunos de los procesos psicodinámicos más importantes de esta historia clínica, vamos a partir de la situación desencadenante, que tiene una estrecha conexión con el ascetismo puberal descrito por A. Freud (1936).

Enriqueta X se sonrojaba cuando la observaban los muchachos o cuando en el colegio se discutían temas que tuvieran algo que ver con el amor. La eritrofobia que desarrolló era vivida por ella como un síntoma martirizante. Hasta entonces, la paciente se había sentido como el "amo en su propia casa" (Freud 1916/17, p.261), y ahora sucedía algo que no podía dominar. Descubrió que podía hacer

de-saparecer su angustia de sonrojarse si ayunaba por las mañanas. El ruborizarse desapareció con la pérdida de peso. En el curso del psicoanálisis este proceso re-trocedió. Con la reaparición de la eritrofobia pudieron reconocerse, y en parte im-portante superarse, los viejos conflictos que habían llevado al ascetismo.

Se mostró que Enriqueta X se sonrojaba porque le incomodaba que la miraran co-mo "muchacha". Como punto central, consideraremos la angustia y los mecanis-mos defensivos del yo que acompañaban este hecho involuntario. La pregunta es: ¿por qué frente a un sonrojarse inofensivo, visible externamente, la angustia cobra-ba una intensidad tan alta, que las consecuencias fueron una restricción en la ali-mentación durante varios años y una repulsa pulsional general con aislamiento? En lo que sigue, se intentará ofrecer un panorama de la psicodinámica.

1) La descripción de que hasta antes de los episodios de sonrojo la paciente se sen-tía como el "amo en su propia casa" remite, expresado en términos tópicos y diná-micos, a un "ideal del yo" articulado en forma especial: ella quería ser un mucha-cho y no ser mirada como una niña. El deseo de ser un muchacho estaba especial-mente enraizado por influencias biográficas. Había crecido sin padre y vivido como hija única con su madre. La madre, una viuda que vivía sola, proyectaba la imagen de su marido en la hija, y encontraba en ella una consejera intelectual precozmente madura, y una compañera. Dicho en forma general, la paciente fue así empujada a asumir un papel masculino. Desde un punto de vista psicoanalítico, no se había llegado a los conflictos edípicos normales de una situación triangular padre-madre-niño, sino a una identificación masculina. Características como independencia, fir-meza y eficacia, que como tales no son características "masculinas" o "femeninas", pero que en nuestra cultura son representadas más bien por el sexo masculino, fue-ron reforzadas en la paciente por las circunstancias familiares. La paciente estaba acostumbrada a llevar el compás y la madre siempre se dejaba guiar por ella. Estas circunstancias pueden haber sido en parte responsables de que la paciente quedara fuertemente fijada a la creencia en la "omnipotencia del pensamiento" (Freud). Tan-to más intensamente le afectaba el que, en ocasión de pequeñas transgresiones –por ejemplo, tomar algo sin preguntar en casa de parientes–, fuera severamente castiga-da y súbitamente tratada como una niña mala.

También en una amistad con otra niña, que se prolongó por años, la paciente de-semeñaba el papel activo. Mientras pudo representar sin restricciones el rol de muchacho y todo le resultó sin esfuerzo –era buena deportista y una estudiante des-tacada, sin que tuviera que trabajar por ello– el ideal del yo se mantuvo incólume. El equilibrio interno se perturbó sólo en la pubertad.

- 2) En el conflicto entre no poder ser un muchacho y no querer ser una muchacha (lo que entretanto correspondía al "ideal del yo" enraizado inconscientemente), se alcanzó una nueva seguridad a través de un ideal asexuado. Con ello, apareció aquella enemistad primitiva e indiferenciada entre "yo" y "pulsión" de la que A. Freud habla en relación con el ascetismo puberal. Las consecuencias de una repulsa generalizada de las pulsiones se podía reconocer en los cambios conductuales, en general, y en los trastornos del comer, en particular. A través de la desmentida (Ver-leugnung) de los aspectos peligrosos del mundo externo y de la represión de la impulsividad, el "yo" logró liberarse de la angustia.
- 3) La vivencia del hambre representaba el prototipo de la impulsividad, y el ascetismo estaba al servicio de la superación del temor a la fuerza de las pulsiones.
- 4) Observado más de cerca, el "temor a la fuerza de las pulsiones" se disocia en componentes pulsionales inconscientes, cuya represión perturbaba tanto el pensar como el actuar. De ello resultaba a) una restricción de la capacidad de la paciente de establecer relaciones interpersonales, b) un trastorno para trabajar y de concentración, c) trastornos funcionales. Estos efectos surgen de los diferentes destinos de los representantes afectivos y cognitivos de las mociones pulsionales. Las represiones fueron aseguradas a través de "contrainvestiduras", a través de "cambios yoi-cos". Estos podían ser deducidos de sus conductas.
- 5) En la anorexia nerviosa se pueden distinguir los siguientes procesos psicodinámicos:
- a) Evitación de una satisfacción pulsional real, retirada de la pulsión del objeto y satisfacción de los deseos en la fantasía (sueños diurnos sobre el comer). Aquí se trata de un intento de evitar el peligro que existiría con la gratificación real e ilimitada del impulso.
- b) Se mostró que la actitud "de amazona", en general, y la anorexia, en particular, representaban una consecuencia de la defensa en contra de la receptividad ("algo entra en mí"), porque inconscientemente se relacionaba "alimentación" con "fecundación". Asco y vómitos estaban conectados con una defensa sexual.
- c) La satisfacción oral se conectaba inconscientemente con destruir y matar. Por eso se limitaba el comer, o se lo vivía como algo que producía culpa.
- 6) El miedo de que todos los límites pudieran desaparecer remite a un anhelo por una relación sin contradicciones y que lo abarque todo. Debido a que tenía temor por su ambivalencia y por su exigencia de totalidad oral destructiva, este anhelo fue reprimido y satisfecho regresivamente. Desde un punto de vista económico-energético, la tensión del impulso a alimentarse frenado era descargada en una compulsión a moverse (paseos excesivos). Representado tópicamente, aquí se

trata de una investidura regresiva de procesos alejados de la conciencia, aparejada a un placer de movimiento, sin que el "yo" los pudiera rechazar por "pulsionales". Al contrario: el impulso a moverse y otras formas de actividad están al mismo tiempo al servicio de la "desintoxicación", y así también al servicio de la defensa.

Biografía

Prácticamente, Enriqueta X creció como hija única y huérfana de padre. Sus dos hermanos, mucho mayores, estaban ya haciendo sus estudios profesionales cuando ella nació, al comenzar la guerra en la que su padre perdió la vida. Hay que destacar que se desarrolló un vínculo muy estrecho entre la solitaria madre y la niña que era querida sobre todas las cosas. La hija dormía con su madre en la cama matrimonial, porque de no ser así presentaba estados angustiosos nocturnos. Desde el punto de vista de la madre y de todos los parientes –un tío lejano que tenía una familia grande asumió el rol de padre idealizado–, Enriqueta X fue una niña normal, alegre, frecuentemente testaruda que con gusto jugaba en el jardín con muñecas. Mostraba una mente despierta y una fantasía muy viva. Desde la primera infancia tuvo una estrecha relación con su amiga Gusti. La unidad Enriqueta-Gusti permitió un rico juego de roles, en el que Enriqueta no sólo aparecía como más creativa, sino que frecuentemente asumía el rol activo "masculino".

Sin mayor esfuerzo, hizo la transición entre la escuela primaria y el colegio de educación secundaria. Junto a su amiga Gusti, acudía al colegio a pie, hasta la pequeña ciudad vecina. También en el colegio se puso a la cabeza de su clase con toda naturalidad. Todo parecía resultarle fácil. Era una deportista destacada, una buena pianista y talentosa para el alemán y los idiomas extranjeros. En el curso, mixto, estaba entre los líderes de los muchachos y daba el tono del quehacer de la muchachada. La relación con Gusti la llenaba y la protegía de contactos más estrechos con sus compañeras y compañeros de curso. Con los demás sólo se metía como competidora en las clases de deporte. Se aferraba rígidamente a este estado y aborrecía la menstruación que la excluía por algunos días de las competencias.

Con la reagrupación de la clase en la época de la pubertad, fue perdiendo cada vez más su rol de líder y cambió su conducta. Se convirtió en una niña callada, emocionalmente lábil, perdió el placer de vagabundear. Si antes comía con placer junto a Gusti, ahora redujo la ingestión de alimentos y en ocasiones vomitaba. Sus rendimientos deportivos empeoraron de tal modo, que no pudo

seguir participando en competiciones. Con la terminación de la enseñanza que su colegio ofrecía, tuvo que cambiar de colegio y movilizarse diariamente con medios públicos de transporte. Esto la obligó a separarse de su amiga Gusti. En la nueva clase, a la que asistió durante dos años hasta que comenzó el tratamiento, no hubo cambios corporales ni psicopatológicos en la enfermedad que apareció a los 16 años de edad.

De la fase de terminación de la terapia

Octavo período de tratamiento, sesiones n.º 215 a 254

Con cierta inquietud, pero a la vez con alegría, Enriqueta X notó que con el aumento de peso, logrado ya hace bastante tiempo, se producía también un cambio en sus sensaciones corporales y que sus músculos se hacían más blandos. La inquietud la provocaban percepciones físicas tales como una sensación de opresión en el abdomen al usar vestidos ajustados o cinturones. Una serie de otras sensaciones corporales curiosas podían ser sólo parcialmente comprendidas. Sin embargo, nos parecen significativas para la comprensión de la relación entre función y forma en el trastorno de la función alimenticia y de la imagen corporal. En todo caso, es un hecho notable que muchas anorécticas mantengan a través de años su peso corporal constante con mínimas fluctuaciones. Tendríamos que asumir que la ingestión de alimentos se regula automáticamente a través de percepciones corporales que dan señales inconscientes.

Enriqueta X estaba tan afectada por la inquietud que la empujaba a comer como por la percepción de sus formas corporales. En sus estados angustiosos temía ser avasallada tanto desde dentro, por peligrosos impulsos desconocidos, como desde afuera. La mezcla entre adentro y afuera, tal como se da en el acto sexual y en el acto de comer, fue el tema de los sueños siguientes.

En la sesión n.º 237, Enriqueta mencionó un sueño en la que ella primero había buscado protección con su madre y luego yacía con su analista en la cama. Se llegaba a una lucha libre, a heridas y hemorragia. En este sentido, un detalle importante era que Enriqueta X era sofocada por gruesas vigas del techo de la pieza, pero que en el sueño eran barras de galletas de mantequilla.

En sueños posteriores (sesión n.º 240), Enriqueta X tuvo nuevamente la sensación de ahogo y al mismo tiempo soñaba que estaba con la regla. Finalmente, en

la sesión n.º 245 soñó que había tenido la menstruación, pero que ésta era en parte de color blanco. En el sueño, la hemorragia menstrual junto con los elementos blancos se mezclaban con la comida y Enriqueta X los consumía. En el curso posterior del sueño, yacía debajo de una muchacha muy bella y tenía relaciones sexuales con ella. Al hacerlo, no sentía ningún pene, pero sí sentía el hermoso cuerpo de la muchacha y veía sus pechos bien formados.

Así se aclaraba el significado del "estar casada con la comida", como Enriqueta X a veces describía su estado de ese momento. Y es que en este sueño de la sangre menstrual con elementos blancos mezclada con comida, se consuma un hecho, cuyo contenido es al mismo tiempo una partenogénesis (autofecundación oral) como también un autoabastecimiento parcial. Por lo tanto, interpretamos este sueño en dos planos al –dicho brevemente– clasificar en el contexto psíquico los elementos blancos por un lado como semen y por otro como leche. Ahora se podía entender mejor un sueño anterior en el que un bebé mamaba de los genitales de la paciente: ésta igualaba inconscientemente esta secreción con la alimentación. Junto con la interpretación del contenido, llamé la atención de la paciente sobre el aspecto narcisista del sueño: "soy autárquica y lo puedo todo, incluso generar nueva vida y vivir de mi propia sustancia".

Por una parte, la autarquía apunta al temor a la pérdida y a la muerte (no debe perderse nada) y, a la vez, representa un intento de superar esta angustia. Cuando este proceso se desarrolla no sólo en el nivel de los sueños, sino que también determina el actuar, se origina una situación que es característica para muchos de los que rehúsan alimentarse. Desde el momento en que los procesos defensivos del yo fuerzan un retraimiento extremo, ya no cambia más nada, y la persona se aferra de una manera casi delirante a la creencia de la inmortalidad –en un caso extremo hasta se puede llegar a una extinción real de la vida–. Trataríamos entonces de entender el languidecer de algunas anorécticas con la ayuda de ciertas ideas sacadas de la psicología del yo. Desde un punto de vista formal, podríamos describir esta paradoja como sigue: "Vivo de mi propia sustancia inagotable y no estoy sometida a los peligros del intercambio que finalmente llevan a la muerte. Nada me amenaza, ni siquiera la muerte." Esta desmentida (*Verleugnung*) permite al enfermo vivir libre del miedo a la muerte. (Inconscientemente, la propia sustancia es idéntica a la sustancia materna, de tal modo que en la muerte aparentemente se eterniza la simbiosis inconsciente.) Felizmente, Enriqueta X en realidad no vivía en ese tipo de autarquía, y con la ayuda de otros sueños pudimos también entender por qué se había retirado al círculo narcisista. Ella tenía que defenderse de las relaciones peligrosas –el ser aplastada por barras de galleta de mantequilla (desplazamiento de abajo hacia

arriba) y las relaciones homosexuales— y de las mociones pulsionales correspondientes. El desplazamiento de objeto en la imagen onírica —el ser asfixiado por barras de galleta— se correspondía con una percepción corporal peculiar durante la asociación libre. Enriqueta X tenía la sensación de que su lengua se hinchaba y reproducía el sentimiento de asfixia experimentado en el sueño. La hinchazón de la lengua fue entendida como un desplazamiento de la excitación sexual. En relación con esto, Enriqueta X temía no poder nunca más hablar en forma normal y tener que tartamudear. Este temor cesó bruscamente después de que fueron interpretadas las tendencias libidinosas asociadas con la boca como órgano de la articulación. En esto también se retomó el sueño homosexual. Enriqueta X dijo que habría interrumpido el tratamiento si hubiera estado con una doctora, porque para ella sería insoportable hablar sobre sus necesidades de ternura con una mujer.

Era reconfortante ver cómo Enriqueta X era capaz de aceptar las interpretaciones y cómo estaba en condiciones de establecer conexiones e integraciones entre sus estados angustiosos, al principio aparentemente inmotivados, y sus vivencias. Le atormentaban sobre todo las agresiones dirigidas en contra de su madre que, por un lado, estaban al servicio de la defensa en contra de sus deseos de apoyo y, por el otro, era consecuencia de frustraciones. A causa de sentimientos de culpa, llegaba ocasionalmente a descuidos extremos en el tráfico urbano, momentos donde también contaba el ponerse a prueba respecto de su capacidad y destreza, al pasar con su bicicleta, en el último momento, por delante de un auto en marcha.

Para su propia sorpresa, su rendimiento escolar mejoró, incluso en los ramos científicos naturales, a pesar de que en comparación con sus compañeras de clase trabajaba todavía demasiado poco, con menor constancia, aunque sí con mayor intensidad. La decisión respecto de la elección de trabajo llevó nuevamente a dificultades. También en este asunto Enriqueta X quería dejar todas las posibilidades abiertas y, como lo reconoció finalmente, quería buscarse un trabajo que pudiera suplirle todo lo otro, matrimonio y familia. A propósito de una orientación laboral, se le certificó una pareja capacidad para todo y en general sobre el promedio. La dificultad en la constancia era reemplazada por una mayor flexibilidad. Ella misma ya había pensado en ser traductora y con los progresos posteriores esta posibilidad resultó naturalmente.

Noveno período de tratamiento, sesiones n.º 255 a 289

Enriqueta X quería utilizar las vacaciones de Navidad, antes del examen del bachi-llerato, para trabajar intensamente, lo que finalmente no sucedió. Por primera vez lo había pasado bien en una fiesta que había preparado con su amiga Gusti. Había estado relajada, se toleraba bien a sí misma y no necesitaba controlarse. Tuvo éxi-to, fue admirada por los muchachos y fue solicitada con camaradería. Ya no la ator-mentaban sus impulsos asesinos. Sin embargo, aún no se atrevía a dar paseos de-masiado largos y ocasionalmente tenía sensaciones de asfixia.

La relación con su madre había cambiado y Enriqueta X lamentaba haber tomado una mayor distancia interior de su casa. Claro que no se podía dejar de reconocer que, hoy como ayer, desvalorizaba sus vivas necesidades de apoyo. Esto tenía un efecto particular en su relación con los niños. Le gustaba jugar con sus sobrinos, pero padecía por la sensación de no sentirse interiormente libre y suelta; sentía que no podía establecer, en absoluto, un buen contacto con los niños. Enriqueta X pensaba: "si ya no siento nada por mi madre, por lo menos podría sentir algo por los niños". Le parecía natural el deseo de tener alguna vez una relación amorosa, pero impensable la idea de parir hijos, de alimentarlos y educarlos. Sin utilizar los términos técnicos, le fue dada la siguiente interpretación: ella no podía sentir nada hacia los niños, porque se identificaba en parte con ellos y justamente al identifi-carse con su propio niño experimentaría sentimientos infantiles de dependencia. Esta interpretación pudo ser profundizada con el sueño mencionado antes, que tenía por contenido el tema de mamar y lamer. En el fondo, en las palabras de la pacien-te y en mis interpretaciones está contenido el problema, en principio no tan fácil de resolver, del entrelazamiento entre relación objetal e identificación.

En la fase final del tratamiento, Enriqueta X soñó que había estrangulado a su médico. De algún modo, en el sueño se hablaba de amor y de voracidad. Se acordó de una historia fantástica sobre un demonio que acechaba a sus víctimas para tra-gárselas vorazmente. A continuación, se le vino el recuerdo de que una vez su so-brino de 4 años de edad durante un juego le había susurrado inmotivadamente al oí-do: "Te voy a decir algo especialmente lindo: te voy a matar." La violencia des-tructiva de su demanda de amor había conducido a la represión de sus deseos de apoyo, ya que en este estado estaría expuesta e indefensa frente a sus propios im-pulsos. Por lo demás, no debe olvidarse que la frustrante "regla de abstinencia" muestra en una luz especialmente nítida la agresividad reactiva, sobre todo en la fa-se terminal de un tratamiento.

Además, debe anotarse lo siguiente: entre las sesiones n.º 258 y 259, había un fin de semana. Enriqueta X salió a bailar y, por primera vez, se había enamorado

intensamente. Una amiga de escuela había comentado con satisfacción: "Me tranquiliza que llegues a ser una persona normal."

La paciente rindió su bachillerato sin angustia ni nerviosismo. Tampoco dejó pasar la oportunidad de celebrar el carnaval. El primer enamoramiento intenso fue rápidamente reemplazado por una nueva fascinación. Durante la noche de carnaval se sintió encantada por un joven "existencialista", en quien de alguna manera encontró a su doble. La mitad de la noche discutieron sobre el bien y el mal, cuya existencia era negada. Al mismo tiempo, ambos se decidieron por ideales ascéticos y calificaron cualquier dependencia corporal como indigna del ser humano. Estos argumentos no impidieron que intercambiaran apasionadas demostraciones de ternura. Durante el corto tiempo que durmió esa noche, Enriqueta X soñó que estaba tendida con un joven en la cama, el que se ocultaba debajo de la ropa cada vez que entraba la madre a la habitación. Después sufrió de insomnio de conciliación, causado parcialmente por excitación sexual nocturna. Ahora, Enriqueta X es capaz de recordar que antes había sentido excitación sexual, pero que no la había dejado ser, ni tampoco se había masturbado.

Las experiencias de carnaval provocaron un sueño que permitió reconocer una importante raíz de sus sentimientos de inferioridad como mujer. Enriqueta X soñó que de sus pechos tensos y turgentes salía una gran cantidad de escarabajos negros. La excitación sexual que había percibido al bailar con su pareja había motivado este sueño, de tal modo que este hecho se manifestó autoplásticamente como una igualdad entre pecho y pene. Los escarabajos negros simbolizaban el semen que era de ese modo desvalorizado como algo asqueroso. Enriqueta X había llegado prácticamente por sí sola a esta interpretación, sobre todo que ahora también se había aclarado que se consideraba incapaz de alguna vez cumplir con la función de madre: los pechos estaban hechos para engendrar y no para amamantar.

Durante la fase final del tratamiento apareció un insomnio de conciliación que inquietaba mucho a la paciente. Antes, podía recurrir a una fantasía muy efectiva para conciliar el sueño, pero que ahora no surtía mayor efecto: era la imagen de estar cayendo en un pozo profundo. Se demostró que el insomnio de conciliación era posible de entender de la siguiente forma: el caerse dentro del sueño era experimentado, por una parte, como un sentirse avasallada y, por la otra, como una regresión a un ansiado estado de protección. Era muy característico que la paciente tuviera temor de dormirse durante la sesión. Este pensamiento le era especialmente desagradable, porque lo que ella justamente no quería era quedarse junto a su médico, sino que aspiraba a separarse de él. Un sueño pudo mostrar hasta qué punto esto de dejarse caer se encontraba cargado

con una ligazón inconsciente entre la entrega y un peligroso acto agresivo. En este sueño, un hombre la inmovilizaba con una pistola con veneno y caía. El trabajo interpretativo logró una mejoría sustancial de este síntoma.

Poco después, y después de aprobar su bachillerato, Enriqueta X fue dada de alta en buen estado. Sus menstruaciones eran regulares desde hacía dos meses. El peso corporal era de 55 kilos y la constipación había mejorado esencialmente. En general, se había dado una evolución favorable. En relación con los síntomas, hay que destacar que la paciente no había vuelto a lograr una total despreocupación en el comer y que aún se privaba gustosa del último bocado. Apareció como justificado dejar hacer su parte a la *vis medicatrix naturae*, es decir, a la fuerza curativa de la naturaleza, y terminar el tratamiento. La paciente quería seguir su formación en otra parte. Se llegó a un acuerdo sobre un tratamiento complementario durante las próximas vacaciones estudiantiles. Este se desarrolló en 15 sesiones algunos meses más tarde. En general, el desarrollo de la paciente había tomado un curso favorable.

El problema de la mutación sintomática

Han pasado casi 30 años desde el término del tratamiento. El psicoanálisis de Enriqueta X permitió un acceso importante a la patogénesis de la anorexia nerviosa. Del conocimiento de las condiciones interaccionales e intrapsíquicas del historial de la enfermedad y de su curso, se pueden derivar estrategias técnicas que son generalizables. La terapia llevó a cambios permanentes y estables. Con perfecto derecho, en este caso se puede hablar de una curación, porque después del término del tratamiento, Enriqueta X pudo llevar una vida exitosa y plena en lo personal y en lo laboral, sin que existieran síntomas residuales de la anorexia nerviosa. Luego de terminar sus estudios y después de elegir una profesión que la llevó al extranjero, Enriqueta X se casó con su novio de muchos años.

Hace alrededor de 20 años, se instaló un síntoma inquietante que la llevó nuevamente a consultarme: paralelo a un intenso deseo de tener hijos, la paciente rechazaba un embarazo debido a la angustia neurótica de que a sus indefensos niños podría pasarles algo, más aún, que ella podría hacerles algo. Enriqueta X, que guardaba un vivo recuerdo de mí, asoció este síntoma con el hecho de que el psicoanálisis la habría alejado demasiado rápidamente del lado de su madre. Si bien se sentía en todo sentido feliz con su pareja, y agradecía al psicoanálisis haberle dado la posibilidad de llegar a tener una relación heterosexual, criticaba, desde su perspectiva, la intensidad "existencial" del tratamiento y los

cambios demasiado profundos, en el ejemplo de la resolución demasiado rápida de la estrecha relación con su madre. Además, la paciente se quejaba de otra limitación adicional en su vida –por lo de-más bastante libre–, que atribuía a los cambios de la terapia: sólo después de superar cierto tipo de angustia podía volar sin compañía. Enriqueta X cargaba esta limitación a mi cuenta, porque yo habría contribuido en que ella reconociera su dependencia y, por lo tanto, en que hubiera perdido la absoluta seguridad en sí misma que tenía en la época de su enfermedad.

El que yo reconociera sus reproches y que los pusiera como tema tanto en el plano de la relación como de la transferencia, derivó en una terapia focal intensiva que por razones externas fue llevada a cabo con una frecuencia alta durante un tiempo corto. En el análisis de la transferencia, la paciente, con una alta capacidad para fantasear, pudo experimentar sentimientos muy agresivos en contra de su madre y reflexionar sobre ellos críticamente. Ya que estos sentimientos agresivos aparecían dentro de una relación vivida inconscientemente como marcadamente simbiótica, la paciente no podía estar segura si no iba a encontrarse a ella misma dentro de su madre o dentro de sus hijos aún no nacidos. Tenía temor por sus hijos todavía no nacidos, porque con ellos se podrían repetir los problemas de la relación simbiótica. El miedo a volar sin compañía pudo ser incorporado sin dificultad en el foco, sobre todo porque el aspecto transferencial estaba aquí bien claro: ella no podía entregarse libremente al "espacio vacío", porque tenía una vieja cuenta pendiente conmigo; el tener una gran confianza trae consigo también un alto grado de dependencia y los correspondientes desengaños. Los espacios abiertos representaban un "objeto transferencial" cuya lealtad la paciente había cuestionado a través de sus propias agresiones inconscientes.

El anhelo por una madre omnisciente y omnipotente lleva inevitablemente a desengaños y, con esto, a agresiones que socavan la seguridad buscada.

Finalmente, de este modo se perpetúa el proceso inconsciente por el cual el síntoma motiva la angustia, algo que se puede observar de regla en este tipo de síntomas. Las "confirmaciones" externas también actúan como reforzamientos. Por la intensidad del vivir en la transferencia y por el insight, mejoran los síntomas en poco tiempo.

Enriqueta X es actualmente madre de una familia de varios niños. Varias veces me ha informado por carta sobre la situación familiar.

Hace cerca de 10 años, y en ocasión de un estudio catamnésico emprendido por mí, resultaron varias entrevistas que facilitaron a la paciente la tarea de arreglárselas mejor con un problema actual. Enriqueta X tenía una relación

especialmente estrecha con sus hijos, de modo que toleraba con dificultad las aspiraciones de autonomía de ellos en la edad escolar y en la pubertad. Debido a la aparición de los síntomas fóbicos mencionados antes, alrededor de 20 años después de la terminación del tratamiento, se hace necesario discutir aquí el problema de la mutación sintomática. En una revisión posterior del detallado informe de tratamiento ya publicado (Thomä 1961, p.130), tropezamos con un indicio que podría estar en relación temática con el síntoma ulterior. En aquel entonces, la paciente había hecho la siguiente reflexión: "Si ya no siento nada por mi madre, por lo menos debería sentir algo por los niños", pero le parecía impensable parir hijos, alimentarlos y educarlos. A partir del conocimiento logrado en el transcurso posterior, podemos ahora decir que se mantuvo una constelación inconsciente que permitió el surgimiento de un síntoma emparentado temáticamente.

Estas observaciones han hecho contribuciones a la teoría de la mutación o desplazamiento sintomático, que Freud (1937c) discutió en su trabajo tardío *Análisis terminable e interminable*. En relación con el problema del cambio sintomático, existe una controversia entre las psicoterapias dinámicas y las terapias conductuales (Perrez y Otto 1978). Aquí es adecuado hacer algunos comentarios en relación con la evolución de la enfermedad de esta paciente. Si se tiene presente el efecto de los llamados factores inespecíficos de la psicoterapia, la tesis de un tratamiento efectivo sólo sintomáticamente debe ser cuestionada, ya que las motivaciones –que parten del síntoma de un modo tal que se refuerzan a sí mismas–, permanecen unidas a las condiciones patogénicas primitivas, por lo cual estas últimas también podrían ser de alguna manera tocadas en terapias sintomáticas aparentemente no causales. En la práctica psicoanalítica se han descuidado las dimensiones del curso y de la "ganancia secundaria de la enfermedad" con sus efectos retroactivos sobre la patogénesis primaria. No sólo en vista de la neurosis de transferencia, la enfermedad "... no es algo terminado, congelado, sino que sigue creciendo, y su desarrollo prosigue como el de un ser viviente" (Freud 1916/17, p.404). De acuerdo con la teoría psicoanalítica, se debe esperar un desplazamiento sintomático cuando condiciones esenciales de la génesis de estos síntomas no pudieron ser neutralizadas psicoterapéuticamente y siguen siendo activas. En el caso de Enriqueta X, una constelación inconsciente que seguía activa fue desencadenada y reactivada por una situación de vida. A propósito de un desencadenante temáticamente pertinente se manifestó un estado latente. Ya que todos los síntomas neuróticos están sobredeterminados, a menudo basta apartar sólo una u otra condición, de modo que el problema del cambio sintomático nos lleva a la pregunta de si es empíricamente posible predecir las

condiciones bajo las cuales se reactivará una configuración desde un estado de latencia, o cuándo una cadena de condiciones puede considerarse como definitivamente interrumpida en sus eslabones relevantes. Evidentemente, tales predicciones no son fáciles de hacer.

El que no sean pocas las dificultades que se encuentran en el intento de especificar las relaciones entre las disposiciones latentes y las condiciones futuras probables de su manifestación, parece haber contribuido en el surgimiento de la pretensión utópica de neutralizar todas las constelaciones patogénicas inconscientes que tengan la probabilidad de reactivarse en el futuro. Si bien Freud (1937c) mostró que la meta aquí pretendida está en el infinito, es decir, que tal tarea es interminable, esta utopía ejerce un gran atractivo. La idea de Paul Ehrlich de algún día llegar a encontrar la *therapia magna sterilisans*, es decir, la panacea universal que pueda curar todas las enfermedades infecciosas mediante la aplicación única de un sólo medio quimioterapéutico, se corresponde con la utopía de que un análisis "interminable" llegue a resolver la disposición a presentar reacciones psicopatológicas.

Quisiéramos ahora abocarnos a la pregunta de hasta qué punto la constelación familiar ha contribuido causalmente en la génesis de la anorexia nerviosa en Enriqueta X. Lo que nos interesa aquí es llevar a cabo una discusión ejemplar de la que se puedan sacar conclusiones de tipo general.

Debemos ahora resumir algunas particularidades de la familia de Enriqueta X que tuvieron efecto sobre la configuración de su mundo interno. Ya dijimos que en cierto sentido ella había ocupado el lugar del padre al lado de su madre. Con ello, resultó un vínculo muy estrecho entre la madre y la hija: en su soledad, la madre podía consolarse con su hija, y la hija debió tener el sentimiento de ser muy importante para la madre. En la literatura referente a dinámica familiar, la asignación de un rol paterno a un hijo, o la asunción de éste por él, se denomina *parentalización* (Boszormenyi-Nagy 1965). Se trata de una forma de inversión de roles, en la que la madre, o el padre, colocan en el hijo deseos que no pudieron ser satisfechos en la relación con los propios padres o que permanecen sin cumplir en la relación de pareja. Los niños así "parentalizados" son sobreexigidos y precozmente forzados a asumir el papel de adultos y de este modo maduran antes de tiempo. Sobre todo lo demás, Enriqueta X reemplazaba al marido desaparecido. También hemos descrito las dificultades en el hallazgo de la identidad que resultaron de estas circunstancias.

Cuando apareció en Enriqueta X, ya estando casada, el deseo de tener niños, se desarrolló la angustia neurótica que tenía sus raíces en la simbiosis. En los hechos, ella más tarde percibió cómo la agobiaba la autonomía de sus niños. La tarea terapéutica se dirigió entonces a superar la "parentalización" de sus propios

niños. En su estrecha relación con sus propios hijos intentaba colocar sus deseos "infanti-les" de apoyo que no había podido satisfacer con su propia madre. Sus ansias de autonomía y su adultez precoz lo habían impedido.

Cuando Enriqueta X se fue liberando progresivamente de su madre a través del trabajo analítico, reconoció sus anhelos de dependencia y se puso descuidada en el tráfico callejero debido a los sentimientos de culpa por su agresión, la madre acu-dió a mí.

Esta estaba preocupada de que la hija se pudiera causar algún daño. Desde un punto de vista de la dinámica familiar, se transfirió al terapeuta el rol del padre. La paciente estaba manifiestamente aliviada: ahora podía traspasar la preocupación por la madre al terapeuta. Al mismo tiempo, con la madre se pudo trabajar cómo la pa-ciente buscaba inconscientemente asegurarse la solicitud de la madre para así poder controlar las intensas tendencias propias de autonomía. La consideración de la dinámica familiar es especialmente necesaria cuando a tra-vés del cambio del paciente protagonista no se puede interrumpir el suceder circu-lar.

Sin embargo, junto con Petzold (1974), nos oponemos a declarar la anorexia nerviosa como "un síntoma de una neurosis familiar". La presunción de que existe una constelación familiar patológica, cuyas diferencias para la "génesis" de la ano-rexia nerviosa, de otras enfermedades psicosomáticas, de la esquizofrenia o de la ci-clotimia, serían específicas, debería demostrarse tan falsa como la suposición de la especificidad en los padecimientos psicosomáticos (véase 9.7). Desde que se inven-tó la "madre esquizofrenógena" se conocen los efectos desfavorables que puede te-ner tal apreciación errónea. Además, en el nivel de las vivencias, la culpa, en el sentido de "causa", se relaciona fácilmente con culpa moral o, al menos, con res-ponsabilidad. Entonces, se dificulta, o hasta se llega a hacer imposible, la incorpo-ración de la familia en la terapia, porque los demás miembros de ella se sienten no entendidos, o se retraen realmente.

El diagnóstico familiar está todavía en sus comienzos. Las investigaciones acerca de la tipología familiar de pacientes psicosomáticos, esquizofrénicos y maníaco-depresivos (Wirsching y Stierlin 1982; Stierlin 1975; Stierlin y cols. 1986), muestran tantos problemas metodológicos, que la afirmación sobre conexiones causales es problemática. De manera ejemplar, Anderson (1986) ha discutido los problemas metodológicos en el modelo de los "juegos familiares psicóticos", co-mo fueron bosquejados por Palazzoli Selvini (1986). También por razones de plau-sibilidad teórica, se debería tender a una meta más modesta, a saber, a tomar la cri-sis familiar que desencadena toda enfermedad crónica –y aquí hacemos una generali-zación– e incorporarla en el plan de la terapia. Aun

cuando por la muerte del padre la familia de Enriqueta X debe ser calificada como incompleta, es evidente el "en-trelazamiento" entre madre e hija descrito por Minuchin (1977). Con ello se quiere describir una forma extremadamente estrecha e intensa de interacción. Otras descripciones de "típicas familias de anorécticas" (Sperling y Massing 1972) remiten también a particularidades estructurales que fueron registradas en un corte transver-sal.

En esto se piensa en modelos de interacción que son constatados después de la aparición de la enfermedad. Sobre todo cuando crean para el individuo enfermo el espacio de libertad necesario para la separación del hogar y para la necesaria auto-

nomía, los enfoques de terapia de familia complementan la terapia individual (Gur-man y cols. 1986).

Por lo tanto, no se puede hacer como si no existiera una predisposición congénita a reaccionar de determinada manera, ni tampoco como si el niño no tuviera un margen de libertad o de decisión, o como si no existiera la participación del niño mismo, quien, a pesar de su dependencia, de ninguna manera reacciona de forma totalmente pasiva frente a su medio ambiente, sino que también lo estructura activamente. En especial, esto vale para las anorécticas púberes, que son altamente voluntariosas.

9.6 Neurodermitis

Cuando en el curso de las enfermedades crónicas se emprende una psicoterapia, el repertorio de tratamientos somáticos está ya de regla agotado. Este hecho, y la larga evolución, facilitan, por medio de la comparación del caso consigo mismo, la evaluación de la eficacia terapéutica de nuevos medios, ahora, psicoterapéuticos. Presupuestando que todas las condiciones restantes, en especial la situación de vida, permanecen constantes y que simplemente se agrega una terapia psicoanalítica, tenemos un ordenamiento experimental clínicamente utilizable. Aquí se aplica el clásico método de la diferencia de John Stuart Mill en la investigación clínica (véase Eimer 1987).

Primero, hay que nombrar algunos criterios que deben considerarse en los estudios de caso único de este tipo. Aquí, la "comparación del caso consigo mismo" (P. Martini 1953; Schaumburg y cols. 1974) es el fundamento más importante de la investigación en terapia. Idealmente, de acuerdo con los supuestos etiológicos, las intervenciones terapéuticas debieran variar con la meta, y los factores patógenos y síntomas debieran ser en lo posible eliminados. Entonces, se trata precisamente de observar el curso a través de un largo tiempo y de registrar los cambios conseguidos en el cuadro mórbido.

En vista de la evaluación de la eficacia terapéutica del psicoanálisis en un enfermo que padecía de neurodermitis, cuyo caso presentamos a continuación, deben distinguirse 3 fases:

a) Al inicio de la psicoterapia, la duración de la enfermedad era de alrededor de 8 años. Durante ese tiempo, el paciente había estado en tratamiento dermatológico permanente y a menudo incapacitado laboralmente. A causa de empeoramientos de la enfermedad cutánea, en 4 oportunidades había tenido que ser tratado en régimen de hospitalización (con una estadía promedio de hospitalización de cerca de 6 meses).

b) Con el comienzo del análisis, que duró 2 años y medio, y durante su desarrollo, las condiciones de vida externas del paciente permanecieron constantes. La terapia dermatológica local fue continuada de la manera habitual. Los medios terapéuticos nuevos consistieron en la especial "influencia" que puede ejercer un psicoanálisis. Los cambios aparecidos durante el psicoanálisis, mejorías o empeoramientos, pudieron ser reconocidos como correlatos de procesos anímicos. No fueron las condiciones de vida externa las que cambiaron, sino probablemente fue la actitud del paciente frente a la vida, la que cambió en aspectos esenciales. Por lo tanto, ya que todas las demás condiciones permanecieron constantes, los cambios psicoterapéuticos alcanzados pueden ser calificados como causa de la mejoría y de la curación duradera.

c) Esta tesis se ve confirmada a través del curso ulterior, pues durante los casi 30 años de seguimiento catamnésico, el paciente sigue sano. Inmediatamente después de la terminación de la terapia (1959), la piel aún tenía necesidad de ser cuidada; y aparecieron ocasionalmente ligeras eflorescencias que cedieron nuevamente sin tratamiento dermatológico.

Extractos de la historia clínica

Los cambios en la piel, que Bernardo Y calificó de eczema crónico, había recibido a través de los años distintos diagnósticos dermatológicos, tales como dermatitis seborreica, dermatitis eczematoide exudativa tardía y neurodermitis atópica. El paciente había llamado a los médicos su perturbación sexual –una impotencia– y su trastorno neurótico (pensamientos obsesivos). Los acontecimientos desencadenantes de la enfermedad tampoco aparecían mencionados en el historial clínico de la clínica dermatológica. Sólo después de 10 años de enfermedad el paciente encontró un médico general con orientación psicosomática que sospechó una concausalidad anímica y que lo refirió a una psicoterapia.

Curso de la enfermedad

Es digno de hacer notar que el paciente había sufrido desde la niñez de piel áspera y agrietada y que entre los 10 y los 17 años de edad había tenido un exantema en la región bucal, pero que estas manifestaciones desaparecieron cuando entró al servicio militar, después de la separación de la casa paterna.

(Los padres y hermanos son sanos, en la familia no se conocen antecedentes de enfermedades dermatológicas o de cargas constitucionales.)

Teniendo 20 años de edad, Bernardo Y cayó enfermo, con vómitos y falta de apetito. Inmediatamente después de la cesación de estas molestias apareció una inflamación cutánea pruriginosa. Las manifestaciones cutáneas se extendieron a los brazos, el pecho y la espalda, de modo que el paciente no pudo seguir trabajando y fue hospitalizado por primera vez en septiembre de 1948 en la clínica dermatológica de la universidad. Allí se confirmó una dermatitis seborreica y los tests dieron como causa desencadenante una hipersensibilidad al jabón marca Palmolive. Tratamientos locales e irradiaciones Röntgen mejoraron la sintomática, al menos como para que el paciente pudiera ser dado de alta. Desde entonces, Bernardo Y sufrió de una neurodermitis, y en razón de intensas exacerbaciones tuvo que ser tratado en 1950, 1951 y 1956 en la clínica dermatológica de la ciudad, cada vez durante muchas semanas. Durante estos tratamientos en clínica también se llevaron a cabo minuciosos tests y exámenes alergiológicos que arrojaron una hipersensibilidad al huevo. Esta hipersensibilidad ya había sido constatada por el paciente mismo en base a parestesias orales.

Biografía

Bernardo Y creció en una pequeña ciudad, con una educación estrictamente católica, y asistió a la escuela primaria entre 1934 y 1941. Sus rendimientos estuvieron sobre el promedio. Abandonó su primer deseo profesional –ser pastelero–, porque este oficio le pareció demasiado agotador. Después de asistir hasta 1943 a una escuela de comercio, aprendió el oficio de ventas y hasta el día de hoy trabaja en la misma firma, descontando una corta interrupción durante los últimos años de la guerra. Desde siempre fue un hombre especialmente escrupuloso, que había recibido de su madre un rígido código moral. Hasta donde alcanzan sus recuerdos y especialmente desde su pubertad, el paciente era una persona tímida, inhibida, que sufría interiormente de intensos sentimientos de culpa. La amistad con quien posteriormente sería su mujer, a la que dio largas durante años, ocurrió predominantemente en la época en que apareció la enfermedad, la que trajo consigo aún más aislamiento. Bajo los efectos de las máximas pedagógicas de su madre, quien había advertido al hijo ya mayor en contra de las posibles consecuencias de las relaciones íntimas, el paciente se había sentido frente a su novia, tanto en el intercambio de caricias,

como también en general, inhibido e inseguro. A causa de su enfermedad de la piel, había postergado los contactos sexuales a un futuro lejano o, mejor dicho, llevaba consigo el pensamiento de no casarse nunca. También temía que su enfermedad a la piel fuera heredable. El paciente se defendió hasta el último en contra del casamiento, y sólo cuando su mujer le aseguró que por su parte no quería tener hijos, pudo decidirse por el matrimonio.

A pesar de que el paciente faltaba frecuentemente al trabajo, y aunque tuvo que restringir el contacto con los clientes y con las personas en general a causa de su exantema pruriginoso, era un trabajador apreciado por su eficiencia.

Situación conflictiva desencadenante

La reciente formación sintomática fue precedida inmediatamente por un conflicto laboral. Su antiguo jefe y anterior maestro de formación era un hombre especialmente inaccesible y estricto, que mantenía a sus empleados en la incertidumbre respecto de cuánto podían esperar de las mejoras de sueldo, de los cambios en las tarifas, etc. Una nueva reglamentación en las tarifas había sido negociada, sin que el jefe informara al paciente sobre las mejoras en el sueldo que se podían esperar. Un día, después de la hora de término de la jornada de trabajo, el paciente trató de encontrar sobre el escritorio del jefe la tabla salarial correspondiente y de echar un vistazo en ella. Al hacerlo, fue sorprendido por el jefe e inventó rápidamente una excusa, que era una verdad a medias: dijo que buscaba una carta para llevarla al correo antes del cierre de éste. A partir de ese día, el paciente primero no fue al trabajo por varias semanas a causa de vómitos y falta de apetito y, más tarde, lo hizo sólo con la duda torturante de si acaso su jefe alguna vez podría recuperar la confianza hacia él. Finalmente, el paciente pudo hablarlo todo con el jefe y decirle la verdad, sin que la antigua relación pudiera ser restablecida. Cuando luego la enfermedad de la piel no curó, el paciente vio en ello un castigo por sus masturbaciones. Si antes de su enfermedad actual, el paciente era aún capaz, a pesar de las graves inhibiciones e inseguridades internas, de mantener contactos sociales, ahora se había aislado bastante, y ése es un efecto secundario de su enfermedad. El paciente acaricia la idea de postular una pensión de invalidez adelantada.

Sobre la iniciación del tratamiento

El paciente era extremadamente inhibido, y después de 10 años de enfermedad y de tratamientos somáticos se había convertido aparentemente en un alexitímico (véase 9.9). El que el tratamiento no se malograra desde el principio frente a la resistencia inicial descrita por V. v. Weizsäcker (1950), se debió a que el paciente buscaba ayuda, por su difícil situación de vida y a pesar de todo su escepticismo, y porque, por otro lado, manifestó confianza tanto frente a la institución como también frente a mí, un signo de pronóstico favorable.

En aquel tiempo, mi técnica era francamente no directiva. Intervenciones activas en el sentido de interpretaciones eran más bien escasas; con estímulos indirectos buscaba alentar sueños y asociaciones del mismo modo como la autorreflexión. El estilo de protocolización refleja la técnica no directiva. En los protocolos de las sesiones, que cada vez eran dictados después de la hora, se resumen casi exclusivamente los pensamientos del paciente. Mis sentimientos contratransferenciales, reflexiones e interpretaciones, se hacen constar sólo escasamente. Este tipo de conducción de tratamiento y su protocolización ha probado ser insuficiente, tanto por razones clínicas como científicas. A lo largo del tiempo cambió esencialmente (véase Thomä 1967, 1976; Kächele y cols. 1973). Sin poder entrar aquí en las múltiples razones conscientes e inconscientes de ello, quisiera llamar la atención sobre algunos puntos que determinaban mi técnica de aquel entonces, y que son importantes para la evaluación de los segmentos de tratamiento expuestos. Sin tomar en cuenta la propia inseguridad, la preocupación de no influir demasiado en los pacientes a través de interpretaciones contribuía a mi actitud circunspecta. En aquel tiempo, me encontraba todavía en un estadio de entendimiento equívoco respecto de las diferencias en la sugestión dentro del espectro de las técnicas psicoterapéuticas y analíticas (véase Thomä 1977).

Un largo período inicial estuvo al servicio del establecimiento de una relación terapéutica sólida, que el paciente vivía como peligrosa debido a una intensa ambivalencia y a una profunda angustia de castigo. A causa de un empeoramiento sintomático, el paciente no fue al trabajo por alrededor de 2 meses, con la debida certificación del médico de cabecera. Probó mi fiabilidad y tolerancia frente a la crítica y a la agresividad, en cuanto buscó opiniones peyorativas entre médicos y homeópatas frente a la psicoterapia recién empezada. Con la retirada en la incapacidad laboral y en el hogar, el paciente pasó de las llamas a las brasas. Si bien evitó con ello pesadas cargas anímicas en su lugar de trabajo, éstas fueron cambiadas por un aumento en las tensiones matrimoniales, de las que buscaba liberarse a través de una mayor retirada en el cuidado autoerótico y autodestructivo de la piel. La situación conflictiva desencadenante, al principio aparentemente trivial, cobró una dimensión

profunda a través de los complementos y correcciones del paciente, los que también hicieron entendibles las cargas en el trabajo: allí, el paciente vivía en la angustia constante de ser un día descubierto en el robo cleptománico de los céntimos en las rendiciones de cuentas, miedo que reforzaba el desplazamiento de su angustia neurótica: él temía que por el estado de su piel se transparentara todo.

Ya en el sueño inicial el paciente fue hecho responsable de la pérdida de una llave. Sólo mucho más tarde pudo hablar sobre los robos y sobre su impotencia, que al principio también calló. De ningún modo había sido por su enfermedad dermatológica que había pospuesto constantemente el matrimonio y llegado a acariciar la idea de no casarse nunca, como primero lo había afirmado. Después de muchas vacilaciones habló sobre sus problemas sexuales, de los que hasta el momento nunca había informado a los médicos. Como ya se dijo, el paciente había decidido casarse sólo cuando su mujer le aseguró que no quería tener hijos, porque era muy estrecha de caderas y tenía miedo de verse obligada a parir por cesárea, como sus dos hermanas. Por ambos lados se había acordado llevar un matrimonio abstinentes. El temía haberse dañado por la masturbación hasta el punto de ser infértil e impotente. Debido a que en los intentos de penetración su mujer se quejaba de dolores, las relaciones no pudieron ser nunca consumadas. Después de que el paciente pudo reconocer la racionalización de la evitación de relaciones sexuales con su mujer, pudo vivir plenamente la aversión, el miedo y el asco, frente a los genitales de su mujer y, por otro lado, los sentimientos de culpa y el miedo por su propia agresividad. En suma, se hizo claro que el paciente sufría bajo graves representaciones hipocóndricas sobre defectos corporales y que trataba de compensar sus defectos mediante medios mágicos (contar obsesivo), de manera regresiva y sobrecompensada.

El empeoramiento sintomático inicial debe remitirse a la inquietante exposición en la situación analítica. Ya antes del tratamiento, el paciente mismo había comprobado que mejorías o empeoramientos no tenían mucho que ver con la terapia somática, sino con el ser dejado en paz o con la posibilidad de encontrar tranquilidad. El creía que la máxima tranquilidad la habría encontrado si, junto con una pensión anticipada por incapacidad laboral, hubiera permanecido soltero en casa y no se hubiera expuesto a las tensiones en la relación con una esposa.

Su grave neurosis sexual se acompañaba con fantasías diurnas en las cuales mantenía relaciones sexuales con una mujer mucho más vieja. Sus ocurrencias permanecieron bastante tiempo demasiado exiguas como para que se hicieran visibles las raíces edípicas, las inhibiciones y los deseos desplazados. Algunos pocos recuerdos de sueños, poco claros, mostraban al paciente, por ejemplo, en

la calle y tomado del brazo de una mujer extraña. En la realidad, como me enteré a propósito de esta ocasión, en la calle estaba ocupado con pensamientos obsesivos, con un contar obsesivo, especialmente de los automóviles que pasaban o de otros vehículos. Generalmente en las mañanas, o cuando salía a la calle en otros momentos, el paciente decidía cuáles vehículos contar y cómo interpretar el resultado. Al hacerlo, casi siempre se las arreglaba para obtener una cuenta favorable, aun cuando antes hubiera fijado otras reglas; por ejemplo, si una cuenta impar se suponía desfavorable para una curación rápida de la piel, manipulaba la cifra hasta que el resultado desfavorable fuera corregido. Las más de las veces consultaba la cifra con la vista puesta en una rápida curación de su exantema o en ventajas financieras, el monto de una eventual pensión, ganancias de dinero sorpresivas, o cosas semejantes.

Con su contar mágico, soñaba con ventajas financieras para llevar una vida de pensionado en casa y poder dejarse mimar por su mujer. Mientras su madre se mantuvo en vida, aprovechó la ganancia secundaria de la enfermedad sobre todo para ser tratado bien en casa, para ser preferido frente a sus hermanos y el padre, y para lograr la atención de ella.

El cuidado de la piel como regresión

El cuidado diario de la piel duraba varias horas y no quería que su esposa lo molestara durante este procedimiento. Cuando ella entraba al baño, él no decía nada, pero se enojaba y desplazaba su crítica a alguna otra cosa, por ejemplo, a que su camisa no estaba lista o algo semejante.

También las sesiones estaban rellenas de descripciones repetitivas del estado de su piel, de manera muy monótona. En este sentido, el paciente había desarrollado un rico vocabulario, con el que describía los diferentes estados de su piel. Donde el experto no podía reconocer ninguna diferencia, para el paciente existían finas distinciones cualitativas, una vez la piel estaba más agrietada, otra vez más enrojecida, ocasionalmente más descamada. Así, encontraba muchos matices que describía en detalle.

El paciente se había retirado –él mismo lo decía– de su mujer hacia la piel; la sintomática estaba al servicio de sus disputas interpersonales. Lo dicho, se mostraba de distintas maneras y en distintos niveles: hablaba sobre el "espantoso pensamiento" de que su esposa podría ser culpable de su padecimiento, ya que, desde la boda, realmente nunca más había estado libre de manifestaciones cutáneas y repetidas veces había observado –por ejemplo, durante las vacaciones– que la piel estaba muy bien hasta el día en que llegaba su mujer. Pensaba que de su mujer salía algo venenoso, que producía escozor

—él pensaba en una secreción vaginal. En lo demás, la piel servía como objeto para todo tipo de estados de ánimo que, por así decirlo, encontraban en ella su órgano de choque. Cuando tenía rabia se rascaba y, por otro lado, cuidaba su piel como si fuera un objeto amoroso.

De esta observación, se desprende que la regresión al yo (sí mismo) corporal aquí descrita, depende, en contenido y forma, de la regresión del yo. En nuestra opinión, esta regresión yoica, con sus múltiples aspectos, está en el centro de todo psico-análisis. A causa del entrelazamiento de sujeto y objeto, y de su significación para el tratamiento del paciente, la concentración en este tema se dio en ese entonces por sí misma. Sus autoobservaciones ponían de manifiesto que los estados de me-joría o empeoramiento de la piel estaban estrechamente conectados con el untar, el escocer y el rascar, que, inadvertidamente, acompañaban casi reflejamente el cuidado de su piel, que duraba horas. El análisis de su retirada a la pieza de baño, sobre todo en las tardes, estuvo en el centro de todo el tratamiento.

La presentación se puede dividir de acuerdo con lo que el paciente tenía que evitar por razones inconscientes, por qué había llegado a ser impotente, por qué debía eludir las satisfacciones sexuales y qué buscaba en la retirada autoerótica. El hecho de que con ello dañara su piel, lentamente le fue siendo consciente, sin que al principio fuera capaz de interrumpir el círculo vicioso.

Tanto por razones teóricas como técnicas, es insuficiente ver en el rascarse sólo una manifestación de autoagresión. Sobre ello ha llamado la atención en especial Schur (1974; véase Thomä 1981, p.421), y mostrado que, en el rascarse, el paciente busca inconscientemente objetos en sí mismo, objetos a los cuales permanece unido. A través del suceder circular autorreforzado, en las regresiones de este tipo se intensifican las identificaciones primarias y se debilitan los límites entre sujeto y objeto. Por esto, a lo largo de la reelaboración analítica la piel toma para estos pacientes las cualidades más diversas de objeto, o de su representación (incluyendo la relación transferencial). Ya que estas representaciones objetales inconscientes eran extremadamente angustiosas y siniestras para la percepción consciente, el paciente lograba control sobre sí mismo retirándose, es decir, amando y odiando al objeto en su propio cuerpo, y al mismo tiempo evitando un contacto real, una fusión efectiva pero enormemente inquietante.

Al paciente le era totalmente consciente que se retiraba en la sala de baño, generalmente en las tardes, a causa de sus angustias sexuales, que se manifestaban sin-tomáticamente en la impotencia. En razón de los conocimientos sobre su historia vital y sobre el tipo de síntomas, era natural suponer que la situación edípica constituía una barrera que conducía a la regresión.

El análisis se movía pendularmente entre la elaboración de la regresión y sus desencadenantes edípicos. Una primera mejoría fundamental de los síntomas se dio cuando el paciente recuperó su potencia, después de la disminución de los sentimientos de culpa edípicos y después de la superación parcial de sus angustias de castración, proceso en que se manifestó nuevamente su fuerte fijación anal. Sus sentimientos de culpa le eran conscientes; él mismo los remitía a sus prácticas masturbatorias, ininterrumpidas hasta la desaparición de su impotencia. Los auto-rreproches eran tan intensos, que deseaba conscientemente encontrar la muerte como soldado.

Siendo púber, muchas veces se sintió inquieto por fantasías incestuosas y durante años se empeñó en una lucha, finalmente exitosa, en contra de impulsos sádicos. La inmensa angustia de castración lo condujo a cubrir la región genital con un capuchón protector. También después de recuperar su potencia, en los acercamientos a su mujer sentía profundo espanto. Desarrolló fantasías de cómo poder anular la pérdida de semen y el daño que vivía en relación con ella. Como ejemplo, valga la siguiente cita del protocolo de una sesión:

El paciente habla sobre su hipersensibilidad; dice que, a pesar de todo, tiene reservas acerca de si verdaderamente todo va ser para mejor. El huevo es vida, semen de hombre, castigo para el onanismo; los huevos son los testículos; un pensamiento peculiar es que la piel puede ser estimulada por los propios testículos; fantasea con tragar el propio semen para que no se pierda, para no perder fuerzas; él ya ha pensado en hacerlo de verdad, pero se detiene frente a la barrera del asco. Otra fantasía es exprimir las glándulas sebáceas como tratamiento para la piel. Ahora lo único que quisiera es cubrir sus genitales, tiene un enorme miedo de perderlos; ya las solas miradas lo hacen sentir un posible ataque, una intervención; su cuerpo debería pertenecer sólo a él.

En un largo período de transición, describe su inaguantable tensión cuando no podía lavarse y cuidar su piel en el momento preciso: cuando no podía retirarse, la inquietud aumentaba de tal modo, que no era raro que tuviera ideas suicidas.

P.: Si bien me es posible aplazar por un tiempo el cuidado de la piel, quizás por 1 o 2 horas, la tensión me es tan grande que lo único que quisiera es matarme. Es como una adicción, cuidar la piel de manera exagerada, y en esos momentos podría echar en cara de mi mujer las ordinariencias más grandes, algo que también he hecho.

Con la desligadura de las emociones y fantasías anteriormente unidas a los síntomas, sus múltiples angustias cobraron un contenido tangible e interpretable. Sus pensamientos mágicos, los rituales compulsivos anales, adoptaron contenidos fálicos.

Su narcisismo fálico estaba al servicio, entre otras cosas, de la defensa de angustias de castración, lo que, por ejemplo, quedó claro en el sueño siguiente:

P.: Estaba en una fiesta deportiva, y tanto en salto alto como en salto largo participaba con 7,80 metros. Uwe Seeler [jugador estrella del fútbol] hablaba por la radio, sólo con su voz las mujeres en el estadio estaban totalmente fascinadas. Una mujer junto a mí hacía movimientos de cohabitación; sólo con la voz de Uwe Seeler llegaba al orgasmo.

Ocurrencias: Sería estupendo si fuera sólo con palabras, sin cohabitación. Le gustaría ser un deportista importante y saltar tan lejos que no volviera a tocar el suelo. Tener un miembro enorme sería la riqueza más grande, ser una puta masculina, he-rir a las mujeres. En la juventud se había entrenado para reprimir la sexualidad, pe-ro también para hacer realidad sus fantasías de omnipotencia, para fascinar a las mujeres como Uwe Seeler en el sueño. Luego, el paciente se siente intranquilo y desarrolla una angustia de envenenamiento momentánea, que inmediatamente relaciona con la inflamación cutánea: la secreción vaginal podría envenenarlo.

Dicho sea de paso, en otro período del tratamiento el paciente había tenido el deseo de escuchar su voz grabada en el aparato que yo usaba. Nunca había oído su propia voz. (En la actualidad, con el consentimiento del paciente probablemente habría grabado este tratamiento y con seguridad no le habría denegado este deseo.)

El insight de que él buscaba objetos en la piel y que en el escocer y el rascar que-ría depositar, en sus múltiples matices, los sentimientos referidos a objetos, fue facilitado por un sueño que volvió a repetirse con modificaciones. En este impresionante sueño, sujeto y objeto estaban trocados, rascador y rascado, untador y un-gido. El paciente era él mismo, pero después no lo era, y la silueta del otro no tenía contornos claros. En la relación transferencial fui incorporado en este juego de roles fantaseado del trueque de sujeto y objeto. Genéticamente, se acordó de toca-mientos y juguetes homosexuales con sus hermanos. El intercambio fantaseado ocupó el espacio más grande de las acciones ambivalentes y referidas a la piel. En otro sueño, su piel dañada, transformada y eccematosa fue traspuesta a un pecho femenino. Esta transformación reforzó transitoriamente su angustia frente a una excreción venenosa de su mujer. Después de considerar la proyección de su propia agresividad, que transformó el objeto en un objeto malo, disminuyó su angustia.

Marty (1974, p.421) explicó que las proyecciones de este tipo "representan sólo un elemento de una identificación total con el objeto" y las colocó sobre un fundamento antropológico: "En el fondo, este intenso movimiento de la identificación total de los pacientes alérgicos con su objeto es sólo una fijación

invariable, que en alguna medida está viva en cada uno de nosotros: ser el otro" (p.445). Sin embargo, considerar este proceso como típico de los pacientes alérgicos es con seguridad falso, aun cuando consideremos posible que, en pacientes con alergias previas, el cuidado especial de la piel y su retraining condicionado por la enfermedad lleven a reforzar la confusión inconsciente sujeto-objeto, haciéndola activa dinámicamente.

Por lo tanto, aquí se trata de una reactivación retrógrada de aquella fase indiferenciada que Freud describió con las siguientes palabras:

La oposición entre subjetivo y objetivo no se da desde el comienzo. Sólo se establece porque el pensar posee la capacidad de volver a hacer presente, reproduciéndolo en la representación, algo que una vez fue percibido, para lo cual no hace falta que el objeto siga estando ahí afuera (Freud 1925h, p.255). En este contexto, se puede detallar el desarrollo de la hipersensibilidad a las alérgicas. Aun cuando existía una alergia, al paciente le había llamado la atención, ya antes del tratamiento, que la acción del alérgeno en el órgano de choque era totalmente dependiente de otras condiciones. Como ya lo insinuamos, el paciente había desarrollado su propia teoría psicósomática sobre su hipersensibilidad, en la que algunas excreciones o transpiraciones de su mujer desempeñaban un rol central. La intranquilidad frente a algunas sustancias corporales se había extendido a la alimentación.

El paciente describe, por ejemplo, su repugnancia cuando se acerca corporalmente a su mujer. Dice que a veces tiene un leve mal aliento y entonces protege su piel, para evitar que ella se acerque. Abiertamente, él siente temor frente al mal aliento. Contiene la respiración cuando pasa junto a otra persona, se mantiene muy atrás o la sobrepasa, para no recibir el aliento; el aire expirado podría ser contagioso.

Sus angustias paranoides disminuyeron y finalmente se disolvieron totalmente, en la medida en que se pudo retrotraer sus proyecciones a impulsos inconscientes propios, como era de esperar, de acuerdo con las teorías de M. Klein (1946). El sueño mencionado del trueque entre objeto y sujeto mantuvo en esto una función indicativa. En conexión con éste, el paciente asoció lo siguiente: "Infectar a la gente con mi enfermedad, sí, eso es lo que quisiera, producirles una herida y luego infectarlos." Sus angustias de daño, en relación con sí mismo y con el objeto, se llenaban con contenidos de las fases de desarrollo oral, anal, uretral y fálica. Los diferentes contenidos, primero se mezclaban en la vivencia inconsciente del paciente, lo que lo llevaba a sentirse

intranquilo y a un empeoramiento de los síntomas; luego, la mezcla se hizo consciente, y le fue posible diferenciar y liberarse de sus angustias.

Quería ganar fuerza sexual ingiriendo un preparado en base a testículos u hormonas; luego tuvo miedo de que la piel pudiera reaccionar en contra y empeorar. "Podría exterminar a todas las gallinas para no tener más albúmina en la alimentación." Ahora, el asco y el odio estaban dirigidos hacia los huevos. Más tarde, el paciente siguió asociando con el miedo a que sus testículos se dañaran. Terminó con rabia, cuando pensó que su mujer podría ser tierna con él, pero que, súbitamente, en un movimiento inesperado podría "tocar mis genitales". "Es un miedo que casi siento como un dolor."

Por lo demás, la hipersensibilidad se había desarrollado sólo en 1949, es decir, alrededor de 2 años después de la aparición de la enfermedad, y también la sensación quemante en la boca al degustar un huevo había llamado la atención del paciente sólo más tarde (los tests de alergia habían sido practicados en 1950).

Cualesquiera sean las condiciones que en este caso hayan hecho manifiesta una disposición latente, del curso del tratamiento y de la catamnesis se puede deducir que la hipersensibilidad desempeñó un papel secundario en la cronificación de la neurodermitis. Las atribuciones de significado fueron mucho más graves y, como consecuencia de ellas, el paciente llegó a ser "hipersensible" en relación con determinados "objetos", por ejemplo, frente a su mujer. Esta hipersensibilidad permaneció así hasta que el asco se pudo retrotraer a la satisfacción indirecta que estaba escondida en él, reconocerla como un placer e integrarla.

El paciente pudo abandonar su retirada polifacética en favor de una relación más libre con su mujer y con su entorno. En la última etapa del análisis, las exacerbaciones de la neurodermitis fueron siendo cada vez más raras, en la misma medida en que la piel perdía su carácter de objeto sustitutivo autoerótico y autodestructivo.

Comentarios epicríticos sobre la psicodinámica y sobre el curso del tratamiento

La restricción temática a la regresión plantea varias preguntas. Aunque la vida diaria del paciente estaba llena de las correspondientes vivencias y comportamientos, existían algunos ámbitos que aparecían poco en la terapia y en la descripción selectiva. Yo me orientaba por los procesos psicoanalíticos que mostraban una especial relación circunstancial con los movimientos

sintomáticos. Ya que no se trataba de reconstruir las condiciones especiales de la regresión y de remitirlas a fijaciones, yo acentuaba las circunstancias que, en la situación diaria, determinaban el curso de la enfermedad. La verdad es que en la compulsión a la repetición, es decir, a través del tiempo, las causas eficaces tempranas se conservan y, desde un punto de vista terapéutico, el autorreforzamiento circular con sus efectos sobre las condiciones primarias de la génesis sintomática merece una atención muy especial. Angustias y sentimientos de culpa (edípicos) múltiples, que podían desencadenarse circunstan- cialmente en cualquier momento, intensificaban la regresión e, indirectamente, contribuían en el empeoramiento sintomático.

Si los procesos regresivos de este tipo subsisten un tiempo suficientemente lar- go –y el paciente había sido tratado dermatológicamente sin éxito durante 8 años–, las intenciones dirigidas hacia el exterior pueden hacerse inconscientes y tener efec- tos sobre el sentimiento corporal. Para no correr el riesgo de ser malentendidos, di- gámoslo brevemente: la vida de este paciente se extinguía en la piel. Esta formula- ción simplificadora permite entender por qué tesis psicoanalíticas y psicoterapéuti- cas heterogéneas sobre la neurodermitis y otras dermatosis pueden ser igualmente acertadas y útiles para el tratamiento. Esto es así, porque en las regresiones se ma- nifiestan aquellos eslabones débiles que –de acuerdo con la terminología de moda y dependiendo de los desarrollos de la técnica y de las teorías–, pertenecen a la psico- dinámica de la neurodermitis y que, como lo pudimos mostrar en el ejemplo de la agresión (Thomä 1981), se encuentran en una relación inespecífica con ella: sean éstos los rasgos sadomasoquistas y exhibicionistas destacados especialmente por Alexander, u otras tendencias inconscientes no verbales.

En la exposición hemos puesto en el centro de la atención una forma de regre- sión, y con ello ganamos una perspectiva ordenadora. Tales perspectivas ordenado- ras encierran peligros, pues pueden ser entendidas como mecanismos patogénicos especiales o totalmente específicos del cuadro mórbido en cuestión. Sin embargo, en base a nuestras experiencias terapéuticas con este paciente no podemos sustentar esa tesis. En este sentido, son relevantes las siguientes observaciones sobre el cur- so de la enfermedad, hechas durante el análisis. Desde un punto de vista tanto clínico como científico, dirigimos nuestra aten- ción en especial sobre el curso de la enfermedad, en su correlación con los procesos psicodinámicos y sus modificaciones (véase Thomä 1978), de acuerdo con la hipó- tesis de trabajo de A. Mitscherlich. En este sentido, primero, en razón de su retira- da, de sus angustias y de sus sentimientos de culpa, al paciente se le convirtió todo en carga, y su piel reaccionaba casi siempre ante ello. El aislamiento terapéutico

de los conflictos solucionables disminuyó el número y la calidad de los "desenca-denantes". La secuencia de los conflictos solucionables que se pudieron destacar, seguía otras reglas que las de una ponderación de acuerdo con el valor patógeno. Debido a estas dificultades y también a causa de las insuficiencias del tipo de toma de protocolos, la correlación clínica no puede ser examinada a posteriori con mayor detalle.

En el momento de la terminación del análisis, los motivos que habían empujado al paciente hacia la regresión ya no existían. Los síntomas principales habían desa-parecido o mejorado esencialmente. La relación con su mujer era –y permanece–, satisfactoria para ambos. El paciente confiaba por primera vez en su capacidad para dar un sentido a su vida. En un lapso catamnésico que ya lleva 30 años, la neuro-dermitis no ha vuelto a aparecer. Es digno de hacer notar que la hipersensibilidad a los huevos se mantiene, sin que por ello la piel se vea afectada.

Epicrisis

Pensamos que la significación clínica y científica de la comparación del caso con-sigo mismo ha quedado de manifiesto. Ella refuerza la importancia originaria de la psicogénesis, sin que por ello se plantee la exigencia de que los datos biográficos y las visiones interiores ganadas durante la psicoterapia en las formas conscientes e inconscientes de las vivencias de este enfermo sean, sin más, típicas para la neuro-dermitis.

Se expusieron algunas condiciones esenciales del historial clínico. Pareció lógico partir de la regresión sintomática y colocar en el centro de la atención los efectos cronificantes del escozer y del rascar, como un suceder circular que se refuerza a sí mismo.

En relación con la catamnesis, se puede decir que la psicoterapia removió las causas esenciales de la neurodermitis. El paciente conservó una piel áspera y necesitada de cuidados, pero sin que alguna vez volviera a necesitar tratamiento derma-tológico o de otro tipo.

En cambio, después de 5 años de terminado el tratamiento, el paciente debió someterse a una operación a causa de una catarata dermatógena derecha (el cristalino izquierdo no estuvo comprometido). Ya que, al igual que la piel, el cristalino proviene del ectodermo, la aparición de cataratas habla en favor del fundamento consti-tucional de la neurodermitis. Además, hace unos años se le practicó una operación plástica exitosa a causa de una oclusión de la arteria femoral derecha.

La vida familiar y profesional del paciente se ha desarrollado de manera favorable y satisfactoria; el matrimonio tiene un hijo y el paciente mismo ha hecho una carrera profesional exitosa. El paciente atribuye la curación total de la neurodermitis y su desarrollo vital positivo al haberse liberado de los graves sentimientos de culpa y de las angustias que lo oprimían.

9.7 Inespecificidad

La investigación psicosomática inspirada por el psicoanálisis, que encontró su base metodológica en las investigaciones pioneras de Alexander en los años 30, se consagró a la hipótesis de la especificidad. El resultado de esfuerzos científicos que duraron décadas, apoya la siguiente concepción: No importando lo significativos que puedan ser los factores psicosociales en la génesis y en el curso de las enfermedades corporales, una causalidad específica es más bien improbable. En cambio, la hipótesis alternativa, es decir, el supuesto de la participación inespecífica de factores anímicos en un sistema multifactorial de condiciones, puede ser conciliada con los hallazgos existentes.

Del concepto de especificidad depende una teoría de la causalidad que tiene su origen en la doctrina de la infección. Al agente específico –al germen patógeno de la difteria, de la tifoidea o de la tuberculosis–, corresponde un cambio tisular anatómo-patológico específico. Igualmente, los medicamentos curativos eficaces que actúan en contra del agente patógeno se califican de específicos. Entonces, si bien en este sentido también existen causas específicas, para poder hacer justicia al sistema de condiciones, debe considerarse, ya en las enfermedades infecciosas, la acción conjunta de la disposición. En la teoría de las series complementarias, Freud tomó para el psicoanálisis un esquema explicativo, aún válido en la medicina, que se adecua a las relaciones especiales del sufrimiento anímico (véase 1.1).

Desde un punto de vista actual, fue equivocado abrumar con el concepto de especificidad los esfuerzos científicos de delimitación entre causas necesarias y suficientes. En esto, como explicación quedan cortos los efectos somatopsíquicos, que a su vez tienen efectos retroactivos causales sobre el estado anímico general. Aun cuando entonces haya sido un error cargar la investigación clínica con la búsqueda de una tipología conflictiva específica para las enfermedades corporales, el planteamiento metodológico tiene una importancia histórica, lo que se puede comprobar a través de su ininterrumpida actualidad. El planteamiento multifactorial sustentado por Alexander sigue constituyendo para la medicina psicosomática un punto esencial en relación con

las variables investigadas, a pesar de todos los cambios ocurridos. La escuela de Alexander postuló que las enfermedades están determinadas por 3 grupos de variables, en lo que a génesis y curso se refiere. Un grupo de variables consiste en la configuración psicodinámica, formada en la niñez por los procesos defensivos correspondientes. El segundo grupo de variables lo constituye la situación de vida desencadenante, sea ésta una vivencia o una serie de acontecimientos que preceden inmediatamente la aparición de la enfermedad, que tienen una significación emocional especial para el paciente y que por lo demás son apropiados para reactivar dinámicamente el conflicto inconsciente central. Finalmente, el tercer grupo de variables abarca el conjunto de condiciones corporales, que Freud entendía como "facilitación somática" o Adler como "minusvalía de órgano" (Adler 1927; véase también Stepansky 1977) constitucional o disposicional. Con la denominación de factor X, la verdad es que la llamada vulnerabilidad de órgano o de sistema permanece demasiado oscura, sobre todo porque son precisamente los procesos fisiopatológicos y morfológicos los que debieran poder actuar de manera determinante en la patogenia.

En una publicación retrospectiva de resumen, Alexander y cols. (1968) formularon su hipótesis de trabajo de la siguiente manera: un paciente que presenta una vulnerabilidad de un órgano específico o de un sistema de órganos, como asimismo una configuración psicodinámica característica, desarrolla la enfermedad correspondiente cuando las situaciones de vida son apropiadas para movilizar un conflicto central temprano, no resuelto, y cuando estas cargas conducen a una quiebra de los procesos defensivos primarios. Las investigaciones de correlaciones llevadas a cabo en base de esta hipótesis de trabajo, arrojaron una coincidencia relativamente alta entre el diagnóstico ciego y los cuadros mórbidos, y esto sólo sobre la base del conocimiento de las variables psicodinámicas. Las investigaciones de Alexander y su escuela parecieron confirmar que los modos de vivenciar y de comportamiento, que pueden ser referidos a conflictos intrapsíquicos centrales, aparecían en una frecuencia no debida al azar, y de manera diferente, en las 7 enfermedades estudiadas. Alexander y su escuela escogieron como paradigma de investigación el asma bronquial, la artritis reumatoide, la colitis ulcerosa, la hipertensión arterial esencial, la tirotoxicosis, la úlcera péptica y la neurodermitis. Estas enfermedades ocuparon, como las "7 de Chicago", un lugar de honor en la historia de la psicología y atrajeron tanta atención sobre sí, que muchos médicos creyeron por largo tiempo que la psicología y las investigaciones de Alexander se limitaron a las "7 de Chicago".

Las influencias anímicas son pensables y posibles en relación con todas las enfermedades humanas. Por esta razón, la medicina psicosomática nunca estuvo limitada a la investigación de las 7 enfermedades mencionadas. Sin embargo, en especial por razones metodológicas y por restricciones prácticas, la hipótesis de la "especificidad" se propuso y se probó primero en relación con estas 7 enfermedades. Aun cuando actualmente suponemos en estas enfermedades más bien una "inespecificidad" o, lo que es lo mismo, una variabilidad en las constelaciones conflictivas influyentes, éstas quedaron como paradigmas esenciales de la medicina psicosomática, por lo menos, en la medida en que ésta se esfuerza en la validación de correlaciones como fundamento para otras formaciones hipotéticas y teóricas. Por lo demás, en la hipótesis de la especificidad de Alexander quedó siempre abierto el asunto de a cuál lado del modelo tripartito debe atribuirse la causa determinante específica en el sistema de condiciones patógeno. En el fondo, los 3 grupos están compuestos de una variedad de características singulares, de modo que se tiene que hablar de un modelo multifactorial y trabajar con el planteamiento investigativo correspondiente. Sólo en un caso límite improbable algún factor podría cobrar un peso "específico". En la postulación de las variables queda abierto el grupo en que recae el peso decisivo respecto de la "elección de órgano": perfectamente puede residir en el factor X, es decir, en la vulnerabilidad de órgano especial (Pollock 1977).

Así como en las enfermedades corporales era desde el principio improbable encontrar la causa específica en determinadas constelaciones conflictivas, desde el punto de vista científico, el restringirse primero a algunos cuadros mórbidos, ha tenido en la investigación psicosomática efectos fructíferos. En una brillante revisión, que se refirió a las 6 enfermedades de medicina interna (excluida la neurodermitis) investigadas en su tiempo en Chicago, Weiner (1977) describió de manera ejemplar los problemas clínicos y metodológicos relevantes de la medicina psico-somática de la década de los 80. En mirada retrospectiva, hay que decir que en la investigación inaugurada por Alexander, en el fondo se trata de un planteamiento multivariado, que sólo satisface las exigencias de un suceso etiológico multifactorial cuando se registran todas las variables esenciales. La puesta en práctica de un planteamiento psicosomático general como idea directriz para el actuar médico, trae consigo la necesidad metodológica de investigar en el mayor detalle posible las influencias en la génesis y evolución de las dolencias corporales y, especialmente, de tratar psicoterapéuticamente a los pacientes teniendo en vista las consecuencias de tales influencias. De la revisión crítica de Weiner (1977) y del tratado enciclopédico de v. Uexküll (1986), se puede concluir que actualmente el alcance de los factores

psicosociales sobre el suceder mórbido de aquellas enfermedades que en su tiempo sirvieron de paradigma, pueden ser apreciados de mejor manera. A pesar de todas las quejas sobre el dualismo cuerpo-alma, también la medicina psicosomática está ligada a una metodología pluralista, frecuentemente ontologizada por monismos materialistas y espiritualistas, y elevada así al nivel de una concepción global de mundo (Weltanschauung). En tal caso, el dualismo se convierte en una des-ventaja (Meyer 1987).

Como ejemplos, nombramos el espiritualismo de Groddeck, que lo abarca todo, y aquellos materialismos que identifican el sustrato neurofisiológico con los procesos espirituales y anímicos. En las especulaciones de Groddeck se pasaron por alto las autonomías corporales, mientras que en algunos campos de la psicosomática moderna la fenomenología anímica y su psicodinámica parecen disolverse en la fisiología. Una variación del supuesto de Groddeck es hablar de "símbolos específicos" (Chiozza 1987) y atribuir a las enfermedades corporales un sentido inconsciente determinado. En la historia de la influencia del concepto de conversión se puede ver lo grande que es la confusión. En su influyente informe panorámico sobre la situación de la medicina psicosomática, Lipowski (1976) sustentó la tesis de que mediante los crecientes conocimientos "de las vías y procesos neurofisiológicos, endocrinos e inmunológicos interrelacionados, a través de los cuales los estímulos simbólicos pueden afectar cualquiera de las funciones somáticas ..., el enigmático salto de lo anímico en lo corporal puede ser franqueado" y que, de hecho, mediante la investigación éste podría ser reconstruido incluso en detalle. "Sin un claro conocimiento de estos procesos", así continúa Lipowski, "no nos queda otra cosa que constatar correlaciones entre eventos específicos y características psicológicas de las personas expuestas a ellos, por un lado, y las disfunciones corporales dadas o enfermedades, por el otro" (1976, p.11s; la cursiva es nuestra).

Cualquier médico con orientación psicosomática acentuará la autonomía cualitativa de los procesos simbólicos frente a los monistas que hacen equivaler los fenómenos anímicos con el sustrato cerebral. En relación con su alcance, se puede pensar que las actividades simbólicas del ser humano, unidas a estructuras y funciones cerebrales, influyen todos los procesos orgánicos hasta el nivel celular mismo. Con todo, es un camino equivocado y lleno de consecuencias, que se basa en un error de categorías, querer llegar a las vivencias anímicas y a la formación de símbolos, a partir de los conocimientos logrados sobre los procesos de transmisión fisiológicos.

Desde un punto de vista psicoterapéutico, las investigaciones de Alexander y de su escuela se han demostrado extraordinariamente fructíferas.

No es casualidad que French (1952), como miembro del grupo de investigación de Chicago, haya sido el primero en introducir el concepto de foco en la teoría de la técnica; también allí la significación de la relación en el aquí y ahora fue puesta de manera especial en el centro de la atención. En razón de diferentes consecuencias condicionadas por la enfermedad, parece lógico que, por ejemplo, los enfermos de la piel tiendan a hablar más bien sobre temas que tengan que ver con problemas de exhibición. Después de todo, constituye una experiencia clínica cotidiana el que a lo largo de la evolución se manifiesten o refuercen disposiciones reactivas mórbidas latentes. Así, con la piel se asocian otros ámbitos del vivenciar, más allá del ámbito de la oralidad o de la motilidad y sus respectivas limitaciones. Acentuamos el curso y sus repercusiones circulares, en el sentido de un proceso circular que se refuerza a sí mismo, porque aquí pueden, y deben, ponerse en juego esfuerzos psi-coterapéuticos focales. Partiendo de las repercusiones somatopsíquicas, se llega al vivenciar del paciente, sin que aparezcan las resistencias especiales que parecieran justificar "estructuras psicósomáticas" típicas (véase 9.9). Si en cambio, los enfermos corporales son confrontados primariamente con la búsqueda de conflictos anímicos, es decir, con la psicogénesis de sus molestias, en un sentido amplio del término, se desencadenan aquellas comprensibles reacciones que transmitiera un enfermo ulceroso: "Tengo problemas en el estómago doctor, no en la cabeza." Si se parte de las molestias corporales y se toman en serio tanto los conceptos somáticos científicos como los descubrimientos psicoanalíticos sobre la imagen corporal (v. Uexküll 1985), se llega de modo totalmente natural a la forma como los pacientes dominan su padecimiento. Desde aquí se abre un acceso a las influencias psico-sociales sobre la génesis de las enfermedades corporales. Es siempre recomendable permanecer largo tiempo en el curso actual de la enfermedad, como lo hemos descrito de manera ejemplar en el capítulo 5, a propósito de un caso de tortícolis. Es raro que las conversaciones psicoanalíticas fracasen si el analista se orienta de acuerdo con la idea de que las diferentes molestias corporales conducen al menos a una complicación secundaria de las necesidades subordinadas a ellas. Por ejemplo, los temores relacionados con el corazón limitan la libertad de movimientos y los malestares en el ámbito del tracto gastrointestinal conducen a una sensibilización de la oralidad, no importando cuán significativa haya sido la influencia de ésta en la génesis misma. En la construcción de una relación terapéutica con pacientes que tienen malestares corporales, es decisivo reconocer el primado del cuerpo, en cuanto no es posible hacer simultáneamente justicia a la restricción metodológica a la imagen corporal y al "cuerpo" como objeto de las ciencias naturales. La verdad es que hay que estar de acuerdo con v. Uexküll en que el

método psicoanalítico, en cuanto también puede moverse en la esfera inconsciente del yo corporal, sólo puede alcanzar los distintos reflejos o representantes del cuerpo, sin conseguir "mirar el cuerpo en su dimensión profunda, por principio inconsciente y nunca capaz de conciencia" (1985, p.100). De ello depende el alcance terapéutico del psicoanálisis en las enfermedades corporales, que tiene que ocuparse del problema de hasta qué punto los esfuerzos terapéuticos en torno a la imagen corporal subjetiva actúan eficazmente sobre los hallazgos somáticos objetivables. Por lo menos en relación con el bienestar, o malestar, subjetivo, son relevantes las observaciones psicoanalíticas que Rangell resumiera del modo siguiente:

No hay informe clínico psicoanalítico extenso sobre un paciente ulceroso que no contenga observaciones sobre el significado oral de las contracciones o tensiones gástricas, ni sobre un caso de colitis ulcerosa sin una referencia abundante a las luchas incesantes en torno a la analidad expresada en términos físicos, ni tampoco sobre un asmático o una neurodermatitis sin reconstrucciones similares de distorsiones simbólicas en varios niveles inherentes a la multitud de alteraciones físicas y funcionales (1959, p.647).

No es casualidad que Rangell haya hablado sólo de aquellos casos que a través de su sintomática se pueden conectar de alguna manera con la persona doliente y pensante, que siente y actúa. Por ejemplo, con la piel y con las cavidades corporales

se conectan vivencias que pueden ser correlacionadas con funciones. La tarea pendiente es entender la génesis de los síntomas a partir de la correlación con conflictos. Así, la verdad es que Alexander no le dio al cambio orgánico mismo un "sentido", sino que supuso un "silogismo emocional" muy estrecho entre función y vivencia. Ya en los primeros trabajos (Alexander 1935) sobre enfermedades psicósomáticas del tracto digestivo se encontraron configuraciones conflictivas en el campo del vector "tomar" y "dar", que luego se calificaron de "específicas". Alexander observó que el ambicioso enfermo ulceroso hace equivaler inconscientemente su anhelo reprimido de amor y de ayuda, con la necesidad de alimento ("silogismo emocional"). En razón de esta equivalencia, se pone en movimiento la inervación del estómago, que reacciona como si fuera a recibir alimentos o como si el comer fuera inminente. Los conflictos de dependencia destacados por Alexander están reprimidos. Sin embargo, la úlcera misma no tiene ningún contenido expresivo. De este modo, no se puede ver en la úlcera duodenal la agresión oral de la imago materna (interiorizada) al tracto digestivo, como Garma (1950, 1952) cree poder interpretarlo. La crítica de Kubie a la hipótesis de la especificidad (1953), se impuso. Si se reemplaza "específico" por "típico", la importancia de las observaciones de Alexander no disminuye. En los esquemas de Alexander, las constelaciones conflictivas típicas no representan a priori el factor específico de la etiología, en el sentido de la teoría de la infección, y esto, porque otros factores etiológicos, por ejemplo, la disposición orgánica, son llamados, igualmente, "específicos". En la revisión crítica anteriormente citada, Weiner detalló esta disposición en las enfermedades investigadas por Alexander desde un punto de vista fisiopatológico actual. Lo fructífero del planteamiento multifactorial puede verse de manera convincente en la etiología de la úlcera gástrica y duodenal (Schüffel y von Uexküll 1986).

Desde un punto de vista terapéutico, al comienzo es irrelevante la cercanía o distancia en que el foco –como tema de la conversación–, se encuentra del proceso mórbido corporal. Es mucho más decisivo que el paciente gane confianza en el diálogo como medio terapéutico. Qué cambios corporales sean en principio aún reversibles –y a cuya génesis puedan haber una vez contribuido factores anímicos–, es una pregunta que permanece absolutamente abierta. Quien se esfuerce en deshacer síntomas corporales crónicos con medios psicoterapéuticos, chocará con su teoría con el suelo de la realidad.

9.8 Regresión

En el tomo primero, sobre los fundamentos (8.3.4), tratamos el tema de la regresión en relación con el nuevo comienzo de Balint. En la conceptualización de la terapia del paciente con neurodermitis, la regresión ocupó un lugar destacado. Precisamente por eso, nos parece esencial llamar la atención sobre el hecho de que rechazamos la ampliación permanente de la teoría de la regresión como modelo explicativo para las enfermedades anímicas, corporales y psicósomáticas.

Ya en una breve consideración de los procesos de regresión, se puede ver que aquí se trata de una generalización descriptiva. En un sentido general, el concepto de regresión contiene un "retroceso desde una etapa más alta del desarrollo a una más baja; entonces, también la represión se subordina a la regresión, pues debe describirse como el retroceso de un acto psíquico a un estadio más profundo y anterior del desarrollo" (Freud 1916-17, p.312). Ya en la Interpretación de los sueños (1900a), Freud distingue en la regresión un aspecto tópico, uno temporal y uno formal. Freud primero introdujo la doctrina de Jackson sobre la evolución y disolución en la investigación de las afasias, y luego dio con el concepto de regresión un sentido psicoanalítico a las ideas de Jackson sobre la formación funcional retró-grada. Más tarde, supuso que "determinadas regresiones son características de determinadas formas de enfermedad" (1933a, p.92). Más allá de la generalización descriptiva dentro de la teoría explicativa del psicoanálisis, el concepto de regresión mantiene su vasta significación en conexión con los conceptos de conflicto desencadenante y de fijación. En nuestra opinión, ésta última debe entenderse como disposición adquirida, en el sentido de una disposición reactiva cimentada inconscientemente (Thomä y Kächele 1973). Lo que queda firmemente en pie, es que el concepto de regresión se refiere exclusivamente a la explicación de procesos anímicos.

Si, al contrario, la fijación y la regresión se traducen de acuerdo con un alfabeto psicofisiológico ficticio, el retroceso a una etapa temprana inconsciente parece explicar, de la misma manera, la génesis de enfermedades psíquicas y somáticas. De hecho, desde los tiempos de Groddeck, muchas teorías en medicina psicósomática siguen este supuesto, aunque ello no sea visible a primera vista.

Sin embargo, al ojo del experto no le es difícil reconocer, a pesar del impresionante colorido del lenguaje, algunos pocos patrones básicos en esta ampliación ilimitada del concepto de regresión. El hilo conductor que los une surge de la teoría psicoanalítica de la defensa, de la que se pueden deducir dos tesis etiológicas. De acuerdo con una de éstas, se llega al surgimiento de enfermedades corporales cuando la "coraza caracteriológica" de Reich se ve

reforzada y se manifiesta corporal-mente. La represión en dos fases de Mitscherlich se basa en el supuesto de una neurosis del carácter que, por así decirlo, se refuerza en la patogénesis psicósomática. Con gran ingenuidad, Thomä (1953, 1953/54) publicó un caso ejemplar, sin pensar que los procesos de defensa deben entenderse como proceso y que ya Freud, a propósito de la represión, habló de la "posrepresión". (Los autores hacen alusión a la segunda fase del proceso de represión, en la doctrina de la represión en tres fases de Freud: represión propiamente tal [Verdrängung], represión "posterior" [Nachdrängen o 'Nachverdrängung'] y vuelta de lo reprimido, doctrina cuya versión más tardía se encuentra parcialmente en la siguiente cita: "Todas las represiones acontecen en la primera infancia; son unas medidas de defensa primitivas del yo in-maduro, endeble. En años posteriores no se consuman represiones nuevas, pero son conservadas las antiguas, y el yo recurre en vasta medida a sus servicios para gobernar las pulsiones. En nuestra terminología, los conflictos nuevos son tramitados por una 'posrepresión'"; Freud 1937c, p.230. Nota de J.P. Jiménez).

La segunda idea, muy extendida, que se deriva de la teoría psicoanalítica de la psicósomática, se basa en el concepto de regresión. Prototípica de ésta es la concepción de Schur (1955) sobre la conexión entre los trastornos psicósomáticos y los fenómenos de maduración y regresión, según la cual el desarrollo de un niño sano es entendido como un proceso de "desomatización". A partir de la estructura indiferenciada y no desarrollada del recién nacido, en quien lo psíquico y lo somático estaría inseparablemente unido, y quien, en razón de su estado evolutivo, reaccionaría de manera predominantemente inconsciente y corporal, se desarrollaría, por la maduración, un tipo de reacción más bien consciente y anímica. Las formas reactivas somáticas se desplazan entonces a un segundo plano, el niño aprende a reaccionar cognitiva y psíquicamente en vez de hacerlo mediante estados de excitación corporal. Schur conecta este proceso de desomatización con el logro yoico de la neutralización de la energía pulsional. En el caso de un padecimiento psicósomático, las situaciones conflictivas no pueden ser dominadas por el yo con energías neutralizadas, libres y disponibles. Por la angustia acompañante, se llega a una regresión hasta la etapa de modelos conductuales tempranos, es decir, hasta la etapa de la forma de reacción somática (regresión psicofisiológica o psicósomática). Las energías que antes estaban ligadas por los procesos de defensa, son ahora dejadas en libertad a través del particular colapso del yo, y se manifiestan en correspondencia con el estadio de regresión somático indiferenciado. La forma que toma la resomatización, es decir, la elección de órgano, y el alcance del espectro reactivo somático, está determinado por los traumatismos infantiles

tempranos y sus fijaciones consiguientes en los procesos de descarga corporales. Schur parte de la base de que, en el curso de la diferenciación yoica a lo largo del proceso de maduración fisiológica, se integran, cognitiva y psíquicamente, procesos somáticos des-coordinados y, con ello, el reaccionar somático en proceso primario es reemplazado por acciones pensadas en el nivel del proceso secundario. La regresión psicósomática la ve como un retroceso a la preservada etapa original de la unidad de reacción cuerpo-alma, con su tendencia a descargas tensionales somáticas.

La concepción básica de este planteamiento explicativo prototípico, que se vuelve a encontrar posteriormente en Mitscherlich (1967, 1983) y en otros autores, se apoya en la analogía o, mejor dicho, en la igualdad, entre los modos reactivos infantiles tempranos y las formas reactivas psicósomáticas. Schur cumple con el modelo psicológico de las neurosis hasta el punto de ver en la regresión, incorporando procesos corporales adicionales, el modo determinante de la patogénesis. El modelo de la regresión simplemente se amplía más allá del nivel psíquico, hasta el nivel fisiológico. Mediante la antigua hipótesis de la fijación, se satisface el postulado de la especificidad. Para la formación teórica de algunas orientaciones psico-somáticas psicoanalíticas es típico que el alcance de los planteamientos correspondientes sea más afirmado, recurriendo a una retrodatación de las causas en la infancia cada vez más temprana, que probado desde un punto de vista metodológico. Si no nos dejamos desorientar por la riqueza inventiva en la creación de nuevas denominaciones, muy pronto se reconoce el modelo global en la afirmación de la génesis temprana (preedípica) de las enfermedades psicósomáticas, en el que no se toman en cuenta las leyes de la fisiología. No deja de sorprender la manera como supuestos falsos, con contenido de realidad dudoso, o absolutamente sin contenido, se mantienen vivos mediante el recurso al empeñoso citarse mutuo, o como modificaciones terminológicas secundarias aparentan nuevos logros de conocimiento. Así por ejemplo, Kutter (1981) elevó la falla básica de Balint, ya problemática en la etiología de las neurosis, a la categoría de conflicto básico de las psicósomatosis, contraponiendo éstas a las neurosis. Con ello, y a modo de ejemplo, los pacientes que sufren de alguna de las 7 enfermedades psicósomáticas clásicas se convierten en graves casos borderline, lo que no se compadece con los hallazgos de Alexander ni tampoco con nuestros conocimientos actuales. Kutter, y muchos otros, reducen la teoría de la patogénesis psicósomática a una condición básica cuyo primado etiológico es improbable, incluso en la teoría de las neurosis. Desde entonces, la teoría etiológica, bosquejada por Freud en el modelo de las series complementarias, ha tomado una forma compleja, a causa de la multiplicidad de los procesos anímicos y corporales en la génesis y

evolución de todas las enfermedades. No se puede afirmar que la condición necesaria de las neurosis –a partir de la cual ésta se desarrollaría con la misma necesidad natural con que lo hace el huevo después de la fecundación–, reside en la falla básica. De este hecho se origina también nuestra crítica a la comprensión de Balint del "nuevo comienzo", que resumimos en la sección 8.3.4 del tomo primero.

Con la ayuda del supuesto de una "regresión psicofisiológica o psicosomática" y la especulación adicional de que los traumas tempranos afectan la unidad psique-soma, pareciera poder explicarse desde un mismo punto cualquier enfermedad corporal o psíquica grave, desde el cáncer hasta la esquizofrenia. De la llamada "estructura psicosomática", se puede derivar aparentemente todo. En su "hipótesis de la complementariedad", Bahnson afirma lo siguiente: En el terreno somático se despliegan fenómenos semejantes a los de la regresión psíquica (en neurosis y psicosis). Cuando la represión debe reemplazar a la proyección en la carga principal de los mecanismos de defensa, se produce un desplazamiento de energía pulsional al terreno somático. Entonces encontramos una secuencia de regresiones somáticas cada vez más profundas, comenzando por la histeria de conversión hasta la más profunda regresión en el terreno de la mitosis celular ... (1986, p.894).

Bahnson coloca la génesis de los malignomas en el punto más profundo de la regresión por represión; en el punto más profundo de la regresión causada por proyección se llega, complementariamente, a la psicosis.

Es sorprendente la fascinación que nace de la idea de la regresión psicofisiológica propagada por Margolin (1953) y sostenida últimamente en especial por McDougall (1974, 1987), como principio explicativo universal para las enfermedades anímicas y corporales. El concepto de regresión psicofisiológica, hace tiempo criticado por Mendelson y cols. (1956) como insostenible, parece ser, en su contenido, tan inmortal como la esperanza de una vida eterna y, probablemente, tiene precisamente su origen en esta última. El hallazgo de sentido determina la vida humana mucho más que las verdades científicas. A éste pertenece también la búsqueda de suplencias mutuas entre cuerpo y alma, vinculada con la idea del ocultamiento inconsciente, surgida del psicoanálisis. En base a este supuesto, se llegó al principio de la equivalencia y de la mutua sustitución entre la sintomatología orgánica y psíquica de Viktor von Weizsäcker, que en la tesis: "No hay nada orgánico que no tenga un sentido", va a parar igualmente en un pansiquismo. En una discusión a propósito de la celebración del centenario del nacimiento del fundador de la medicina antropológica, el filósofo C.F. v. Weizsäcker afirmó, de manera inequívoca, que "no se trata de atribuir a las enfermedades somáticas sendas interpretaciones

psíquicas, que después puedan fundamentar científicamente el trato del médico con el paciente" (1987, p.109). Por lo tanto, la afirmación de que las enfermedades somáticas pueden ser descifradas a través de la "lectura de símbolos específicos" (Chiozza 1987) carece de fundamento. En ese mismo simposio, von Rad (1987, p.163) llamó la atención sobre el pansiquismo de la medicina antropológica implícito en las ideas de la suplencia y ocultamiento recíproco de alma y cuerpo, y advirtió en contra de los peligros que se conectan con éstas. Mediante numerosas citas de la obra del fundador de la medicina antropológica (por ejemplo, 1950, p.259; 1951, p.110), v. Rad demostró que el pensamiento filosófico natural de V. v. Weizsäcker está realmente dominado por la idea del pansiquismo. La realización de esta idea fracasa frente a la carencia de indicaciones para la práctica de la medicina psicosomática. También en su metodología científica la medicina psico-somática se encuentra en los comienzos. Si la bipersonalidad se toma en serio, tanto científica como terapéuticamente, se tocan los problemas que caracterizan el paradigma del psicoanálisis. Desde la "revolución cognitiva" (Bruner 1986) del conductismo, también la psicología clínica se ha visto confrontada con un cambio de paradigma. Intentos de integración actuales, como el presentado por Wyss (1982, 1985), no hacen justicia al extenso saber clínico que el psicoanálisis ha acumulado en este siglo.

En sus diferentes versiones –la verdad sólo aparentemente distintas entre sí–, la idea de la regresión psicosomática como explicación básica y universal para las enfermedades corporales conduce a diagnósticos errados y dificulta el desarrollo de teorías más sostenibles.

La analogía entre los modos reactivos sómato-psíquicos infantiles tempranos de curso global y los trastornos somáticos, no resiste la crítica, como lo hemos mostrado en el ejemplo del movimiento de la tortícolis en el capítulo 5. Como Meyer lo destaca, la fisiología del lactante se diferencia considerablemente de la del adulto:

Dentro de la multitud de diferencias, recordemos sólo una: la homeostasis precaria. Lactantes y niños pequeños presentan alzas de temperatura corporal de hasta 39° o 40° con las infecciones más pequeñas, vomitan con ligeras sobrecargas [de alimentos], se deshidratan en horas. Por separado, en niños pequeños de regla no encontramos manifestaciones de tipo asmático o parecidas a la colitis, a las que los adultos pudieran regresar. Al contrario, rara vez encontramos fiebre psicosomática. Los 2 casos que he podido observar en 30 años no provenían de una regresión fisiológica, sino que eran una recidiva de herpes debida al estrés (1985, p.54).

La descarga tensional infantil temprana se realiza sobre la base de la unidad cuerpo-alma, debido a la carencia de formas de dominio cognitivo. En estas formas globales de reacción de tipo proceso primario, el niño pequeño o, mejor dicho, el lactante, se encuentra en una fase de maduración animal. Es digno de hacer notar que en los animales que viven en la libertad de la naturaleza no aparecen enfermedades psicósomáticas, sino que éstas sólo se originan mediante estímulos colocados artificialmente. A diferencia del estadio de desarrollo infantil temprano, en los enfermos psicósomáticos las cosas no transcurren de modo global, es decir, en la forma de una unidad cuerpo-alma, sino que la característica de esta forma de trastorno reside precisamente en la falta de tal relación. Una concepción de la descompensación psicósomática que recurre a las formas infantiles tempranas de descarga tensional no puede explicar el elemento destructivo de las enfermedades corporales.

La tendencia de muchos psicoanalistas de "psicologizar lo fisiológico" (P.B. Schneider 1976) y la tendencia complementaria de no tomar en cuenta las leyes fisiológicas en el examen de los trastornos psicósomáticos, ha conducido a un estancamiento fatal. Ya no se habla de diferenciaciones entre las enfermedades individuales, sino que se mantiene una pretensión explicatoria holística, válida para "la enfermedad psicósomática"; tampoco se habla de diferenciar entre enfermedades agudas y crónicas. ¡Después de todo, muchas de las características psíquicas descritas en las formas de evolución crónica, como por ejemplo el "complejo desamparo-

desesperanza" de Engel y Schmale (1969), también podrían ser una reacción del enfermo frente al aspecto corporal de su enfermedad!

9.9 Alexitimia

Ya llamamos la atención sobre la alexitimia, cuando, a propósito de la descripción del paciente que padecía de una neurodermitis dijimos que éste se comportaba como si fuera alexitímico. El término alexitimia (a = alfa privativa, lexis = palabra, thy-mos = sentimiento) describe la incapacidad de "leer", de percibir o de expresar, los sentimientos.

La idea de la regresión psicofisiológica, ajena al pensamiento de Freud, consciente de su método, también hace de madrina en el bautizo de la alexitimia, o del concepto de *pensée opératoire* (Sifneos 1973, de M'Uzan 1977). Esta idea vincula las innumerables fantasías que trasladan todas las penurias de las enfermedades corporales y anímicas, de la psicosis hasta el cáncer, a la niñez temprana, y que las hacen originarse en una etapa que estaría antes de la diferenciación entre alma y cuerpo. De ese modo, entonces, presumiblemente se desarrollarían las personas con la llamada "estructura psicósomática", que se caracterizarían por una falta especial de fantasía y cuyo pensamiento estaría mecanizado (*pensée opératoire* o alexitimia).

Los autores que se cuentan dentro de la así llamada escuela francesa de psicósomática no son de ningún modo homogéneos en su concepción del "pensamiento operatorio", como lo podría sugerir el concepto de escuela. Sin embargo, los procesos de regresión y fijación son puntos claves de sus reflexiones teóricas. De M'Uzan ve en una falla en la posibilidad de satisfacción alucinatoria en la infancia una causa esencial de las carencias, constatadas por él, en la estructura psíquica de enfermos psicósomáticos. Fain (1966) postula una regresión a un sistema de defensa primitivo como motor de la formación de síntomas somáticos en las enfermedades psicósomáticas. Marty (1968) concibe procesos regresivos específicos (desorganización progresiva, regresión parcial y global). La formación sintomática que acompaña a estas diversas formas de regresión son remitidas por el autor a fijaciones que se habrían originado en la interacción humoral entre el feto y la madre, es decir, en la fase intrauterina (Marty 1969). Desde esa fase, los autores deducen los fenómenos clínicos descritos por ellos: el pensar operativo como "expresión de una traducción de lo más palpable, lo más concreto y lo más práctico en la realidad" (de M'Uzan 1977) que no permite que el paciente tenga acceso a los niveles relacionados con los afectos y la fantasía, quien crea sólo copias de relaciones temporales y espaciales y con

ello desarrolla una "relación blanda" con el interlocutor. Esta sería la forma de relación característica de los enfermos psicossomáticos. Con el nombre de "reduplicación", los autores franceses destacan una tendencia del enfermo psicossomático a identificarse superficialmente con las características del objeto, de convertirse a sí mismo en una persona interminablemente reproducible, que capta a los demás sólo desde su propio modelo y que no muestra ninguna comprensión para su carácter personal.

Después de haber fundado sus ideas sobre la base del supuesto de fijaciones intra-uterinas, Marty debe más tarde introducir una concepción en la que la génesis de los mecanismos primarios de fijación, responsables del desarrollo de un trastorno psicossomático, se entienden como resultado de la interacción patológica entre la pulsión de muerte y el proceso de evolución. En este concepto, Marty (1969) trata de relacionar las características observadas del pensar operativo y el desarrollo psicofisiológico del individuo. El ve el desarrollo humano como evolución que se realiza bajo la influencia de las pulsiones de vida y muerte. Es evidente la cercanía a la concepción de Schur de la "desomatización", aun cuando ésta esté incorporada en un marco teórico diferente. En el curso del desarrollo infantil de los enfermos psicossomáticos (proceso evolutivo influido por Eros), aparece, por influencias anti-evolutivas (de Tánatos, surgidas de la pulsión de muerte) un trastorno de la economía biológica, cuya superación, si bien elimina la disfunción patológica, no puede impedir que esta fase del desarrollo continúe existiendo como punto de fijación. En el ejemplo de los autores franceses se puede ver cómo se yuxtaponen sin mediación fragmentos de teorías y cómo se fuerzan contradicciones inherentes a las teorías, sin que se haga el intento de concebir un modelo teórico lógico intermedio que pueda ser probado mediante investigación. Así, los autores franceses subordinan el pensamiento operativo al proceso primario y, por otro lado lo discuten como una modalidad del proceso secundario, destacándose la orientación a la realidad, la causalidad, la lógica y la continuidad de los procesos de pensar (Marty y de M'Uzan 1963). Queda sin responder la pregunta de cómo se puede producir una integración social tan llamativamente buena, como la que los pacientes psicossomáticos de regla exhiben. Tampoco la concepción de la "reduplicación" es puesta de relieve de un modo tal que este aspecto de los enfermos psicossomáticos pueda ser colocado en el mismo marco que las múltiples observaciones de normalidad conductual.

También los autores americanos que acuñaron el manejable término de alexitimia se guiaron por un supuesto de especificidad renovado. Estos postularon una estructura de personalidad específica para los enfermos psicossomáticos que, en contraste con los pacientes neuróticos, se caracterizaría por la "alexitimia". Esta

sería la incapacidad de expresar los sentimientos propios en palabras adecuadas. De manera resumida, Sifneos (1973) destaca así las características que él concibe como típicas de los pacientes psicósomáticos: una vida de fantasía empobrecida con un tipo de pensar consecutivo, funcional, una tendencia a eludir situaciones conflictivas mediante la actuación, una restricción en la posibilidad de experimentar sentimientos, una dificultad particular que emerge al tratar de buscar palabras adecuadas para describir los propios sentimientos. Después de yuxtaponer una hipótesis psicodinámica, a una hipótesis de desarrollo deficitario y a una hipótesis neurofisiológica, los autores (Nemiah y Sifneos 1970) deben más tarde preferir una concepción neurofisiológica expresamente tomada de MacLean (1977). Esta trabaja con el supuesto de una unión neuronal entre el sistema límbico, como correlato de las descargas pulsionales y emocionales, y el neocórtex. De acuerdo con esto, las excitaciones podrían ser descargadas directamente dentro del terreno somático, a través del sistema hipotalámico-vegetativo.

Con sus reflexiones, estos autores dieron el impulso para una apasionada actividad de investigación empírico-cuantitativa, cuyos resultados fueron sin embargo desilusionantes: fuera del trabajo de Sifneos y 2 trabajos de otro grupo de autores, 17 investigaciones empíricas, que buscaban registrar la alexitimia como rasgo de personalidad, fracasaron en mostrar algún indicio para la existencia de rasgos específicos de personalidad en los pacientes psicósomáticos. Al contrario, las características medidas pudieron comprobarse en otros grupos clínicos y también en un grupo comparable de personas sanas (Ahrens y Deffner 1985). El aferrarse no importa a cuál tipo de idea de estructura psicósomática específica impide el desarrollo científico de una psicósomática psicoanalítica (Ahrens 1987). La intención de encontrar una estructura única de personalidad para la complejidad y multiplicidad de trastornos psicósomáticos, significa una restricción que también contradice la experiencia clínica. Esta más bien sugiere una constelación heterogénea de conflictos, ya dentro de un mismo cuadro psicósomático, lo que por lo demás ha sido comprobado en investigaciones empíricas (Overbeck 1977).

Lo más probable es que los rasgos esenciales de la llamada estructura psicósomática que se atribuyen al pensamiento operatorio y a la alexitimia tengan una génesis circunstancial. Más que rasgos de personalidad constantes y relevantes etiológicamente, éstos son el resultado de un diálogo conducido bajo determinados supuestos, y esto sin mencionar su presunta génesis en el primer año de vida. Con razón, Cremerius (1977) plantea la pregunta de si acaso tales pacientes que –como sucede en los ejemplos publicados para probar el hallazgo de falta de fantasía–, son entrevistados en un aula, sin mediación alguna y sin

ninguna preparación para un diálogo psicoanalítico, son inducidos a tener, precisamente por tales condiciones de encuadre, una conducta verbal que restringe fuertemente la actividad de la fantasía. También es digna de consideración su indicación de la cercanía de tal estilo de conversación al código restringido que utilizan personas provenientes de estratos sociales bajos. Ahrens (1986a y b) investigó con un procedimiento de análisis de contenido verbal una secuencia de primera entrevista publicada en 1970 por Sifneos y Nemiah, y que según éstos es un ejemplo del hallazgo de alexitimia en pacientes psicósomáticos. En esta secuencia, una buena mitad de las frases que el paciente dice contienen connotaciones agresivas, que sin embargo no son reconocidas ni aludidas como tales por el entrevistador, encontrando en cambio una resonancia escondida en el curso del diálogo. El problema de comunicación aludido en el título del trabajo se desplaza al paciente y ahí se lo etiqueta con el concepto de alexitimia; el problema de transferencia y contratransferencia es también dejado fuera. Investigaciones en grupos comparables de pacientes neuróticos y enfermos somáticos, llevadas a cabo con procedimientos diferenciados metodológicamente, también contradijeron la idea de una estructura de personalidad psicósomática específica, ya que no se pudo encontrar ninguna diferencia entre los distintos grupos de pacientes (Ahrens 1986a y b). Sin embargo, estos hallazgos siguen siendo no tomados en cuenta. La producción de abarcativas fantasías etiológicas está en una crasa desproporción con los esfuerzos de cimentarla a través de investigaciones comprobables.

Evidentemente, aquí se han fijado prejuicios que difícilmente se pueden disolver o al menos aflojar por medio de la prueba científica racional. Por eso hay que preguntarse psicoanalíticamente sobre los motivos que hacen tan fascinante la antedatación de causas en una matriz psicofísica común y sobre cómo ella protege en contra de la prueba de realidad, es decir, de qué manera esta forma de fantasear retrospectivo inmuniza de antemano en contra de argumentos científicos.

Para esto, valga como prueba la hipótesis de la pulsión de muerte de Marty: un modelo explicativo se apoya en un constructo hipotético que no está abierto a la prueba empírica, aun cuando ésta sea sólo la plausibilidad de la experiencia casuística. Por eso, tales especulaciones permanecen, por un lado, sin base y, por el otro, determinan el actuar terapéutico sin que éste pueda ser fundamentado; todo esto, a diferencia del uso de ideas y de fantasías como fundamento del buscar y del investigar científicos. Muchos psicoanalistas creen poder justificar sus especulaciones invocando la mitología pulsional de Freud. La famosa observación irónico-filosófica de Freud dice así: "La doctrina de las pulsiones es nuestra mitología, por así decir. Las pulsiones son seres míticos,

grandiosos en su indeterminación. En nuestro trabajo no podemos prescindir ni un instante de ellas, y sin embargo nunca estamos seguros de verlas con claridad" (Freud 1933a, p.88).

Atribuimos a estas frases muchas significaciones. Las pulsiones no se pueden ver con claridad, porque se pierden en el inconsciente biológico. Según Freud, sólo sus derivados son vivenciables anímicamente, es decir, en tanto éstos se hacen conscientes o pueden ser deducidos en base a síntomas en sus estadios inconscientes previos, como representantes ideatorios y afectivos, como deseos y necesidades pulsionales. Las pulsiones comparten con los seres míticos su grandiosidad, porque de ellos nacen acciones eficaces, como antaño en los mitos de héroes en figura humana y divina. En el sentido de Freud, estas acciones son sin embargo determinables científicamente, es decir, predecibles por el conocimiento de las condiciones marginales. Por ejemplo, los deseos edípicos inconscientes pueden ser indirectamente comprobados en la clínica en el sentido de la doctrina de las pulsiones, y es-to por lo menos en el sentido de una conexión relevante (Grünbaum 1984; Kettner 1987). Aquí Freud sigue el postulado epistemológico de Mach, quien dio por terminada la pregunta por la naturaleza de la pulsión y en cambio reclamó la prueba de conexiones causales a través del análisis de condiciones y efectos.

Como teoría, la doctrina de la pulsión está impregnada, como muchas otras teorías, por una filosofía de la naturaleza que se remonta hasta los pensadores griegos más antiguos, como Freud mismo lo destaca. Esta filosofía de la naturaleza contiene profundas sabidurías humanas en la concepción dualista de odio y amor que, como verdades generales, alcanzan a dar algún sentido a conceptos empíricos falsos sobre ciertos destinos de pulsión. El que Freud, como racionalista, buscara otra meta que una remitologización en el disfraz de falsas teorías causales, es algo difícilmente discutible. No en último término, los pacientes tienen el derecho de ser tratados sobre la base de teorías verificables. La opinión de que las formas de pensar mitológicas deben ser reemplazadas por explicaciones teóricas, tiene dos aspectos. En primer lugar, la mitología contenida en las teorías del paciente sobre su enfermedad puede ser esclarecida científicamente por explicaciones causales. Segundo, la liberación de las teorías científicas de sus componentes mitológicos se hace valer como progreso. Si se reconoce la diferenciación entre teoría y mitología, no existe objeción en contra del recurso a formas de expresión mitológicas, debido a su mayor capacidad de hacer algo evidente. Freud hace uso abundante de este recurso. Si por el contrario no se toma en cuenta la diferenciación entre mitología y teoría, y se toma el lenguaje ontológico y el realismo ingenuo de la metapsicología en serio, las ideas de Freud se transforman en su contrario. Es

más que inquietante que la metapsicología, calificada por Freud como la "bruja" que debía suministrar el marco explicativo general para poder incorporar la magia, las sagas, los cuentos, las mitologías y las religiones en una teoría científica, haya permanecido, por su parte, fiel a la idiosincracia brujesca tradicional.

La verdad es que en el modelo de explicación de Freud no se trata precisamente de la naturaleza mítica de la pulsión, sino de la demostración de conexiones entre con-dición y efecto, cualquiera sea la esencia de la pulsión (Kerz 1987).

Otro capítulo

es que en la teoría de la pulsión de Freud estén contenidos elementos de filosofía de la naturaleza que pueden convertirse en mitología.

La interpretación de las enfermedades corporales sale al encuentro del anhelo humano de hallar sentido. Este anhelo crece frente a enfermedades incurables y mortales: el problema de la muerte se transforma en punto de partido de visiones de mundo y de la vida. En el animismo, la naturaleza inanimada da vida al ser humano, como lo describió Freud en *Tótem y tabú* (1912/13), y así el hombre se crea la creencia en la vida después de la muerte.

Ahora bien, no sólo existe la tendencia universal de hacer de sí mismo la medida de todas las cosas. El narcisismo se puede unir tan estrechamente con un método científico o con una terapia, que ésta parezca no tener límites. Si el origen de las enfermedades más graves o mortales –las enfermedades psiquiátricas o el cáncer– se remite al comienzo de la vida, se sigue el sistema de pensamiento del animismo, que "... no sólo proporciona la explicación de un fenómeno singular, sino que permite concebir la totalidad del universo como una trabazón única, a partir de un solo punto" (Freud 1912/13, p.81).

En medicina, con la división en campos y la inevitable y creciente especialización, en todas las ramas se han conseguido progresos diagnósticos y terapéuticos antes no sospechados. Frente a la extensión de la división y en vista de las múltiples amenazas y complicaciones de la vida, crece en todos el anhelo de unidad y totalidad. En el fantasear sobre los orígenes se busca el paraíso, a saber, la totalidad, cuya pérdida después del pecado original trajo consigo, junto al conocimiento, también el tiempo y la muerte.

9.10 El cuerpo y el método psicoanalítico

A través de la vivencia corporal, el cuerpo es directamente accesible para el método psicoanalítico, sin que en esto pueda transformarse en objeto de exploración médica. Por eso, es esencial que los psicoanalistas médicos, en especial los que se ocupan en medicina psicosomática, mantengan sus capacidades diagnósticas y terapéuticas de enfermedades corporales (en suma, la relación con la medicina somática). Cómo se pueden mantener al día conocimientos médicos generales o especiales cuando no se los ejerce continuamente, es un problema que atañe a todo especialista.

Los problemas que enfrenta el psicoanalista a causa de su especialización son de naturaleza general y valen para todo especialista. De acuerdo con la denominación, los médicos generales están en posesión de un amplio abanico de conocimientos y trabajan en un nivel que no alcanza para convertirlos en

especialistas en un sector determinado. Por su parte, los médicos especialistas ya no dominan toda la ciencia médica por la que debe responder el médico de familia. La especialización y la sub-especialización llevan consigo que el especialista de alto nivel sepa "siempre más sobre siempre menos". Con todo, este dicho sarcástico es sólo adecuado cuando se deja de lado el hecho de que en todo trabajo científico profundo, no importando lo detallado que pueda ser, se dan relaciones con grandes problemas básicos, que siempre alcanzan más allá de la propia rama y que reclaman un trabajo conjunto inter-disciplinario. Como lo explicamos en la sección 1.1, el psicoanálisis depende de manera importante del intercambio con otras ciencias humanas. La verdad es que esto no cambia en nada el que su método se dirija a la vivencia anímica del enfermo, pero no a su cuerpo. Ahora bien, los métodos pueden compararse no sólo de acuerdo con aquello que dejan fuera de consideración. En tales comparaciones no hay que perder de vista la unidad de la persona. Así se origina un campo tensional multifacético. En el consultorio mismo, sólo en momentos especiales el analista hace justicia a las necesidades totales de un paciente. De esto hay que responsabilizar no sólo a los límites metodológicos. Mucho más importante es el campo de tensiones mencionado, que se origina entre el anhelo de ayuda corporal y anímica total y la realidad. En la base de esta tesis se encuentra el supuesto antropológico de que la unidad de la persona se actualiza en expectativas totales, que se anticipan en figuras tanto conscientes como inconscientes y que son constantemente evaluadas en relación con las carencias. En la antropología filosófica, la naturaleza carencial del ser humano ha sido conceptualizada desde hace tiempo como una cabeza con dos rostros que se caracteriza por su excedente en fantasía. Con ello, la insatisfacción está previamente programada y ésta es especialmente grande allí donde se producen exclusiones por razones metodológicas o donde la perfección de las técnicas deja que desear, porque la insuficiencia humana es inevitable.

En el consultorio psicoanalítico se despiertan expectativas totales de gran intensidad y originalidad en los pacientes, que apuntan tanto al pasado –como al paraíso perdido antes de la separación y el trauma, o antes de la toma de conciencia–, como también al futuro –como utopía. Después de todo, se dice: "En la restricción se deja ver el maestro." Hemos hecho la experiencia de que esta valoración, a pesar del problema mencionado, y que merece mayor discusión, también se le presenta al psicoanalista cuando defiende con competencia el alcance restringido de su método. En la medida en que el cuerpo está representado como imagen corporal en la vivencia consciente e inconsciente, en ningún momento el método alcanza a entrar en contacto con los límites del cuerpo. Llamamos la atención del lector sobre la sección

"Conversión e imagen corporal" (9.2.1) y destacamos que la imagen corporal es, en relación con su génesis, uno de los dominios del psicoanálisis y que también en la terapia desempeña un papel decisivo. Los representantes ideativos inconscientes y conscientes que en ella se unen o contradicen son, por cierto, algo distinto del cuerpo de la medicina científico-natural.

Las repercusiones somatopsíquicas cristalizan en el bienestar subjetivo que, como vivencia del cuerpo, está estrechamente unida a la imagen corporal. A partir de este dominio psicoanalítico, las influencias anímicas sobre el acontecer corporal pueden ser reconocidas y eventualmente mitigadas. Donde las cosas ya no pueden ser asidas en una misma mano, porque en todo planteamiento de hipótesis complejo es necesaria la fragmentación del conocimiento especializado, surgen el problema de la integración y la pregunta sobre quién tiene la responsabilidad de llevar a cabo esta integración. Abogamos porque el analista tratante manifieste un fuerte interés en que sus pacientes sean atendidos durante las enfermedades corporales intercurrentes o crónicas, de la misma manera como quisiera fuera tratado médicamente él mismo, o alguno de sus parientes, en caso de enfermedad. El seguimiento de esta antigua consigna encamina las cosas hacia la mejor medicina posible. Cuál aporte puede hacer el analista médico en un caso dado, es algo que debe ser decidido, por un lado, desde el punto de vista del método y, por el otro, de acuerdo con la evaluación de la competencia que permaneció y que pudo ser practicada junto a la especialización. El tomar en serio las enfermedades corporales, en vez de psicologizarlas en un pansiquismo irresponsable, y la elaboración de las teorías patogénicas subjetivas del paciente, da al método psicoanalítico un gran campo de acción. Partiendo del bienestar del paciente y de su imagen corporal, el analista puede ir, en lo que a asistencia de las enfermedades corporales se refiere, mucho más allá de lo que una falsa comprensión del principio de abstinencia lo permite. Muy frecuentemente, durante el tratamiento de trastornos angustiosos graves, de casos de patología limítrofe y de psicosis, el analista se ve confrontado con la pregunta sobre la prescripción de psicofármacos. Incluso analistas que tienen experiencia en terapia farmacológica titubean en recetar ellos mismos un bloqueador de receptores beta o un preparado benzodiazepínico a un neurótico de angustia. En el temor de que una prescripción de medicamentos podría influir la transferencia de manera "no analizable", no se considera el hecho de que también la denegación de tal prescripción podría tener efectos secundarios desfavorables permanentes. La división de las funciones médicas en diferentes personas trae consigo problemas adicionales, en especial con pacientes que de todos modos presentan procesos de escisión. En su trabajo, en general poco tomado en cuenta, "Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy", cuyo título

alemán fue acertado, y no por casualidad, a: "Psi-cofármacos en la psicoterapia", Ostow constata con razón lo siguiente:

No importando lo deseable que de hecho es esta constancia [de la transferencia], sólo es esencial que todo lo que se emprende con el paciente sea pensado y guiado con precisión, de modo que fantasía y realidad puedan ser diferenciadas una de la otra. Así por ejemplo, un analista no titubeará en deparar más tiempo, apoyo y atención, a un paciente gravemente depresivo que a otro. En tercer lugar, la administración de una medicina tiene para el paciente significados inconscientes que pueden ser analizados de la misma manera como los significados inconscientes de otras contingencias del contacto terapéutico, como, por ejemplo, el arreglo de la pieza de consulta, el nombre del médico tratante, los acuerdos sobre el modo de pago de los honorarios, una enfermedad intercurrente, etc. (1966, p.14).

Esta actitud flexible permite hacer justicia, en el sentido de nuestra indicación adaptativa, a muchos pacientes graves, aun cuando las especulaciones de Ostow sobre el modo de acción de los psicofármacos, basadas en conceptos de economía de la libido, sean insostenible. Naturalmente, la medicación con psicofármacos debe ser colocada dentro de un marco terapéutico analítico, donde el problema de la habituación deber ser considerado de manera especial. Muchos representantes de la orientación biológica en psiquiatría recetan psicofármacos sin considerar psicoterapéuticamente la génesis psíquica genuina de las angustias (véase 9.1). En las secciones 2.3.1, 3.4.2, 6.4 y 9.3.1, ofrecemos ejemplos de diferentes manejos en la prescripción de psicofármacos. Debido a la escasez de investigaciones científicas al respecto, todavía no se pueden entregar recomendaciones generales acerca de quién debe hacerse cargo de la prescripción en una terapia combinada (al respecto, véase Klerman y cols. 1984).

Las tensiones, descritas al comienzo, entre expectativa total e imperfección, según se manifiestan en la particularidad de los métodos, pueden ser configuradas de manera productiva. Por el contrario, pareciera que el cuerpo excluido (para personificarlo de alguna manera) en el psicoanálisis, se desquita del mismo modo como lo hacen los familiares, que buscan sus abogados en el campo de las terapias familiares. Si no es así, ¿a qué cuerpo se dirigen los psicoterapeutas en las terapias corporales?(Véase Maurer 1987.)

El renacimiento del cuerpo en las terapias corporales se refiere a la imagen corporal, según se puede deducir del informativo libro de Brähler (1986) sobre la vivencia del cuerpo, que lleva el subtítulo de "Una expresión subjetiva de

cuerpo y alma". También T. Moser (1987), en su entusiasmo por las terapias corporales, se refiere a esta imagen corporal. Con seguridad, la exclusión del cuerpo en una forma especial de la abstinencia psicoanalítica también ha contribuido en el surgimiento de las terapias corporales. Desgraciadamente, esta forma de abstinencia no existe sólo como una caricatura de Moser. Compartimos su crítica, sin por ello extraer las mismas consecuencias. El que llegemos a otras conclusiones tiene muchas razones.

De acuerdo con las experiencias de Benedetti (1980), Schneider (1977), Wolff (1977), Ahrens (1988), y de acuerdo con nuestros propios estudios de curso, después de algún tiempo, los pacientes con síntomas corporales desarrollan una resonancia afectiva y una actividad de fantasía totalmente comparable, cualitativa y cuantitativamente, con la de pacientes neuróticos en tratamiento. Por lo tanto, los problemas técnicos descritos por McDougall (1985, 1987) y por Moser, no deben remitirse a la alexitimia. Si de verdad existiera una carencia compensable en la fase preverbal del desarrollo, sería consecuente por lo menos hacer un intento con alguna de las terapias corporales. En todo caso, como lo aclaran Moser y Müller-Braunschweig (1986), el tabú de la abstinencia, cuyo rígido manejo también se debe a circunstancias de la época, no debiera ser obstáculo en el hacer la prueba.

Por nuestra parte, nuestro afán de experimentar se encuentra restringido en razón de reflexiones teóricas. Los éxitos o fracasos de los análisis dependen de tantas condiciones, que es imposible remitir los fallos de la técnica clásica con pacientes con "estructura psicósomática" a un hipotético trastorno temprano. En esto, ni siquiera en el nivel fenomenológico del diagnóstico existe un consenso que vaya más allá del acuerdo de una persona consigo misma, y esto sin hablar de la reconstrucción de las condiciones de la génesis. Por lo demás, nuestra manera personal de ver las cosas lleva consigo el que no nos podamos decidir por un tipo de intervención terapéutica cuando estamos convencidos de que la teoría que lo fundamenta es falsa. Ahora bien, también existen acciones terapéuticas benéficas que se apoyan en una teoría falsa. Por ejemplo, si un paciente ha sido frustrado seriamente durante años de terapia, consideramos como posible que el ser tocado por un terapeuta corporal altamente dotado pueda obrar milagros. Sin embargo, creemos que todo eso tiene poco o nada que ver con traumatismos en el primer año de vida y con su compensación con motivo de un nuevo comienzo ficticio de este tipo. Lo que aquí se prueba es que es dañino frustrar a los pacientes en vez de darles la ocasión de dominar el daño inferido. Cualesquiera puedan ser los efectos curativos del contacto corporal en tales terapias, la vivencia y la génesis de carencias o defectos del sentimiento de sí mismo cimentado en el cuerpo son un asunto extremadamente complejo.

Finalmente, nos parece problemático que el terapeuta corporal actúe en un "nivel-como-si", pero que, según se dice, haga algo, según convenga, en el lugar de la madre o del padre, y que le atribuya a esto un contenido de realidad especialmente profundo. ¿Cómo se llega del "como-si" a la realidad más profunda? ¡Esa es la pregunta! Pues no son los contactos puramente de hecho y otros más, sino su significación como percepción de sentido lo que importa. Miradas las cosas más de cerca, se trata entonces de la imagen corporal y no del cuerpo como objeto de la medicina científico-natural. En último término, probablemente sólo un milagro puede tocar de tal manera el cuerpo afectado por procesos fisiopatológicos o malignos, que la muerte sea postergada por un tiempo infinito.

¿Hasta qué punto es traducible el lenguaje corporal en palabra hablada? Forrester (1980) dio a un libro el enigmático subtítulo de "El síntoma como conversación – la conversación como síntoma". La verdad es que tanto los síntomas como las conversaciones pueden tener vida propia y correr paralelamente. De acuerdo con esto, este autor añade: el síntoma como síntoma – la conversación como conversación. Forrester (p.131) habla de una profunda ambigüedad contenida desde el comienzo mismo en la teoría psicoanalítica. Pues no podemos considerar ambos lenguajes, el de los síntomas y el de la terapia, como la misma cosa, aunque Freud descubriera que un síntoma puede suplir una comunicación como su equivalente. La equivalencia debe poder ser deducida en la intercambiabilidad, de acuerdo con un método. Esta equivalencia se presta estupendamente para la determinación práctica del alcance terapéutico del método psicoanalítico, cuyos límites se encuentran donde los síntomas corporales escapan a la traducción. Ciertamente, incluso los síntomas de un cáncer pueden ser descritos en palabras, pero ellos son explicados con la ayuda de conceptos científico-naturales, en conexión con teorías causales. Pero, de la misma manera como estos síntomas, y muchas otras molestias corporales, no pueden ser explicados por la psicología profunda, tampoco pueden ser incorporados a la vida consciente con la ayuda de una traducción: si bien el enfermo puede dar un sentido a su vida, a su sufrimiento y a su muerte, estos síntomas corporales no están como símbolo de algo.

En el diagnóstico y en el tratamiento psicoanalítico de pacientes que sufren de síntomas somáticos, deben considerarse los siguientes puntos de vista. En el trabajo de traducción, paciente y analista descubren el "derecho a voz" (Mitsprechen) de los malestares corporales, por ejemplo, en conexión con situaciones abrumadoras. Quien está sano se vivencia como íntegro. Las manifestaciones observables, o accesibles a la introspección, de alegría, de pesar, de dolor –para nombrar sólo algunos ejemplos– exigen una descripción

circular. En este punto queda abierto en qué lugar empezó todo. La aparición simultánea de un dolor corporal con la experiencia de una separación de un ser querido, no permite todavía ninguna afirmación sobre causa y efecto. En las correlaciones queda sin decidir la pregunta de en qué lado de la relación está la variable dependiente, o la independiente, pudiendo ambas ser dependientes de una tercera o de una cuarta condición. Naturalmente, la aclaración de relaciones de dependencia somatógenas o psicógenas, en el sentido de causa y efecto, o de contexto de fundamentación, supone que primero puedan ser comprobadas las correlaciones. Por lo tanto, con Fahrenberg (1979, 1981) abogamos por una "doble consideración", dualista en el lenguaje, que haga justicia metodológica a la "emergencia" de lo anímico (véase Rager 1988; Hastedt 1988).

Procesos vitales de alto nivel, vale decir, procesos psicofísicos unidos a la actividad cerebral del ser humano, pueden ser descritos y analizados en dos sistemas de referencia categorialmente distintos y mutuamente intransferibles (inconmensurables, irreductibles). El primero no es una manifestación acompañante, un equivalente, una función auxiliar o un epifenómeno del otro, sino que es imprescindible para una descripción adecuada y para una comprensión completa. Este modelo de complementaridad de las estructuras categoriales desplaza entonces la problemática ontológica al campo metodológico del análisis categorial y no deja lugar a representaciones de isomorfía psicofísica o a imágenes simples de "funciones-diccionario", del mismo modo como a interacciones energéticas (causalidad psíquica, psicogénesis, supuesto de influencias espirituales sobre las sinapsis o módulos) y a reducciones materialistas fisicalistas (1979, p.161).

Entonces, en base al análisis de condiciones de correlaciones entre vivencia, conducta y funciones psicológicas, se puede intervenir sistemáticamente en el contexto de condiciones, delimitando las diferentes variables, sea en el marco experimental del laboratorio o en investigación psicoterapéutica. En esta medida, la psicogénesis es comprobable empíricamente, en el sentido de conexiones causales (Grünbaum 1984), sin recurrir a la reciprocidad energética, que es algo inherente a la teoría de la conversión.

En general, el médico que hace el diagnóstico responde primero unilateralmente la pregunta sobre la correlación del malestar corporal con el vivir, de manera tentativa: ya que bajo todo malestar corporal pueden subyacer causas propias del cuerpo, el llamado diagnóstico por exclusión ocupa un espacio cada vez mayor en la medicina. Ya que los dolores en la región inguinal irradiados a los genitales pueden tener, al igual que los malestares abdominales superiores, muchas causas que son investigadas por las diferentes especialidades y

subespecialidades, las exploraciones por exclusión son fastidiosas. A menudo, en éstas no se comprueban más que ligeras desviaciones funcionales, que paciente o médico, o ambos, convierten en hipótesis explicativas, sobrevalorándolas. Ya que las hipótesis explicativas de cada una de las subespecialidades suelen ir acompañadas de recomendaciones terapéuticas, no es raro que se desarrolle un círculo vicioso de esperanzas y nuevas decepciones. Antes de que, como consecuencia de una concepción somatopsíquica unilateral de las correlaciones mencionadas, se llegue a un tipo de examen global, es tiempo de restablecerlo, al menos de modo aproximativo. Puede que al lector le moleste que hablemos de un restablecimiento aproximativo de la totalidad. Del mismo modo como la multiplicidad lingüística que depende del pluralismo metodológico no puede ser transformada sin más en una semiótica universalmente válida sin una gran pérdida de información para todos los lados, tampoco el método psicoanalítico puede ser reducido a la fisiología, o viceversa. Por esto, es decisivo por lo menos acercarse al anhelo de totalidad, a través de un sopesar integrador de observaciones y hallazgos.

El "derecho a voz" (Mitsprechen) de los síntomas corporales, en el sentido de su dependencia de las vivencias, tiene que ser asegurado no sólo por exclusión, a través del procedimiento diagnóstico mencionado, sino, antes bien, fundamentado positivamente. En el lenguaje corporal descubierto por Freud en los histéricos, se trata de un suceso expresivo inconsciente, escondido, aparentemente desprendido de la conciencia, que transcurre tanto ciegamente como al azar. En especial, la gramática de los sentimientos y afectos, que sólo artificialmente pueden ser separados de las percepciones, sigue reglas cuyo descubrimiento hay que agradecer al método psicoanalítico. Colocar intenciones expresadas simbólicamente en un contexto, y darles un sentido, caracteriza la teoría de Freud de la concepción dinámica de la vida anímica, con la que él va más allá de una fenomenología descriptiva. Aún más esencial, es el vínculo de esta teoría con la afirmación, fundamentada metodológicamente, de que el vivenciar y el conocimiento de deseos y motivos inconscientes hacen desaparecer los síntomas. Ya en los Estudios sobre la histeria, leemos lo que sigue:

De ordinario, el trabajo se vuelve al comienzo tanto más oscuro y difícil mientras más profundamente se penetra en los productos psíquicos estratificados que ya hemos descrito. Pero, una vez que uno se ha abierto paso hasta el núcleo, se hace la luz y ya no cabe temer ningún empeoramiento intenso en el estado del enfermo. Ahora bien, la recompensa del trabajo, el cese de los síntomas patológicos, no se puede esperar antes de que se haya operado el

análisis pleno para cada síntoma particular; y dondequiera que los síntomas singulares estén atados entre sí por múltiples formaciones nodales, durante el trabajo no lo animarán a uno ni siquiera éxitos parciales. En virtud de las profusas conexiones causales existentes, cada re-presentación patógena todavía no tramitada actúa como motivo para creaciones enteras de la neurosis, y sólo con la última palabra del análisis desaparece el cuadro clínico en su totalidad, de una manera totalmente semejante a como se comporta el recuerdo singular reproducido (1895d, p.303).

Ya que las representaciones patógenas no son separables unas de las otras, sino que se refuerzan y mantienen mutuamente, el trabajo terapéutico en un nudo (foco) puede irradiar sobre todo el complejo tejido de condiciones. Debido a la conexión existente entre los motivos inconscientes, el diálogo psicoanalítico tiene efectos terapéuticos en forma de red, sin que cada moción desiderativa especial deba ser llamada por su nombre o cada nudo desatado. Con ello, estamos en posesión de una directiva pragmática: El alcance del método psicoanalítico en relación con el cuerpo no termina con los límites del lenguaje, porque el diálogo terapéutico también hace realidad un componente no verbal. Con el principio y con el final de la vida, nos quedamos sin habla. Así se cierra el círculo.

Desde que el psicoanalista se ha visto confrontado con tareas terapéuticas como consejero en unidades de tratamiento intensivo y en psicooncología, han aparecido en su horizonte de experiencia los efectos somatopsíquicos en las enfermedades terminales (Gaus y Köhle 1986; Köhle y cols. 1986; Meerwein 1987; Sellschopp 1988). También aquí se trata de la vivencia corporal, bajo las condiciones especiales de la sospecha o de la certeza de la muerte inminente. En las preguntas por el sentido, que un paciente al final de su vida plantea al analista, recomendamos tomar una decisión. No puede pasarse por alto que, bajo el punto de vista del principio de realidad, la teoría psicoanalítica y su antropología latente exhorta a un reconocimiento de la muerte y que no está en condiciones de ofrecer al moribundo algún consuelo a través de la esperanza de un cumplimiento de deseos en el más allá. Los cambios en las enfermedades que llevan a la muerte contribuyen a la disolución de los límites espacio-temporales; probablemente, éstos pueden expresarse sólo a través de analogías que, no sólo en el lenguaje psicoanalítico, desembocan en las metáforas del retorno.

Estas analogías consuelan indirectamente al paciente al transmitir, por ejemplo, la vivencia de recogimiento, y, con ello, hacen tolerable el conocimiento del desmoronamiento del cuerpo (Eissler 1969; Haegglund 1978). Como todo

médico, el analista será ahora exigido como un ser humano que también está expuesto a las amplias preguntas sobre el sentido de la vida y de la muerte. Es dudoso que el ana-lista prefiera responder estas preguntas personales en el marco de las pulsiones de vida o muerte o de las teorías de relaciones objetales. Sospechamos que también

los analistas dan forma a sus encuentros con moribundos básicamente sobre el trasfondo de visiones de mundo y concepciones vitales personales y que usan la teoría psicoanalítica, incluyendo la metapsicología, metafóricamente y como un andamiaje que da sostén.

9.11 Resultados

La discusión sobre el desenlace de los tratamientos psicoanalíticos tuvo su punto de partida en los historiales clínicos de Freud. La primera investigación sistemática de resultados terapéuticos fue presentada por el Instituto psicoanalítico de Berlín, a través de Fenichel (1930). Este instituto había sido concebido de acuerdo con la idea sostenida por Freud (1919j), de la unidad de asistencia a pacientes, investigación y docencia. Posteriormente, sin embargo, el campo de trabajo de la mayoría de los institutos se restringió casi exclusivamente a la formación. En Alemania, las investigaciones llevadas a cabo por Dührssen (1962) en el Instituto central de Berlín para enfermedades psicogénicas, tuvieron una fuerte influencia en la incorporación de psicoterapias psicodinámicas y psicoanalíticas en el catálogo de prestaciones de las mutuas de salud y compañías de seguro de enfermedad (véase tomo primero, 6.6). Con todo, en la práctica psicoanalítica los estudios catamnéticos sistemáticos han permanecido como un hijo bastardo. Entretanto, la investigación en resultados psicoterapéuticos (véase Kächele 1981; Lambert y cols. 1986) registra también estudios empíricos metodológicamente adecuados para la catamnesis de psicoanálisis altamente frecuentes (Bachrach y cols. 1985; Bräutigam y cols. 1980; Weber y cols. 1966; Kernberg y cols. 1972; Wallerstein 1986; Zerssen y cols. 1986).

Muchos analistas delegan la investigación en las instituciones. Sin embargo, el psicoanálisis se ha desarrollado a partir de la práctica, para la cual Freud reclamaba la unión inseparable entre investigar y curar (véase capítulo 10 del tomo primero). El procedimiento habitual para muchas disciplinas de acción, de elaborar el conocimiento ganado por experiencia sólo hasta que éste ejerza un efecto predominantemente estabilizador sobre la propia práctica, tiene muchos lados oscuros. De hecho, existe una tensión entre el terapeuta y el investigador. El terapeuta tiene una gran necesidad de seguridad, porque la comunicación segura es una guía vital que tiene en todo momento efectos psicoterapéuticos (Kächele 1988a). Tarea del terapeuta es hacer máxima su evidencia positiva para poder actuar en la situación clínica. Por el contrario, al científico lo guía un interés epistemológico diferente: su tarea es hacer máxima la evidencia

negativa, es decir, cuestionar constantemente los hallazgos y sus explicaciones, como lo pone de relieve Bowlby.

En su trabajo diario, un científico necesita ejercer un alto grado de crítica y auto-crítica, y en el mundo en el que habita, ni los datos ni las teorías de un líder, por más admirable que éste pueda ser personalmente, escapan al cuestionamiento y crítica. No hay lugar para la autoridad.

Lo mismo no vale para la práctica de una profesión. Cuando un práctico quiere ser efectivo, debe estar preparado para actuar como si ciertos principios y ciertas teorías fueran válidas; y en la decisión de adoptar alguna, debe estar preparado para dejarse guiar por aquellos con experiencia, de quienes él aprende. Ya que, más aún, en todos nosotros existe una tendencia a dejarnos impresionar por la teoría cuya aplicación aparece como exitosa, los prácticos corren el riesgo especial de confiar en una teoría más que lo que la evidencia disponible lo justifica (1979, p.4).

Muchos analistas parecen querer retener esta seguridad también después de la terminación del tratamiento, pues, como lo destacan Schlessinger y Robbins (1983, p.7), en la copiosa literatura clínica psicoanalítica impera una abierta carencia de estudios catamnéticos. Estos autores piensan que, en esto, un papel significativo lo desempeña la actitud defensiva de la mayoría de los analistas, que creen saber ya por anticipado cuál debe ser el resultado de un psicoanálisis, y que se cierran a la percepción de procesos que no calzan con la imagen tradicional.

Por esta razón, en el marco de un texto crítico sobre la práctica psicoanalítica nos parece adecuado presentar algunas reflexiones sobre un seguimiento catamnético que se ajuste a la praxis. La confrontación crítica con los efectos de la propia técnica de tratamiento es algo que va en provecho de los intereses de perfeccionamiento del analista y del bienestar de sus pacientes. Esta confrontación se lleva a cabo a) durante el tratamiento, b) con la terminación del tratamiento y c) en uno o en varios momentos posteriores. Todo psicoanalista califica al comienzo de la terapia la gravedad de la sintomatología del paciente, y establece un pronóstico condicional en base a la psicodinámica subyacente (Sargent y cols. 1968). Este pronóstico contiene hipótesis sobre conexiones causales. Los pronósticos condicionales son corregidos y completados a lo largo de la terapia, en dependencia con los respectivos resultados alcanzados hasta ese momento. Esta evaluación orientada según el curso hace posible una adaptación de las metas y de las estrategias a los pacientes. En algún momento se llega al punto de una ponderación realista de "costo y beneficio". Esta manera sobria y económica de ver las cosas trae al recuerdo los límites de los cambios

que se pueden alcanzar a través de un psicoanálisis. Ahora, todas las personas comprometidas hacen un balance. En esto, varias modalidades son posibles: a) cada uno para sí mismo, b) en conjunto, c) por terceras personas, por ejemplo, por la familia del paciente.

Ya que durante la terapia el tema de los cambios está, directa o indirectamente, siempre presente, es natural que en la fase de terminación se pongan en marcha re-flexiones evaluadoras conjuntas. En ellas, en los casos más favorables el analista escuchará que el paciente está conforme con los resultados, que las molestias que motivaron el tratamiento han desaparecido (en la medida en que no se hayan vuelto a inflamar en el curso de la problemática de separación), que se siente como una persona nueva porque las peculiaridades de su carácter, que mucho lo restringían, pudieron ser aflojadas en gran medida. Es infrecuente que el paciente refiera como tal la capacidad de autoanálisis, que discutimos en el primer tomo (8.9.4). Señalará cómo él ha interiorizado, de acuerdo con su especial manera de ser, las funciones del analista, que se continuarán parcialmente en el autoanálisis. Es probable que en aquellos pacientes que pueden sacar provecho del tratamiento analítico para el ejercicio de la profesión propia, se encuentre un manejo analítico genuino de este concepto.

Por lo general, los tratamientos psicoanalíticos representan grandes inversiones en tiempo y dinero. En comparación con otras especialidades médicas, el número de pacientes que un analista en práctica privada llega a tratar en los 20 a 30 años de vida profesional es limitado. Por esto, el conocimiento acerca de los efectos ulte-

riores de la intervención analítica representa un elemento corrector esencial para la comunidad psicoanalítica, como lo han aclarado Schlessinger y Robbins (1983).

Muchos analistas rehuyen las exploraciones catamnéticas con sus pacientes, porque temen una reactivación de la transferencia originalmente resuelta. Por varias razones, esta preocupación es injustificada. Desde las investigaciones de Pfeffer (1959, 1961, 1963), retomadas por Schlessinger y Robbins (1983; véase también Nedelmann 1980), está demostrado que la transferencia referente a los recuerdos po-sitivos de una relación benéfica se mantiene. Estos se reactivan en las entre-vistas catamnéticas. Con los cursos favorables, se resuelven aquellos aspectos de la transferencia que se pueden delimitar como partes neuróticas. En lo que resta, el analista conserva una alta valoración como persona significativa en el vivir del paciente. Por esto, en las entrevistas catamnéticas, sea con otro o con el mismo analista, a los antiguos pacientes tampoco les cuesta encontrar de nuevo un acceso rápido a antiguos modos de relación y reflexionar sobre esta reactivación. En esta medida, la idea de una resolución completa de la transferencia puede considerarse errada. Con todo, esta idea se mantiene en vida e incluso ha llevado, desde los últimos años de la década de los cuarenta, a un aumento permanente de la duración, en especial de los análisis didácticos, que Balint (1948) calificó de "superanálisis". Con éstos, pensamos que está unida la meta de resolver la transferencia de una manera especialmente profunda, a través de un análisis intensivo y largo de la transferencia. De hecho, pareciera haberse instalado un efecto contrario, un círculo vicioso, porque con los superanálisis, precisamente con análisis didácticos, aumentan las dependencias y con ello se refuerzan los aspectos neuróticos. La idealización del analista didáctico, y la evitación de una apreciación realista por ambos lados, es especialmente acentuada en estos análisis, de modo que después de la terminación ambas partes atraviesan un proceso de desilusión que se alarga por años y que en nuestra opinión conduce a una carga no despreciable para la comunidad analítica. Por esto, hay que valorar como un gran progreso el que recientemente este problema haya sido discutido extensamente (Cooper 1985).

Como resultado de las investigaciones catamnéticas debemos contar con considerables correcciones de la imagen que nos hicimos durante el curso del tratamiento. Ya que estas correcciones pueden ir en un sentido tanto negativo como positivo, son de un gran valor para la formación teórica del psicoanálisis (Kordy y Senf 1985).

9.11.1 Retrospectivas de pacientes

Debido a que tomamos especialmente en serio las opiniones de nuestros pacientes sobre las repercusiones de nuestro obrar terapéutico, hemos dado a leer a una serie de nuestros pacientes informes resumidos sobre ellos y les hemos solicitado su opinión. También hemos recibido evaluaciones retrospectivas.

La siguiente toma de posición proviene del paciente Federico Y, sobre quien informamos en la sección 2.3.1. El paciente describe sus malestares y sus impresiones del suceso terapéutico. Del informe hemos cambiado sólo lo necesario para garantizar el anonimato.

Mirada retrospectiva sobre mi psicoanálisis

Malestares

Sigo chocando con las mismas angustias, con el despliegue de fuerzas que significa conducir con los frenos apretados. Sufrimiento: no puedo dejar salir la ira y la rabia con colegas y colaboradores cercanos, no puedo resolver los conflictos, sólo cargo a mi esposa y a mí mismo con ellos. Rehuyo encuentros desagradables, evito frecuentemente las fiestas, el baile, lo suelto. Postergo llamadas telefónicas y visitas difíciles. A menudo en el trabajo no me controlo, estoy que echo chispas, me pongo violento, a veces le pego a mi mujer. A menudo me escapo al bosque o en esfuerzos superiores a mi capacidad. No puedo dejar las cosas sueltas, estar tranquilo, jugar con los niños. Me justifico a mí mismo a través de los rendimientos y dejo de lado a la familia. A menudo tengo malestares digestivos, dolor de cabeza, dolor en el cuello, en la espalda. Mi sufrimiento aumenta.

Un amigo me anima a consultar un terapeuta, el mismo que él también consultó.

Primera Entrevista

A ella voy: 1) con el miedo a ser rechazado; b) con una abertura sin reservas, casi en actitud de desnudarme; c) con la conciencia de que será ahora o nunca, d) con el fuerte deseo de que quiero aflojar los frenos en mí. Quiero vivir más, quiero –ahora, finalmente–, mi vida.

El me toma. Puedo con él. Quiero seguir adelante con él. Me escucha con gran paciencia. Puedo decir muchas cosas, botar lastre. Tiene algo vivo, con experien-cia, libre, seductor. No presiona.

Primera fase

Puedo resolver con él mi odio con mi madre. Es tanta la vida que me escatimó, tanto lo que me pegó, reprimió, me forzó dentro de un corsé de formalidad. Acabó con mi padre y abusó de mí como padre sustituto. Reprimió mis agresiones me-diante la mala conciencia y la presión religiosa, me convirtió en un debilucho y me tulló. Al mismo tiempo, el conocimiento: Como hija mayor, que perdió a su padre tempranamente, que tuvo una madre dura y enérgica, que se hizo responsable de su hermana, quizás no podía hacer otra cosa. Ella reprimió primero la vida en sí misma, sobre todo después de la muerte de mi padre. Debió abrirse paso luchando, ser enérgica. Y: se puso vieja, de fuerte se transformó en débil, de dominante en víctima: en sus últimos 2 años, tiempos avergonzantes, tiene miedo de la gente de la casa, quiere quitarse la vida, es un paciente difícil para la familia que la cuida.

En los últimos años, alcanzo a hacer algo bueno, devolver algo. Puedo ver también lo que ella sacrificó por mí. Veo, lamento y admiro, su lucha; puedo apoyarla en su debilidad, desamparo, en su rabia a veces injustificada. Muere 40 años des-pués de la dictadura de Hitler. (¿Cómo vivió todo eso? Nunca pudimos hablar tran-quilamente sobre ello. ¡Siempre se defendió, se justificó, se disculpó!)

Segunda fase

¿Qué tenía yo con mi padre y qué perdí con él? En la terapia, detrás de mi madre aparece, cada vez más, mi padre. La verdad es que nunca fui hijo, niño, más bien fui una muchacha como mis hermanas. No tuve modelo masculino en las peleas, en las disputas, en la autoafirmación. Ahora puedo trabajar en mis agresiones: En la oficina puedo plantarme mejor, controlarme mejor, admitir mi rabia. No me escondo tanto en los grupos, me hago cargo de la responsabilidad, resuelvo los conflictos. No me cuido tanto, ni tampoco a los demás, no tengo tanto miedo de ser herido y de herir. No me sigo escondiendo, no me avergüenza mi inclinación por otras mujeres, puedo arreglármelas con ella. Noto mucho más claramente lo que mi mujer padece por mi causa, cómo se siente pasada a llevar

y dejada de lado por mí. Me puedo enfrentar mejor a ella y de ese modo me he acercado a ella. Puedo soportar mejor cuando está desesperada. Puedo alcanzar los límites con plena conciencia y también retomar nuevamente el control, no por mala conciencia, por presión, sino por decisión propia: por ejemplo, mi mujer me importa más que otras. A menudo, la familia es más importante que la profesión. A veces, transigir es más importante que el conflicto "a cualquier precio". Crece mi libertad sexual con mi mujer, en "el permitirme algo"; también en la medida en que mi mujer puede hacer algo por ella misma. Puedo aceptar que mi mujer haga algo por ella misma, que necesite tiempo para ser más libre, para liberarse de la carga con que durante tanto tiempo la abrumé. También, que después de una conversación de a tres se enoje con el terapeuta. Puedo dejar de mejor manera que mi mujer sea débil junto a mí, y también acepto mis propias debilidades.

Tercera fase: Separación y fin del análisis

Lo que todavía me queda por trabajar: la conexión entre mi alma y mi cuerpo. ¿Cuándo viene el dolor de cabeza, del intestino, de la espalda? ¿Cómo tolero las enfermedades? ¿Cómo puedo trabajar profilácticamente, en las causas? Un fin de semana de terapia corporal me suministró ayuda adicional. Después del término del análisis, durante semanas tuve dolores de cabeza, problemas con la voz, dificultades para cantar, al exponer en el trabajo. Opino abiertamente sobre mi análisis, puedo informar de él a los demás, animarlos a que trabajen en ellos mismos. No sigo disimulando los conflictos con mis colaboradores más cercanos, me defiendo, a veces de manera provocativa. Me sigue cansando el tolerar la resistencia, la enemistad. Soy más fuerte, no me doblego en la acción por los demás, por los oprimidos, por ejemplo, en cartas al periódico en contra de los que defienden el apartheid y el racismo. No me desfogo tan fácilmente, sino que lucho activamente, con riesgo, en contra de los "malos espíritus" como la adicción, el racismo, el fascismo. Cada vez más, planteo a los demás la pregunta: ¿Quieres ser una persona sana? Si no, pongo nombre a tu enfermedad, tomo distancia, no me dejo arrastrar ni me dejo enredar en tu neurosis. Antes que ser cómplice de la enfermedad, de la represión y de la resignación, prefiero apartar la manzana podrida, romper las falsas apariencias, zanjar la pústula.

Cómo experimenté a mi terapeuta

Era predominantemente paciente. Podía tolerar el silencio. También podía interve-nir y no dejar las cosas sueltas. A menudo me hacía preguntas aclaratorias sobre "pequeñas" cosas y con ello me ayudaba; gestos, palabras al entrar a la pieza, olvi-dos de una hora, despedidas al terminar la sesión, etc. Con cuidado incorporaba mis sueños, muchas veces me abrió los ojos respecto de su significado. La separación, el término del tratamiento, lo introdujo con la anticipación debida (por suerte, no con demasiada anticipación, como cuando una vez traté de que lo hiciera) y, ade-más, después del término de la terapia me dejó la puerta abierta. Me animó a no te-ner tanta consideración por él (a veces quise "cuidarlo", pero, claro que él puede de-fenderse solo). Cuando con su ayuda pude abandonar mi tacañería, y pude plantarme con más se-guridad, el precio de la terapia dejó de ser un problema para mí. Con toda concien-cia, me permití el lujo de la terapia (ninguna gracia, ¡la mayor parte de ella fue fi-nanciada por la compañía de seguros!) y estoy contento de haber alcanzado un in-cremento importante en salud psíquica y corporal.

Este informe retrospectivo fue redactado un año después de la terminación del aná-lisis. El curso posterior, hasta ahora, subraya que a través del tratamiento el pa-ciente supo dar a su vida un giro decisivo.

Las instituciones terapéuticas que quieren investigar el desarrollo posterior de un número mayor de pacientes sin una metodológica demasiado compleja, pueden re-currir a la aplicación del cuestionario desarrollado por Strupp y cols. (1964). Me-diante este procedimiento, es posible una evaluación retrospectiva del éxito tera-péutico, hecha por los pacientes, desde diferentes perspectivas.

En una investigación hecha por nosotros (Kächele y cols. 1985b), elegimos esta vía para encuestar un grupo grande, de 91 pacientes que habían sido tratados con di-ferentes procedimientos. En la escala de evaluación a posteriori de 1 a 6 (siendo el 1 la mejor nota), el "sentimiento de éxito global con el éxito del tratamiento" recibió la nota promedio de 2,2. La pregunta contraria de "¿siente la necesidad de retomar un tratamiento?" fue respondida de manera claramente ambivalente, con la nota 3,1, con una gran dispersión de los valores. Aunque el 36% de los pacientes estuvieron muy satisfechos y el 27 % satisfechos –lo que corresponde a los 2/3 comprobados en distintos estudios catamnéticos–, un número no pequeño de pacientes fueron de la opinión de que necesitaban más tratamiento. Pensamos que con esta apreciación aparentemente contradictoria, los pacientes expresan una evaluación muy diferencia-da: no se han alcanzado todas las metas, pero tampoco todo era alcanzable. Esta idea también cristaliza claramente en la pregunta por la relación entre costos y benefi-cios. Esta

proporción fue respondida muy favorablemente, con la nota 1,7. La capacidad de sustentar en sociedad la significación personal de la propia terapia fue afirmada por el 72% de los pacientes, a través de la respuesta de que recomendarían decididamente a un amigo cercano que se sometiera a un tratamiento psicoterapéutico en caso de necesidad.

De mayor importancia práctica es el resultado de la evaluación que los pacientes hicieron de los terapeutas, en las dimensiones "empatía y aceptación" y "confianza y aprecio", y que permitió una predicción retrógrada del grado de satisfacción con el tratamiento. Incluso sin una investigación más elaborada en procesos y resultados, este estudio permite confirmar que la favorable configuración de la relación terapéutica es una condición necesaria, aun cuando no sea la condición suficiente, para que paciente y analista estén satisfechos con los resultados del tratamiento. Con la introducción de las directivas de las mutuas de salud, desapareció el cínico argumento, que antes frecuentemente se escuchaba, de que este aprecio es una consecuencia del sacrificio financiero, que lleva al paciente a una idealización ilusoria del tratamiento realizado. Por tal razón partimos de la base que los pacientes entregan una opinión realista.

Más allá de las tomas de posición de los pacientes –cualquiera sea la forma en que éstas hayan sido recogidas– se plantea una pregunta que todo terapeuta debe hacerse a sí mismo: Y yo, ¿estoy satisfecho? Esta es una cuestión decisiva, porque pone a prueba el yo ideal profesional. El analista no puede darse por satisfecho sólo con la vivencia subjetiva del paciente, sino que también debe poder verificar si curso y resultado están en una conexión demostrable con las teorías de su preferencia sobre la génesis y desencadenamiento de síntomas y rasgos de carácter. En sus reflexiones finales, él tendrá que probar las metas con las que empezó el tratamiento y las que pudo hacer efectivas. Esta perspectiva no excluye que se mantenga la responsabilidad que el paciente tiene sobre sí mismo; pero el analista debe justificar métodos y resultados, frente a sí mismo y frente a su grupo de referencia profesional.

La comparación de los apuntes hechos al comienzo del tratamiento con los hechos al final, deberían dar el fundamento para una evaluación. En especial en los tratamientos de larga duración, se constatan cambios considerables, implícita e explícitamente. Tenemos buenas razones para suponer que no es pensable un análisis conducido sin metas, sino que el procedimiento psicoanalítico fomenta un entendimiento procesal orientado según metas. Se está en un grave error si se cree poder mantenerse alejado de representaciones de metas concretas y unidas a valoraciones (véase tomo primero, 7.1). Bräutigam (1984) ha discutido críticamente los cambios de la puesta de metas a lo largo de la historia del psicoanálisis, y con razón ha llamado la atención sobre el hecho de que las

metas inmanentes a la terapia, como ampliación de la conciencia, descarga afectiva, regresión, etc., han ido ganando en importancia. En los esfuerzos de dar una apariencia de neutralidad frente a los valores, los esfuerzos analíticos se caracterizaron con la fórmula: "Wo Es war, soll Ich werden" ("donde estaba el ello, debe llegar a estar el yo"), que aparentemente ofrece una fundamentación etiológica y patogenética del proceder terapéutico. En el marco del modelo estructural, con esto se quiere decir que el yo gana un mejor control sobre el ello, algo que originalmente en la teoría topográfica se entendía como el libre acceso al inconsciente. La meta psicoanalítica del cambio estructural se unió a este movimiento.

Después de las sólidas reflexiones de Wallerstein (1986), a propósito de los resultados del proyecto Menninger de psicoterapia, la pregunta de cómo diferenciar los "cambios estructurales" de aquellos en la conducta y en los síntomas, se ha visto cargada con muchos problemas, donde los metodológicos no dejan de ser importantes. Ya no se puede mantener la concepción de que sólo la técnica psicoana-

lítica que proporciona insight alcanza cambios estructurales. También de acuerdo con la definición sustentada por Rapaport, en las estructuras se trata de procesos psíquicos con una velocidad de cambio lenta (1957, p.701) que hipostasiamos, pe-ro que sólo pueden concretarse en conductas y vivencias. Del detallado resumen clí-nico de Wallerstein, probablemente el estudio de curso y resultado más abarcativo en la historia del psicoanálisis, destacamos las afirmaciones siguientes:

1. Los resultados del tratamiento con pacientes, sean éstos los que son adecuados para ensayar un psicoanálisis o los que son apropiados para enfoques psicoterapéuticos que combinan en distinta proporción elementos expresivos y de apoyo, tendieron, en esta muestra, más bien a converger que a diverger en relación con el resultado.
2. A través de todo el espectro de cursos de tratamiento en los 42 pacientes –desde el más analítico y expresivo, pasando por los mezclados inextricablemente, has-ta el más unilateralmente de apoyo– en casi todas las instancias (incluidos los psicoanálisis), el tratamiento tuvo más elementos de apoyo que los propuestos originalmente, y estos elementos de apoyo dan cuenta de una mayor cantidad de cambios alcanzados que los que se habían originalmente anticipado.
3. La naturaleza de la terapia de apoyo –o, mejor, de los elementos de apoyo de toda psicoterapia, según están definidos dentro del marco teórico psicoanalítico– merece una mucho más respetuosa especificación en todas sus formas y variantes, que la que usualmente le ha sido otorgada en la literatura psicodinámica. [...]
4. Los tipos de cambio alcanzados por esta cohorte de pacientes –aquellos alcanzados primariamente sobre la base de revelar conflictos y producir insight, y aquellos alcanzados primariamente sobre la base de las variedades opuestas de técnicas de apoyo y de encubrimiento– a menudo son totalmente indistinguibles unos de los otros, en términos de los así llamados cambios "reales" o "estructurales" en el funcionamiento de la personalidad, al menos por los indicadores utilizados habi-tualmente (Wallerstein 1986, p.730).

Nosotros preferimos, y encontramos que ayuda más, la formulación de Freud en *Análisis terminable e interminable* (1937c), donde pone operacionalmente de relieve la meta de todo tratamiento: "El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello estaría cumplida su tarea." Con esto, se hace suficientemente claro que no se debe perder de vista

la diferenciación entre metas de vida y metas del tratamiento, algo sobre lo cual ha llamado la atención E. Ticho (1971).

La obligación de discutir al comienzo con el paciente las metas del tratamiento, no era hasta ahora algo permitido. Muchos parecen temer que, en tal caso, el paciente exija del analista el cumplimiento estricto de las metas prometidas.

9.11.2 Cambios

Ahora bien, ¿qué son metas de tratamiento, y cómo se diferencian éstas de las metas de vida? Queremos aclarar esto a través de una discusión detallada de los cambios alcanzados por la paciente Amalia X a lo largo de un psicoanálisis. Estos cambios los evaluamos de muchas maneras, ya que este caso fue investigado de una manera especialmente intensa, en diferentes proyectos dentro del marco del Sonderforschungsbereich 129 ("campo especial de investigación" 129), patrocinado por la Deutsche Forschungsgemeinschaft (Comunidad alemana de investigación) (Hohage y Kübler 1987; Neudert y cols. 1987; Leuzinger 1988).

Debido a que Amalia X cedió a su hirsutismo un lugar principal dentro de sus propias teorías etiológicas sobre la génesis de su neurosis, comenzamos con algunas reflexiones sobre la importancia relativa de esta minusvalía corporal, a partir de las cuales se pueden deducir los cambios particulares perseguidos. El hirsutismo pudo haber tenido para Amalia X una doble significación: Por un lado, el hirsutismo dificultaba la identificación femenina, de todos modos problemática, ya que éste alimentaba constantemente los deseos inconscientes de la paciente de ser hombre. En la biografía de la paciente, la femineidad no estaba investida positivamente, sino que se asociaba con enfermedad (madre) y discriminación (frente a los hermanos). En la pubertad, edad en la que apareció la vellosidad exagerada, la identidad sexual se encuentra de todos modos debilitada. Indicios de masculinidad en la forma de vellosidad corporal refuerzan la reactivación de la envidia del pene y de los deseos edípicos de tener un pene, propios de esa etapa del desarrollo. La verdad es que estos últimos deben haber estado ya antes en el centro de los conflictos no resueltos, ya que de otra manera no habrían adquirido esta importancia. La forma de relación con ambos hermanos suministran indicaciones al respecto: éstos son admirados y envidiados por la paciente; ella misma, como hija, se siente a menudo discriminada. Mientras la paciente pueda tener la fantasía de cumplimiento de su deseo por un pene, la vellosidad calza sin contradicciones en su esquema corporal. El cumplimiento de deseos fantaseado ofrece sin

embargo un alivio, sólo mientras pueda ser perfectamente mantenido. Empero, esto no puede lograrse, ya que una velloidad de tipo viril no hace de una mujer un hombre. El problema de la identidad sexual se presenta entonces nuevamente. En este trasfondo, todos los procesos cognitivos en conexión con los representantes femeninos de sí misma llegaron a ser conflictivos, desencadenaron desasosiegos y por eso debieron ser objeto de mecanismos de defensa.

Por otro lado, el hirsutismo cobra secundariamente también algo del carácter de una sintomatología "de presentación": se convierte para la paciente en la razón para evitar, desde el comienzo, cualquier situación de seducción sexual. Esta función de su minusvalía corporal no es accesible a su conciencia. Para un tratamiento exitoso de Amalia X, de estas reflexiones se pueden deducir dos exigencias: la paciente podrá tomar contactos sociales y sexuales una vez que 1) logre una identidad sexual suficientemente segura y supere la inseguridad en sí misma y cuando 2) abandone sus sentimientos de culpa en relación con sus deseos.

El pronóstico condicionado a estos dos puntos se confirmó. Amalia X llegó a ser esencialmente más capaz de establecer relaciones. Desde hace largo tiempo vive una sólida relación de pareja, sin estar limitada por síntomas. Su relación con la sexualidad se ha aflojado. Su escrupulosidad, al comienzo a menudo extrema, se ha suavizado, aun cuando sus exigencias, consigo misma y el entorno, siguen siendo altas. Impresiona más viva y con mayor humor durante las entrevistas y evidentemente goza más de la vida. Ahora bien, ¿pueden estos cambios remitirse a que ambas condiciones etiológicas hayan perdido su eficacia patogénica, de manera comprobable, a lo largo de la terapia analítica?

Respondemos positivamente esta decisiva pregunta, aun cuando, por razones de espacio, no podamos extendernos en las pruebas de ello. Lo cierto es que la confirmación de cambios estructurales exige exposiciones minuciosas del proceso psicoanalítico. Resumiendo, se puede decir que Amalia X, a pesar de la velloidad viril, encontró el camino hacia una identificación femenina positiva, en el sentido de nuestro pronóstico, y se liberó de los escrúpulos religiosos y de los sentimientos de culpa respecto de sus vivencias sexuales.

Los hallazgos psicométricos que, como control de resultados, fueron obtenidos al comienzo y después de la terminación del tratamiento, como también con motivo de una exploración catamnética dos años después, confirman la apreciación clínica del analista tratante, de que el tratamiento fue exitoso.

En el inventario de personalidad de Friburgo (FPI), ya en la comparación de los perfiles, se ve que al final del tratamiento la escala de valores de la paciente tiende más frecuentemente al rango normal y que los valores extremos son

menos frecuentes que al comienzo del análisis. Al momento de la catamnesis esta tendencia es aún más fuerte.

Los valores disminuyen en especial en las escalas en las cuales la paciente se había originalmente descrito como abiertamente (= valor estándar 1) irritable y titubeante (escala 6), como muy (= valor estándar 2) complaciente y moderada (escala 7), como muy inhibida y tensa (escala 8) y como abiertamente lábil emocionalmente (escala N).

En algunas escalas, después de la terminación del tratamiento, la paciente se des-vía positivamente del valor normal: Amalia X se describe con menos trastornos psi-cosomáticos (escala 1), como más satisfecha y segura de sí misma (escala 3), como más sociable y vivaz (escala 5) y como más extrovertida (escala E). Especial atención merece el valor estándar 8 de la escala 2 después del término del tratamiento, que expresa que la paciente se vive como siendo espontáneamente muy agresiva y emocionalmente inmadura. Probablemente, en ese momento teme todavía sus impulsos agresivos, que ya no controla tan fuertemente como al comienzo del tratamiento. En la catamnesis, este valor se desplazó al rango normal. En el entretanto, la paciente parece haber ganado la seguridad de que no tiene por qué temer a sus arranques agresivos. También es llamativo el valor extremo en la escala 3 en el momento de la catamnesis: aquí, Amalia X, cuyo deseo de tratamiento se remitía sobre todo a distimias depresivas, se describe a sí misma como abiertamente satisfecha y segura de sí misma.

En el test de Gießen (GT), en ninguna de las tres observaciones los valores para la imagen de sí misma se encuentran fuera del rango normal. En relación con este instrumento desarrollado por ellos, Beckmann y Richter hacen notar: "En su concepción se le dio un peso especial a cómo, a través de él, el probando se representa en categorías psicoanalíticas relevantes en relaciones de grupo" (1972, p.12).

Los valores que se desvían de manera más extrema del rango normal, sólo ofrecen una autodescripción inicial como relativamente depresiva (escala HM versus DE) y la caracterización final como más bien dominante (escala DO versus GE). Los perfiles muestran, sobre todo, la tendencia a un desplazamiento de nivel, en el sentido de que la paciente se experimenta, después de la terminación del tratamiento, como más dominante, menos obsesiva, menos depresiva y más permeable (más abierta y más capaz de contacto). En el

momento de la catamnesis, el perfil de la escala de la imagen de sí misma es totalmente normal.

En la imagen que el analista tratante tiene de la paciente (GT-imagen ajena) al comienzo del tratamiento, llama la atención de que él la considera mucho más perturbada, que lo que ella misma lo hace: a los ojos de él, es esencialmente más obsesiva, depresiva, retentiva y limitada socialmente. En estas dimensiones, la imagen ajena cae fuera de la norma. Según Zenz y cols. (1975), es frecuente observar una discrepancia tan clara entre imagen de sí misma propia y la ajena después de la primera entrevista. Después del término del tratamiento, esta discrepancia desapareció. Ahora, el analista ve a Amalia X tan sana como ella se ve a sí misma. Diferencias más grandes siguen dándose todavía en dos escalas: por un lado, el analista considera a Amalia como más atractiva y amable y, por otro lado, también como más obsesiva que lo que ella cree de sí misma.

Los hallazgos psicométricos apoyan la evaluación del analista tratante; los hallazgos en el momento de la catamnesis confirman el desarrollo positivo ulterior de Amalia X en la fase postanalítica.

Con todo, para una teoría psicoanalítica del cambio (Luborsky y Schimek 1964) también son de gran interés los cambios procesales, vale decir, cambios en el modo como un paciente da forma al proceso psicoanalítico. Esta pregunta fue investigada con esta paciente en el marco de un proyecto en el que se registraron criterios de cambios psicoanalíticos especiales en relación con el manejo de los sueños (Leuzinger 1988). Como complemento a los procedimientos psicométricos, sobre la base de protocolos verbales de sesiones de la fase de comienzo y de terminación, y por medio de un análisis de contenido deducido teóricamente, se indagó cómo cambiaron los procesos cognitivos en el manejo de los sueños. La gran variedad de resultados particulares relativos al cambio de procesos cognitivos confirman la evaluación clínica y psicométrica.

La investigación con metodología apropiada para el caso único analítico, aplicada a las experiencias dolorosas de la paciente durante el tratamiento, consigo misma y con el entorno, arroja un curso clínicamente muy revelador.

Durante la primera mitad del tratamiento, la situación de las relaciones de la paciente permanece relativamente constante. En análisis, se ocupa principalmente de ella misma y de su mundo interno, lo que se manifiesta a través del tipo de síntomas que comunica en las sesiones. Eritrofobia, dependencia de los padres, como también inhibiciones en el terreno sexual, impiden que la paciente se enfrente al mundo de una manera activa. Esta etapa

del tratamiento parece terminar alrededor de la sesión n.º 250: el sufrimiento de la paciente ha disminuido fuertemente. En la segunda mitad del tratamiento, el sufrimiento de la paciente vuelve a aumentar; el tratamiento está lleno de intensos enfrentamientos con parejas del otro sexo, lo que también se manifiesta especialmente en la relación transferencial (Neudert y cols. 1987).

La investigación del "insight emocional" como criterio de cambio, confirma asimismo el resultado positivo del tratamiento.

Si se comparan las 8 sesiones iniciales con las últimas 8 de este análisis, las expresiones de la paciente reflejan al final vivencias más llenas de vida. Mientras que al comienzo, muy a menudo éstas se distancian intelectualmente de la vivencia actual o degeneran en rumiaciones obsesivas, en las sesiones finales la paciente se sumerge en sus vivencias, sin que por eso pierda la capacidad de reflexión crítica. Por

lo tanto, al final del tratamiento las condiciones para un "insight emocional" productivo se cumplen mucho mejor (Hohage y Kübler 1987).

En base al ejemplo de Amalia X, pudimos constatar un gran acuerdo en los cambios descritos clínica y psicométricamente. No obstante, también debemos reconocer que el cambio es multidimensional y que no siempre se pueden encontrar cambios congruentes en las diferentes dimensiones.

9.11.3 Despedida

Como lo destacamos en las consideraciones preliminares, las terminaciones de los análisis no transcurren de acuerdo con un modelo fijo. No es raro que la terapia lleve a cambios en la configuración de la vida que arrastran consigo una terminación. Es un error aprovechar la rivalidad entre razones externas e internas para la terminación e identificar los motivos externos con el análisis terminable y los internos con el análisis interminable. La verdad es que el profundo anhelo de infinitud parece conducir a la utopía de poder alcanzarla. Esta fantasía común encuentra su expresión en la concepción no realista de una fase de terminación concebida normativamente.

Conrado Y, científico de 32 años, de presentación desmañada y aspecto insignificante y, junto a ello, amable y sumiso, buscó tratamiento psicoterapéutico a causa de una impotencia que mucho lo abrumaba, después que haber intentado una terapia conductual de tipo Master & Johnson, que había producido efectos positivos sólo de corta duración. Ya en la primera entrevista, el paciente mismo atribuye su falta de espontaneidad, sobre todo en el terreno sexual, a una educación muy estricta. La primera vez que tuvo una relación de pareja estrecha, fue con una mujer con la que quería casarse y que, de acuerdo con su descripción, era adecuada para él.

En su profesión, era apreciado por su talento experimental y, como factótum del laboratorio tenía una posición importante, que sin embargo ayudaba más a la promoción de los demás, significando para él, en cambio, pocas ventajas.

En el FPI se muestran desviaciones del rango medio, particularmente en las escalas de agresividad (valor estándar 7), irritabilidad (valor estándar 3), tranquilidad (valor estándar 1), tendencia a dominar (valor estándar 7), inhibición (valor estándar 7) y abertura (valor estándar 3). Al finalizar el

tratamiento, su perfil muestra desviaciones de los hallazgos de entrada sólo en las escalas de agresividad (valor estándar 8), tendencia a dominar (valor estándar 6) e inhibición (valor estándar 5), de los cuales sólo los valores en la escala de inhibición representan un cambio clínico significativo de 2 valores estándar.

Claro es que en el test de Gießen, 2 escalas apuntan a los cambios del paciente: en la escala "descontrolado-obsesivo" cambia de un valor T de 56, en el polo 'obsesi-vo' de la escala, a un valor T de 39, en el polo 'descontrolado'. Un segundo cambio importante se muestra en la escala "retentivo-permeable", donde el paciente cambia de un valor T de 58 a un valor T de 42 en la dirección 'permeable'. La verdad es que es llamativo que un sentimiento de sí mismo de resonancia marcadamente negativa de un T de 30 mejore sólo a un valor T de 32.

El test de Rorschach al término de la terapia también arrojó sólo un cambio insignificante. Del informe del administrador del test extraemos la siguiente opinión sobre la exploración final:

El paciente reacciona fácilmente frente a estímulos emocionales y maneja de manera variable las situaciones emocionales; puede abandonarse a sus emociones parcialmente primitivas y elementales, pero bajo otras condiciones también puede aprovecharlas de manera positiva a través de control intelectual y de una consideración más fuerte de la realidad. Los compromisos que esto exige impiden que su gran talento intelectual se despliegue sin problemas en el terreno de los rendimientos.

Si los controles afectivos arriba mencionados no son suficientes, se instala una terquedad infantil y una actitud agresiva encubierta, que después se independiza en cierto grado. Las múltiples posibilidades de expresión emocional pueden hacerse efectivas sólo si la situación aparece clara y no peligrosa. Esta aclaración se logra principalmente tanto a través de una retirada a comportamientos normativos habituales, como por un acceso intelectual y racional al dominio de la situación. A pesar de todo, el dominio de su emocionalidad, a menudo violenta, está permanentemente unida con esfuerzos y frecuentemente también con angustia e inseguridad.

Su necesidad de atención la admite sólo con dificultades; tiende a distanciarse de los demás y a esperar de ellos sólo experiencias decepcionantes. Las pocas posibilidades de contacto afectivo están aleadas con agresividad, lo que le asigna, a él, un carácter de naturaleza peleadora.

En esta evaluación resumida del test de Rorschach, en comparación con los hallazgos iniciales, se puede reconocer sin dificultad que los cambios estructurales en los cuatro años de psicoanálisis, registrables psicométricamente, se han llevado a cabo sólo de manera rudimentaria.

En contraste, queremos ahora hacer una sinopsis de los cambios observables clínicamente, que nos autorizan a hablar de un considerable mejoramiento del cuadro de conjunto de una personalidad con rasgos esquizoides obsesivos.

El hecho de que un hombre tenga su primera relación íntima sólo a los 32 años, habla casi por sí solo. La impotencia sexual como consecuencia de un superyó estricto y marcado por normas arcaicas, no es algo muy sorprendente. Como un hecho paralelo, debe verse su impotencia laboral parcial, que consistía principalmente en que él sólo se permitía rendir para los demás. Al momento del comienzo del tratamiento, hacía años que trabajaba en su tesis doctoral, la que pudo terminar después de la reelaboración de las fantasías inconscientes agresivas y grandiosas relacionadas con ella. Estas fantasías se referían, en el plano preconscious, al temido destronamiento de su jefe; inconscientemente, también se relacionaban con el triunfo sobre los limitados rendimientos de su padre, que lo habían llevado sólo a ser un empleado mediocre de correos. Su impotencia sexual estaba básicamente determinada por introyecciones maternas, que le dictaban una estrecha conexión entre suciedad y sexualidad. El dejarse llevar placentero, como requisito previo para relaciones sexuales satisfactorias, permaneció como una meta inalcanzable durante largos períodos del tratamiento. Sólo en el último de los 4 años de tratamiento, el paciente pudo permitirse el deseo de llevar con su mujer no sólo un matrimonio de fin de semana, sino de exigir también un recogimiento diario, que estuvo al servicio del placer sexual en una atmósfera relajada.

Así como la capacidad de amar y de trabajar son los dos pilares de la discusión sobre las metas psicoanalíticas, no debe dejar de mencionarse que como consecuencia de los cambios descritos hasta este momento, también se habían producido una multitud de enriquecimientos de su existencia, aparentemente insignificantes, como, por ejemplo, la capacidad de ir al cine o de leer libros de su especialidad no sólo para conciliar el sueño. Con la entusiasta lectura del libro de Stefan Zweig, Momentos estelares de la humanidad, un mes antes del término de la terapia, el paciente se compara con el viejo Goethe, cuyo enamoramiento en las Elegías de Marienbad lo había hecho comprender tan bien que "un viejo árbol nudoso también puede rejuvenecer".

Si lo medimos con el ideal del análisis completo, este tratamiento es dolorosamente incompleto. Su terminación se alcanzó principalmente a través de la apreciación realista de que Conrado Y no haría carrera científica y que como

científico experimental le sería difícil encontrar un trabajo adecuado a la edad de 36 años. Después de una búsqueda larga y torturante, una oferta de tomar la dirección de un laboratorio en una ciudad de provincia precipitó la terminación del análisis.

En una de las últimas sesiones, planteó la pregunta, importante para él, de si acaso habría dejado huellas en el lugar donde había vivido, si acaso habría dejado una impresión duradera en su analista, una pregunta que hasta el momento había evitado cuidadosamente.

Siempre había echado pestes en contra de los preferidos del jefe, en contra de los que podían congraciarse con éste, mientras él sólo había podido formular su amor sin palabras, a través de las interminables horas nocturnas sentado frente al compu-tador. Se pregunta si acaso no sería mejor para él renunciar totalmente a tal deseo, pues "finalmente, no se pueden plantear preguntas insolubles cuando ya se está por tomar el tren". Como hijo único, había evitado a lo largo de todo el período de tra-tamiento el papel de los "hermanos" analíticos, de los demás pacientes, y rechazado mis indicaciones al respecto.

En la penúltima hora, habla sobre la experiencia con el test de Rorschach. Al administrador del test lo puede describir sólo vagamente, pero su enfrentamiento con las láminas lo ha vivido de manera totalmente diferente que al principio. Ya no más con esa actitud expectante, sino como una experiencia placentera, de tenerlas bajo control, de poder jugar con ellas. De las "graciosas láminas" pasa a la posibi-lidad de comenzar a pintar, a que ahora, en especial, pintaría hojas otoñales multi-colores. "Antes, para mí todo era gris en gris" agrega, "ahora veo los colores".

En la evaluación de los resultados del tratamiento, demos la última palabra al pa-ciente, reproduciendo algunos pasajes de la última hora de análisis.

P.: Sí, de alguna manera encuentro, fue –también por mi vivencia– me llevo algo conmigo. Las horas acá, fueron ... ah, quisiera decirlo de una manera elegante, pe-ro se me escapa la palabra. (Pausa.) Sí, lo diría simplemente, fue toda una expe-riencia, esa es la verdad. Sí, no sé realmente lo que fue. Seguro es que no siempre me gustó, pero evidentemente también en eso reside el valor de una experiencia. (Pausa.)

A.: Esta experiencia aquí, ¿qué es lo que fue? ¿Qué tuvo de distinto?, ¿qué fue lo que, de esta manera, en ninguna otra parte había podido, hasta ahora, encontrar? (Pausa.)

P.: Ahora, creo, esto fue casi verdad, que aquí, cuando venía donde Ud., tenía la impresión de poder salir nuevamente del rincón en que había caído. Sí, quizás se

lo puede caracterizar así, que aquí no tenía de qué avergonzarme, avergonzarme del rin-cón en que me encontraba. Y al parecer, bastó sólo eso para salir del rincón. (Pau-sa.) Y qué significa avergonzarse, creo, que también eso está contenido, el que yo haya podido decirlo. Pues la vergüenza no se declara, uno se retira, se esconde. Aquí pudo interrumpirse el esconderse. Sí, hablar sobre ello y, en este sentido, re-flexionar, vivirlo uno mismo, eso fue, creo, un cierto elemento de este punto, a partir del cual para mí, a partir del cual pude volver a salir arrastrándome del rin-cón, creo yo. Ese fue, cómo lo digo, la herramienta, la máquina con la que pude hacerlo. (Pausa.) Ahora bien, ese día se asocia con, creo, me recuerda este trata-miento. Junto a ello, más concretamente, recuerdo este espacio, este lugar, pero la persona, realmente no. Su persona se me sugiere mucho más con su voz, sí, yo le digo, esa fue la herramienta para salir de la prisión. Sí, realmente, salir fue un en-redo. (Pausa.) Un enredo –yo mismo no lo recuerdo mucho–, que no tenía solu-ción. (Pausa.) Sí, creo que el punto de giro esencial fue el que aquí simplemente tuve un espacio, ahora en un sentido figurado, que evidentemente buscaba y que sin embargo sólo podía aceptar con titubeos. Y este espacio es tal vez un signo de ello, del poder desahogarse.

A.: Y parece ser un espacio que se le había perdido, o que quizás nunca conoció, en la estrechez, en el estar protegido, en la restricción en la que creció

P.: Sí, sí, ahora, sea como fuere, ese espacio estaba muy perdido, sí, ahora, tampoco sé si alguna vez lo conocí, actualmente he encontrado también más espacio con mi mujer.

A.: Ah, también porque tal vez aquí pudo hacer la experiencia de que se puede plantear tal exigencia.

P.: Sí, sí, ese fue un descubrimiento –digamos– lento, cansador, casi diría cansador, cansador, pero, honestamente, diría un descubrimiento, en el que poco a poco me di cuenta de que podía reclamar este espacio. Quizás, en el último momento hasta digo: sí, puedo reclamar algo así. Reclamar –una palabra que ahora resuena– cuando pienso en el trabajo que ahora empiezo, me lo he propuesto, me digo que puedo reclamar para mí el espacio, en un sentido figurado. Y no tener más esa in-certidumbre cuando tengo que concretizar algo, reclamar entonces que me tomen en serio y que si no es así, me enojo. Tengo ese derecho, lucharé por él. Puedo reclamar para mí el derecho a entrar de acuerdo con mi manera de ser, entrar aquí según mi propio estilo. Esto se fue dando tan paulatinamente, sólo casi al terminar aquí me lo inculqué, aquí, donde pude acostumbrarme a reclamar y, con ello, a que eso es lo mismo que tener derecho a algo. (Pausa.) Sí, eso emergió tan gradualmente. Si comparo el comienzo con el final, puedo reivindicar que también aquí estoy muy vivo. No soy ninguna marioneta, no.

La doble negación refuerza la negación. Por lo tanto, después de 4 años de análisis, el paciente expresa muy decididamente que ya no es una marioneta, ya no más. A los profundos y amplios cambios en su sentimiento de autoestima, que encuentran así su expresión, quisiéramos agregar que tales cambios se unen con el reen-cuentro del placer en el movimiento corporal y espiritual. Finalmente, la figura de la marioneta es una metáfora de un juguete sin vida, cuyos movimientos fijos pueden ser puestos en marcha sólo a través de otro y desde afuera.

10 Temas especiales

Consideraciones previas

De manera inevitable, este capítulo difiere en lo temático del que le corresponde en el tomo primero, sobre los fundamentos. Sin duda, la relación entre teoría y práctica ha quedado clara al lector en todos los ejemplos. La exigencia teórico-científica que se le pone hoy en día a la unión inseparable no puede ser satisfecha en un tratado clínico.

En su lugar, podemos familiarizar al lector con problemas especiales que son de gran significado clínico, como se demuestra en el ejemplo de la interconsulta (10.1). Tanto por razones terapéuticas como interdisciplinarias, también el tema de la religiosidad (10.3) merece nuestra atención especial. La inclusión de científicos no involucrados en el acontecer terapéutico en la investigación del diálogo psi-coanalítico, nos vuelve a poner frente a la cuestión de la unión inseparable, tal como sucede en el ejemplo de la "buena sesión" (10.2).

10.1 Interconsulta

En acuerdo con Szecsödy (1981), diferenciamos entre interconsulta y supervisión, entendida la primera como una consulta en el marco de una relación entre colegas, no determinada por relaciones de dependencia, tal como ha sido tradicional entre los médicos frente a difíciles problemas diagnósticos y terapéuticos; por supervisión entendemos una situación de aprendizaje en el marco de la formación. La antigua denominación de "junta médica" (Konsilium) ha caído en desuso, de tal manera que nos atenemos al uso lingüístico internacional y hablamos de interconsulta y de supervisión. La "supervisión", término introducido desde el idioma angloamericano, ha reemplazado la estricta expresión de "[análisis de] control", antes usual, sin que este término y su

etimología latina -la "inspección" que debe llevar a cabo el "ana-lista de control", desde ahora "supervisor"-, haya cambiado algo en esta materia y en los problemas relacionados con ella. Y esto, porque a la supervisión también pertenecen el control y la calificación. Someterse a supervisión es una obligación, la interconsulta se acuerda voluntariamente. En la interconsulta toman parte 3 per-sonas, el paciente, el terapeuta y el consejero. En el caso de la supervisión se agre-ga, no una cuarta persona, sino una institución: el instituto de formación, cuyos estándares son fijados y controlados desde arriba por las asociaciones nacionales e internacionales.

Un analista ajeno, vale decir, que no toma parte en la interacción diádica entre te-rapeuta y paciente, posee, a partir de esa distancia, una perspectiva diferente y en cierto modo más amplia. Como supervisor competente, no está involucrado en los procesos de transferencia y contratransferencia y, por lo tanto, se encuentra en una posición favorable para alertar al terapeuta sobre los efectos directos y secundarios de su sentir y pensar.

El complejo campo de la supervisión y de la interconsulta precisa de estudios de-tallados y cuidadosos para poder aclarar importantes interrogantes de manera más exacta de lo que hasta el momento ha sido posible en la práctica. En lo que sigue, informamos sobre una parte de una investigación que tuvo el siguiente diseño: Se transcribieron 10 sesiones consecutivas. Cada 2 sesiones se realizaba una intercon-sulta con un colega experimentado en supervisión. Antes del encuentro, éste leía cuidadosamente la transcripción de las sesiones y después dictaba sus observacio-nes, en preparación a la interconsulta. Estas observaciones están incluidas y seña-ladas como tales en el texto.

De la serie obtenida, seleccionamos la hora de tratamiento n.º 114 y la intercon-sulta que tuvo lugar a continuación.

De las observaciones del supervisor, se desprende que no sólo el analista tiene una estrategia de comprensión e intervención, sino que también el colega consulta-do introduce su propia comprensión de la interacción. Con el fin de poder ordenar mejor las observaciones y proposiciones del consejero, reproducimos algunos pun-tos de vista esenciales de la concepción de supervisión sostenida por Szecsödy (1981):

Para posibilitar un nuevo aprendizaje como meta de un tratamiento psicoanalítico, analista y paciente deben desarrollar un espacio interaccional propicio. En la vida cotidiana, importantes estructuras anímicas dificultan que nuevas experiencias pue-dan ser utilizadas acomodativamente, de modo de poder cambiar esos esquemas y así dominar los requerimientos vitales. Estas estructuras se originan en el des-arrollo psicosocial a partir de esquemas individuales, ordenados jerárquicamente, de representaciones de sí mismo y de

objetos, y de los afectos, fantasías y expectativas correspondientes. Estas expectativas influyen nuestra percepción (Neisser 1979) y también nos motivan a reforzar las mismas vivencias a través de repetición. En la interacción psicoanalítica típica, las estructuras interiorizadas son puestas en relieve a partir de los intentos de repetición, específicos para cada individuo. El paciente puede alcanzar una perspectiva de comprensión de sí mismo, concordante con su historia vital y emocionalmente convincente respecto de la actualidad, vale decir, se puede confrontar con las siguientes preguntas: ¿quién soy yo?, ¿qué hago?, ¿cómo y por qué lo hago? Esta perspectiva de sí mismo transformada acarrea cambios en las estructuras intrapsíquicas, con lo cual se posibilita una mayor abertura frente a nuevas experiencias.

Para facilitar el cambio y el crecimiento es esencial que el analista cree un espacio favorable para ello. El uso metafórico del espacio remite a cualidades que Winnicott señaló con la imagen del *intermediate area* (área intermedia; en inglés en el original).

Dado que lo que importa es la mayor abertura posible, es evidente que en la supervisión y en la interconsulta la atención debe dirigirse a los pasajes en que el terapeuta coarta el desarrollo, ya sea por conocimientos insuficientes en el campo del trastorno individual de su paciente, o por causas emocionales del propio terapeuta, es decir, debido a una contratransferencia situacional o habitual. Szecsödy propone los términos de *dumbness* y de *numbness*, que, de acuerdo con Ekstein y Wallerstein (1972), traducimos como "desconocimiento" y "ceguera" respectivamente.

A efectos de la reproducción de la sesión n.º 114 de la terapia de Arturo Y, el protocolo de la transcripción fue parcialmente resumido y enriquecido con las observaciones del interconsultor.

Arturo Y comienza la sesión relatando una vivencia típica para él: recientemente se había dado cuenta de que podía hacerse de mayor espacio y agrandar su pieza de trabajo.

Para ello había utilizado un revestimiento de madera. Durante el trabajo se había sentido muy inseguro y había tenido la siguiente fantasía: "Si no me resulta bien, me encontraré frente a un caos." Para la ampliación había utilizado madera bastante rústica. Con alguna imaginación, en las vetas de la madera se podía formar la letra W. Entonces se le vino la idea: "¡Hombre!, la W se puede invertir formando una M y la M se puede leer como 'muerte'. Como en la película 'M' de los años 30, en la que un hombre se llamaba a sí mismo 'M', luego de cometer un crimen, de haber dado muerte a alguien."

P.: ¡Típico! A decir verdad, me enojé tremendamente conmigo mismo. Me la había arreglado de lo más bien, y se me ocurre una estupidez semejante, algo

horro-roso, traído por los cabellos. En lugar de alegrarme, estuve todo el tiempo preocupado con el problema de si debía o no cambiar la tabla. Se me acaba de pasar por la mente, creo que Ud. no estará la próxima semana. Con eso me invade el sentimiento de estar desamparado, solo, una sensación de abandono, porque esto sólo lo puedo hablar con Ud.; otros me declararían loco.

Observación: El paciente manifiesta que se ha procurado un espacio más amplio, que en ello se enfrenta con un peligro. No puede poner de acuerdo vínculo con autonomía. Cuando se enoja con el padre-analista, porque éste lo abandona, la rabia adquiere una intensidad criminal. El analista interpreta el síntoma en relación con un repentino cambio de humor que surge con frecuencia: cuando crece la alegría, el entusiasmo y el orgullo por el buen trabajo, aumenta la autoevaluación crítica y la autocondena.

El analista no recoge la indicación sobre el sentimiento de abandono; eso podría ser mostrado en la interconsulta. En su lugar el pone como foco el orgullo, un tema recurrente.

P.: Si no hubiera sido la M, habría surgido otra cosa. La M simplemente me amargó la alegría por el trabajo exitoso. ¡Fue tal mi reacción de despecho, de rabia! Las tablas permanecieron en su lugar. ¡De ninguna manera voy a hacer todo el trabajo de nuevo! Siento rabia por la amenaza siempre latente, que ya he vivido mil o diez mil veces.

A.: Me parece que es algo nuevo, eso de que piense en que le da rabia.

P.: Contra lo que me apremia así.

A.: Rabia en contra de lo que le presenta oposición.

P.: ¿Eso le parece nuevo? ¿Nunca había hablado de eso? La rabia no me es algo ajeno. Podría haber hecho trizas el revestimiento de madera.

A.: Aún no me queda claro.

P.: Durante un segundo pensé: ¡Saco las tablas! Y en ese momento, la porfía: ¡Pues no, que no lo hago! No puedo hacer desaparecer lo que ya me ha generado angustia, en ese caso estaría permanentemente ocupado de eso.

Observación: Aquí el paciente muestra claramente cómo lucha en contra de su mala adaptación actual. El quisiera conservar su autonomía. Quiere no sólo rehuir, si-no que desearía poder utilizar sus energías agresivas de manera constructiva.

A.: Sí, ¡claro que es un duelo, una lucha entre dos! Un duelo en contra de la brutal superioridad de este mundo, en contra del poder del objeto agresor que lo ataca, y que lo lleva a reprimir la rabia.

Observación: En la medida en que nombra el conflicto interiorizado (pero fácil de ser una y otra vez exteriorizado), el analista recoge la problemática central.

Sin embargo, no me parece conveniente hacer ahora una generalización histórica. El analista debería elaborar la rabia en la relación con él.

P.: Ayer, además de todo el caos en el cuarto, teníamos una invitación. En la tarde, mi hijo tocó los solos de órgano en la capilla. Desde hace un año y medio es costumbre acompañarlo. También es una oportunidad para ver sus progresos.

A.: En eso se ve también el orgullo de sentarse en la sala y estar ahí, cuando su hijo llena el espacio.

Observación: Nuevamente, una alusión al analista, que se desvía y no acompaña los progresos del paciente. Sería importante saber por qué el analista recalca el orgullo. ¿Es que está orgulloso del paciente, o de sí mismo? ¿Es una reacción a cómo el paciente llena el espacio, por ejemplo, al encontrar más espacio para él mismo y también al querer llenar el espacio terapéutico?

P.: Esta vez fue imposible acompañar a mi hijo. Teníamos una invitación ...

Ahora, de lo que se trata realmente es de mi indecisión frente a sacar o no las tablas de nuevo, no tanto por el trabajo que eso implica, sino que se trata de si me dejo o no vencer por mi angustia. Con ayuda del análisis, alguna vez saldré completamente de esta historia.

A.: Ese es un lado, si Ud. se debe dejar vencer o si es más fuerte. El otro lado, que tal vez le parezca algo artificial, es que el enemigo es Benignus (un maestro sádico del internado), y que la tabla es el diablo. En ese caso Ud. es el vencedor, si lo quita de en medio, si lo hace trizas. Para dar un salto aún más grande: un duelo que sostiene con la tabla. Y el análisis, ¿ayuda o no? ¿No será que Ud. está tan furioso conmigo, que cuando hoy se vaya no podrá reponerse nuevamente y quisiera hacer-me trizas junto con la tabla?

Observación: El paciente habla de las posibilidades de arreglárselas con sus enemigos, como la angustia, la dependencia, etc. Lucha por su autonomía, pero también quisiera conservar los vínculos. Por lo tanto, existe un conflicto entre dependencia y autonomía, que está fuertemente cargado de obstinación y de agresividad sádica. El analista se toma como objeto de la rabia. ¿Por qué?

Quizás sería mejor iluminar la dependencia del paciente a través de la relativa libertad del analista (niño-adulto). El analista puede decidir sin angustia: puede irse y dejar al paciente con sus angustias.

Todavía flota en el aire la pregunta de por qué el analista no recoge la indicación sobre la separación inminente.

P.: Me siento como si estuviera en una trampa, en un dilema, y se me escapa el tiempo de entre los dedos. Si no fueran las tablas, sería otra cosa. No tengo claro si me angustio porque de alguna manera veo esta figura como si nuevamente hubiera llegado el momento de tener angustia, como que fuera preciso tenerla.

A.: O que fuera el momento de estar enojado, de tener el extremo placer del orgullo. Así como el oficial de la SS (se refiere al historial previo señalado en la sección 8.3), y entonces en el orgullo habría casi maldad o crueldad, una arrogancia sin límites.

P.: Sí, no sé, lo que Ud. me dice hoy -me perturba- es tan abstracto.

A.: Sí, lo es. Anteriormente le había sugerido que, por una parte, cuando tiene éxito y se alegra, se siente satisfecho y orgulloso. Entonces, en ese momento, aparece la idea: ¿Quién fracasa entonces? Luego surge un pensamiento que le molesta y de cual quisiera liberarse: que soy yo quien le ayuda en esto ...

P.: Sí, ¿terminó?

A.: Sí, terminé.

P.: Me pareció (ríe) como que se hubiera interrumpido en la mitad de una frase.

A.: Hm.

P.: Sí, para mí era ... cuando soy capaz de hacer bien algo manual, eso está unido con el maravillarse. Durante mucho tiempo pensé que yo no podía. Cuando lo veo, me enorgullezco, pero no por mucho tiempo ... Y ahora no recuerdo nada de la frase que Ud. acaba de decir.

A.: Que a través de ese pensamiento se demuestra que yo no puedo hacer nada.

P. (ríe): ¿Y eso tendría que llenarme de orgullo? No lo entiendo. Por así decirlo, me he colgado de Ud. Si lo comparo con una rama sobre la que estoy, si ésta se quiebra, me caigo: ¿y eso tendría que llenarme de orgullo?

A.: Sí, orgullo de que yo no sea capaz de terminar nada.

P.: Pero, ¿por qué me tengo que alegrar por ello? En este punto no entiendo nada. ¿Qué consigo yo con eso?

A.: Sí, como le dije, a mí también me parece algo artificial.

P.: Me sorprende que Ud. llegue a semejante idea. Eso sólo calzaría si yo lo considerara un rival, sólo entonces me podría alegrar si descubriera que Ud. no puede hacer nada. Yo vengo acá para que me ayude, tal como se va a un médico. Nadie se puede alegrar si descubre que la persona no es digna de confianza, que simplemente es un fracaso. Tengo la sensación de que hoy día tenemos un nudo, un enredo en alguna parte.

Observación: El paciente ofrece al analista llegar a un acuerdo sobre el estado del diálogo.

A.: Sí, por lo que he dicho se ha generado un enredo, un nudo ... No he querido decir que la alegría se base en desvalorizarme a mí como artesano. Para Ud. claro que es importante que yo sea un buen artesano. No quiero decir eso, sino que cuando a Ud. de alguna manera se le envidia el placer del éxito y la alegría, surge una rivalidad con una intensa lucha y rabia. Yo he tratado de meterme en la lucha entre Ud. y las tablas.

P. (ríe levemente): Eso suena como si se estuviera al borde de la locura, la lucha entre yo y las tablas. Tal vez hoy día estoy también especialmente sensible ... Sí, sí, es bastante complicado, una vida anímica así. "¡Alegraos de la vida! Con qué afán nos complicamos las cosas, se buscan espinas ... y se las encuentra." A veces esto me viene a la medida.

A.: Sí, cuando las espinas se entierran, producen dolor, entonces uno se enrabia y quisiera sacarlas, zafarse de ellas.

Observación: Lo más doloroso para el paciente es, sobre todo, lo siguiente: "Me duele pedir ayuda. Con rabia y omnipotencia, quisiera destruir al que me hace to-mar conciencia de mi dependencia." El analista podría, junto con el paciente, desta-car esto más decididamente. Un buen tema para las interconsultas siguientes.

La interconsulta

A continuación, ofrecemos una exposición resumida de la sesión de interconsulta. Al comienzo, el interconsultor plantea que se debería aclarar cuál es la mejor ma-nera de trabajar con el conflicto del paciente (lucha entre autonomía y dependencia). El analista acentúa que la sesión la considera mala, porque ofreció construcciones demasiado intelectuales, con la intención de "dar un sentido al síntoma sin senti-do". El analista está descontento porque no logró mostrar al paciente cómo él, a través de la lucha, quería convertir al analista en un fracasado. En este punto, el in-terconsultor trae al recuerdo del analista un pasaje de Freud, muy conocido por és-te: "Pues, ¿qué mejor venganza para los pacientes que mostrar, en su propia perso-na, la impotencia y la incapacidad del médico?" (1905e, p.105). Luego, el trascur-so de la hora es reconstruido entre ambos, llegándose al acuerdo de que los "nudos" mencionados representan también la tarea que se le presenta a la interconsulta.

Interconsultor: En primer lugar, quisiera oír de Ud. lo siguiente: En mirada retros-pectiva se siente descontento. Ud. hizo un nudo; ¿qué podemos hacer con él? ¿De-jaría fluir sus pensamientos para descubrir qué era lo que Ud. quería hacer?

A.: Se me ocurre algo que calza bien con un pensamiento que tuve durante la se-sión. El paciente goza y se satisface volviendo a destruir lo que ha hecho. Y por-que el objeto se transforma en un enemigo al que vence, corresponde entonces que construya un objeto para después volver a destruirlo.

Interconsultor: Simbólicamente.

A.: Sí, cuando soy yo quien le sugiere que deje tranquilamente que emerja algo de su angustia e intente posponer sus acciones obsesivas, entonces soy yo quien le li-mita la gratificación.

Interconsultor: El placer de destruir algo.

A.: Sí, y en el momento en que él llega, luego de que efectivamente le ha ido bien, y también ha vuelto a destruir algo, por lo visto yo quería hacer algo para que las tablas permanecieran en su lugar, que él no las destruyera. Quería darle hoy algo de placer gratificante.

En la medida en que el interconsultor invita al analista a dejar fluir su pensamiento, a pensar en voz alta (lo cual no es necesariamente idéntico con asociar libremente, sino que significa más bien un reflexionar en voz alta en una atmósfera relajada), el analista descubre su parte en esta lucha de a dos. En tanto ha hecho algo, ha puesto también trabas al paciente. En vez de dejar primero que el conjunto se desplegara, estaba interesado en impedir que el paciente destruyera nuevamente las tablas. Además, el analista supone, y esto le importa mucho, que este tratamiento transcurre exitosamente. Es evidente que el analista ha abandonado la neutralidad, con el deseo de que el paciente no vuelva a destruir lo que ha construido.

Dando un paso más allá, el interconsultor llama la atención sobre el tema del abandono, que ya se le había ocurrido durante la lectura del protocolo. Queda claro que el analista, a pesar de las inequívocas indicaciones del paciente -como "abandonado", "estar a merced de", "solitario"- no ha escuchado esta temática. La confrontación con el material le devuelve el recuerdo, pero no la evidencia afectiva, de que éste podría haber sido un tema dinámicamente relevante de la sesión.

A.: Durante la sesión estuve demasiado metido en mi propia onda. Una vez que me sintonicé en esa frecuencia, perdí la flexibilidad para abandonar la frecuencia nuevamente.

Interconsultor: Ud. partió de la teoría de que él constantemente construye objetos para después destruirlos. Yo veo la siguiente dinámica: el paciente habla mucho de autonomía. Ud. no pudo transmitir convincentemente el tema de la competencia, del éxito; permaneció como una construcción artificial. Sin embargo, su tema surgió de una interacción y condujo a una interacción: en lugar de conducir a un trabajo conjunto y a la alegría común por el éxito, llevó a un enfrentamiento. Ud. no quería permitirle destruir lo que él, lo que ambos, habían construido. El paciente se sintió abandonado. Esto lo ilustró con su hijo, a quien no quería dejar tocar solo y que sin embargo tuvo que abandonar.

A.: Ahora sé por qué no pude prestar bien atención: estaba en otra línea, no en aquella del que no puede dejar tocar solo a su hijo, sino en la perspectiva de quien está tan orgulloso, que debería de todas maneras estar allí presente, porque ése era su éxito. En un sentido más amplio, esto quiere decir que no puede dejar

solo a su hijo, ya que entonces deja pasar la oportunidad de participar en el éxito y de identificarse con el éxito de su hijo.

Para el interconsultor, estas reflexiones son una confirmación de su manera de entender las cosas, de que el analista había tomado esta línea y permanecido en ella, porque él mismo está tan identificado con el éxito en el trabajo terapéutico, como el paciente lo está, como padre, con su hijo. Así, se llegó a un duelo entre hijo y padre, entre paciente y analista. En la secuencia siguiente, el interconsultor trata de sacar partido a esta hipótesis.

Interconsultor: Claro que la idea del orgullo tiene en la típica relación entre padre e hijo un lado positivo y otro negativo. Se puede compartir el orgullo, pero también se puede rivalizar, y también reaccionar así: "Quiero hacer esto solo, hacerlo por mí mismo. Y no lo hago porque tú siempre me echas a perder la alegría de hacerlo por mí mismo."

A.: Sí, en un momento el paciente dijo: "Si fuera así, que yo me divierto desvalorizándolo, entonces estaría loco."

Interconsultor: Sí, y con ello Ud. dijo: "Ud. tiene que utilizarme como un buen terapeuta"; pero cuando el éxito suyo es vivido por el paciente como ilimitado, en ese momento Ud. se involucra en esta lucha. Yo creo, para sintetizar todo esto en un concepto, que trabajamos de manera diferente con la misma imagen. Yo pongo el foco en la dinámica padre-hijo: el paciente mató a su padre y tiene que estar permanentemente inventando uno de nuevo, de un modo tal, que ambos puedan ganar si le va bien a él. Pero con el ser abandonado, el deseo de autonomía se llenó de desilusión y de rabia.

A.: Lo interesante para mí de nuestra conversación es el desarrollo ulterior de mi teoría. El que haya tomado mi prohibición, pero con ello también haya sentido rabia, y que desee transgredir la prohibición. Ahora siento curiosidad por saber si va a desarmar el tabique o no; espero estar abierto a ambas posibilidades.

Para el interconsultor, el trascurso de esta sesión dejó claro que al comienzo se había dado una disputa, disputa que se prolongó hasta que el analista pudo moverse hacia la manera alternativa de ver las cosas. Como consecuencia de su deseo de impedir algo al paciente, para poder sentirse orgulloso él mismo, el analista perdió la neutralidad y con ello derivó hacia un enfrentamiento con el paciente.

10.2 Reflexiones filosóficas sobre el problema de la "buena sesión"

A continuación de la interconsulta descrita en la sección anterior, la sesión n.º 115 transcurrió de tal modo, que el analista se acordó inmediatamente del concepto de la "buena sesión" (Kris 1956). Una comparación de la "mala" sesión -n.º 114- con la "buena" -n.º 115-, se encuentra en otra parte (Löw-Beer y Thomä 1988).

Quisiéramos llamar la atención del lector sobre un aspecto especial de la exposición que haremos a continuación. Se ha demostrado como extraordinariamente fructífero para la práctica y la investigación psicoanalíticas, que un tercero independiente, es decir, científicos de otras disciplinas, se ocupen con transcripciones de diálogos terapéuticos. De esta manera, no sólo se puede poner sobre fundamentos sólidos la investigación empírica en proceso analítico; finalmente, por ejemplo, también filósofos pueden examinar textos analíticos.

De este modo, la polémica de las ciencias del espíritu con el psicoanálisis es llevada a un punto de partida que se adecua a los tiempos actuales y que está cercano al nivel del fenómeno. Nuestro pensar y actuar psicoanalítico se ha visto fomentado de manera muy esencial a través del trabajo conjunto

interdisciplinario en base a transcripciones. Pensamos que la siguiente interpretación, hecha por un filósofo, es un instructivo ejemplo en este sentido.

Se investiga una "buena" sesión, que también denominamos "sesión de abertura de brecha". Para comprender que es una buena sesión, es necesario aclarar cuáles son los cambios positivos de un paciente en una sesión. En esto se deben distinguir los factores causales relevantes para tal cambio favorable.

El concepto de "buena sesión" se puede dilucidar por lo menos desde dos puntos de vista: Primero, aclarando cuáles son, en la sesión analítica, las buenas condiciones de interacción y las vivencias acompañantes; por ejemplo, si las ocurrencias del paciente y las interpretaciones del analista se complementan y si el paciente se siente comprendido (Kris 1956; Peterfreund 1983). El segundo punto de vista, sobre el cual se debe dirigir especialmente la atención, se refiere al cambio terapéutico posibilitado por la interacción con el analista. En esto, no hay que excluir que también interacciones malogradas con el analista -por ejemplo, sentirse no comprendido- puedan causar cambios curativos, si la falta de empatía se transforma en objeto del diálogo.

Cuando se distinguen estos puntos de vista, es posible intentar una síntesis entre ellos. En la literatura se encuentra el peligro de una síntesis irreflexiva, cuando se atiende sólo al desarrollo, en el paciente, de las capacidades que hacen posible las buenas sesiones de análisis. Por tales se piensa en la capacidad de integración psíquica, de autoobservación y regresión controlada. El mencionado ensayo de Kris no alcanza a eludir totalmente esta trampa, y los estudios de

Peterfreund tampoco es-tán libres de destacar las capacidades del paciente que hacen de él un analizando adecuado. En ello, queda en suspenso si las capacidades que posibilitan buenas horas analíticas coinciden con las capacidades que son deseables en el resto de la vida.

Se intentará fundamentar, tanto descriptiva como causalmente, qué es lo bueno o lo malo en la sesión, y qué es lo que promueve cambios relevantes en el paciente. Estas hipótesis deben ser probadas en otros casos. Por ejemplo, característico de una mala sesión es que el analista no tome en cuenta lo que el paciente sabe de su síntoma y que, en cambio, le sugiera puntos de vista alternativos frente a su ex-periencia del síntoma. Por el contrario, en la buena sesión el analista amplía las relaciones que atañen a la experiencia del síntoma, de una manera que permite al paciente integrar elementos biográficos y desarrollar una perspectiva emocional e intelectual adecuada sobre su propia biografía. Probablemente, para el desarrollo positivo del paciente, tanto el estilo comunicativo del analista como sus interpretaciones son relevantes. Un determinado estilo comunicativo, que llamaremos "técnica dramática", podría ser un tipo de actuar terapéutico recomendable.

Arturo Y, sobre cuyo análisis se basan las reflexiones siguientes, padece desde su juventud de ideas obsesivas. El aspecto más llamativo de la sintomática del paciente consiste en pensamientos obsesivos de tener que asesinar a sus hijos. El crimen de sus propios hijos le parece peor que morir, por lo que estos pensamientos obsesivos conducen a típicas acciones de defensa: "Sólo si haces esto o estotro se impedirá que tengas que asesinar a tus hijos." De esta forma, durante un tiempo tuvo temor de un Dios cruel que podría obligarlo al infanticidio si él no le obedecía.

P.: Como si Dios ... fuera un oficial de la SS, ... uno que si no se lo saluda en la forma más perfecta, me ... castigaría con la muerte o tal vez peor, ... si yo llegara a asesinar a uno de mis niños, eso sería peor que estar muerto.

La sesión n.º 115 puede ser calificada como sesión de abertura de brecha. La aparición de un cambio positivo en el paciente es evidente. El paciente llega a la sesión ansioso y resignado, con su típica mentalidad de víctima, y se retira liberado. Arturo Y alcanza una fuerza expresiva casi poética. Si hasta el momento su ira se restringía a una experiencia sintomática ante cuyo poder maligno debía inclinarse, ahora la oscilación entre furia e impotencia llega a formar parte decisiva de su relación con las figuras de autoridad. La vivencia sintomática es transportada a las situaciones en las que aparece como adecuada. Para decirlo en términos del analista: el paciente ha reencontrado sus sentimientos. La hipótesis del analista es que en ello se trata de conflictos ante los cuales el paciente ha reaccionado con defensas patológicas.

Resumiremos la sesión concentrándonos en los aspectos que suponemos promovieron el desarrollo del paciente. Se presume que el motor del cambio no es el lo-gro de insights sobre la propia persona, sino que Arturo Y, a través del papel animador desempeñado por el analista, es conducido a reaccionar de una manera emocionalmente adecuada frente a situaciones que lo oprimen. Se llega a una forma especial de insight: el paciente logra una comprensión adecuada de su situación.

En la escena que sigue, el analista se comporta como un director dramático, que incita al paciente a interiorizarse en los roles que éste guarda en sus recuerdos. Esto es llevado a cabo en tanto amplía dramáticamente el libreto que está a disposición del actor, en este caso, los recuerdos del paciente.

El paciente cuenta de un cirujano poco empático que le extrajo las amígdalas con anestesia local cuando tenía 9 años. El paciente tenía miedo, constantemente quería tragar; sin embargo, el médico lo había obligado imperiosamente a mantener la boca abierta.

A.: Ah, entretanto fluía mucha sangre.

P.: Sí.

A.: Estar continuamente tragando y tener, eh, miedo de ahogarse, tener el agua, la sangre, hasta el cuello.

Reflexión: La referencia al agua se me ocurrió porque una vez el paciente estuvo de hecho en peligro mortal; casi se ahogó.

A.: Las tijeras con las que él cortó y que casi lo llevaron a ahogarse. Esa es la experiencia cuando la sangre fluye y se junta allá atrás, en la garganta, en el cuello. Si se le escupe [al cirujano] en la cara, entonces se tiene que temer que éste se pondrá aún más furioso.

P.: Sí, si sigo esa idea, ¿cómo defenderse? Lo lógico es desquitarse con la misma moneda.

A.: Sí, y Ud. claro que tiene el instrumento adecuado, es decir, la tijera o cualquier otro objeto punzante.

P.: Tales pensamientos son inmediatamente prohibidos.

A.: Es también la situación la que los prohíbe. La superioridad es tan grande.

P.: Y entonces, sí, por así decirlo, se reprime, se reprime siempre, aparece en otra parte la tijera. Aparece también allí, donde ... sí, tengo algunas ideas al respecto. Si como niño de 9 años, digamos, le tirara el objeto más a mano por la cara, entonces él, de acuerdo con las expectativas de un niño de 9 años, me liquidaría.

A.: Si Ud. toma el cuchillo con el que él anda cortando a diestra y siniestra.

P.: Si yo me defiende, entonces él me liquida, entonces se acabó. Es el final, estoy listo, exactamente lo mismo que de verdad temo hoy día.

A.: Sí.

P.: Pues en ese caso yo causaría algo con una tijera que me liquidaría, estaría arruinado, estaría, sería el final, lo último.

A.: Sí, y en la tijera Ud. es el cirujano poderoso, el oficial de la Gestapo, Hitler, etc., Dios con el cuchillo y, en la figura del niño impotente, Ud. mismo es el niño, es la víctima.

P.: Sí, sí.

A.: Naturalmente Ud. no está pensando en sus niños, sino en la superioridad, que es tan espantosa, que no se puede dirigir el cuchillo en contra de ella, lo que, por cierto, repercute en cosas mucho más remotas, aparentemente inofensivas, por ejemplo, tampoco se atreve a criticar al psicoterapeuta, a mí.

P.: Hasta ahora lo he entendido bien. Ud. dice: "Ud. no está pensando en sus hijos", sino que, si todo lo pongo ahora bajo un solo nombre, pienso simplemente en Benignus.

A.: Sí.

P.: En mi rival, en mi enemigo. No quisiera perder de vista este cuadro, que en mis angustias no se trata en realidad de mis hijos, sino de un enemigo, del que no oso defenderme. Y si dejo pasar esta imagen ante mis ojos, experimento con toda claridad que cuando Ud., por ejemplo, habla de aumentar los honorarios, lo siento exactamente igual.

Ahora, Arturo Y está inundado de sentimientos de venganza e impotencia. El paciente, que hasta ese momento perseveraba pasivamente en su mentalidad de víctima, arregla ahora cuentas, en dramáticos monólogos, con sus distintos tiranos: Con el padre, que no intentó comprenderlo, sino que después de una travesura lo castigó y partió, para no volver, a la guerra sin despedirse; es a él a quien con más ganas atacaría con un arma. Al maestro sádico quisiera dar una paliza como si fuera un oficial de la Gestapo. De la madre, le fastidia que lo haya engañado en relación con su infancia. Por último, ataca al analista porque lo obliga a confesar. Guiñando un ojo, compara esta obligación con la de un perro que debe ser llevado a la cárcel, es decir, se siente obligado a hacer algo que al mismo tiempo instintivamente desea. Al analista, le recrimina el que haya despertado en él espíritus vengadores que no podrán ser satisfechos. El paciente disfraza esta acusación en la expresiva imagen de un hombre que ni siquiera puede liberarse de su excitación por medio de la masturbación, porque no tiene manos.

P.: Sí, y entonces aparecen y reviven todos estos fantasmas, y con ello crece una rabia enorme por todos estos años. ¿A quién se los debo cobrar? No existe ninguno más (murmullo). Se me pasó lo siguiente por la cabeza: ¿de qué me

sirve ca-lentarme, ponerme cachondo, si no, si no tengo mujer, ni siquiera manos para masturbarme?

¿Qué hace de esta sesión una "buena sesión"? ¿En qué se funda la intuición de que se trata de una buena hora? ¿Qué fue lo que abrió la brecha? En las secciones siguientes se discutirán brevemente tres características importantes de una buena sesión.

1) El mejoramiento de la perspectiva sobre el propio pasado y presente

Hasta que llegó el momento de la sesión que hemos llamado "de abertura de brecha", el paciente no estaba en condiciones de aplicar en su propia biografía valores que para él eran esenciales. Intelectualmente, pero sobre todo en el nivel del vivir, concebía su biografía de una manera que estaba en contradicción con la imagen ideal que actualmente tenía de sí mismo. Sobre esta última existe un amplio consenso cultural, que incluye al paciente y al analista.

Podemos entender a un niño que se intimida ante el maltrato y que reacciona con miedo. Pero cuando un adulto atraviesa por tales situaciones de opresión, esperamos que se indigne, que se enfurezca con las personas que lo han tratado así. Pensamos que los niños no deben ser innecesariamente maltratados y de ningún modo torturados, también, que se les debe garantizar un espacio de juego libre y que no se les debe utilizar como paño de lágrimas. Arturo Y también comparte estos puntos de vista y se comporta en relación a sus hijos de acuerdo con ellos. Pero sólo con dificultades puede concebir su propia biografía dentro de esta perspectiva. En primer plano no aparece rabia e indignación por haber sido maltratado, sino la queja de la víctima. Esta mentalidad de víctima se ha hecho más intensa por motivos actuales. Sólo la sospecha de que una persona, que él supone ocupa una posición más alta en la jerarquía social, pudiera hacerle algún reproche, desencadena en él pánico a ser liquidado. Cuando está en el lugar del destinatario, no puede distinguir entre ademanes arbitrarios de dominio y exigencias legítimas.

La impresión de que en esta sesión se abrió una brecha, la produce en parte el hecho de que Arturo Y no sólo se queja intelectualmente de la violación y de la falta de reconocimiento de sus derechos elementales como niño, sino que se siente despojado de ellos, viviendo esto como una pérdida existencial, frente a la que reacciona con rabia. Sus reacciones emocionales son más adecuadas, no sólo respecto del pasado, sino también en la relación con el analista. En efecto, lo son no sólo a los ojos del observador, sino también frente a los suyos propios. En sesiones previas hubo algunas reacciones intensas, mejor dicho, de pánico,

del paciente frente al analista. En tales situaciones, la característica fue la discrepancia entre el juicio in-mediato y el juicio reflexivo del paciente. Si bien pudo captar que el analista en ningún caso deseaba arruinarlo, o que podría arruinarlo, con las exigencias de honorarios más altos, emocionalmente vivió la demanda del analista como una amenaza para su existencia. Por el contrario, en la buena sesión los reproches en contra del analista no nacieron del pánico. Al analista le echa en cara haberle arrancado una confesión. Dado que se da cuenta de que también él tiene la necesidad de confiarse, ironiza el reproche por medio de la imagen del perro que debe ser llevado a la fuerza a la cacería. Así logra una descripción matizada de su relación con el analista. También es acertado el otro reproche, de que el analista ha despertado sentimientos de venganza, sin que al mismo tiempo haya ido a buscar el objeto originario de su odio. También es extraordinariamente expresiva la imagen del "hombre que está caliente" y que no tiene mujer ni tampoco manos para masturbarse.

2) Liberación y mayor tolerancia en el trato consigo mismo

Un aspecto de la liberación reside en el uso creativo del lenguaje que acabamos de mencionar, en las imágenes a través de las cuales expresa condensadamente sus sentimientos.

En las sesiones precedentes, la mentalidad de víctima del paciente era impactante. Se sentía perseguido, atacado, a merced de un Dios cruel, que podía llegar incluso a exigirle asesinar a sus propios hijos. Por el contrario, en esta sesión lo dominante es la rebelión en contra de la coerción, en contra de las exigencias exageradas del cirujano, de la madre, etc. Tal rebelión en contra de la coerción es un elemento de la idea de la liberación. Ni interior ni exteriormente quiere someterse a coerciones que considera inadecuadas.

La liberación no se manifiesta sólo en el rechazo a la coerción, sino también en la capacidad de comportarse de acuerdo con su propio "estar-situado" (Befindlichkeit), en el sentido que le da Tugendhat (1979). La capacidad de reflexión sobre la situación actual del diálogo se desarrolla en la sesión de "apertura de brecha". El paciente no sólo logra colocarse lúdicamente en el papel de su niñez, sino que al mismo tiempo puede reflexionar sobre su rol. No se vivencia como un niño pequeño, sino como un adulto capaz de volver a sentir cómo podría haber sido aquello de ser maltratado como niño. Este aspecto lúdico no le impide tomar su biografía más seriamente que antes. El repaso plástico de escenarios, uno por uno, desata en el paciente intensos sentimientos. Se llena de rabia cuando compara su niñez con el patrón de una

infancia ideal, pero también de impotencia, ya que tiene que conformarse con lo que ha sido. "Lo que mi padre hizo es una falta de consideración de primer orden." Se pregunta: "¿Qué puedo hacer ahora con mis sentimientos de venganza, ya que los objetos de ella están fuera de alcance?"

A diferencia de otras sesiones, el paciente integró en el propio discurso la reacción emocional frente a la situación analítica de diálogo. Ahora, la figura intelectual de liberación de la coerción se puede ejemplificar reflexivamente. El paciente articula en la situación analítica su comprensión de los roles desempeñados. Así, se le aclara que se ha sometido a una expectativa estereotipada de rol, a saber, al rol del paciente que tiene que decir todo lo que se le ocurre. Reflexiona sobre esto, entendiéndolo como una coerción a confesar y se pregunta si acaso quiere seguir desempeñándolo o si no podría hacer algo distinto con el analista, y hasta dónde éste puede satisfacer sus necesidades. Con estas preguntas, se libera del rol del cumplimiento pasivo del deber, de modos de comportamiento fingidamente prescritos, y adquiere la capacidad de tomar distancia frente a los roles.

3) La formación de convicciones productivas con ayuda de la experiencia del síntoma.

Arturo Y vive sus síntomas como una lucha en contra del sometimiento a rituales absurdos, que le son exigidos por poderes superiores, amenazantes y atemorizantes. Ahora, el paciente utiliza esta vivencia para la descripción de su situación emocional en la confrontación con sus opresores.

Recordemos que, en la mala sesión (véase 10.1), el analista buscó iluminar la experiencia sintomática del paciente trayendo experiencias vitales análogas de éste. Para ello, equiparó la relación del paciente con el recubrimiento de madera y la relación de él con quienes lo habían atormentado. En la buena sesión, saca provecho de la experiencia sintomática presente para reanimar los recuerdos de situaciones de opresión.

La técnica dramática o el modelo escénico del tratamiento psicoanalítico

En la sección 3.4 del tomo sobre los fundamentos, comparamos los procesos del análisis con los que tienen lugar sobre el escenario. Según esto, analista y paciente desempeñan papeles y simultáneamente se miran mutuamente más allá de los respectivos roles. Junto a la actuación complementaria de los roles que el paciente espera que él asuma, sobre el analista recaen las funciones de

codirector y de espectador. Se trata de ensayar los papeles que el paciente no se atrevió a "representar" plenamente.

En la sesión que hemos llamado de "apertura de brecha", el terapeuta pone en escena el argumento. Al comienzo de la sesión citada, dirige su fantasía a poner delante de los ojos del paciente la escenificación de la operación de amígdalas que éste relata.

¿De dónde saca el analista el detalle sangriento de esa operación de amígdalas, cuya acumulación mueve al paciente a colocarse en la situación del atormentado niño de 9 años? De hecho, puede que el analista no conozca en absoluto las circunstancias concretas. Sin embargo, en lo cultural está suficientemente cerca del paciente como para poder representarse la escena. En el modelo escénico, no se trata de re-construir la biografía tal como fue. Se trata más bien de entender cómo el paciente se imagina, se representa, los sentimientos de un niño de nueve años cuando es tratado en esa forma.

Comentario del analista tratante: Alegra que un científico ajeno e imparcial logre interpretaciones que se pueden incorporar en el modelo escénico y que llegue así incluso a hablar de una técnica dramática. La operación de amígdalas me recordó primero una extracción dental siendo ya adulto, en la que fluyó tanta sangre hacia la garganta que estuve "con el agua al cuello". Con toda intención utilicé esa metáfora que, como todas las comparaciones, cubre toda una categoría de experiencias. El lenguaje terapéutico metafórico refuerza la intensidad de las vivencias. En todo caso, durante la situación recordada, yo todavía mantenía el control. Incluso no daba ninguna señal al preocupado dentista, ya que quería experimentar una situación límite hasta el final. Sin embargo, en otras situaciones de mi infancia me sentí tan impotente como el paciente. El lector no tendrá dificultades para compenetrarse con polaridades más o menos pavorosas de poder e impotencia. La teoría psicoanalítica sobre el surgimiento de estructuras y disposiciones inconscientes facilita la comprensión. Por ejemplo, esquemas inconscientes de sí mismo encuentran una representación figurativa en el lenguaje onírico. Lo cierto es que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica explicativa, debemos esperar que, junto o debajo de las imágenes de sí mismo, se encuentren otras que, no importando lo escindidas que puedan estar del vivenciar consciente, se anuncien en acciones potenciales. A la víctima corresponde un autor, al masoquismo el sadismo. Este conocimiento posibilita la animación de aspectos reprimidos o escindidos de sí mismo que resuenan en el paciente. Considero esencial el enriquecimiento del diálogo, aun pensando que si de hecho nos subiéramos al escenario e hiciéramos teatro psicodramático, las interpretaciones acompañantes se verían dificultadas.

Puede que una de mis dificultades personales sea el que a menudo sólo después de una concienzuda reflexión logro captar, y puedo interpretar, el sentido de una escena en su relación con motivos y estructuras inconscientes. Hago más las recomendaciones de dirección teatral de B. Brecht, reproducidas más adelante y, en ese sentido, encuentro acertada la designación de "técnica dramática".

Para aclarar el procedimiento del analista, diferenciamos tres formas de relato: Un simple cronista se contenta con decir lo que pasó. Un segundo relator busca tomar posición desde su visión actual sobre los acontecimientos históricos, y desde esa perspectiva persigue ciertas intenciones aclaratorias sobre la historia. Un ter-cero trata de imaginarse cómo sería para él vivir en aquel entonces. Esta última es una actitud frecuentemente asumida por escritores y actores. El analista lleva a su paciente a la última posición mencionada, hacia su propia biografía. A diferencia del historiador, quien se coloca en la situación anterior de una manera condicionada a pruebas, y del actor, cuyo papel termina con el aplauso final, el enfermo sufre inevitablemente bajo su historia, la que domina sus síntomas actuales a través de la compulsión a la repetición. Por lo tanto, la situación terapéutica, vista históricamente, está decididamente determinada por un movimiento en dirección contraria. Por un lado, la situación presente del paciente es una continuación del pasado, por el otro, se le debe ayudar a revisarla de acuerdo con la historia vital a la luz del "momento" actual (Marten 1983). Al paciente no se le sugiere ser el "pobre cagón" que probablemente fue en aquel momento y que tampoco estuvo en condiciones de pensar que podría haber merecido un trato distinto, sino que, con las representaciones que ahora tiene sobre el trato que se debe dar a los niños, se le sugiere que trate de comprender lo que significa estar en el papel de este niño atormentado. En su función de director teatral, el analista se parece a Brecht. Este último quería que el actor no ocultara su visión de lo representado. Cuando el actor representa un rey, no debe producir, frente a sí mismo y frente a los espectadores, la ilusión de ser el rey, sino que debería representar el papel tomando constantemente posición, desde su propio punto de vista, frente a ese papel.

La ventaja de la técnica dramática consiste en que favorece la aplicación en la propia persona de aquellos valores que parecen evidentes cuando se trata de enjuiciar a otros en circunstancias semejantes. La indignación suscitada en el paciente fue posible principalmente porque éste pudo abandonar la postura que había mantenido hasta entonces, en favor de la actitud que frente a sus hijos da por descontada. Se puede ver a sí mismo como un niño maltratado, estafado en

su juventud, de la misma manera como vería a sus hijos si éstos estuvieran en situaciones análogas.

Este cambio de perspectiva no puede ser alcanzado tan sólo a través de la técnica dramática. De todos modos, no a corto plazo. ¿Cómo puede una persona enojarse con un cirujano, si en sus síntomas los pensamientos homicidas obsesivos de ase-sinar a sus propios hijos juegan un papel tan martirizante? ¿Cómo puede rebelarse, aunque sólo fuera en la fantasía, en contra de los perseguidores de su infancia, so-bre la base de una autoestima rota? En este sentido, es necesario soslayar la técnica dramática a través de interpretaciones que fortalezcan la autoestima del paciente. El analista lo hace, en cuanto lo tranquiliza con la interpretación de que sus pensa-mientos homicidas de ningún modo apuntan hacia sus hijos, sino que más bien se trata de una rabia que vale para sus enemigos, pasados y presentes.

Destacamos una vez más el pasaje correspondiente del diálogo:

A.: Sí, y en la tijera Ud. es el cirujano poderoso, el oficial de la Gestapo, Hitler, etc., Dios con el cuchillo y, en la figura del niño impotente, Ud. mismo es el niño, es la víctima.

P.: Sí, sí.

A.: Naturalmente Ud. no está pensando en sus niños, sino en la superioridad, que es tan espantosa, que no se puede dirigir el cuchillo en contra de ella, lo que, por cierto, repercute en cosas mucho más remotas, aparentemente inofensivas, por ejemplo, tampoco se atreve a criticar al psicoterapeuta, a mí.

Las ideas homicidas habrían sido desplazadas a los propios hijos, porque en ese entonces no se habría atrevido a dirigirlos en contra del temible poder superior. Esta interpretación alivia al paciente, éste intenta grabársela. Sobre esta base, será posible ajustar cuentas con sus torturadores. Esta interpretación, de que ya no tiene por qué seguirse sintiendo como una persona mala que merece los maltratos, se di-viden en dos: una parte afirma que el paciente se identifica con la víctima pero tam-bién con el torturador. Esta sería la razón de por qué tiene miedo de liquidar a sus propios hijos, y con ello a sí mismo, cuando se le hace consciente su propio bien-estar. La razón es que, como torturador, es su propia víctima. El sería el asesino de su doble, de su sosia, del mismo modo como Mr. Hyde mata al Dr. Jekyll. Esta parte de la interpretación, como se muestra en otro lugar (8.2), es el leitmotiv teó-rico del analista. Arturo Y hace uso de la otra parte de la interpretación: las ideas homicidas se dirigen en realidad a sus torturadores y no a sus niños; ellas fueron desplazadas hacia ellos, simplemente porque tuvo miedo de emprenderlas en contra de un poder superior.

Tres razones fundamentan que atribuyamos a esta interpretación eficacia curativa:

1) La conciencia del paciente de que la interpretación fue significativa para él. El mismo valoriza la interpretación como relevante, no sólo la acepta satisfecho y la juzga explícitamente como benéfica, sino que la desarrolla y la aclara.

2) Existe una relación temática entre esta interpretación y las verbalizaciones que la siguen. El tema de la interpretación coincide con el tema principal de la sesión. La lucha en contra de sus enemigos, el profesor sádico, cirujanos, etc., se convierte en el contenido central de la sesión. Que en verdad sus ideas homicidas se dirigen a estos enemigos, es el contenido de la interpretación.

3) Se da una conexión de sentido entre el desarrollo del paciente en la buena sesión y esta interpretación. Es plausible que el paciente, en la medida en que supone tener ideas criminales en contra de sus propios hijos, no pueda con facilidad comentar con indignación los maltratos en su propia infancia. Si es capaz de hacer lo peor imaginable, entonces es tan malo que merece el maltrato. Su infancia puede aclarar que el homicida pulsional es víctima de las circunstancias. Con todo, la rabia por el maltrato presupone que se aprecie lo suficiente a sí mismo como para rechazar con rabia el propio maltrato.

Comentario del analista tratante: Consideraciones teóricas y técnicas me motivaron a esta interpretación. Estoy convencido de que Arturo Y no piensa en sus hijos como personas, sino que éstos sirven como figuras simbólicas de la impotencia y el desamparo. Por cierto, en el vivenciar, y especialmente en las dimensiones inconscientes del mismo, las personas concretas no están separadas de su contenido de su significado simbólico (véase Matte Blanco 1988; Fink 1989). En esa medida, el paciente apunta también a sus hijos y no sólo a su significado simbólico. Pero, para lograr a más largo plazo una diferenciación entre símbolo y persona concreta real (o, en términos de Matte Blanco, para acentuar en la relación lógica la asimetría sobre la simetría), introduzco aquí una negación que posibilite al paciente cierta toma de distancia, aun cuando ésta sea sólo de corta duración.

Inconscientemente, sus hijos están en el lugar de los hermanos menores, en especial de un hermano más joven cuyo nacimiento desencadenó la humillante encopresis. Muchos indicios hablan a favor de que los deseos homicidas se dirijan en contra de los hermanos. El retroceder hasta los orígenes de las agresiones, naturalmente no elimina la agresión ni el sentimiento de culpa relacionado con ella, pero posibilita la comprensión de síntomas sentidos como ajenos y ominosos. Desde el punto de vista de la técnica, un alivio a corto plazo crea un espacio para la reflexión. Por lo demás, supongo que sus obsesiones se dirigen en contra de sus hijos, queridos sobre cualquier otra cosa, porque así puede levantar al mismo tiempo una barrera absoluta en contra de las mociones de su odio, que han llegado a ser totalmente ajenas a su yo. Al estar escindido,

este odio se había acumulado desde su in-fancia, pero sin embargo se desencadenaba una y otra vez a propósito de la humillación cotidiana más pequeña. Es el odio de la víctima totalmente impotente, que ya no está en la situación de oponer alguna resistencia frente a su verdugo. Si se es golpeado hasta casi perder el conocimiento, no se puede siquiera concebir una idea inconsciente. Sólo mucho más tarde en la vida es posible trastocar las relaciones sadomasoquistas, o encapsularlas en síntomas obsesivos: los hijos representan así la propia impotencia infantil y en el horrendo crimen se puede identificar con los representantes del poder. Con los pilluelos que se mofaron del "cagueta", con la madre y con el padre, con el maestro sádico, con Hitler, con los oficiales de la SS y con el Dios de la venganza, que considera la sumisión total como expresión de amor, y que la exige.

Desde un punto de vista formal, la pregunta que intranquiliza al paciente reza así: "¿Tengo ideas homicidas en relación con mis propios niños?" Esta pregunta tiene dos connotaciones: a) "¿Se dirigen mis ideas obsesivas a mis hijos?" y b) "¿Deseo asesinar a mis hijos?"

La pregunta a) se debe responder positivamente. Con sus ideas obsesivas y expresiones verbales el paciente se refiere a sus propios hijos. Eso es lo que lo inquieta. Pero la pregunta b) es todavía más inquietante para él. Esta es la pregunta que el analista responde negativamente. Las ideas obsesivas no se deben entender como deseos homicidas en contra de sus propios hijos.

Entonces, el paciente no se equivoca en la referencia a las personas hacia quienes apunta con sus expresiones, sino que se equivoca en la referencia al objeto de sus deseos.

Verdad de la interpretación

¿Tiene Arturo Y deseos de muerte en relación con sus enemigos y no en relación con sus hijos queridos? ¿Desplazó las ideas homicidas hacia sus propios hijos por miedo frente a la superioridad enemiga? En las observaciones siguientes, la pre-gunta sobre la verdad no se refiere al comentario del analista tratante, sino a su plausible interpretación, también compartida por el paciente, de que éste no desea asesinar a sus hijos.

En general, los siguientes hechos hablan a favor de la verdad de una interpretación:

1) Cuando a través de ella se consigue conectar, de manera sistemática y comprensible, una cantidad de expresiones de motivos aparentemente incomprensibles (criterio de coherencia y racionalidad), 2) cuando ella es compatible con una hipó-tesis genética bien fundamentada (criterio genético) y

3) cuando es compatible con las hipótesis más confirmadas de la teoría psicoanalítica.

Si se ponen estos criterios como fundamento, existen algunas cosas que hablan a favor de que, al menos, un componente de la formación sintomática debe buscarse en el hecho de que el paciente busca protegerse de una autoimagen asesina. Podría ser que inconscientemente se considere tan malo, que tenga miedo de asesinar a sus hijos, a quienes ama sobre todas las cosas. Con esto, bien podría presumirse que, en su pensamiento, el paciente mezcla el recuerdo de sus hermanos con la representación de sus propios hijos. El transferir una relación determinada a otros objetos, no implica que con las expresiones verbales no se aluda también a los objetos transferenciales. En este caso, en su interpretación, el analista no hace notar al paciente que él hace equivaler a sus hijos con sus hermanos, sino que el pensamiento importante para el paciente es que la agresión se dirige en realidad hacia el poder superior.

Teoría psicoanalítica del síntoma

1) Los síntomas son deseos desplazados, satisfacciones de deseo mutiladas de deseos reprobados, reprimidos.

Esta suposición coincide con el comentario del analista tratante: en su fantasía inconsciente, el paciente se identifica gustoso con sus torturadores, asume su actitud.

2) Con la ayuda del síntoma, la persona trata de superar una situación traumática.

3) A través de sus síntomas, las personas tratan inconscientemente de falsificar sus opiniones patogénicas inconscientes. Esto se puede subsumir bajo el punto dos. Una persona intenta arreglárselas con una situación difícil, esforzándose en falsificar interpretaciones inconscientes de la situación.

Los puntos 2) y 3) coinciden con la siguiente explicación del síntoma: el paciente quisiera ocultar a sí mismo que se considera tan malo como para llegar a asesinar a sus propios hijos. Intenta probar a sí mismo y a los demás que no es tan malo, ya que resiste sus tentaciones homicidas compulsivas.

Existen contextos en los que los diferentes modelos psicoanalíticos de explicación de síntomas se complementan y otros en los que se contradicen. En este caso se complementan, ya que la "identificación con el agresor" puede ser interpretada tanto como un intento de superar una situación difícil, como también entendida en el sentido de una satisfacción indirecta de deseos destructivos. En nuestro caso, la hipótesis es que defenderse por medio de la

identificación con el agresor suscita una situación insoportable para el paciente, la que trata de dominar a través de la formación de síntoma.

El síntoma tiene la función de encubrir la autoimagen negativa. Los pensamientos homicidas aparecen como obsesivos, enfermizos y aislados, de la comprensión que el paciente tiene de sí mismo (es decir, él se define como uno a quien esos pensamientos homicidas le son totalmente ajenos).

Criterio de coherencia: El paciente se siente culpable, pillado, en las ocasiones más insignificantes. Por ejemplo, en su profesión es diligente y exitoso, pero, cada vez que su jefe lo llama, se sobresalta hasta el pánico. En el segmento de 10 horas de análisis estudiado, la mayoría de las historias giran en torno a que el paciente tiene miedo de arruinarse, de ser liquidado, o bien teme espontáneamente ser culpable de algo que evidentemente no ha hecho, como por ejemplo, de un accidente del que sólo es testigo. No se cansa de mostrar al analista y a sí mismo que ha reaccionado con angustia y sentimientos de culpa frente a los motivos más insignificantes. Esto podría tener la función de mostrar que en realidad todo estaría perfecto, de no ser por sus reacciones irracionales inmediatas, esto sin considerar para nada sus experiencias sintomáticas.

Otro indicio que apoya la tesis de la autoestima perturbada, se encuentra en la mentalidad de víctima que el paciente mantiene hasta la sesión de ruptura. Si bien podía recordar los interminables tormentos de su juventud, lo hacía temerosamente y no con rabia. Si alguien se encuentra muy malo a sí mismo, sentirá que merece ser tratado en la forma correspondiente. Por lo menos, no resulta evidente reclamar el derecho a ser tratado en buena forma. Sin embargo, ésta es una condición para que los maltratos despierten rabia.

Criterio genético: También desde el punto de vista genético mucho habla a favor del sentimiento de autoestima negativo reprimido del paciente. Nadie discute que la adopción de roles es un mecanismo esencial de aprendizaje y socialización. Es plausible que el paciente se comporte frente a sí mismo de la manera como otros se comportan con él, vale decir, que haya interiorizado las malas atribuciones de los demás con los que se topó a cada paso.

En síntesis, muchos elementos hablan a favor de que los síntomas tienen por objetivo poner a salvo al paciente frente al convencimiento de que tiene intenciones homicidas y de demostrar de que él no es tan malo como piensa. Esta defensa genera una visión negativa de sí mismo. En el inconsciente, el paciente se concibe tan malo como vivió a sus torturadores en relación con él. Incluso los sobrepuja, pues se siente tan malo que podría asesinar a sus propios hijos. Esta formación sintomática puede ser entendida como un intento de ocultar ante sí esta concepción homicida de sí mismo y de refutarla. El vive sus ideas obsesivas como si éstas no tuvieran nada que ver con los deseos propios o

con autoevaluaciones, y la exitosa resistencia en contra de las órdenes compulsivas de muerte se hace valer como prueba de que los presuntos impulsos asesinos carecen de sustancia.

Si estas hipótesis sobre la formación sintomática son correctas, ésta tendría que entenderse aquí como consecuencia y como medio de una defensa de segundo nivel: la imagen negativa formada por las defensas son objeto de un nuevo mecanismo de defensa. Si se consideran las causas inmediatas de la formación sintomática, la interpretación sería falsa: la rabia desplazada no sería la causa de las ideas obsesivas homicidas, sino una defensa frente a una concepción negativa de sí mismo. Sin duda, la autoimagen llegó a ser negativa a causa de los sentimientos de culpa asociados con la rabia.

Insight y éxito terapéutico

De acuerdo con el comentario del analista tratante, la identificación con el agresor es el mecanismo de defensa que impide al paciente vivenciar su rabia con el opresor.

¿Se desprende de esto que por medio de la interpretación se entregaron al paciente falsas convicciones?

En conexión con nuestras reflexiones sobre la técnica dramática, llegamos a otras conclusiones. Dudamos de que la meta de las interpretaciones consista en la posibilidad de una toma de conciencia exhaustiva de las causas de una sintomática. Se trata más bien de concentrarse en aquellas causas que posibilitan un cambio curativo. Se trata de transmitir al paciente este insight en su situación de vida, en conformidad con él. Los síntomas son producto de la defensa, vale decir, intentos inadecuados de arreglárselas con situaciones traumáticas. En nuestro caso, la experiencia sintomática corresponde a una experiencia vital de opresión e impotencia acumuladas. Con ayuda de la técnica dramática se debe restituir esa experiencia vital a su contexto genético. El paciente debe lograr la posibilidad de por fin enfrentar las situaciones de opresión e injusticia, no con la defensa, sino que con autodeterminación (sobre la pregunta de la autodeterminación y el libre albedrío, véase Löw-Beer 1988).

Con esta meta, no es necesario dirigir la atención del paciente sobre una visión de sí mismo que es un producto de la defensa y que, en esa medida, ofrece sólo una imagen desfigurada de la situación personal. En los deseos homicidas en contra de los niños, el paciente se identifica con el agresor. Nunca se animó a desarrollar rabia en contra de ese horrible poder superior, ni tampoco a oponerse a él. La tarea consiste en posibilitar al paciente que mire de frente, sin defensa,

las situaciones traumáticas acumuladas. La interpretación que se ha discutido, se debe concebir co-mo un medio de insight en la situación personal. El insight en la situación perso-nal forma parte del cambio curativo del paciente. El concepto de "cambio curativo" ha sido explicado, entre otros, por el concepto de "logro de insight". En esta me-dida, entre éxito terapéutico y "logro de insight" existe una conexión que va más allá de lo puramente empírico, a saber, una conexión conceptual. Queda por inves-tigar si existe alguna conexión entre sesiones de terapia exitosas y vida exitosa fuera de la terapia.

Con el logro de un insight en la situación personal, junto con la visión liberada de la defensa, se entiende además, y principalmente, un cambio en la evaluación de la situación y en las emociones correspondientes. En la sesión de "apertura de bre-cha", el paciente llega a sentir rabia con sus opresores y esta rabia es adecuada. El cambio evaluativo no se produce en base a un proceso de toma de conciencia, o só-lo lo hace en escasa medida. Tampoco se basa en un intento de reconstrucción de vivencias reales. Más bien, lo que sucede es que los valores del adulto confluyen

en la comprensión revisada de la situación. Esto se puede ver, por ejemplo, en las fantasías sobre la infancia o la juventud: probablemente, el joven sufre también porque su madre lo inició en sus preocupaciones. Sin embargo, probablemente el joven no tenía claro que se le hubiera endosado el papel de consejero responsable, y que con ello haya perdido parte de su juventud, algo de lo cual reclama en su aná-lisis. Seguramente, él todavía no sabía que los jóvenes son dignos de desempeñar otro papel. Otro ejemplo: a decir verdad, la historia de los síntomas habla a favor de que los impulsos estaban dirigidos en contra de un educador sádico. Pero sólo el adulto dispone de un concepto de sadismo y puede juzgar cuán injusto fue el com-portamiento de ese profesor. Sería interesante investigar en qué medida esta con-ceptualización evaluativa se funda en procesos de apropiación en el análisis y si és-tos pueden ser acreditados como procesos de aprendizaje.

En cierto sentido, la reconstrucción del pasado a partir de la valoración actual es necesaria. En último término, los seres humanos no pueden abstraerse voluntaria-mente de todos los intereses y valores que poseen. Pero aquí existen diferencias de grado. Se pueden intentar dos soluciones: o abstraerse en extremo de la perspectiva actual e imaginarse como una persona fue en el pasado, o bien se puede imaginar cómo habría reaccionado uno en la situación pasada desde la visión actual de las cosas. La técnica dramática pone en escena la representación dramática de conflic-tos, evaluados bajo puntos de vista justificados.

10.3 Religiosidad

Nuestra cultura está marcada por el pensamiento occidental, que surgió de una mezcla entre la cultura judeo-cristiana, la filosofía griega y la visión romana del mundo. Los contenidos y formas de esta cultura influyen el sentir y pensar del individuo, incluso en la educación no religiosa. Nuestro lenguaje y nuestro sistema de valores están colmados de esta tradición cultural. Todo individuo vive en una realidad psicosocial que, en sus componentes subjetivos y objetivos, está mediada por la sociedad. El sistema de valores, en este caso la religión, pertenece a la comprensión tanto general como personal de la realidad, ya que la realidad debe ser interpretada y a la vez está siempre siendo interpretada. También el sistema de valores de los ateos está profundamente impregnado de los contenidos de los diez mandamientos. Al interior de nuestra sociedad, las Iglesias transmiten los contenidos de la religión cristiana a través de sus representantes. Sin embargo, las imágenes tradicionales de Dios están siempre coloreadas personalmente según sea la experiencia de cada uno. Estas se transforman, al igual como lo hace la propia religión y su imagen del hombre y de Dios.

La crítica a la religión, cuyo terreno fue en el último siglo preparado especialmente por Feuerbach, Marx, Nietzsche y Freud, sustenta una teoría de la proyección, según la cual todas las imágenes de Dios están trazadas por la mano humana. En una tendencia racionalista, esta crítica de la religión apunta a su abolición. Con el racionalismo, aparecieron, tanto para el individuo como para la sociedad, cosmovisiones e ideologías ateas en lugar de los sistemas de interpretación y comprensión religiosos. También los sistemas nihilistas son realidad interpretada.

La función de este tipo de sistemas interpretativos y comprensivos, por lo tanto, la función de las religiones, mitologías e ideologías, para la vida de los grupos, sociedades y pueblos, puede ser investigada psicoanalíticamente. Lo mismo vale para la imagen de Dios que tiene cada uno, como le fue enseñada y como se la ha delineado él mismo. No es difícil demostrar que los contenidos de la fe cumplen diversas funciones mentales. En relación con la religión cristiana, Pfister (1944) lo hizo en su libro *Die Angst und das Christentum* ("La angustia y el cristianismo"). Él muestra como una imagen unilateral de Dios, aquella del Dios castigador, trae consigo la formación de ansiedades neuróticas.

Anteriormente, cuando, en *El porvenir de una ilusión*, Freud (1927c) ajustó cuentas con todas las religiones, Pfister respondió invirtiendo el título, "La ilusión del porvenir" y, por su parte, imputó a Freud el haber caído en una cosmovisión, la del científico. Por cierto, el fundador veía en ello un título

honorífico. A él, lo único que le importaba en su obra era la explicación científica, la que invariablemente sólo puede llegar a verdades transitorias. Sin embargo, puesto que después de la desmitologización de la fe surgieron nuevas mitologías e ideologías, ¿tenía el teólogo Pfister la última palabra frente al psicoanalista Freud? De hecho, Freud estimaba la capacidad humana para el reconocimiento sensato de las realidades como tan limitada, que le otorgó un gran espacio a los consuelos religiosos, especialmente a la creencia en una vida después de la muerte. A diferencia de Nietzsche, en cuya obra tardía la frase "Dios ha muerto" constituye una tesis central, Freud se dejó guiar por el anhelo humano de contenidos de fe que otorguen apoyo y consuelo. La relación entre psicoanálisis y religión, la determinó mediante la conocida declaración: "Y si de la aplicación del método psicoanalítico puede extraerse un nuevo argumento en contra del contenido de verdad de la religión, tanto para ella, como para los defensores de la religión se servirá con igual derecho del psicoanálisis para apreciar cabalmente el significado afectivo de las doctrinas religiosas" (Freud 1927c, p.37). En todos los problemas religiosos ha probado ser útil permanecer estrictamente en el oficio propio y, partiendo de allí, investigar todo el entorno del significado afectivo de las representaciones religiosas y la función de la fe en la vida del individuo al interior de su comunidad correspondiente.

En esto, en muchos casos uno se topa con el significado de la proyección en el origen de las imágenes de Dios. Ahora bien, lo que Freud, siguiendo a Feuerbach, puso en el centro de su crítica a la religión, fue justamente el descubrimiento de la proyección de fantasías humanas omnipotentes en el pensar y vivenciar mágico, mítico y religioso. Dado que nos ocuparemos de este problema en el ejemplo casuístico, bajo el título de "La imagen de Dios como proyección", hacemos a continuación algunos comentarios introductorios.

La idea de la proyección, y su fundamentación en el siglo XIX, se remonta a Feuerbach. Su teoría de la religión fue presentada en el ensayo de Schneider (1972), quien, como teólogo y psicoanalista, investigó a fondo la reacción de los teólogos frente a la crítica a la religión de Feuerbach. Feuerbach da una explicación "genético-crítica" de la religión, al decir:

La religión es la primera autoconciencia del ser humano, si bien indirecta. De allí que en todas partes la religión anteceda a la filosofía, tanto en la historia de la humanidad como en la historia de los individuos. El ser humano desplaza su ser primero fuera de sí, antes de encontrarlo en él mismo. El ser propio es para él primero, como otro ser, un objeto. La religión es el ser infantil de la humanidad; pero el niño ve su ser, el ser humano, fuera de sí mismo; en cuanto niño, el ser humano es para sí mismo, como otro ser humano, un objeto. Por eso, el progreso histórico de las religiones consiste en que aquello que para la

religión anterior valía como objetivo, sea ahora reconocido como subjetivo, es decir, lo que fue contem-plado y adorado como Dios, sea ahora reconocido como algo humano. ... De allí que todo progreso en la religión es un autoconocimiento más profundo (citado se-gún Schneider 1972, p.251; cursiva en el original).

Según Schneider, Feuerbach remite las representaciones religiosas a circunstancias antropológicas, las que el ser humano originalmente no podía reconocer como pro-pias, sino sólo en ese otro real o ficticio sobre el que primero se proyectan los atributos. Tal como más tarde lo hará Freud, Feuerbach concibe la religión como "el ser infantil de la humanidad" y explica esto con la idea de que un niño percibe su ser en el de sus padres. Por eso, el filósofo intenta explicar, por ejemplo, "el misterio de la oración" a través de un niño que encuentra "en el padre el sentimien-to de su fortaleza ..., la certeza de la realización de sus deseos", y constata: "La omnipotencia, a la que se vuelve la persona en oración, es ... en verdad nada más que la omnipotencia del corazón, del sentimiento, que derriba todas las limitacio-nes del entendimiento, sobrepasa todos los límites de la naturaleza." En resumen, esto quiere decir: "La religión tiene su origen, su verdadero lugar y significado, en el período infantil de la humanidad ..." (citado según Schneider 1972, p.252).

Feuerbach buscó la verdadera esencia de la religión en una antropología. La parte más voluminosa de su libro *Das Wesen des Christentums* ("La esencia del cristia-nismo"), lleva el título: "La verdadera, esto es, la esencia antropológica de la reli-gión". Consecuentemente, Freud continuó este viraje antropológico de la crítica a la religión en la psicología profunda psicoanalítica, en la medida en que, de manera mucho más consecuente que Feuerbach, remitió los contenidos de las religiones a la fase infantil de la vida. Según Grünbaum (1987b), la crítica psicoanalítica a la religión agregó nuevas dimensiones esenciales, en cuanto que determinados conte-nidos de la fe fueron derivados plausiblemente a partir de tabúes surgidos en la his-toria vital (a modo de ejemplo, Grünbaum aclara esto con el dogma de la Inmacu-lada Concepción de María). Por cierto, en esta reducción Freud se encontró con un mito: la fábula de Edipo. La investigación sobre el origen de las imágenes de Dios y el descubrimiento de la proyección condujo, por una parte, a la crítica de la ver-dad cristiana revelada, y, en un sentido amplio, a la desmitologización, pero, si-multáneamente, también a una remitologización.

El psicoanálisis ha contribuido de múltiples maneras en este proceso de la histo-ria de las ideas. Aquí nos limitamos a unos pocos puntos. Freud delineó una teoría de la formación y función de los mitos, religiones e ideologías, y creó un

método de investigación. En tanto racionalista, concibió un principio de realidad que abarca el mundo de los hechos, cuyo reconocimiento es un mandato de la razón y del entendimiento práctico. Según Freud, la cosmovisión científica conduce al conocimiento de las relaciones entre hechos y, de esta manera, a la verdad, la que posibilita a su vez un dominio realista de la vida. Los hechos se contraponen a las quimeras, la verdad, al engaño. Sin embargo, el mundo de los mitos y de la fe está lleno de ficciones y quimeras. La confrontación entre logos y mito se puede seguir hacia atrás hasta la filosofía griega temprana (véase Dupré 1973).

A partir del principio de realidad, el proceso mitológico será considerado sobre todo bajo el punto de vista de la defensa. En el prototipo de la represión, Jones (1939) destacó tempranamente que la doctrina psicoanalítica sobre los símbolos relacionados con ella, se refiere a una concepción restringida del símbolo. La teoría psicoanalítica no hace justicia a la amplia significación de las formas simbólicas en el pensar y actuar humanos. La literatura psicoanalítica ha recibido en especial la crítica de Langer (1965), continuación de la obra de Cassirer, al concepto psicoanalítico de símbolo, lo que ha tenido efectos productivos sobre la discusión teórica (Philipps 1962; Lorenzer 1970). La inclusión del concepto psicoanalítico en una filosofía de las formas simbólicas (véase Braun y cols. 1988) profundiza la comprensión psicoanalítica de la vivencia religiosa.

Como todas las unilateralidades, también la reducción de los temas religiosos a las raíces infantiles de la vida emocional tiene sus lados fuertes y flacos. Los sentimientos religiosos no tienen por qué disolverse en la nada cuando se liberan de las representaciones infantiles angustiantes de Dios. Con el cambio de imágenes de Dios cargadas de angustia pueden surgir nuevos contenidos de fe. El psicoanalista no tiene competencia para juzgar el sistema de creencias en su verdad. Claro que sí puede tomar posición, partiendo de la visión antropológica de Freud, en el sentido de cuáles contenidos de fe son adecuados para una persona, esto es, cuáles armonizan con su ser y cuáles lo contradicen y actúan en contra de la vida. Hoy, más que nunca, las religiones y cosmovisiones deben admitir ser comparadas entre sí bajo el aspecto de lo que contribuyen para una vida plena del individuo y en la búsqueda de compromisos entre los grupos y los pueblos. Por su enfoque crítico frente a la cultura y la religión, el psicoanalista influye directa o indirectamente en la cosmovisión de su paciente. Por lo tanto, en cuanto en la práctica psicoanalítica se plantean preguntas sobre valores, el sistema psicoanalítico debe aceptar las mismas exploraciones a las que desde el giro antropológico se someten las religiones y los movimientos secularizados de creencia. En esto, no puede dejarse fuera la pregunta de cómo se comportan los

psicoanalistas al interior de su práctica y comunidad profesional y en qué medida éstos sustentan los mismos valores de humanidad que Freud.

En el ejemplo siguiente, el analista tratante no rehuyó remitir la imagen de Dios de un paciente a proyecciones. Aun cuando con ello corrió el riesgo de entrar en el "resbaladizo terreno de la teología", sólo "patinó" temporalmente. El se atuvo a su representación de lego de la teología negativa, entendida en términos de que toda afirmación humana sobre cómo es Dios en realidad no lo alcanzan, y que, por otro lado, sobre él tampoco es posible hacerse "ni imagen ni semejanza" (Ex 20,4). Esta posición brinda una gran apertura frente a cualquier sentimiento religioso. Si un ateo está o no dispuesto a hablar sobre su anhelo reprimido por el padre, o si un miembro de una secta quiere o no investigar las raíces inconscientes de la función que cumple su fe en el más allá, en relación con el fin del mundo que supone inminente, son cuestiones de técnica que aquí no podemos aclarar en detalle. Lo decisivo es que exista la apertura mencionada, que, en principio, permite tratar a miembros de cualquier sistema de creencias. Problemas religiosos aparecen en todo análisis, al menos en las cuestiones de culpa. A menudo, es posible limitarse a la génesis de los sentimientos de culpa, en conexión con la formación del superyó. Sobre todo son los pacientes depresivos los que se sienten culpables, sin que por ello alguna vez hayan sido realmente culpables de algo grave. Confesión y absolución no bastan allí donde los sentimientos inconscientes de culpa han entrado en contacto estrecho con intenciones reprimidas. En este grupo de pacientes fue descubierto el papel que desempeña la interiorización de los padres castigadores y la imagen de Dios recreada según su modelo. Teología y psicoanálisis se encuentran en la transición del sentimiento de culpa a la culpa real (Buber 1958).

Es frecuente encontrar contenidos religiosos en las neurosis obsesivas. Las formas psicopatológicas de los rituales de defensa compulsivos tienen relaciones múltiples con la superstición y el pensamiento mágico. El cuadro clínico está caracterizado por angustias y sentimientos de culpa, así como por el alivio de ambos, sólo temporal, producido por las típicas ideas y acciones obsesivas. Este cuadro clínico desemboca en infinitas repeticiones del mismo curso de pensamientos o acciones, de tal manera que en los casos más graves se hace casi imposible cualquier acción normal. Tanto los contenidos como la forma de la neurosis obsesiva sugieren la comparación de la función que cumplen los ritos en la vida espiritual de los individuos y en el interior del sistema de creencia. Desde un punto de vista psicoanalítico, se trata, entre otras cosas, de investigar la influencia de los dogmas cristianos e historias bíblicas sobre las angustias neuróticas de los enfermos. Los problemas religiosos en la práctica

psicoanalítica surgen principalmente en aquellas personas que fueron dañadas por la religión y sus representantes, tal como lo muestra el siguiente ejemplo tomado del análisis de Arturo Y. Por eso, con el cambio en los síntomas siempre resultan también transformaciones en la imagen de Dios. La cuestión de cuáles sentimientos religiosos permanecen después que las representaciones infantiles y mágicas han perdido su influencia sobre el pensar y el sentir, es una pregunta abierta, en cuya respuesta divergen las opiniones, tanto de los teólogos como de los psicoanalistas (véase Gay 1987; Meissner 1984; Küng 1987; Quervain 1978; Wangh 1987).

10.3.1 La imagen de Dios como proyección

El historial clínico resumido en las secciones 6.4 y 8.2 puso de manifiesto el papel dominante que desempeñaban los contenidos y motivos religiosos en la sintomatología obsesiva de Arturo Y. Pero, también fuera de la sintomatología obsesiva, Arturo Y confrontaba a menudo a su analista con preguntas religiosas sobre la justicia divina y sobre la compatibilidad mutua entre diversas imágenes de Dios. La historia de Abraham e Isaac llegó a ser un ejemplo ominoso e incomprensible de un sacrificio en el que el paciente no podía descubrir amor alguno. El ejemplo siguiente proviene de una fase tardía del análisis, cuando Arturo Y ya había ganado una libertad interior mucho más amplia. Debido a la gran significación del problema tratado, en la sección 10.3.2 se presenta la toma de posición de un teólogo, bajo el título de "El analista en el resbaladizo terreno de la teología". Con este título, se hace alusión a una expresión del paciente, quien en un momento lanzó el reproche de que los curas evitan algunos temas para no meterse en terreno resbaladizo.

Las observaciones del analista sobre su contratransferencia ponen de manifiesto su inseguridad frente al problema de la posible blasfemia. Las reflexiones y comentarios fueron introducidos en el texto, sólo después de que la toma de posición teológica había sido redactada. Por lo tanto, ésta se refiere a la parte de la sesión de análisis no comentada.

Arturo Y acentúa que aún no ha aclarado sus propios sentimientos en relación con sus pretensiones de poder y autoridad. Agrega que por días enteros se siente estupefacto, y que su estado no es en absoluto comparable con antes, pero que quizás esto sea más bien un olvido (de la angustia), pues a veces se dan recaídas de segundos, de minutos o de horas. En el terreno de la angustia han cambiado muchas cosas, ha ganado una base más segura para tomar parte en la

alegría de vivir, puede ser generoso sin ver inmediatamente que se le viene encima la ruina económica. Pero, la angustia todavía subsiste latente.

Dos son los grandes temas que siguen inquietando a Arturo Y: poder y sexualidad. El paciente hace algunos comentarios sobre la fe cristiana, y plantea la pregunta de cómo se pueden conciliar los cristianos con la diaria lucha competitiva de tener que quitar algo a los otros o de llegar a dejarlos incluso sin pan. Cuando planteó a un colega del trabajo este problema, éste lo miró brevemente y con sorpresa respondió: "Las capacidades otorgadas por Dios son para usarlas y no es indigno de un cristiano salir adelante con ellas." Agrega que tuvo que dar la razón al colega, pues el manto de amor cristiano al prójimo no puede cubrirlo todo. La idea de una existencia sin poder no sería realista. El "empujar hacia arriba", continúa, es algo que se puede observar en toda la naturaleza. Las plantas crecen hacia la luz. Quien no mantiene el paso, se atrofia. Sus problemas religiosos lo abruman. Le resulta difícil recibir la comunión en Navidad: "Hace algunos años se me ocurrió que todo estará bien mientras no piense en mis angustias mientras recibo la hostia."

Arturo Y completa el relato sobre la última vez que comulgó: "Una vez, comí la hostia, e irrumpió en mi mente: asesino, baja la cabeza. Estaba pensando en mí. Logré apartar esos pensamientos y no continuarlos hasta el fin. Así estuve durante algunos días, hasta que con gran tranquilidad y armonía pensé de pronto en la escena de la comunión."

El tema religioso permanece en el centro de los pensamientos del paciente.

P.: La fiesta de Navidad es la fiesta de la armonía, pero luego, al día siguiente, es la fiesta de San Esteban, una historia atroz, la lapidación de San Esteban, que fue perseguido hasta afuera de la ciudad. Dios también consintió la muerte en la cruz de su Hijo, para reconciliarse. Mi educación atea hizo surgir en mí el sentimiento de que en el mundo se deambula en el frío y sin misericordia, pero ese mundo no correspondía en absoluto a mi naturaleza. Cuando se fueron los nazis y cuando por oportunismo fui mandado por mi madre a la Iglesia, me sorprendió llegar a conocer un mundo en el cual se es aceptado y en el que también está permitido sentir angustia. El viejo párroco supo muy bien cómo guiarme, pero el internado no fue la continuación de esa buena experiencia. En el internado encontré un espantoso representante de Dios.

En el internado encontró dos representantes, a un seductor homosexual, repugnante y odioso, y a un sádico brutal. Piensa en los versos de Schiller: "Con horror, se deslizó servil, el monstruo avanzó reptando - así me imaginé al hombre repugnante. De esta manera se formó en mí la imagen de un Dios diabólico."

El paciente quisiera agregar todavía otros versos de Der Taucher de Schiller, pero no lo hace para no dar la impresión de que quiere presumir con sus conocimientos.

Le hago notar el hecho de que se caracterizaba autocriticamente como presumido en el momento en que quería decir aún otros versos más. Pero que había interrumpido esa asociación para no aparecer como un presumido. Que si continuara con la historia, llegaría al tema del poder y no precisamente al poder que lo afecta desde afuera, al de los representantes de una imagen de un Dios brutal, sino al de su propio placer en el poder, ese que erige en contra de la superioridad para poder afirmar-se a sí mismo.

El paciente se atreve a acercarse al monstruo que acecha desde abajo, al decir: "Con esos monstruos, la única solución es tener uno mismo el poder, entonces se es tan poderoso como el que detenta el poder, asesino, como Dios Padre, que no impidió que su Hijo muriera en la cruz."

Reflexión: En una breve pausa de silencio, se me vino a la mente inmediatamente el problema de la teodicea, el de la justificación de Dios en contra de la acusación de que, como creador del mundo, también sería responsable de todo lo malo. ¿Quién es el responsable de la maldad en el mundo? ¿Qué sucede con la libertad humana?

Más tarde, consulté algunas proposiciones de solución, teológicas y filosóficas, para el problema de la teodicea. Sin embargo, en un momento, al recordar mi propia educación, me cogió una poderosa contratransferencia. Noté que detrás de la formulación negativa, que Dios no lo había impedido, está la fantasía inconsciente positiva. El dejó que lo mataran = El mismo, en su omnipotencia, lo mató. Tras largo forcejeo con una gran resistencia interior, llego a la conclusión de que no es-toy incurriendo en una blasfemia y, pensando que represento al paciente, creo consumir mis pensamientos, y los suyos, diciendo: "Si esta idea se lleva hasta el final, entonces Dios Padre mató a su Hijo."

El paciente está espantado y a la vez aliviado de que su analista haya expresado claramente este pensamiento.

P.: Ud. debería decir eso alguna vez a un cura. Le daría con una cruz en la cabeza.

A.: Cuando se es atormentado, pueden surgir pensamientos de venganza. Ud. no quiere ser así, no quiere ser un Dios vengativo, un Dios de la venganza, y, sin embargo, también quiere ser así. Como Ud. lo dice, el cura me golpea con una cruz en la cabeza. El sacrificio de la muerte de Cristo debe expiar y borrar la culpa del hombre.

P.: Sí, eso es algo difícil de conciliar.

A.: El Hijo se somete. No se haga mi voluntad sino la tuya.

P.: Naturalmente, en eso uno se pregunta cómo algo así ha fascinado y subyugado a tantos hombres por más de dos mil años. Miedo y fascinación. Sería una catástrofe que la hostia cayera al suelo. Claro, al Señor Dios no se lo puede tocar con los propios dedos. Nunca me hubiera atrevido a decir tan descaradamente que Dios mató a su Hijo. Si llegara a pensar algo así, llegaría también el castigo. Entonces tendría que matar a mis hijos. He necesitado tanto tiempo para poder llevar estos pensamientos hasta el final.

A.: Sí, en caso de que Ud. hubiese puesto en sus labios lo que yo dije, es decir, si Ud. mismo expresa sus acusaciones, si Ud. se enfurece por los sometimientos que tuvo que padecer, si se subleva en contra de quien detenta el poder, entonces será sacrificado como un cerdo (alusión al contenido de un pensamiento masoquista del paciente).

P.: Una vez Ud. me dijo que es evangélico y que fue educado cristianamente. ¿Cómo se las arregla para decir que Dios es un asesino, a pesar de ser cristiano? ¿Cómo armoniza esto?

Después de largo reflexionar, le ofrezco una respuesta esquiva: "¿Qué dice la teología cristiana de esto?" Hago valer una afirmación teológica general: el sacrificio de muerte como símbolo del amor de Dios.

El paciente está muy aliviado por haber puesto al fin en palabras los pensamientos que desde hace tiempo lo atormentaban permanentemente.

P.: ¿Debería estar contento por haber podido formular estos pensamientos?, ¿o debo tener angustia? No estoy satisfecho con lo que Ud. dijo.

A.: Sí, no puede estar satisfecho con eso.

Reflexión: Ahora no se me ocurre sino confirmar que el paciente sienta una insatisfacción justa, pues me evado en una generalidad, ya que en ese momento no es más lo que sé. De todos modos, de este modo se ganó un espacio en el que se pueden hacer intervenciones que ayuden más terapéuticamente. Con mi confirmación, estimulé al paciente para que se motivara a dar un paso desde su insatisfacción a un pensar más intenso. Con ello, mi evasiva no tuvo consecuencias negativas duraderas, como se demuestra en lo que sigue.

El paciente habla de una película sobre don Camilo y Peppone.

P.: Don Camilo conversaba con Dios como si fuera su igual. Llevaba la cruz para todas partes, hablaba con Dios o con Cristo como de hombre a hombre, gritando hacia arriba: "¡Afirmate!", cuando quería golpear con la cruz. Un lado de Dios tiene semejanzas con el profesor sádico. De él surge: agáchate, hazte chico, escóndete en la masa para que no lames la atención. Así sucedía probablemente en los campos de concentración. Se estaba más seguro no llamando la atención. Pero había que reptar como un gusano, plano sobre el suelo o, mejor, debajo de la tierra.

A.: Entonces, don Camilo hablaba con Dios como con su igual y le preguntaba: ¿por qué no impediste que tu Hijo muriera? Probablemente, él no hubiera dicho: por qué mataste a tu hijo. Eso sería un crimen activo. Pero la pregunta de por qué Dios no impidió el sacrificio de muerte también ocupa a los teólogos. Según la Biblia, Dios tiene poder sobre el cielo y la tierra.

P.: Sí, el razonamiento es iluminador, pero hay que atreverse a expresar tales pen-samientos. Me acuerdo de un radioteatro sobre un blasfemo que fue amenazado: ¡Ya te alcanzará un rayo! De hecho, poco después se desató una tormenta. En el ra-diateatro, lo único que hacía el hombre era temblar, hasta que todo pasó sin que le cayera un rayo.

A.: Muchas personas no se atreven a usar su entendimiento y a pensar. El castigo le sigue los pasos a la blasfemia, en la forma de un rayo. Ud. es castigado por me-dio del pensamiento que, como un rayo, le es impuesto desde arriba por el profe-sor-Dios todopoderoso.

Reflexión: Con esta interpretación, yo buscaba humanizar los hechos de la natura-leza y establecer una comunión entre los diferentes rayos, o encontrar semejanzas que tuvieran una raíz común en la polaridad de poder e impotencia. La alusión al profesor-Dios se refiere a un profesor sádico que lanzaba rayos (Blitz) que a su vez encontraban su eco atronador en los relámpagos de pensamientos (Gedankenblitz) obsesivos del paciente.

P.: Sí, don Camilo hace algo impropio. Pide perdón a Dios en el crucifijo y promete solemnemente una gran renuncia, no seguir fumando el cigarro. Dios, arriba en la cruz, le dice entonces: "No sólo apágalo, sino también tíralo lejos, no lo guardes en el bolsillo." - "Sí, mira cómo lo despedazo". Así era, Camilo tenía en-tonces segundas intenciones, de seguir fumando después el cigarro en la pipa, y lo pillaron con esos pensamientos, una historia graciosa.

A.: Sí, ese Dios toleró una gracia, pero el otro, el siniestro, no, ese que Ud. encontró en la persona de Benignus (el maestro sádico).

En la sesión siguiente, el paciente habla sobre la acción liberadora de la última sesión, aunque dice que también está espantado por mis expresiones. Agrega que ha ganado en seguridad, que ahora se hayan dicho cosas que antes se habrían calla-do. Algo ominoso quedó atrás, como que "podrían llegar los jinetes del Apocalip-sis" o, dicho más simplemente, "que podría pasar algo como en el internado, cuan-do ese muchacho fue apaleado de tal manera que después se suicidó. Todo eso me dejó muy marcado".

A.: Es natural que lo ominoso se olvide, por eso le pareció todo tan nuevo en la última sesión, como si no hubiese tenido nunca esos pensamientos.

P.: Claro, pero nunca habían sido dicho tan claramente por Ud. Dios, un asesino, la casa tendría que venirse abajo.

A.: Ud. se siente mejor, no sólo porque no ha pasado ninguna desgracia, sino porque yo fui quien dijo la frase. Si Dios Padre se encolerizara y llegara a matar a alguien, la víctima sería yo, y no Ud. Porque yo fui el malvado, el blasfemo.

P.: Sí, Ud. lo ha dicho, pero yo fui el motivo, y eso me atemoriza. Me he calmado en la medida en que me he dicho: él lo dijo, no yo. Sólo posteriormente pude sentirme también orgulloso. Al principio estaba espantado y aterrorizado. No, más bien me sentía orgulloso de haberme arriesgado tanto, y sin embargo me preocupa haberlo llevado a una blasfemia. Lo conozco hace suficiente tiempo como para saber que a Ud. hay que tomarlo en serio, y que frente a mi pregunta de cómo se las arregla con todo eso, se refugió en una opinión teológica. La suya propia no me la dio. Vuelvo de nuevo a la conversación entre don Camilo y el crucificado. Don Camilo habría preguntado: ¿por qué no lo impediste? Esa es una pregunta mucho más débil. Ud. no puede quedarse simplemente ahí parado y expresar un pensamiento así (blasfemo). En ese momento no sólo yo contengo la respiración, sino que cientos de miles reaccionarían exactamente de la misma forma. Ya le he relatado la historia de la hostia que no puede caer al suelo.

A.: En todo caso, yo soy el responsable de mis expresiones. Para Ud. fue un alivio el que yo haya tomado la responsabilidad sobre mis hombros.

P.: En los últimos días me he observado un poco más a mí mismo. Me ha llamado la atención de que a veces trato de evitar el contacto visual. Si miro a éste o a aquél, entonces él tampoco me hará nada. (Largo silencio.) Una de sus formulaciones me desagradó. Que yo sólo arriesgo algo, si Ud. se atreve antes. Como si Ud. me quitara algo por adelantado, algo que creo ser capaz de hacer por mí mismo, es decir, una porción de coraje. Ahora bien, podría también verse de otra forma (el paciente ríe). Se podría decir que porque él (el analista) va adelante, he reunido el coraje de seguirlo de cerca.

A.: O de seguir su propia huella.

P.: Quisiera volver a la frase y preguntarle directamente: ¿No tiene miedo de decir algo así? ¿No se ha arriesgado demasiado? ¿No se le desbocó el caballo con Ud. encima? ¿O mis recuerdos no son correctos? No me puedo imaginar que yo lo haya provocado hasta que sus emociones se le desboquen, pero sería una explicación para esa frase.

A.: ¿Sería muy espantoso para Ud. ejercer tanto poder como para provocarme a blasfemar?

P.: Sí, pensaba justamente en un colaborador, un procurador, a quien en un negocio le hice una proposición de solución que le gustó mucho. ¿Por qué me cuesta tanto reconocer que también tengo buenas ideas? Ahora, si yo tuviera el poder de

provocarlo a decir lo que dijo, creo que para mí ya no sería tan espantoso como antes.

A.: Sí, Ud. me estimuló a pensar eso. En todo caso, no se me desbocó el caballo. En esto me siento en la buena compañía de teólogos importantes. Un tema fundamental de la teología cristiana es el preguntarse de dónde viene el mal. Si Dios ha creado el mundo, existe el problema de por qué no impide el mal y que, por lo tanto, haya permitido que su Hijo fuese muerto. Yo había dejado de lado este paso intermedio para hacer resaltar que el crimen indirecto, el mediato, también es un crimen.

P.: Tenía el temor subliminal de que no estuviera permitido hablar sobre esas cosas y de que tampoco se puede tener modelos de pensamiento. Entonces, no es sólo un problema mío. Estas contradicciones no me afectan sólo a mí, sino a miles y miles de personas. Si a todos les preocupa esta problemática, ¿por qué entonces no se habla de ella en la Iglesia? ¿O es porque los curas también van a parar a un terreno resbaladizo?

El paciente habla de prédicas que se ocupan de temas fundamentales, temas que ya en tiempos precristianos se expresaban en mitologías, tales como el odio, el amor, la reconciliación y el sacrificio. "Me sorprende que no se pregunte más a menudo por qué se habla del buen Dios (la expresión *der liebe Gott*, "el buen Dios", es una de las maneras cotidianas más frecuentes de aludir a Dios; nota de J.P. Jiménez). Tal vez yo pueda responder esta pregunta a partir de mi propia historia. Me quitaron a palos la mala costumbre de hacer preguntas críticas." Con este pensamiento termina una sesión memorable para ambos participantes, que ayudó a que el paciente integrara partes proyectadas de sí mismo.

10.3.2 ¿El analista en el resbaladizo terreno de la teología?

Para comentar de manera convincente esta impresionante escena, que parece reflejar muy condensadamente un "problema de la humanidad", es adecuado abordar los siguientes problemas:

1) En esta viñeta, ¿qué llegamos a saber sobre el paciente, su enfermedad y sus progresos terapéuticos, incluyendo los datos biográficos?

El paciente trata el tema de los sentimientos de afán de poder y de fuerza. Esto se vincula con el miedo de causar daño a las personas más cercanas. Sus fantasías omnipotentes, que le otorgan efectos mágicos a sus propios pensamientos, se invierten: el paciente es entonces víctima impotente, que está expuesta, por ejemplo, a la ruina económica. Se siente entre dos mundos: uno en el que es aceptado y donde se está permitido sentir miedo, y otro con matices

sadicoanales, que ha incorporado en su interior por identificación. Tiene "horror a la envidia de los dioses", pero ahora es capaz de ver que el aborrecido impulso de poder está en él mismo. Sin embargo, frente al reconocimiento de la propia ambivalencia, se erige la resistencia en el intento de introducir una clara separación entre ambas esferas, la "buena" y la "mala". El analista le lleva la delantera en la comunicación simbólica, en cuanto que éste, vicariamente, pone en palabras, por el paciente, el "pensamiento blasfemo" de un Dios ambivalente. Bajo esta protección, el paciente puede acercarse a su propia ambivalencia, la que por supuesto no se puede "conciliar" lógicamente. La ruptura del tabú por parte del analista, capacitó al paciente para descubrir posibilidades "legítimas" de desplegar poder en la propia vida.

2) ¿Qué papel desempeñan las representaciones religiosas del paciente en el proceso terapéutico, sobre el trasfondo de su socialización religiosa? ¿Le facilitan la terapia, o son usadas al servicio de la resistencia? ¿Qué exégesis auxiliar usa él mismo, y cuál ofrece la teoría psicoanalítica?

Es manifiesto que Arturo Y tiene la posibilidad de expresarse en términos míticos. En esos momentos, mundo interno y mundo externo no están separados, lo ideal y lo material coinciden, y no se distingue entre sujeto y objeto. Se siente como un campo de batalla de poderes numinosos, que imperiosamente deben ser mantenidos disociados. Todo está "en orden", si al recibir la comunión no se ve obligado a pensar en el mal, cuando la ambivalencia es dejada de lado. A pesar de esto, siente que allí no está la solución y busca posibilidades de expresión para su ambivalencia. Sólo por poco rato le resulta decir: "Dios, que para estar reconciliado acepta la muerte en la cruz de su Hijo." En la imagen del "Dios satánico" y del "Dios que mata" se refleja el propio lado oscuro de su deseo de poder y fuerza. Como exégesis auxiliar en el dilema de un Dios simultáneamente omnipotente y sufrido, recurre a la figura de don Camilo, cuyo "chiste" consiste en que se muestra a un Dios que tiene humor y que acepta la ambivalencia de su representante terrenal, así como el paciente puede aceptar temporalmente la función de representación de su analista y así encontrar nuevas posibilidades de uso del propio poder.

La emergencia desproporcionada de estructuras míticas en tantas situaciones analíticas, ofrece la ocasión de meditar en este lugar un problema fundamental de la formación teórica psicoanalítica, a saber, el problema de la comprensión "científica" de sí misma frente a las estructuras de pensar "míticas" de muchísimos pacientes.

Como una ciencia en la que de una manera peculiar se conectan el "explicar" con el "comprender" (Thomä y Kächele 1973; J.Körner 1985, p.51ss), el psicoanálisis ha contribuido, sin que muchos psicoanalistas lo hayan notado, a

una reestructuración considerable del clima intelectual, que ha cristalizado sobre todo en una nueva valoración del problema del mito en la ciencia. La esperanza de que las mitologías se diluyan sin rastros en la psicología profunda y que se las pueda reducir a la proyección de deseos y fantasías inconscientes, ha resultado no ser nada más que una "ilusión", en el sentido de Pfister (1928, p.149-184).

Así, desde el lado de la filosofía se constata que hoy en día "no existe, en absoluto, ninguna razón teórica irrefutable, científica o filosófica, para descartar al mito" (Hübner 1985, p.343). "Si es que la sociedad humana debe existir, los mitos que nos enseñan simplemente lo que representa un valor, son inevitables" (Kola-kowski 1974, p.40). Por el contrario, la vuelta incontrolada de los mitos reprimidos, de cuya fuerza casi eruptiva somos actualmente testigos, es diagnosticada como una debilidad de nuestra cultura (Hübner 1985, p.15s). En múltiples manifestaciones de nuestra cultura lo mítico está disimuladamente presente (Hübner 1985, p.293ss). No obstante, también se habla de la oportunidad de llegar a interiorizarse de los deseos reprimidos a través de una confrontación consciente con el material mítico (Heinrich 1986, p.242). Mucho habla a favor de que a la desmitologización sigue una remitologización (Schlesier 1981; Vogt 1986).

Después de este breve excursus filosófico, nos volvemos nuevamente a la estrategia de intervención del caso que nos ocupa.

3) ¿Qué llegamos a saber del analista en relación con el paciente y sus representaciones religiosas?

Ante todo, el analista se siente ostensiblemente representante de la "realidad". No se amilana en tomar un punto de vista realista. Busca mediar entre los ideales pre-suntuosos y utópicos, y las circunstancias, tal como éstas son, recurriendo a la "naturaleza". Probablemente, él teme un rompimiento de ambos polos en la ambivalencia de su paciente. Se eleva a otro plano en la medida en que mantiene a raya el "encantamiento del pensamiento" del paciente, pero al mismo tiempo le llama la atención sobre sus impulsos críticos en contra, que se manifiestan como ironía y sarcasmo soterrados. Utiliza la representación religiosa del paciente (la cruz como "instrumento de poder"), para acercarlo a sus propias fantasías sádicas reprimidas. Intenta confrontarlo con la escena de la "sumisión", para mostrarle que la "rebelión" está eventualmente amenazada con castigos espantosos. Formula por el paciente la "blasfemia" de un Dios ambivalente, pero frente a sus insistentes preguntas de cómo podría "conciliarse" todo eso, se reduce a una formulación teológica general que por supuesto no deja satisfecho al paciente. En relación con la construcción auxiliar de una teoría "de los dos dioses" (el Dios de don Camilo y el Dios del seductor

sádico), tantea empero nuevamente la ambivalencia del paciente y le muestra su poder oculto, con el que provocó al analista a proferir la blasfemia. Lo alarmante y generador de aislamiento de la ambivalencia personal es "anulada" (aufheben) de dos maneras, por un lado en la identificación con el analista, por el otro en el problema general de la humanidad, que aparece como sin solución lógica y para el cual no hay respuestas unívocas.

Con esto, el analista se encuentra en un dilema. O bien se pone demasiado en el primer plano, a sí mismo y a sus ideas religiosas, ofreciéndose como objeto de identificación, o bien deja muy solo al paciente, haciendo referencia a un "problema de la humanidad" o a un "lugar teológico" general frente al cual el analista de-clara su falta de "idoneidad".

¿Qué ayuda de orientación se podría ofrecer en un dilema de este tipo, hasta ahora tan poco valorado tanto en la formación teórica como en la técnica psicoanalítica? Debe verse como un error la idea de que los símbolos mítico-religiosos contrarios a la vida se desmoronan por sí mismos. ¿Le queda al analista solamente el papel de un espectador ajeno, que debe esperar que algo se desarrolle por sí mismo? Sin duda, eso sería una apreciación fatalmente errónea de la dinámica interna del proceso terapéutico. También el analista debe intentar tomar conciencia de cómo él mismo se sitúa frente al tema religioso, para poder manejar su contratransferencia en beneficio del paciente, aun cuando trate de mantener lo más posible "en suspenso" decisiones precipitadas en el caso de que se dé un conflicto de valores entre él y el paciente. Por eso, pregunto en primer lugar:

4) ¿De qué manera está presente el tema religioso en la escena y en el juego recí-proco de transferencia y contratransferencia?

La estructura de la escena descrita está fuertemente determinada por el carácter del papel de suplencia que asume el analista y que éste interpreta en ese sentido. En tanto yo auxiliar, asume, en representación del paciente, la formulación de pensamientos que el paciente aún no puede poner en palabras. Esta formulación lleva los rasgos del material religioso ofrecido por el paciente. En esto, me parece característico que la transferencia no esté marcada por la imagen del padre (en esta escena no llegamos a saber nada del padre del paciente), sino por la del hijo, quien, a decir verdad, es obediente (¡también él recurre frecuentemente a las autoridades!), pero, al mismo tiempo, rompe el tabú del padre unívoco mediante la "blasfemia" de la ambivalencia, y con ello simboliza rebelión e indignación. También la contratransferencia del analista me parece estar impregnada de ambivalencia. Por una parte se siente representante de la realidad, por otra se abandona tanto a las representaciones religiosas del paciente, que les adjudica un contenido de verdad suprain-dividual, lo cual

permite al paciente sentirse unido tanto con el analista como con toda la humanidad. El hecho de que al "pensamiento relámpago" no siga un "rayo castigador", ayuda al paciente a aflojar los mecanismos defensivos de la desmentida (Verleugnung), del aislamiento y de la anulación retrógrada, pudiendo así experimentar ambivalencia.

Entonces, ya en esta escena terapéutica es claro que las representaciones religiosas pueden ser investidas afectivamente de una manera altamente ambivalente. Ellas reflejan de un modo impresionante el estado del proceso analítico. El que el paciente haga uso de representaciones religiosas en este proceso puede ser una ventaja, sólo si el analista ha alcanzado una cierta conciencia de su propia situación personal frente a este problema. El analista tendría que tener claridad sobre el papel que desempeñan las representaciones mítico-religiosas en la interpretación que una cultura hace de sí misma, en su relación con la tradición histórica espiritual. La esperanza "racionalista" de los primeros psicoanalistas no se cumplió. Sin embargo, si partimos de la comprensión de las transformaciones históricas de los mitos, no se puede por eso caracterizarlos, acriticamente, como arquetipos "ubícuos, supra-temporales, latentemente presentes, en permanente retorno, que vinculan internamente a los hombres de todos los tiempos y lugares" (Drewermann 1984, p.165). Tanto desde el punto de vista de la psicología profunda como de la teología, también otras concepciones de Drewermann son discutibles (Görres y Kasper 1988). En la medida en que Freud introdujo el concepto de "trabajo" en un lugar central, tanto de los actos terapéuticos como para la caracterización del acontecer intrapsíquico, dio la consigna decisiva para la relación entre "naturaleza" e "historia". Por medio del trabajo psíquico, la naturaleza del hombre adquiere su historia, y el psicoanalista participa activamente en este proceso, tanto a nivel individual como colectivo. Quiéralo o no, necesariamente está tomando parte en el "trabajo en los mitos", el que ha sido visto como una tarea tan urgente (Blumenberg 1981, p.291ss). El debería someterse a esta tarea conscientemente y de buen grado, tal como de hecho parece ser en la actualidad. Por eso, una última pregunta que ha desatado el examen de esta viñeta clínica:

5) ¿Por qué entre los psicoanalistas todavía se trata de manera tan renuente la temática religiosa, como si se tratara de un tabú? Y ¿por qué es una tarea tan importante para el psicoanálisis romper ese tabú?

Freud empezó la transformación de la mitología en psicología del inconsciente y, de acuerdo con su convicción, con ello debían disolverse las estructuras religiosas fundamentales "por el carácter inevitable y fatal de todo proceso de crecimiento" (Freud 1927c, p.43).

Además, la ubicuidad de las representaciones religiosas, las que en muchos análisis se muestran en formas más o menos drásticas, requiere que se les reconozca un derecho relativo. Estas representaciones son extraordinarios medios de expresión para realidades psíquicas que, por su parte, sólo difícilmente se dejan reproducir en el lenguaje cotidiano impregnado de realidad práctica. ¡Por cierto que hay que darse el trabajo de diferenciar los contenidos! En el caso presentado, nos encontramos manifiestamente con dos ideas religiosas diferentes: por un lado, el esfuerzo de aislar lo santo de lo profano, de disociar lo bueno de lo malo, de absolutizarlos y de aprovechar su rivalidad mutua. Por el otro lado, la posibilidad, que se abre a través de la idea de la suplencia, de aunar en lo divino ambos aspectos del conflicto de ambivalencia, algo que, si bien conduce a contradicciones lógicas, desde una perspectiva emocional es sentido como alivio y liberación.

Para el progreso terapéutico del paciente parece estar fuera de toda duda que la primera idea más bien lo inhibe, mientras que la segunda parece estimularlo. En esto está implícito un "valor", frente al que debe quedar abierta la pregunta de si éste de hecho es atribuible a la empiria psicoanalítica o si más bien debiera ser visto como herencia de la historia evolutiva de la autoconciencia humana y de su forma de expresión religiosa.

Probablemente, la razón de por qué la psicología psicoanalítica de la religión, que tuvo su mayor florecimiento precisamente en los inicios del psicoanálisis (véase Nase y Scharfenberg 1977), se vio colapsada, deba buscarse en el hecho de que no satisfizo las esperanzas iniciales de un traspaso total hacia el psicoanálisis. En todo caso, éste rompió el tabú de que las representaciones mítico-religiosas debían respetarse como valores inmodificables y supremos, válidos para todos los tiempos y lugares. La revelación de su carácter ambivalente abrió la tarea de su elaboración, del mismo modo como Oskar Pfister, compañero de lucha de toda una vida de Freud, la convirtió en su tarea básica; aquel Oskar Pfister "olvidado", a la par por los teólogos y por los psicoanalistas (véase epistolario entre Freud y Pfister, 1963). La crítica psicoanalítica a la religión ha sido asumida y continuada de múltiples maneras (véase Scharfenberg 1968; Küng 1979, 1987; Meissner 1984), de tal forma que frente a la amarga disputa de los inicios del psicoanálisis debería surgir una situación de diálogo completamente nueva, al interior de la cual la contribución psicoanalítica está aún claramente subrepresentada. La viñeta clínica comentada señala con gran claridad la necesidad urgente de que surja un trabajo conjunto permanente, trabajo que ya ha roto muchos tabúes religiosos.

□ Temas especiales

Interconsulta

Temas especiales

Reflexiones filosóficas sobre el problema de la "buena sesión"

Temas especiales

Temas especiales

Religiosidad

Temas especiales

Temas especiales

Religiosidad - La imagen de Dios como proyección

Temas especiales

Temas especiales

Religiosidad - ¿El analista en el resbaladizo terreno de la teología?

Religiosidad - ¿El analista en el resbaladizo terreno de la teología?

□7□<□.=□•A□DøE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D
øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7fras□□□□
□8□^a□CE□à□i□'□-
□I□s□,,□Û□'□<□,□Í#3ysqoiooooo□□□@□Ä□□□□□□□□□3?!,,#4#8#{#
□#ù#°#"#÷\$]Sa\$X\$|%R%^&G'
'□(?)(),vttttttvtvt□@□□□□),)ë)ù+□,□m,q-□-(.É.è1M2Ñ2à2^343â3ç3-3'5 5
5□5}t}}t}}}}}}□□□@□55,505;5A5|5Ä5Ñ
5à6i6ñ6fl6E7°7¿7i7~8`8d8û8ç:D:P}}}}}}}}}}t□□□@□:P:•<P<d=ð=f>.:?p?
ÅCtDUDYE}EçEøE°FYFiFÖFâGóLd}}}}tr}}}}}}□¿□□□@□LdM

MOΔO

PøP√QäS^T~T∞U!U1WpWtX±ZHIZÉlÊmÀq°qf}}}}}}}}}}wu}}□Ä□□□□□

@□qftr≥r]u-uPuSuXu\ufuEvDv°w

wVwZw∞wÿxx!xSxWxçx¶}}}}t}}}}}}}}□□□@□x¶yÿòz<z@z

zÕz"z÷{R{V|

|□|□|}K}O}~}°}~□□WÉ≤ÑWÑc}}}}}}}}}}}}}}□@□ÑcÑ

~ÖÜÛ;i:iuüi|]iñiΣñ-ñ-û-ûs°@°â¶y¶Ç¶N¶é¶¶,}}}}}}}}}}}}t

□□□@□¶,βδβ'Ø§μ.μ3°Ω±ΩÿΩΩΩjæÔ-t-}»Δ»Á"£"•÷C÷_ÿ□ysyqqqqhq

□□□@□@□□□□ÿ□ÿ(ÿuÿÿà>x>ö%÷%oIÍCÍUÒΔÒ,Û]ÛfÛhÛoÿ6ÿ=ÿ[ÿbÿ

ÿ'ÿ'H'O}}}}}}}}}}}}□¿□@□'O°;°B"i"j□□ü□□±□

ä□

β□

e□

Ä□□a□□i□□ô□□£□□ÿ□□Í□□□□□□□"□□ÿ}wu}}}}oioio□@□□□□Ä

□□□□□@□□□ÿ□□Ä□□W□□t□□œ□□ÿ□□~□□~□□ë□ 0□ J□\$□\$

□%□□%□□-0□-6□5¿□5"□6□6-

□7Σsysysysysqqqqqq□@□□□@□□□7Σ□7Π□?□□?+□L^□P;□Q(r)□Q≥□U

-

□U7□Yú□YÏ□Y□□[9□[=□[c□[g□[ü□[£□]•□](c)ywuuluuuuu□□□@□¿□

□□□□□](c)□^Σ□^"□_≠□a

□ai□aô□aj□a □d

□f;□f?□gÆ□g≤□i□□i□j□□j□□kC□kJ□kó□k¶□k√}}}}t}}}}t}}□□□@□

□k√□mâ□mê□mÿ□p□□pû□pç□q□□q□□r□□r□u.□u:□u,□v□vâ□vê□wV

□wh□xm□xA□xü□xÆ□xA□xÎ}}}}}}}}}}}}}}□@□□xÎ□y □y

□z[□z_□z≥□zΣ□{£□{§□{,□|□}Ï□}□□□ñ□Ä†□Ä§□ÄΠ□Ä«□ÇS□Çë□ú

□□ú'□(r);}}}}w}}}}u}□¿□□□□□@□□(r);□(r)I□Ω>□Ω?□ΩS□ΩT□Ωd

□Ωe□Ωf□Ωg□Ωh□Ωi□Ωj□Ω~□Ω□□Ω¿□Ω¿□Ω¿□Ω√□Ωf□Ωÿ□Ωÿ}wq

qwqqwqqwqwq□□□□□X□□□@□□Ωÿ□Ω/□ΩÓ□ΩÔ□Ω¿□Ωÿ□æ□æ□□

æ□□æ□□æ□□æ□□æ,□æ-

□æ`□æa□æb□æc□æd□æx□æy□æz□æéysysysysysysysysysys□□□□□X□□□□

æé□æè□æð□æÿ□æÿ□æÿ□æ"□ø#□ø\$□ø&□ø'□ø|ysysysym□@□□□X□□□□

□□

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□-□□

□8□9□ð□π□]□^□E□œ{wwwwwwwwwssokssds□□□

□x□□

□□□

□□□

□□

□□□□□œ□^

□

f□:□'□-□"□^□□□...3!-!fl{wsowea]YYUQMY□□Û□□□

□□

□□□

□□

□□□

□□□□¥□¥□□□

□□

□□□

□□□

!fl#4#{#ù#"\$]\$x%R&C'

(;)()ë+

,m.É0÷{wwwswokogosc{_[□□ÛÛ□□

□□Ñ`□□ÉÑ□□Ç(r)□□□

□□□

□□□

□□□

□0÷1I2Ñ3â3-5 5□5,5|5Ñ

6í6fl7°718`8û:D:°<P{wwwsssswsosksgcg□□ÅÃ□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□<P=ð>.p?Å?ÇCdDUE}EùFYFÖGóJ{L`M

OΔ{wsookgcogoc_[gW□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□ÉÑ□□□

□□□

□OΔQäSNT~U!WpX±ZEZfZGZHIZyZéZè["{wsokgc____[_T_g□□□

□□□□□□□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□["_π`Ëc,fj†l,mÀq□r̄t(u)uPuXufv@{wsokgc_[wwWWSO□□ÅÃ□□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□

□□

□□

□ □

□□□

□□

□v@wVw∞xxSxçyÏz<z z" {R|

|□}K}~}~□WÉÆÑ~ÖÚ{wwss{swwos{oskgkc□□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□ÖÚÖÛÖÜÛ;Ü<à□âui8i9i:iuivî%ñ:ö†û-ûsût{{{wso{{{kgsc_{□□□

□□

□□

□□□
□□□
□□

□□□
□□□

□ ûtũñ°>°?°@°â°ä£Ñ§Ü¶€Æ□Ø§Ø•Ø^±□μ {wssssokg`YssUQ□□

□□□
□□□□□<□□í¿□¥□□
□□□
□□

□□□
□□□
□□□

□ μ ∑Sπê°[]°Ω±ΩΩæÔ√í√%of'Δ_»ΔÃ<"
{wsokgc_o[WSOK□□□

□□âà□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□□
□□
□□

□□□

"

'□'ĩ÷C÷_÷`ÿ
ÿdÿŸ,,>v>w>x>ö>ðfifi≤fl□‡2{wsookgwcoooo_so[□□□
□□□
□□

□□□
□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□‡2·,∂%÷Ë5ÍĬĭ□Ĭ,,ÔrÒfÒ≈ÒΔÒ,Ò,,ÚéÚ^ {w{sokgcw____[W□□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□

□□

□□

□□□

□Ú^,°(“j□□,□□ù□□û□□ü□□±□□≤□V□□é□□[□□j□□ÿ{wsokggggc_[

W□□□

□□

□□

□□□

□□□

□□

□□

□□□□

□□

□□ÿ□□ë□□í□√□\$s□'È□+U□1|□5Ä□7[]□8} □?□?□□?□□?+□?,uqmieea]

YUQqqqq□□□

□□□

□□□□

□□□

□□

□□□
□□

□□□
□

□å□d□□?,□CU□D□□□G □KN□LB□LÚ□P;□Qs□R□□T□□U-
□Vu□Y*□Yò□YÏ{wsowkge_[cWS_O□□□
□□
□□Ñ`□□

□□□
□□□
□□

□□□
□□

□□
□□□
□□

□□YÏ□[9□[c□[ü□]•□^□_≠□` } □a□ā□aꞤ□cÃ□d□□f;□gÆ□i□□j□ {wws{
okgcw_[s{{W□□□
□□□
□□Ü□□□□□
□□□
□□□
□□□
□□
□□

□□□
□□□
□□j□□kø□mâ□n□□p
□pû□q□□r□□u,□vå□xÁ□y □z[□z≥□ {§□ {, {wsoskgs_[sWs□□□□□
□□□
□□
□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□Ö<□□{,□}İ□□ñ□Åø□ÇQ□ÇR□ÇS□Çë□Çí□ÉG□É-□àT□àÂ□ä
□éÕ{wsokkak]YUoQM□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□

□d□d□□□

□□□

□□

□□□

□□

□éÕ□ê□□íë□ñN□ñ...□ó/□ù;□ü%□çè□£□□(r)°□≠l□∞v□±I□≤W□∂!{wso
kg{ck_[WSOs□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□

□□

□□□

□□∂!□∑ÿ□Ω>□ΩS□ΩT□Ωf□Ωg□Ωh□Ωi□Ω~□Ω□□Ω-□Ω√□Ωÿ□Ωÿ

□ΩÓ□ΩÔ□æ□æ□□æ□□æ□{wsoioiosoioso□Û□□□□Û□□□

□□□

æ, æ-
æb æc æx æy æé æè æÿ æ/ ø\$ ø% ø& ø' {wqw {w {wqwqwwm
Ù

6 Normal 1 Normal 2 Normal 3 Normal
4% (tm) (tm)

Û`fi YI,j 6[] z\$ æ' ø' ø8 øI øZ øk
^p\$R2*>pL

YIglu@Å·èUù-
(c)Ô[]êΔÔ'C·RÔd,j 3'fi 6[] DY R∞_} m z\$ áT i... \$U
≤ æ'&

! " # \$ %) + A Ö ð ± √ ÿ Ô % ; Q ú Á Ë 3), 5: PLdq
fx Ñ

c, ÿ · O ÿ 7 Σ [] (c) k √ x Î (r); Ω ÿ æ é ø | Ä Å Ç É Ñ
Ö Ü á à â ã ä å ç é è ê ë í î ï ñ ó ò ô õ ö ù
‡ 2 Ú ^ ÿ ?, Y I j { , é Õ ð ! æ ø ' ì î ï ñ ó ò ô õ ö ù
û ü † ° ç £ § • ¶ β (r)

Bibliografía

Los trabajos de Freud están citados por año y letra, de acuerdo con la bibliografía completa de Freud que se encuentra en el volumen XXIV de las Obras completas de Amorrortu Editores (AE), publicadas en Buenos Aires. Las fechas entre paréntesis cuadrados se refieren al año en que un trabajo fue originalmente publicado, cuando ésta difiere de la fecha de la edición citada.

- Abraham, K. (1921), Beitrag zur Tic-Diskussion, "Int. Z. Psychoanal." 7:393-396, cit. por Abraham, K. (1969), Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung, Fischer, Francfort del Main, pp. 64-68.
- Abraham, K. (1924), Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen, Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig-Viena-Zu-rich.
- Adler, A. (1927), Studie über Minderwertigkeit von Organen, Bergmann, Munich.
- Ahrens, S. (1986a), Alexithymia and affective verbal behavior of psychosomatic patients and controls, en Gottschalk, L.A., Lolas, F., Viney, L.L. (dirs.), Content analysis of verbal behavior, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo, pp. 207-214.
- Ahrens, S. (1986b), Experimentelle Untersuchungen affektiver Reaktionen bei psy-chosomatischen Patienten, "Psychother. Med. Psychol." 36:47-50.
- Ahrens, S. (1987), Alexithymie und kein Ende? Versuch eines Resümees, "Z. Psychosom. Med." 33:201-220.
- Ahrens, S. (1988), Die instrumentelle Forschung am instrumentellen Objekt. Kritik der Alexithymie-Forschung, "Psyche" 42:225-241.
- Ahrens, S., Deffner, G. (1985), Alexithymie – Ergebnisse und Methodik eines Forschungsbereiches der Psychosomatik, "Psychother. Med. Psychol." 35:147-159.

- Aichhorn, A. (1925), *Verwahrloste Jugend*, Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig-Viena-Zurich.
- Albert, H. (1971), *Theorie und Praxis. Max Weber und das Problem der Wertfreiheit und der Rationalität*, en Albert, H., Topitsch, E. (dirs.), *Werturteilsstreit*, Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt, pp. 200-236.
- Alexander, F. (1934), *Psychological factors in gastro-intestinal disturbances*, "Psa. Quarterly" 3:501-539.
- Alexander, F. (1950), *Psychosomatic medicine. Its principles and application*, Allen & Unwin, Londres.
- Alexander, F., French, T., Pollock, G. (1968), *Psychosomatic specificity*, Univ. Chi-cago Press, Chicago.
- Amsterdam, B.K., Greenberg, L.G. (1977), *Self-conscious behavior of infants*, "De-velopm. Psychobiol." 10:1-6.
- Amsterdam, B.K., Levitt, M. (1980), *Consciousness of self and painful self-consciousness*, "Psychoanal. Study Child" 35:67-83.
- Anchin, J.C., Kiesler, D.J. (dirs.), (1982), *Handbook of interpersonal psychothera-py*, Pergamon Press, Nueva York.
- Anderson, C.M. (1986), *The all-too-short trip from positive to negative connotation*, "J. Marital Family Therapy" 12:351-354.
- Angst, W. (1980), *Agression bei Affen und Menschen*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York.
- Anzieu, A. (1977), *Rezension von D.W. Winnicott: Fragment d'une analyse*, Payot, París 1975. Publicado por : Bulletin 11 European Psychoanalytic Federation pp. 25-29.
- Anzieu, A. (1986), *Une Peau pour les Pensées: Entretiens avec Gilbert Tarrab*, Clan-cier-Guenaud, París.
- Argelander, H. (1978), *Das psychoanalytische Erstinterview und seine Methode. Ein Nachtrag zu Freuds Fall "Katharina"*, "Psyche" 32:1089-1104.
- Arlow, J.A. (1979), *The genesis of interpretation*, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 27:193-206.
- Arlow, J.A. (1982), *Psychoanalytic education: A psychoanalytic perspective*, "An-nu. Psychoanal." 10:5-20.
- Arlow, J.A., Brenner, C. (1988), *The future of psychoanalysis*, "Psychoanal. Q." 57:1-14.
- Bachrach, H.M., Weber, J.J., Murray, S. (1985), *Factors associated with the outco-me of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV)*, "Int. Rev. Psychoanal." 12:379-389.

- Bahnon, C.B. (1986), Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension, en Uexküll, T. von (dir.), Psychosomatische Medizin, 3. Aufl. Urban & Schwarzen-berg, Munich-Viena-Baltimore, pp. 889-909.
- Balint, M. (1935), Zur Kritik der Lehre von der prägenitalen Libido-Organisation, "Int. Z. Psychoanal." 21:525-543; versión inglesa: Critical notes on the theory of pregenital organisation of the libido, en Balint, M. (dir.), Primary love and psychoanalytic technique, Hogarth, Londres 1952, pp. 49-72.
- Balint, M. (1948b), On Genital Love, publicado por: "Int. J. Psychoanal." 29:34-40.
- Balint, M. (1965), Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Klett, Stuttgart.
- Baranger, M., Baranger, W., Mom, J. (1983), Process and non-process in analytic work, "Int. J. Psychoanal." 64:1-15.
- Bartels, M. (1976), Selbstbewußtsein und Unbewußtes. Studien zu Freud und Heidegger, De Gruyter, Berlín-Nueva York.
- Beckmann, D. (1974), Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung, Huber, Berna-Stuttgart-Viena.
- Beckmann, D., Richter, H.E. (1972), Gießen-Test. Ein Test für Individual- und Grup-pendiagnostik . Huber, Berna
- Beigler, J.S. (1975), A commentary on Freud's treatment of the rat man, "Annu. Psychoanal." 3:271-285.
- Benedetti, G. (1980), Beitrag zum Problem der Alexithymie, "Nervenarzt" 51:534-541.
- Benkert, O., Hippus, H. (1980), Psychiatrische Pharmakotherapie, 3ª edición, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York.
- Bergmann, P. (1966), An experiment in filmed psychotherapy, en Gottschalk, L.A., Auerbach, H.A. (dirs.), Methods of research in psychotherapy, Appleton-Century-Crofts, Nueva York, pp 35-49.
- Bernfeld, S. (1932), Der Begriff der "Deutung" in der Psychoanalyse, "Z. angew. Psychol." 42:448-497.
- Bernfeld, S. (1941), The facts of observation in psychoanalysis, "J. Psychol." 12:289-305.
- Bernstein, B., Henderson, D. (1975), Schichtspezifische Unterschiede in der Bedeu-tung der Sprache für die Sozialisation, en Bernstein, B. (dir.), Sprachliche Kodes und soziale Kontrolle, Schwann, Düsseldorf, p. 22-45.
- Bertin, C. (1982), Marie Bonaparte. A life, Harcourt Brace Jovanovich, San Diego-Nueva York.
- Bettelheim, B. (1982), Freud and man's soul, Knopf, Nueva York.

- Bilger, A. (1986), Agieren: Probleme und Chance, "Forum Psychoanal." 2:294-308.
- Bion, W.R. (1959), Attacks on linking, en *Second thoughts*, William Heinemann, Londres [1967], pp. 93-109.
- Black, M. (1962), *Models and metaphors*, publicado por: Cornell Univ. Press, Ithaca N.Y.
- Blarer, A. von, Brogle, I. (1983), Der Weg ist das Ziel. Zur Theorie und Metatheorie der psychoanalytischen Technik, en Hoffmann, S.O. (Hrsg), *Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse*, Fischer, Frankfurt del Main, pp. 71-85.
- Blos, P. (1962), *On adolescence. A psychoanalytic interpretation*, Free Press, Nueva York.
- Blos, P. (1970), *The young adolescent. Clinical studies*, Free Press, Nueva York.
- Blos, P. (1983), The contribution of psychoanalysis to the psychotherapy of adolescents, "Adolescent Psychiatry" 11:104-124.
- Blumenberg, A. (1981), *Arbeit am Mythos*, Suhrkamp, Frankfurt del Main.
- Blumenberg, H. (1960), Paradigmen zu einer Metaphorologie, "Arch. Begriffsgesch." 6:7-142.
- Blumer, H. (1973), Der methodische Standpunkt des symbolischen Interaktionismus, en *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (dirs.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, tomo 1, Rowohlt, Reinbek, pp. 80-146.
- Bohleber, W. (1982), Spätadoleszente Entwicklungsprozesse. Ihre Bedeutung für Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung von Studenten, en Krejci, E., Bohleber, W. (dirs.), *Spätadoleszente Konflikte. Indikation und Anwendung psychoanalytischer Verfahren bei Studenten*, Verlag f. Med. Psychol., Göttingen, pp. 11-52.
- Boor, C. de (1965), *Zur Psychosomatik der Allergie, besonders der Asthma bronchiale*, Huber/Klett, Berna-Stuttgart.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1975), Eine Theorie der Beziehungen; Erfahrung und Transaktion, en Boszormenyi-Nagy, I., Framo, L. (dirs.), *Familientherapie. Theorie und Praxis*, tomo 1, Rowohlt, Reinbek, pp. 51-109.
- Bowlby, J. (1973), *Separation. Anxiety and anger*, The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, Londres.
- Bowlby, J. (1979), Psychoanalysis as Art and Science, "Int. Rev. Psycho-Anal." 6:1-14.
- Bracher, K.D. (1982), *Zeit der Ideologien*, publicado por: Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart.

- Brähler, E. (1986), Körpererleben – ein vernachlässigter Aspekt der Medizin, en Brähler, E. (dir.), Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele, Springer, Berlin-Heidelberg-Nueva York-Tokyo, pp. 3-18.
- Bräutigam, W. (1954), Grundlagen und Erscheinungswesen des Torticollis spasticus, "Nervenarzt" 25:451-462.
- Bräutigam, W. (1956), Extrapyramidale Symptome und umweltabhängige Verhaltens-störung, "Nervenarzt" 27:97-98.
- Bräutigam, W. (1984), Werte und Ziele in psychoanalytischen Therapien 1984, "Z. Psychosom. Med. Psychoanal." 30:62-71.
- Bräutigam, W., Christian, P. (1986), Psychosomatische Medizin, 4ª edición, Thieme, Stuttgart.
- Bräutigam, W., Rad, M. von, Engel, K. (1980), Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen, "Z. Psychosom. Med. Psychoanal." 26:101-118.
- Brandt, L.W. (1961), Some notes on English Freudian terminology, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 9:331-339.
- Brandt, L.W. (1972), Mindless psychoanalysis, "Contemp. Psychol." 17:189-191.
- Brandt, L.W. (1977), Psychoanalyse versus psychoanalysis: traduttore, traditore. Bedeutungsunterschiede zwischen psychoanalytischen Grundbegriffen im Englischen und Deutschen, "Psyche" 31:1045-1051.
- Braun, H.J, Holzhey, H., Orth, E.W. (1988), Über Ernst Cassirers Philosophie der symbolischen Formen, Suhrkamp, Frankfurt del Main.
- Bromley, D.B. (1986), The case-study method in psychology and related disciplines, Wiley, Nueva York.
- Brull, H.F. (1975), A reconsideration of some translations of Sigmund Freud, "Psychotherapy: Theory, Research and Practice" 12:273-279.
- Bruner, J. (1986), Actual minds, possible worlds, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., Londres.
- Bruzzone, M., Casaula, E., Jiménez, J.P., Jordán, J.F. (1986 [1985]), Regresión y persecución en la formación analítica. A propósito de una experiencia, Libro Anual de psicoanálisis, 1985, pp.173-176.
- Buber, M. (1958), Schuld und Schuldgefühle, Verlag Lambert Schneider, Heidelberg.
- Bucci, W. (1985), Dual coding: a cognitive model for psychoanalytic research, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 33:571-607.
- Bühler, K. (1934), Sprachtheorie, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Bürgin, D. (1980), Das Problem der Autonomie in der Spätadoleszenz, "Psyche" 34:449-463.

- Cannon, W.B. (1920), Bodily changes in pain, hunger, fear and rage, Appleton, Nueva York.
- Cardinal, M. (1975), Les mots pour le dire, París, Grasset et Frasnelle; versión castellana: (1980) Las palabras para decirlo, Argos Vergara, Barcelona.
- Carveth, D.L. (1984), The analyst's metaphors. A deconstructionist perspective, "Psychoanal. Contemp. Thought" 7:491-560.
- Charlier, T. (1987), Über pathologische Trauer, "Psyche" 41:865-882.
- Chasseguet-Smirgel, (dir.), (1974), Psychoanalyse der weiblichen Sexualität, Suhr-kamp, Francfort del Main.
- Cheshire, N., Thomä, H. (dirs.), (1987), Self, symptoms and psychotherapy, John Wiley, Chichester-Nueva York
- Chiozza, L. (1987) Viktor von Weizsäcker's Einfluß in Argentinien. En: Hahn P., Jacob W. (dirs.) Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag. Springer, Berlín-Hei-delberg-Nueva York-Tokyo, pp.221-231.
- Christian, P. (1986), Moderne Handlungstheorie und der "Gestaltkreis". Ein Beitrag zum Werk von Viktor von Weizsäcker mit klinischen Beispielen zum Verständnis psychomotorischer Störungen, publicado por: "Praxis Psychother. Psychosom." 31:78-86.
- Christoffel, H. (1944), Trieb und Kultur. Zur Soziologie, Physiologie und Psycho-hygiene der Harntriebhaftigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Enuresis, Schwabe, Basilea.
- Cooper, A.M. (1985), Die Beendigung der Lehranalyse: Prozeß – Erwartungen – Was erreicht wurde. Zweite Lehranalytikerkonferenz der IPV, Hamburgo, en Schriften-reihe der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, tomo 5.
- Covner, B.J. (1942), Studies in phonographic recordings of verbal material: I. The use of phonographic recordings in counseling practice and research, "J. Consult Psychol." 6:105-113.
- Cremerius, J. (1966), Schweigen als Problem der psychoanalytischen Technik, en Cremerius, J. (dir.) (1984) Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, tomo 1, Frommann-Holzboog, Stuttgart, pp. 17-54.
- Cremerius, J. (1975), Der Patient spricht zuviel, en Cremerius, J. (dir.), (1984) Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, tomo 1, Frommann-Holzboog, Stuttgart, pp. 55-76.
- Cremerius, J. (1977), Ist die "psychosomatische Struktur" der französischen Schule krankheitsspezifisch? "Psyche" 31:293-317.
- Cremerius, J. (1981a), Die Präsenz des Dritten in der Psychoanalyse. Zur Problema-tik der Fremdfinanzierung, "Psyche" 35:1-41.

- Cremerius, J. (1981b), Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten, en Ehebald, U., Eickhoff, F.W. (dirs.), *Humanität und Technik in der Psychoanalyse*. Jahrb. Psychoanal., Beiheft 6, Huber, Berna-Stuttgart-Viena, pp. 123-158.
- Cremerius, J., Hoffmann, S.O., Trimborn, W. (1979), *Psychoanalyse, Über-Ich und soziale Schicht. Die psychoanalytische Behandlung der Reichen, der Mächtigen und der sozial Schwachen*, Kindler, Munich.
- Dahl, H., Kächele, H., Thomä, H. (dirs.) (1988), *Psychoanalytic process research strategies*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York.
- Danckwardt, J. (1978), *Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Eine klinische Studie über die Wirkung von Parametern bei einer periodisch psychotischen Patientin*, "Psyche" 32:111-154.
- Deutsch, F. (1949), *Thus speaks the body. An analysis of postural behavior*, Trans. N.Y. Acad. Sci. Series II, vol XII, n.º 2, pp 58-62.
- Deutsch, F. (1952), *Analytic posturology*, "Psychoanal. Q." 21:196-214.
- Deutsch, F. (1959), *On the mysterious leap from the mind to the body*, Int. Univ. Press, Nueva York.
- Deutsch, H. (1926), *Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse*, "Imago" 12:418-433.
- Deutsch, H. (1930), *Psychoanalyse der Neurosen*, Int. Psychoanal. Verlag, Viena.
- Dewald, P.A. (1972), *The psychoanalytic process. A case illustration*, Basic Books, Nueva York-Londres.
- Dewald, P. (1982), *Serious illness in the analyst: transference, countertransference, and reality responses*, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 30:347-363.
- Doolittle, H. (1956), *Tribute to Freud*, Pantheon Books, Nueva York.
- Drewermann, E. (1984), *Tiefenpsychologie und Exegese*, publicado por: Walter, Ol-ten.
- Dührssen, A. (1962), *Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie*, "Z. Psychosom. Med." 8:94-113.
- Düsing, E. (1986), *Intersubjektivität und Selbstbewußtsein. Behavioristische, phänomenologische und idealistische Begründungstheorien bei Mead, Schütz, Fichte und Hegel*, Verlag für Philosophie Jürgen Dinter, Colonia.
- Dupré, W. (1973), *Mythos*, en Krings, H., Baumgartner, H.M., Wild, C. (dirs.) *Handbuch philosophischer Grundbegriffe*, Kösel, Munich, pp. 948-956.
- Eagle, M. (1973a), *Validation of motivational formulations: acknowledgement as a criterion*, "Psychoanal. Contemp. Sci." 2:265-275.

- Eagle, M. (1973b), Sherwood on the logic of explanation in psychoanalysis. "Psychoanal. Contemp. Thought" 2:331-337
- Eagle, M. (1984), Psychoanalysis and "narrative truth": A reply to Spence, "Psychoanal. Contemp. Thought" 7:629-640.
- Eagle, M. (1984), Recent developments in Psychoanalysis. A critical evaluation, Mc Graw-Hill Book Company, Nueva York.
- Eckstaedt, A. (1986), A Two complementary cases of identification involving "Third Reich" fathers, "Int. J. Psychoanal." 67:317-328.
- Edelson, M. (1972), Language and dreams: The interpretation of dreams revisited, "Psychoanal. Study Child" 27:203-282.
- Edelson, M. (1975), Language and interpretation in psychoanalysis, Yale Univ. Press, New Haven.
- Edelson, M. (1985), The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis, "Psychoanal. Contemp. Thought" 8:567-614.
- Edelson, M. (1986), The convergence of psychoanalysis and neuroscience: Illusion and reality, "Contemp. Psychoanal." 22:479-519.
- Ehlich, K. (1979), Verwendungen der Deixis beim sprachlichen Handeln, Lang Verlag, Frankfurt del Main.
- Eickhoff, F.W. (1986), Identification and its vicissitudes in the context of the Nazi phenomenon, "Int. J. Psychoanal." 67:33-44.
- Eimer, M. (1987), Konzepte von Kausalität, Huber, Berna-Stuttgart.
- Eissler, K. (1953), The effect of structure of the ego on psychoanalytic technique, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 1:104-143.
- Eissler, K. (1969), The psychiatrist and the dying patient, Int. Univ. Press, Nueva York.
- Ekstein, R. (1981), Supervision hour 5: On the supervision of the supervisor, en Wallerstein, R.S. (dir.), Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic supervision, Int. Univ. Press, Nueva York, pp. 211-225.
- Ekstein, R., Wallerstein, R.S. (1972), The teaching and learning of psychotherapy, Int. Univ. Press, Nueva York.
- Engel, G.L. (1975), The death of a twin, publicado por: "Int. J. Psychoanal." 56:23-40.
- Engel, G.L., Schmale, A.H. jr (1967) Psychoanalytic theory of somatic disorder, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 15:344-365.
- Erikson, E.H. (1950), Childhood and society, Norton, Nueva York.
- Erikson, E.H. (1954), The dream specimen of psychoanalysis, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 2:5-56.
- Erikson, E.H. (1962), Reality and actuality, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 11:451-474.

- Erikson, E.H. (1968), *Identity. Youth and crisis*, Norton, Nueva York.
- Etchegoyen, R.H. (1986), *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Fahrenberg, J. (1979), Das Komplementaritätsprinzip in der psychophysiologischen Forschung und psychosomatischen Medizin, "Z. Klin. Psychol. Psychother." 27:151-167.
- Fahrenberg, J. (1981), Zum Verständnis des Komplementaritätsprinzips, "Z. Klin. Psychol. Psychother." 29:205-208.
- Fain, M. (1966), Regression et psychosomatique, "Rev. franc. Psychoanal." 30:452-456.
- Fara, G., Cundo, P. (1983), *Psychoanalyse, ein bürgerlicher Roman*, Stroemfeld, Roter Stern, Francfort del Main.
- Farrell, B.A. (1961), Can psychoanalysis be refuted? "Psychoanal. Inquiry" 4:16-36.
- Fasshauer, K. (1983), Klinische und elektromyographische Verlaufsuntersuchungen beim Torticollis spasmodicus, "Nervenarzt" 54:535-539.
- Fenichel, O. (1930), Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930, en Radó, S., Fenichel, O., Müller-Braunschweig, C. (dirs.), *Zehn Jahre Ber-liner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt*, Int. Psychoanal. Verlag, Viena, pp. 13-19.
- Fenichel, O. (1931), Über respiratorische Introjektion, "Int. Z. Psychoanal." 17:234-255, cit. en Fenichel, O. (1979), *Aufsätze Band 1*, Walter-Verlag, Olten Friburgo de Brisgovia, pp. 192-214.
- Fenichel, O. (1935), Zur Theorie der psychoanalytischen Technik, "Int. Z. Psycho-anal." 21:78-95. Versión inglesa: (1953) *The collected papers of Otto Fenichel, First Series*, publicado por la editorial: Neston 8 Company, en la ciudad de Nueva York.
- Fenichel, O. (1941), *Problems of psychoanalytic technique*, Psychoanal. Quart. Inc., Albany Nueva York.
- Fenichel, O. (1945), *Psychoanalytic theory of neurosis*, publicado por: Norton, Nueva York.
- Ferenczi, S. (1913), Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes, en Ferenczi, S. (dir.), *Bausteine zur Psychoanalyse*, tomo 1, Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig-Vie-na-Zurich, pp. 62-83. Versión inglesa (1952) *First contributions to Psycho-Ana-lysis*, Hogarth Press Ltd, Londres.
- Ferenczi, S. (1919), Zur psychoanalytischen Technik, en Ferenczi, S. (dir.), *Bausteine zur Psychoanalyse*, tomo 2, Int.Psychoanal.Verlag, Leipzig-Viena-Zurich, pp. 38-54.

- Ferenczi, S. (1921), Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic, en Ferenczi, S. (dir.), Bausteine zur Psychoanalyse, tomo 1, Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig-Vie-na-Zurich, pp. 193-234.
- Ferenczi, S. (1926), Kontraindikationen der aktiven psychoanalytischen Technik, en Ferenczi, S. (dir.), Bausteine zur Psychoanalyse, tomo 2, Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig-Viena-Zurich, pp. 99-115.
- Ferenczi, S. (1988), Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932, Fischer, Francfort del Main.
- Ferenczi, S., Rank, O. (1924), Entwicklungsziele der Psychoanalyse, Int. Psycho-anal. Verlag, Viena.
- Fink, K. (1989), From symmetry to asymmetry, "Int. J. Psycho-Anal." 70:481-489.
- Fisher, S., Cleveland, S.E. (1968), Body image and personality, Dover Press, Nueva York.
- Flader, D. (1979), Techniken der Verstehenssteuerung im psychoanalytischen Diskurs, en Flader, D., Wodak-Leodolter, R. (dirs.), Therapeutische Kommunikation, Scriptor, Königstein, pp. 24-43.
- Flader, D. (1982), Die psychoanalytische Therapie als Gegenstand sprachwissenschaftlicher Forschung, en Flader, D., Grodzicki, W.D., Schröter, K. (dirs.), Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision, Suhrkamp, Francfort del Main, pp. 16-41.
- Flader, D., Grodzicki, W.D., Schröter, K. (dirs.), (1982), Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Flescher, J. (1955) A dualistic viewpoint on anxiety, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 3:415-446.
- Fonagy, I. (1983), La vive voix, Payot, París.
- Forrester, J. (1980), Language and the origins of psychoanalysis, Macmillan, Lond-res.
- French, T.M. (1952), The integration of behaviour, vol. I: Basic postulates, Univ. Chicago Press, Chicago.
- Freud, A. (1936), Das Ich und die Abwehrmechanismen, Int. Psychoanal. Verlag, Viena; versión inglesa: The ego and the mechanisms of defense, Hogarth, Londres 1937.
- Freud, A. (1954), The widening scope of indications for psychoanalysis. Discussion, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 2:607-620.
- Freud, A. (1976), Contribution to plenary session on "Changes in psychoanalytic practice and experience: theoretical, technical and social implications",

- Informe de: Shengold, L. and McLaughlin, J.T. "Int. J. Psychoanal." 57:261-274.
- Freud, S. (1895b), Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia", AE vol. 3, pp. 85-115.
- Freud, S. (1895d), Estudios sobre la histeria, AE vol. 2, pp. 1-309.
- Freud, S. (1895f), A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia", AE vol. 3, pp. 123-138.
- Freud, S. (1896b), Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa, AE vol. 3, pp. 163-184.
- Freud, S. (1900a), La interpretación de los sueños, AE vol. 4-5, pp. 1-608.
- Freud, S. (1901b), Psicopatología de la vida cotidiana, AE vol. 6, pp. 9-270.
- Freud, S. (1905d), Tres ensayos de teoría sexual, AE vol. 7, pp. 109-222.
- Freud, S. (1905e), Fragmento de análisis de un caso de histeria, AE vol. 7, pp. 1-107.
- Freud, S. (1910i), La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis, AE vol. 11, pp. 205-216.
- Freud, S. (1912e), Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, AE vol. 12, pp. 107-119.
- Freud, S. (1912-13), Tótem y tabú, AE vol.13.
- Freud, S. (1914g), Recordar, repetir y reelaborar, AE vol. 12, pp. 145-157.
- Freud, S. (1915a), Puntualizaciones sobre el amor de transferencia, AE vol. 12, pp. 159-174.
- Freud, S. (1915b), De guerra y muerte. Temas de actualidad, AE vol. 14, pp. 273-301.
- Freud, S. (1915d), La represión, AE vol. 14, pp. 135-152.
- Freud, S. (1915e), Lo inconsciente, AE vol. 14, pp. 153-213.
- Freud, S. (1916d), Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico, AE vol. 14, pp. 313-339.
- Freud, S. (1916/17), Conferencias de introducción al psicoanálisis, AE vol. 15-16.
- Freud, S. (1918b), De la historia de una neurosis infantil, AE vol. 17, pp. 1-111.
- Freud, S. (1919a), Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica, AE vol. 17, pp. 151-163.
- Freud, S. (1919h), Lo ominoso, AE vol. 17, pp. 215-251.
- Freud, S. (1919j), ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? AE vol. 17, pp. 169-171.
- Freud, S. (1920a), Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina, AE vol. 18, pp. 137-164.

- Freud, S. (1920g), Más allá del principio de placer, AE vol. 18, pp. 1-62.
- Freud, S. (1922b), Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad, AE vol. 18, pp. 213-226.
- Freud, S. (1923a), Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la li-bido", AE vol. 18, pp. 227-254.
- Freud, S. (1923b), El yo y el ello, AE vol. 19, pp. 1-66.
- Freud, S. (1925h), La negación, AE vol. 19, pp. 249-257.
- Freud, S. (1926d), Inhibición, síntoma y angustia, AE vol. 20, pp. 71-161.
- Freud, S. (1926e), ¿Pueden los legos ejercer el análisis? AE vol. 20, pp. 165-234.
- Freud, S. (1927c), El porvenir de una ilusión, AE vol. 21, pp. 1-55.
- Freud, S. (1927e), Fetichismo, AE vol. 21, pp. 141-152.
- Freud, S. (1930a), El malestar en la cultura, AE vol. 21, pp. 57-140.
- Freud, S. (1931b), Sobre la sexualidad femenina, AE vol.21, pp. 223-244.
- Freud, S. (1933a), Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, AE vol. 22, pp. 1-168.
- Freud, S. (1933b), ¿Por qué la guerra? AE vol. 22, pp. 179-198.
- Freud, S. (1937c), Análisis terminable e interminable, AE vol. 23, pp. 211-254.
- Freud, S. (1937d), Construcciones en el análisis, AE vol. 23, pp. 255-270.
- Freud, S. (1940a), Esquema del psicoanálisis, AE vol. 23, pp. 133-209.
- Freud, S. (1950a [1887-1902]), Los orígenes del psicoanálisis. Cartas a Wilhelm Fliess. Manuscritos inéditos. Proyecto de psicología, AE vol. 1, pp. 215-440.
- Freud, S. (1960a), Epistolario, 2 vols., Plaza y Janés, Barcelona.
- Freud, S. (1955a [1907-8]), Apuntes originales sobre el caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas"),.AE vol. 10, pp. 203-249.
- Freud, S., Pfister, O. (1963a), Correspondencia, Freud-Pfister, 1909-1939, Fondo de Cultura Económica, México.
- Frick, E.M. (1985), Latent and manifest effects of audiorecording in psychoanalytic psychotherapy, Yearbook "Psychoanal. Psychother." 1:151-175.
- Fromm, E. (1973), The anatomy of human destructiveness, Holt, Rinehardt & Win-ston, Nueva York.
- Gadamer, H.G. (1965), Wahrheit und Methode. Anwendung einer philosophischen Hermeneutik, Mohr, Tubinga.
- Gardiner, M. (1971), The wolf-man, Basic Books, Nueva York.
- Garfield, S., Bergin, A.E. (dirs.), (1986), Handbook of psychotherapy and behavior change, 3ª edición, John Wiley, Nueva York.
- Garma, A. (1950) On the pathogenesis of peptic ulcer. "Int.J.Psychoanal.", 31:53-72.

- Garma, A. (1952) Eine Theorie über die Entstehung von Magen- und Darmgeschwü-ren. "Psyche" 5:293-303.
- Gaus, E., Köhle, K. (1986), Psychosomatische Aspekte intensivmedizinischer Be-handlungsverfahren, en Uexküll, T. von (dir.), Psychosomatische Medizin, 3ª edi-ción, publicado por: Urban & Schwarzenberg, Munich-Viena-Baltimore, pp. 1157-1172.
- Gay, P. (1987), A Godless Jew, Yale Univ. Press, New Haven.
- Geb-sattel, V. von (1954), Prologemena einer Medizinischen Anthropologie, Sprin-ger, Berlín.
- Gedo, J.E. (1983), Saints of scoundrels and the objectivity of the analyst, "Psycho-anal. Inquiry" 3:609-622.
- Geist, W.B., Kächele, H. (1979), Zwei Traumserien in einer psychoanalytischen Be-handlung, "Jahrb. Psychoanal." 11:138-165.
- Geleerd, E. (1963), Evaluation of Melanie Kleins "Narrative of a Child analysis", "Int. J. Psychoanal." 44:493-513.
- Gill, M.M. (1982), Analysis of transference, vol. I: Theory and technique, Int. Univ. Press, Nueva York.
- Gill, M.M. (1983), The point of view of psychoanalysis. Energy discharge or per-son, "Psychoanal. Contemp. Thoughts" 6:523-551.
- Gill, M.M. (1984), Transference: A change in conception or only in emphasis? A response, "Psychoanal. Inquiry" 4:489-523.
- Gill, M.M. (1985), Discussion. – A critique of Robert Langs conception of transfe-rence, "Yearbook Psychoanal. Psychother." 1:177-187.
- Gill, M.M., Hoffman, I.Z. (1982), A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy, "J. Am. Psycho-anal. Assoc." 30:137-167.
- Gill, M.M., Simon, J., Fink, G., Endicott, N.A., Paul, I.H. (1968), Studies in audio-recorded psychoanalysis. I. General considerations, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 16:230-244.
- Giovacchini, P.L. (1972), Tactics and techniques in psychoanalytic therapy, Ho-garth, Londres.
- Glover, E. (1952), Research methods in psychoanalysis, "Int. J. Psychoanal." 33:403-409.
- Glover, E. (1955), The technique of psychoanalysis, Baillière Tindall & Cox, Lon-dres.
- Göbel, P. (1980), Das Erleben in der Sprache und die Funktion der Metaphorik, "Z. Psychosom. Psychoanal." 26:178-188.
- Göbel, P. (1986), Symbol und Metapher, "Z. Psychosom. Med." 32:76-88.

- Görres, A., Kasper, W. (1988), Tiefenpsychologische Deutung des Glaubens? Herder, Friburgo de Brisgovia-Basilea-Viena.
- Goffman, E. (1974), Stigma. Notes on the management of spoiled identity, Aronson, Nueva York.
- Goudsmit, W. (1986), Delinquenz und Gesellschaft, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Goudsmit, W. (1987), Bemerkungen zur ambulanten Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, "Z. psychoanal. Theorie und Praxis" 2:148-164.
- Gould, R.L. (1970), Preventive psychiatry and the field theory of reality, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 18:440-461.
- Grassi, E. (1979), Die Macht der Phantasie. Zur Geschichte abendländischen Denkens, Athenäum, Königstein im Taunus.
- Grawe, K. (1988), Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung, "Z. Klin. Psychol." 17:4-5.
- Greenacre, P. (1952), The predisposition to anxiety, en: Trauma, growth, and personality, Nueva York, W.W. Norton.
- Greenacre, P. (1953), Certain relationships between fetishism and the faulty development of the body image, "Psychoanal. Study Child" 8:79-98.
- Greenson, R.R. (1959), Phobia, anxiety and depression, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 7:663-674.
- Greenson, R.R. (1967), The technique and practice of psychoanalysis, vol I, International University Press, Nueva York.
- Grey, A., Fiscalini, J. (1987), Parallel processes as transference-countertransference interaction, "Psychoanal. Psychol." 4:131-144.
- Grinberg, L. (1962), On a specific aspect of countertransference due to the patients projective identification, "Int. J. Psychoanal." 43:436-440.
- Grinberg, L. (1979), Projective counteridentification and countertransference, en Epstein, L., Feiner, A.H. (dirs.), Countertransference, Aronson, Nueva York, pp. 169-191.
- Grosskurth, P. (1986), Melanie Klein. Her world and her work, Maresfield Library, Londres.
- Grünbaum, A. (1984), The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-Londres.
- Grünbaum, A. (1985), Explications and implications of the placebo concept, en White, L., Tursky, B., Schwartz, G.E. (dirs.), Placebo: Theory, research and mechanisms, Guilford Press, Nueva York, pp. 9-36.
- Grünbaum, A. (1987a), Psychoanalyse in wissenschaftstheoretischer Sicht. Zum Werk Sigmund Freuds und seiner Rezeption, Universitätsverlag, Constanza.

- Grünbaum, A. (1987b), Psychoanalysis and theism, publicado en: "The Monist" 70:150-192.
- Grunberger, B., Chasseguet-Smirgel, J. (1979), Freud oder Reich? Psychoanalyse und Illusion, Ullstein, Francfort del Main.
- Guntrip, H. (1975), My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott, "Int. Rev. Psychoanal." 2:145-169.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P., Pinsof, W.M. (1986), Research on process and out-come of material and family therapy, en Garfield, S.L., Bergin, A.E. (dirs.), Hand-book of psychotherapy and behavior change, 3ª edición, John Wiley, Nueva York, pp. 565-624.
- Habermas, J. (1968), Erkenntnis und Interesse, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Habermas, J. (1981), Theorie des kommunikativen Handelns, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Haegglund, T.B. (1978), Dying. A psychoanalytical study with special reference to individual creativity and defensive organization, International University Press, Nueva York.
- Haesler, L. (1985), Zur Psychodynamik der Anniversery Reactions, "Jahrb. Psycho-anal." 17:211-266.
- Häfner, H. (1987), Angst als Chance und als Krankheit, "Fundamenta Psychiatrica" 1:196-204.
- Häfner, H., Veiel, H. (1986), Epidemiologische Untersuchungen zu Angst und De-pression, en Helmchen, H., Linden, M. (dirs.), Die Differenzierung von Angst und Depression, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York, pp. 65-74.
- Hahn, P., Jacob, W. (dirs.), (1987), Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Hamilton, N.G. (1986), Positive projective identification, "Int. J. Psychoanal." 67:489-496.
- Hand, I., Wittchen, H.U. (dirs.), (1986), Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments, Springer, Ber-lín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Hartmann, H. (1958 [1939]), Ego psychology and the problem of adaption, Interna-tional University Press, Nueva York.
- Hartmann, H. (1960), Psychoanalysis and moral values, International University Press, Nueva York.
- Hastedt, H. (1988), Das Leib-Seele-Problem, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Head, H. (1920), Studies in neurology. Vol. 2, Oxford University Press, Londres.

- Heigl-Evers, A. (1966), Einige psychogenetische und psychodynamische Zusammenhänge beim Krankheitsbild des endogenen Ekzems, "Z. Psychosom. Med." 12:163-178.
- Heigl, F., Heigl-Evers, A. (1984), Die Wertprüfung in der Psychoanalyse, "Z. Med. Psychoanal." 30:27-82.
- Heimann, P. (1950), On countertransference, "Int. J. Psychoanal." 31:81-84.
- Heimann, P. (1966), Bemerkungen zum Arbeitsbegriff in der Psychoanalyse, "Psyche" 20:321-361.
- Heimann, P. (1969), Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers, "Psyche" 23:2-24.
- Heimann, P. (1978), Über die Notwendigkeit für den Analytiker mit seinen Patienten natürlich zu sein, en Drews, S. y otros autores (dirs.), Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag, Suhrkamp, Frankfurt del Main, pp. 215-230.
- Heinrich, K. (1986), "Anthropomorphe", Stroemfeld/Roter Stern, Basilea-Frankfurt del Main.
- Heising, G., Brieskorn, M., Rost, W.D. (1982), Sozialschicht und Gruppenpsychotherapie, Verlag für Med Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Henseler, H. (1981), Behandlungsprobleme bei chronisch-suizidalen Patienten, en Reimer, C. (dir.), Suizid-Ergebnisse und Therapie, Springer, Berlin-Heidelberg-Nueva York.
- Hilgard, J.R., Fisk, F. (1960), Disruption of adult ego identity as related to childhood loss of a mother through hospitalisation for psychosis, "J. Nerv. Ment. Dis." 131:47-57.
- Hilgard, J.R., Newman, M., Fisk, F. (1960), Strength of adult ego following childhood bereavement, "Am. J. Orthopsychiatry" 30:788-798.
- Hirsch, E.D. jr (1967), Validity in interpretation, Yale University Press, New Haven-Londres.
- Hirsch, E.D. jr (1976), The aims of interpretation, University Chicago Press, Chicago-Londres.
- Hoffer, A. (1985), Toward a definition of psychoanalytic neutrality, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 33:771-795.
- Hoffer, W. (1950), Three psychological criteria for the termination of treatment, "Int. J. Psychoanal." 31:194-195.
- Hoffmann, S.O (1983), Die niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie. Konzeption, Technik und Versuch einer Abgrenzung gegenüber dem klassischen Verfahren, en Hoffmann, S.O. (dir.), Deutung und Beziehung.

- Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse, Fischer, Francfort del Main, pp. 183-193.
- Hoffmann, S.O. (1986), Die Ethologie, das Realtrauma und die Neurose, "Z. Psycho-som. Med." 32:8-26.
- Hoffmann, S.O. (1987), Buchbesprechung von Panic und Phobias. Hand, I., Wittchen, H.U. (dir.), Springer, Berlin-Heidelberg-Nueva York-Tokyo. "Nervenarzt" 58:528.
- Hohage, R. (1986), Geschenke in der psychoanalytischen Therapie, "Prax. Psycho-ther. Psychosom." 31:138-144.
- Hohage, R., Thomä, H. (1982), Über das Auftauchen von Erinnerungen als Ergebnis fokussierter Traumdeutung, publicado en: "Z. Psychosom. Med. Psychoanal." 28:385-392.
- Hohage, R., Kübler, C. (1987), Die Veränderung von emotionaler Einsicht im Verlauf einer Psychoanalyse. Eine Einzelfallstudie, "Z. Psychosom. Med. Psychoanal." 33:145-154.
- Holland, N.N. (1975), An identity for the Rat Man, "Int. Rev. Psychoanal." 2:157-169.
- Hollingshead, A.B., Redlich, F.C. (1975), Der Sozialcharakter psychischer Störungen, Fischer, Francfort del Main.
- Hübner, K. (1985), Die Wahrheit des Mythos, Beck Verlag, Munich.
- Isaacs, S. (1939), Criteria for interpretation, "Int. J. Psychoanal." 20:148-160.
- Jacob, P. jr (1981), Application: The San Francisco Project – The analyst at work, en Wallerstein, R.S. (dir.), Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic supervision, International University Press, Nueva York, pp. 191-210.
- Jacobson, E. (1953), Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression, en Greenacre, P. (dir.), Affective disorders, International University Press, Nueva York, pp. 49-83.
- Jacobson, E. (1971), Depression, International University Press, Nueva York.
- Jiménez, J.P. (1988), Die Wiederholung des Traumas in der Übertragung. Katharsis oder Durcharbeiten?, "Forum der Psychoanalyse" 4:190-204.
- Jiménez, J.P. (1989) Some reflections on the practice of psychoanalysis in Chile today, "Int. Rev. Psychoanal." 16:493-504.
- Joas, H. (1985), Das Problem der Intersubjektivität, publicado por: Suhrkamp, Francfort del Main.
- Jones, E. (1919), Die Theorie der Symbolik, "Int. Z. Psychoanal." 5:244-273; reeditado en Menne y cols. (dirs.), Sprache, Handlung und Unbewußtes, Athenäum Verlag, Kronberg, pp. 229-281.

- Jones, E. (1927) The early development of female sexuality. "Int. J. Psychoanal." 8:459-
- Jones, E. (1954), Life and Work of Sigmund Freud, vols. I – III, Hogarth, Londres.
- Joraschky, P. (1983), Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationsprinzipien der Organismus-Umwelt-Interaktion, Minerva Publikation Saur, Mu-nich.
- Joseph, E. (1979), Comments on the therapeutic action of psychoanalysis, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 27:71-80.
- Joseph, E. (1984), Psychoanalysis: The vital issues, International University Press, Nueva York.
- Junker, H. (1972), Ehepaargruppentherapien mit Patienten aus der oberen Unterschicht, "Psyche" 5:370-388.
- Junker, H. (1987), General comments on the difficulties of retranslating Freud into English, based on the reading experiences of a German analyst with the Standard Edition (Strachey), "Int. Rev. Psychoanal." 14:317-320.
- Kächele, H. (1981), Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psycho-analytischen Forschung, "Jahrb. Psychoanal." 12:118-177.
- Kächele, H. (1982), Pflanzen als Metaphern für Selbst- und Objektrepräsentanzen, en Schempp, D., Krampen, M. (dirs.), Mensch und Pflanze, Müller Verlag, Karls-ruhe, pp. 26-28.
- Kächele, H. (1985), Mißerfolg in der Psychotherapie aus psychoanalytischer Sicht, "Verhaltensmodifikation" 5:235-248.
- Kächele, H. (1988a), Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie, "Prax. Psychother. Psychosom." 33:1-11.
- Kächele, H. (1988b), Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis, "Int. J. Psychoanal." 69:65-73.
- Kächele, H., Schaumburg, C., Thomä, H. (1973), Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung, "Psyche" 27:902-927.
- Kächele, H., Fiedler, I. (1985a), Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersehbar?, "Psychother. Med. Psychol." 35:201-206.
- Kächele, H., Wolfsteller, H., Höble, I. (1985b), Psychotherapie im Rückblick – Pa-tienten kommentieren ihre Behandlung, "Prax. Psychother. Psychosom." 30:309-317.
- Kächele, H., Thomä, H., Ruberg, W., Grünzig, H.J. (1988), Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems, en Dahl, H., Kächele, H., Thomä, H. (dirs.), Psychoanalytic process research strategies, Sprin-ger, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Londres-París-Tokyo, pp. 179-194.

- Kafka, J.S. (1977), On reality. An examination of object constancy, ambiguity, paradox and time, "Psychiatry Human" 2:133-158.
- Kanzer, M., Glenn, J. (dirs.), (1980), Freud and his patients, Aronson, Nueva York.
- Kaplan, H.F. (1982), Ist die Psychoanalyse wertfrei?, Huber, Berna-Stuttgart-Viena.
- Keller-Bauer, F. (1984), Metaphorisches Verstehen. Eine linguistische Rekonstruktion metaphorischer Kommunikation. (Linguistische Arbeiten, tomo 142), Niemeyer, Tubingia.
- Kernberg, O.F. (1965), Notes on countertransference, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 13:38-56.
- Kernberg, O.F. (1972), Critique of the Kleinian school, en Giovacchini, P.L. (dir.), Tactics and techniques in psychoanalytic therapy, Hogarth, Londres, pp. 62-93.
- Kernberg, O.F. (1977), The structural diagnosis of borderline personality organization, en Hartocollis, P. (dir.), Borderline personality disorders, International University Press, Nueva York, pp. 87-121.
- Kernberg, O.F. (1987), Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 35:795-819.
- Kernberg, O.F., Bursteine, E.D., Coyne, L., Appelbaum, A., Horowitz, L., Voth, H. (1972), Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project, "Bull. Menn. Clin." 36:3-275.
- Kerz, J. (1987), Verkehrte Einsicht, "Forum Psychoanal." 3:328-331.
- Kettner, M. (1987), Erwachen aus dem dogmatischen Schlummer, "Psyche" 41:749-760.
- Khan, M.M.R. (1963), The concept of cumulative trauma, en Khan, M.M.R. (dir.), (1974), The Privacy of the self, International University Press, Nueva York, pp. 42-58.
- Kierkegaard, S. (1957), Die Krankheit zum Tode, publicado por: Diederichs, Düsseldorf.
- Klann, G. (1979), Die Rolle affektiver Prozesse in der Dialogstrukturierung, en Flaeder, D., Wodak-Leodolter, R. (dirs.), Therapeutische Kommunikation, Scriptor, Königstein, pp. 117-155.
- Klauber, J. (1966), Die Struktur der psychoanalytischen Sitzung als Leitlinie für die Deutungsarbeit, "Psyche" 20:29-39.
- Klauber, J. (1987), Illusion and spontaneity in psychoanalysis, Free Association Books, Londres.

- Klein, D.F. (1981), Anxiety reconceptualized, en Klein, D.F., Rabkin, J. (dirs.), Anxiety: New research and changing concepts, Raven Press, Nueva York, pp. 235-265.
- Klein, D.F. (1988), Reply, "Arch. Gen. Psychiatry" 45:389-392.
- Klein, D.F., Ross, D.C., Cohen, P. (1987), Panic and avoidance in agoraphobia, "Arch. Gen. Psychiatry" 44:377-385.
- Klein, G.S. (1976), Psychoanalytic theory. An exploration of essentials, International University Press, Nueva York.
- Klein, M. (1932), The psycho-analysis of children. The International Psycho-Analytical Library, nº 22, Hogarth Press, Londres. Versión castellana: El psicoanálisis de niños, Asoc. Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires (1948).
- Klein, M. (1935), A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states, "Int. J. Psychoanal." 16:145-174.
- Klein M (1946), Notes on some schizoid mechanisms, "Int. J. Psychoanal." 27:99-110.
- Klein, M. (1957/58), Neid und Dankbarkeit, "Psyche" 11:241-255, también publicado en la edición de: Klein M (1962) Das Seelenleben des Kleinkindes. Klett, Stuttgart
- Klein, M. (1961), Narrative of a child analysis, Hogarth, Londres.
- Klein, M. (1962), Das Seelenleben des Kleinkindes . Klett, Stuttgart
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., Riviere, J. (1952), Developments in psychoanalysis. The International Psycho-Analytical Library, nº 43, Hogarth Press, Londres.
- Klermann, G.L., Rounsaville, B.J., Weissman, M.M. (1984), Interpersonal Psychotherapy of Depression, Basic Books, Nueva York.
- Koerfer, A., Neumann, Ch. (1982) Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung des Patienten in einen 'ungewohnten' Diskurstyp, en: Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Flader, D., Grodzicki, W.-D., Schröter, K. (dirs.), Suhrkamp Frankfurt del Main, pp.96-137.
- Köhle, K., Simons, C., Kubanek, B. (1986), Zum Umgang mit unheilbar Kranken, en Uexküll, T. von (dir.), Psychosomatische Medizin, 3ª edición, Urban & Schwarzenberg, Munich-Viena-Baltimore, pp. 1203-1241.
- Köhler, L. (1982), Neuere Forschungsergebnisse psychoanalytischer Mutter/Kind-Beobachtungen und ihrer Bedeutung für das Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung, "Psychanal" 3:238-267.
- Köhler, L. (1985), On selfobject countertransference, "Annu. Psychoanal." 12/13:39-56.

- Köhler, L. (1988), Probleme des Psychoanalytikers mit Selbstobjektübertragungen, en Kutter, P., Páramo-Ortega, R., Zagermann, P. (dirs.), Die psychoanalytische Haltung, publicado por: Verlag Internationale Psychoanalyse, Munich-Viena, pp. 331-348.
- Köller, W. (1986), Dimensionen des Metaphernproblems, "Z. Semiotik" 8:379-410.
- König, K. (1981), Angst und Persönlichkeit, Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga.
- Körner, J. (1985), Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse, Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga.
- Kohut, H. (1959), Introspection, empathy, and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 7:459-483.
- Kohut, H. (1971), The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders, International University Press, Nueva York.
- Kohut, H. (1977), The restoration of the self, International University Press, Nueva York.
- Kolakowski, L. (1974), Die Gegenwärtigkeit des Mythos, Piper Verlag, Munich.
- Kordy, H., Senf, W. (1985), Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Be-handlungen, "Psychother. Med. Psychol." 35:207-212.
- Krause, R. (1983), Zur Onto- und Phylogense des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen, "Psyche" 37:1016-1043.
- Krause, R., Lütolf, P. (1988), Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment, en Dahl, H., Kächele, H., Thomä, H. (dirs.), Psychoanalytic process research strategies, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Londres-París-Tokyo, pp. 241-256.
- Kris, E. (1947), The nature of psychoanalytic propositions and their validation, en Hook, S., Konvitz, M.R. (dirs.), Freedom and experience: Essays presented to Horace M. Kallen, Cornell University Press, Nueva York, pp. 239-259.
- Kris, E. (1956), On some vicissitudes of insight in psychoanalysis, "Int. J. Psychoanal." 37:445-455.
- Krueger, D.W. (dir), (1986), The last taboo. Money as symbol and reality in psychotherapy and psychoanalysis, Brunner/Mazel, Nueva York.
- Kubie, L.S. (1952), Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress, en Pumpian-Mindlin, E. (dir.), Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis, Basic Books, Nueva York, pp. 46-124.

- Kubie, L.S. (1953), The central representation of the symbolic process in psycho-somatic disorders, "Psychosom. Med." 15:1-15.
- Kubie, L.S. (1958), Research into the process of supervision in psychoanalysis, "Psychoanal. Q." 27:226-236.
- Küchenhoff, J. (1984), Dismorphophobie, "Nervenarzt" 55:122-126.
- Küng, H. (1979), Freud and the problem of God, Yale University Press, New Haven.
- Küng, H. (1987), Freud und die Zukunft der Religion, Piper Verlag, Francfort del Main.
- Kuhns, R. (1983), Psychoanalytic theory of art, Columbia University Press, Nueva York.
- Kuiper, P.C. (1969), Liebe und Sexualität im Leben der Studenten, Huber, Berna-Stuttgart.
- Kurz, G. (1982), Metapher, Allegorie, Symbol, Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga.
- Kutter, P. (1981), Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen, "Jahrb. Psychoanal." 13:93-114.
- Lacan, J. (1937), The looking-glass phase, "Int. J. Psychoanal." 18:78.
- Lacan, J. (1949), Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, "Revue française de Psychanalyse" 13:449-455.
- Lacan, J. (1975), Schriften 1, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Lacan, J. (1980), A Lacanian psychosis. Interview by Jacques Lacan, en Schneider-man, S. (dir.), Returning to Freud, Yale University Press, New Haven-Londres, pp. 19-41.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A., Bergin, A.E. (1986) The effectiveness of psychotherapy, en: Gafield, S.L., Bergin, A. E. (dirs.), Handbook of psychotherapy and behavior change, John Wiley & Sons, Nueva York, pp. 157-211.
- Lampl-de Groot, J. (1953), Re-evaluation of the role of the oedipus complex, "Int. J. Psychoanal." 33:333
- Lampl-de Groot, J. (1976), Personal experience with psychoanalytic technique and theory during the last half century, "Psychoanal. Study Child" 37:283-296.
- Lang, H. (1986), Die Sprache und das Unbewußte. Jacques Lacans Grundlegung der Psychoanalyse, 2ª edición, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Langer, S.K. (1965 [1942]), Philosophie auf neuem Weg, Fischer, Francfort del Main.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967), Vocabulaire de la psychanalyse, Presses Universitaires de France, París.

- Lasch, C. (1979), *Haven in heartless world. The family besieged*, Basic Books, New York.
- Laufer, M. (1984), *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view*, Yale University Press, New Haven.
- Leavy, S.A. (1980), *The psychoanalytic dialogue*, Yale University Press, New Haven.
- Lelliott, P., Marks, I. (1988), The cause and treatment of agoraphobia, "Arch. Gen. Psychiatry" 45:388-392.
- Leodolter, R. (1975), *Das Sprachverhalten von Angeklagten bei Gericht*, Scriptor, Kronberg.
- Lerner, R.M. (1984), Jugendliche als Produzenten ihrer eigenen Entwicklung, en Ol-brich, E., Todt, E. (dirs.), *Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo, pp. 69-88.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1988), *Veränderungen kognitiver Prozesse in Psychoanaly-sen. Fünf Einzelfallstudien*, Springer PSZ-Drucke, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Lewin, B.D. (1933), The body as phallus, "Psychoanal. Q." 2:24-47.
- Lewin, B.D. (1971), Metaphor, mind, and manikin, "Psychoanal. Q." 40:6-39.
- Lewin, B.D., Ross, H. (1960), *Psychoanalytic education in the United States*, Norton, Nueva York.
- Lewy, E., Rapaport D (1944), The psychoanalytic concept of memory and its relation to recent memory theories, "Psychoanal. Q." 13:16-42.
- Liberman, D. (1970-71), *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoana-lítico*, tomos 1 y 2, Galerna, Buenos Aires.
- Lichtenberg, J. (1983a), *Psychoanalysis and infant research*, Analytic Press, Hillsdale.
- Lichtenberg, J. (1983b), The influence of values and value judgement on the psychoanalytic encounter, "Psychoanal. Inquiry" 3:647-664.
- Lichtenstein, H. (1961), Identity and sexuality, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 9:179-260.
- Lipowski, Z.J. (1976), Psychosomatic medicine: An overview, en Hill, O.W. (dir.), *Modern trends in psychosomatic medicine, III*, Butterworths, Londres, pp 1-20.
- Lipowski, Z.J. (1977), Psychosomatic medicine in the seventies: An overview, "Am. J. Psychiatry" 134:233-242.
- Lipton, S.D. (1982), Essays on Paul Dewald's "The psychoanalytic process", "Con-temp. Psychoanal." 18:349-372.
- Little, M. (1951), Countertransference and the patient's response to it, "Int. J. Psychoanal." 32:32-40.

- Loewald, H.W. (1960), On the therapeutic action of psychoanalysis, "Int. J. Psychoanal." 41:16-33.
- Loewald, H.W. (1980a), Papers on psychoanalysis, Yale Univ. Press, New Haven-Londres.
- Loewald, H.W. (1980b), Regression: some general considerations, en Nedelmann, C., Jappe, G. (dir.), Zur Psychoanalyse der Objektbeziehungen, Fromann-Holz-boog, Stuttgart, pp. 189-206.
- Löw-Beer, M. (1988), Ist die Leugnung von Willensfreiheit eine Selbsttäuschung? en König, T. (dir.), Sartre, ein Kongreß, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, pp. 55-73.
- Löw-Beer, M., Thomä, H. (1988), Zum Verhältnis von Einsicht und Veränderung, "Forum Psychoanal." 4:1-18.
- London, N.J., Rosenblatt, A.D. (dirs.), (1987), Transference neurosis evolution or obsolescence, "Psychoanal. Inquiry" 7:587-598.
- Lorenz, K., Leyhausen, P. (1968), Antriebe tierischen und menschlichen Verhaltens, Piper Verlag, Munich.
- Lorenzer, A. (1970), Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Me-tatheorie der Psychoanalyse, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Lorenzer, A. (1986), Tiefenhermeneutische Kulturanalyse, en Lorenzer, A. (dir.), Kultur-Analysen. Psychoanalytische Studien zur Kultur, Fischer Taschenbuch Ver-lag, Francfort del Main, pp. 11-98.
- Luborsky, L. (1967), Momentary forgetting during psychotherapy and psychoanaly-sis: A theory and a research method, en Holt, R.R. (dir.), Motives and thought: Psychoanalytic essays in honor of David Rapaport (Psychological issues, vol. 5, n° 2-3, monografía 18-19), International University Press, Nueva York, pp. 175-217.
- Luborsky, L. (1984), Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment, Basic Books, Nueva York.
- Luborsky, L., Schimek, J. (1964), Psychoanalytic theories of therapeutic and deve-lopmental change: implications for assessment, en Worchel, P., Byrne, D. (dirs.), Personality change, Wiley, Nueva York.
- Luborsky, L., Spence, D.P. (1978), Quantitative research on psychoanalytic thera-py, en Garfield, S.L., Bergin, A.E. (dirs.), Handbook of psychotherapy and beha-rior change: An empirical analysis, 2ª edición, Wiley & Sons, Nueva York-Chi-chester-Brisbane, pp 331-368.
- Luckmann, T.H. (1979), Persönliche Identität, soziale Rolle und Rollendistanz, en Marquard, O., Stierle, K. (dirs.), Identität, Fink, Munich, pp. 293-313.

- MacFarlane, K., Waterman, J., Conerly, S., Damon, L., Durfee, M., Long, S. (dirs.), (1986), *Sexual abuse of young children: evaluation and treatment*, Guilford Press, Nueva York.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergmann, A. (1975), *The psychological birth of the human infant*, Basic Books, Nueva York.
- Mahony, P.J. (1977), The place of psychoanalytic treatment in the history of discourse, "Psychoanal. Contemp. Thought" 2:77-111.
- Mahony, P.J. (1984), *Cries of the Wolf Man*, International University Press, Nueva York.
- Mahony, P.J. (1986), *Freud and the Rat Man*, Yale University Press, New Haven-Londres.
- Mahony, P.J. (1987), *Freud as a writer*, Yale University Press, New Haven-Londres.
- Mahony, P.J., Singh, R. (1975), The interpretation of dreams, semiology and chomskian linguistics: A radical critique, "Psychoanal. Study Child" 30:221-241.
- Mahony, P.J., Singh, R. (1979), Some issues in linguistics and psychoanalysis. Reflections on Marshall Edelson's language and interpretation in psychoanalysis, "Psychoanal. Contemp. Thought" 2:437-446.
- Margolin, S.G. (1953), Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes, en Deutsch, F. (dir.), *The psychosomatic concept in psychoanalysis*, International University Press, Nueva York, pp. 3-34.
- Margraf, J., Ehlers, A., Roth, W. (1986), Panic attacks: Theoretical models and empirical evidence, en Hand, I., Wittchen, H.U. (dirs.), *Panic and phobias*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo, pp. 31-43.
- Marquard, O. (1987), *Transzendentaler Idealismus. Romantische Naturphilosophie, Psychoanalyse*, Verlag für Philosophie, Colonia.
- Marten, R. (1983), Die psychoanalytische Situation und der Augen-Blick, en Hoffmann, S.O. (dir.), *Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt del Main, pp. 44-70.
- Marten, R. (1988), *Der menschliche Mensch*, Schöningh, Paderborn.
- Martini, P. (1953), *Methodenlehre der therapeutisch-klinischen Forschung*, Springer, Berlín-Gotinga-Heidelberg.
- Marty, P. (1968), A major process of somatization: the progressive disorganization, "Int. J. Psychoanal." 49:243-249.
- Marty, P. (1969), Notes clinique et hypotheses à propos de l'économie de l'allergie, "Rev. Franc. Psychoanal." 33:244-253.

- Marty, P. (1974), Die "allergische Objektbeziehung", en Brede, K. (dir.), Einführung in die Psychosomatische Medizin: Klinische und therapeutische Beiträge, Fischer Athenäum, Francfort del Main, pp. 420-445.
- Marty, P., M'Uzan, M. de (1963), La "pensée opératoire", "Rev. Franc. Psychoanal." 27:345-356.
- Marty, P., M'Uzan, M. de, David, C. (1963), L'investigation psychosomatique, Presses Universitaires de France, París.
- Masling, J. (dir.), (1983), Empirical studies of psychoanalytical theories, vol. I, Analytic Press, Hillsdale.
- Masling, J. (dir.), (1986), Empirical studies of psychoanalytical theories, vol. II, Analytic Press, Hillsdale.
- Matte-Blanco, I. (1988) Thinking, feeling, and being., Routledge, Londres, Nueva York.
- Maurer, Y. (1987), Körperzentrierte Psychotherapie, publicado por: Hippokrates, Stuttgart.
- Mayman, M., Faris, M. (1960), Early memories as expressions of relationship para-digms, "Am. J. Orthopsychiat." 30:507-520.
- McDougall, W. (1928), Grundlagen einer Sozialpsychologie, Fischer, Jena.
- McDougall, J. (1974), The psychosoma and the psychoanalytic process, "Int. Rev. Psychoanal." 1:437-459.
- McDougall, J. (1978) Plaidoyer pour une certaine anormalité, Gallimard, París.
- McDougall, J. (1987), Ein Körper für zwei, "Forum Psychoanal." 3:265-287.
- McDougall, J., Lebovici, S. (1969), Dialogue with Sammy, Hogarth, Londres.
- McLaughlin, J.T. (1982), Issues stimulated by the 32nd Congress, "Int. J. Psychoanal." 63:229-240.
- McLaughlin, J.T. (1987), The play of transference: some reflections on enactment in the psychoanalytic situation, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 35:557-582.
- Mead, G.H. (1934), Mind, self, and society. From the standpoint of a social behaviorist, Univ. Chicago Press, Chicago; versión alemana.
- Meehl, P.E. (1983), Subjectivity in psychoanalytic inference: The nagging persistence of Wilhelm Fliess's Achensee question, en Earman, J. (dir.), Testing scientific theories, Minnesota Studies in the Philosophy of Science, vol. 10, Univ. Minnesota Press, Minneapolis, pp. 349-411.
- Meerwein, F. (1987), Bemerkungen zur Metapsychologie schwerer Krebserkrankungen, "Bulletin der schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse" 23:2-12.
- Meissner, W.W. (1980), A note on projective identification, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 28:43-67.

- Meissner, W.W. (1983), Values in the psychoanalytic situation, "Psychoanal. Inquiry" 3:577-598.
- Meissner, W.W. (1984), Psychoanalysis and religious experience, Yale University Press, New Haven.
- Meltzer, D. (1967), The psychoanalytic process, Heinemann, Londres.
- Meltzer, D. (1978), The Kleinian development: Part. II, Richard week-by-week, Clunie, Perthshire.
- Mendelson, M., Hirsch, S., Weber, C.S. (1956), A critical examination of some re-cent theoretical models in psychosomatic medicine, "Z. Psychosom. Med." 18:363-373.
- Menne, K., Schröter, K. (dirs.), (1980), Psychoanalyse und Unterschicht. Soziale Herkunft – ein Hindernis für die psychoanalytische Behandlung? Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 301, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Menninger, K.A., Holzman, P.S. (1958), Theory of psychoanalytic technique, Basic Books, Nueva York.
- Mentzos, S. (dir.), (1984), Angstneurose, Fischer, Francfort del Main.
- Mergenthaler, E. (1986), Die Ulmer Textbank, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Merlan, P. (1945), Brentano and Freud, "J. for Hist. Ideas" 6:375-377.
- Merleau-Ponty, M. (1965), Phänomenologie der Wahrnehmung, Gruyter, Berlín.
- Mester, H. (1982), Der Wunsch einer Frau nach Veränderung der Busengröße. – Ein Beitrag zur Frage der Dymorphophobie, "Z. Psychosom. Med. Psychoanal." 28:69-91.
- Meyer, A.E. (1981), Psychoanalytische Prozeßforschung zwischen der Skylla der "Verkürzung" und der Charybdis der "systematischen akustischen Lücke", "Z. Psy-chosom. Med. Psychoanal." 27:103-116.
- Meyer, A.E. (1985), Vergleich psychosomatischer Modelle, Mitteilungen des DKPM 8:46-57.
- Meyer, A.E. (1987), Das Leib-Seele-Problem aus der Sicht eines Psychosomatikers. Modelle und ihre Widersprüche, "Psychother. Med. Psychol." 37:367-375.
- Meyer, A.E. (1988), What makes psychoanalysts tick ? A model and the method of retroreports, en Dahl, H., Kächele, H., Thomä, H. (dirs.), Psychoanalytic process research strategies, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Londres-París-Tokyo, pp. 258-267.
- Miall, D.S. (dir.), (1982), Metaphor: problems and perspectives, Harvester Press, Sussex and Humanities Press, Atlantic Highlands, N.J.
- Michels, R. (1988), The future of psychoanalysis, "Psychoanal. Q." 57:167-185.

- Mintz, J. (1971), The anniversary reaction: a response to the unconscious sense of time, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 19:720-735.
- Minuchin, S. (1977), Familie und Familientherapie, Lambertus, Friburgo de Brisgo-via.
- Mitscherlich, A. (1966), Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin, tomo 1, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Mitscherlich, A. (1967), Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin, tomo 2, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Mitscherlich, M. (1983), Zur Theorie und Therapie des Torticollis, en Studt. H.H. (dir.), Psychosomatik in Forschung und Praxis, Urban & Schwarzenberg, Munich-Viena-Baltimore, pp. 401-410.
- Mittelstraß, J. (1984), Versuch über den sokratischen Dialog, en Stierle, K., War-ning, R. (dirs.), Das Gespräch, Fink, Munich, pp. 11-27.
- Momogliano, L.N. (1987), A spell in Vienna – but was Freud a Freudian? "Int. Rev. Psychoanal." 14:373-389.
- Morgenthaler, F. (1978), Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis, Syndikat, Francfort del Main.
- Moser, T. (1986), Das erste Jahr. Eine psychoanalytische Behandlung, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Moser, T. (1987), Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Eine Streitschrift, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Moser, U. (1962), Übertragungsprobleme in der Psychoanalyse eines chronisch schweigenden Charakterneurotikers, "Psyche" 15:592-624.
- Moser, U. (1984), Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte. Ein In-teraktionsmodell, Teil II. Berichte aus der Interdisziplinären Konfliktforschungs-stelle, Universidad de Zurich, n° 14.
- Moser, U., Zeppelin, I. von, Schneider, H. (1981), Objektbeziehungen, Affekte und Abwehrprozesse. Aspekte einer Regulierungstheorie mentaler Prozesse. Berichte aus der Interdisziplinären Konfliktforschungsstelle, Universidad de Zurich, n° 9 (informe no publicado).
- Müller-Braunschweig, H. (1986), Psychoanalyse und Körper, en Brähler, E. (dir.), Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele, Springer, Berlín-Hei-delberg-Nueva York-Tokyo, pp. 19-33.
- Murphy, C., Messer, D. (1979), Mothers, infants and pointing: a study of gesture, en Schaffer, H. (dir.), Studies in mother-infant interaction, Academic Press, Nueva York, pp. 325-354.
- Muschg, W. (1930), Freud als Schriftsteller, "Die psychoanalytische Bewegung" 2:467-509.

- M'Uzan, M. de (1977), Zur Psychologie des psychosomatisch Kranken, "Psyche" 31:318-332.
- Nase, E., Scharfenberg, J. (1977), Psychoanalyse und Religion, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Nedelmann, C. (1980), Behandlungsziel und Gesundheitsbegriff der Psychoanalyse, en Bach, H. (dir.), Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse. Bestimmungsver-suche auf einem Psychoanalytiker-Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psycho-logie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 1980, Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, pp. 55-67.
- Needles, W. (1959), Gesticulation and speech, "Int. J. Psychoanal." 40:291-294.
- Neisser, U. (1976) Cognition and reality. Principles and implications of cognitive psychology, Freeman, San Francisco.
- Nemiah, J.C., Sifneos, P.E. (1970), Psychosomatic illness: A problem in communi-cation. Recent research in psychosomatic, "Psychother. Psychosom." 18:154-160.
- Neudert, L., Grünzig, H.J., Thomä, H. (1987), Change in self-esteem during psycho-analysis: A single case study, en Cheshire, N., Thomä, H. (dirs.), Self, symptoms and psychotherapy, Wiley & Sons, Nueva York-Chichester, pp. 243-265.
- Neumann, H. (1987), Ein Ohr für den Partner, "Forum Psychoanal." 3:112-126.
- Niederland, W.G. (1959), The "miracled up" world of Schreber's childhood, "Psy-choanal. Study Child" 14:383-413.
- Nietzsche, F. (1973), Sämtliche Werke, tomo 1, Morgenröte, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, pp. 1010-1279.
- Ogden, T.H. (1979), On projective identification, "Int. J. Psychoanal." 60:357-373.
- Olbrich, E., Todt, E. (1984), Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen, Sprin-ger, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Olinick, S.L. (1964), The negative therapeutic reaction, "Int. J. Psychoanal." 45:540-548.
- Ornston, D. (1982), Strachey's influence. A preliminary report, "Int. J. Psychoanal." 63:409-426.
- Ornston, D. (1985a), Freud's conception is different from Strachey's, "J. Am. Psy-choanal. Assoc." 33:379-412.
- Ornston, D. (1985b), The invention of "cathexis" and Strachey's strategy, "Int. Rev. Psychoanal." 12:391-412.
- Ortony, A. (dir.) (1979), Metaphor and thought, Cambridge University Press, Cam-bridge.

- Ostow, M. (1966), Psychopharmaka in der Psychotherapie, Huber/Klett, Berna-Stutt-gart.
- Overbeck, G. (1977), Das psychosomatische Symptom, "Psyche" 31:333-354.
- Paivio, A. (1971), Imagery and verbal processes, Holt, Rinehardt & Winston, Nueva York.
- Palazzoli Selvini, M. (1986a), Towards a general model of psychotic family games, "J. Marital Family Therapy" 12:339-349.
- Palazzoli Selvini, M. (1986b), Rejoinder to Anderson, "J. Marital Family Therapy" 12:355-357.
- Parin, P., Parin-Matthèy, G. (1983), Medicozentrismus in der Psychoanalyse. Eine notwendige Revision der Neurosenlehre und ihre Relevanz für die Theorie der Be-handlungstechnik, en Hoffmann, S.O. (dir.), Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse, Fischer, Francfort del Main, pp. 86-106.
- Perrez, M. (1972), Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? Huber, Berna-Stuttgart-Viena.
- Perrez, M., Otto, J. (dirs.) (1978), Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein un-klar gestelltes Problem? Otto Müller Verlag, Salzburgo.
- Peterfreund, E. (1983), The process of psychoanalytic therapy. Models and strate-gies, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Peterfreund, E. (1986), Reply to Eagle and Wolitzky, "Psychoanal. Contemp. Thought" 9:103-124.
- Petermann, F. (1982), Einzelfalldiagnose und klinische Praxis, Kohlhammer, Stutt-gart.
- Petzold, E. (1979), Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa, Verlag für Med. Psychol., Gotinga.
- Pfandl, L. (1935), Der Narzißbegriff. Versuch einer neuen Deutung, "Imago" 21:279-310.
- Pfeffer, A.Z. (1959), A procedure for evaluating the results of psychoanalysis, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 7:418-444.
- Pfeffer, A.Z. (1961), Follow-up study of a satisfactory analysis, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 9:698-718.
- Pfeffer, A.Z. (1963), The meaning of the analyst after analysis. A contribution to the theory of therapeutic results, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 11:229-244.
- Pfeifer, R., Leuzinger-Bohleber, M. (1986), Applications of cognitive science me-thods to psychoanalysis: a case study and some theory, "Int. Rev. Psychoanal." 13:221-240.

- Pfister, O. (1928), Die Illusion einer Zukunft, "Imago" XIV:149-189; nueva publicación en Nase, E., Scharfenberg, J. (dirs.), (1977), Psychoanalyse und Religion, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, pp. 101-141.
- Pfister, O. (1944), Das Christentum und die Angst, Artemis, Zurich.
- Philippopoulos, G.S. (1979), The analysis of a case of dysmorphophobia (psycho-pathology and psychodynamics), "Can. J. Psychiatry" 24:397-401.
- Philipps, J.H. (1962), Psychoanalyse und Symbolik, Huber, Berna.
- Platón, (oJ) Sämtliche Werke, Bd. 1. Das Gastmahl, Schneider, Berlín.
- Pollock, G.H. (1971), Temporal anniversary manifestations: Hour, day, holiday, "Psychoanal. Q." 40:123-131.
- Pollock, G.H. (1977), The psychosomatic specificity concept: Its evolution and re-evaluation, "Annu. Psychoanal." 5:141-168.
- Porder, M.S. (1987), Projective identification: An alternative hypothesis, "Psycho-anal. Q." 56:431-451.
- Pribilla, O. (1980), Arztrechtliche Fragen und Probleme in der Psychotherapie, "Dt. Ärztebl." 38:2250-2254.
- Pulver, S.E. (1987), Prologue to "How theory shapes technique: perspectives on a clinical study", "Psychoanal. Inquiry" 7:141-145.
- Pulver, S.E. (1987b), Epilogue to "How theory shapes technique: perspectives on a clinical study", "Psychoanal. Inquiry" 7:289-299
- Quervain, P.F. de (1978), Psychoanalyse und dialektische Theologie, Huber, Berna-Stuttgart-Viena.
- Racker, H. (1957), The meanings and uses of countertransference, "Psychoanal. Q." 26:303-357.
- Racker, H. (1968), Transference and countertransference, International University Press, Nueva York.
- Rad, M. von (1987), Diskussionsbemerkung, en Hahn, P., Jacob, W. (dir.), Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo, pp. 163-165.
- Rager, G (1988), Das Menschenbild im materialistischen Emergentismus von Bun-ge, "Z. Klin. Psychol., Psychopath., Psychother." 36:368-373.
- Rangell, L. (1955), On the psychoanalytic theory of anxiety: A statement of a uni-tary theory, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 3:398-414.
- Rangell, L. (1959), The nature of conversion, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 7:632-662.
- Rangell, L. (1984), The analyst at work. The Madrid congress. Synthesis and cri-tique, "Int. J. Psychoanal." 65:125-140.
- Rank, O. (1914), Der Doppelgänger, "Imago" 3:97-164.

- Rank, O. (1924), *Eine Neurosenanalyse in Träumen*, Int. Psychoanal. Verlag, Leip-zig-Viena-Zurich.
- Rapaport, D. (1942), *Emotions and memory*, Williams & Wilkins, Baltimore; ver-sión alemana: (1977) *Gefühl und Erinnerung*, Klett, Stuttgart.
- Rapaport, D. (1953), Paul Schilder's contribution to the theory of thought-proces-ses. Translator's foreword, en Schilder, P. (dir.), *Medical psychology*, Internatio-nal University Press, Nueva York, pp. 7-16.
- Rapaport, D. (1957), A theoretical analysis of the superego concept, en Gill, M.M. (dir), (1967)*The collected papers of David Rapaport*, Basic Books, Nueva York, pp. 685-709.
- Rapaport, D. (1960), *The structure of psychoanalytic theory. A systematizing attempt*, (Psychological issues, vol. 2, n° 2, monografía 6), International Univer-sity Press, Nueva York.
- Rapaport D (1967) *Psychoanalysis as a developmental psychology*.en: Gill MM (ed) *The collected papers of David Rapaport*. Basic Books, New York, pp.820-852.
- Reed, G.S. (1987), Scientific and polemical aspects of the term "transference neu-rosis" in psychoanalysis, "Psychoanal. Inquiry" 7:465-483.
- Rehberg, K.S. (1985), *Die Theorie der Intersubjektivität als eine Lehre vom Men-schen*, en Joas, H. (dir.), *Das Problem der Intersubjektivität. Neuere Beiträge zum Werk G.H. Meads*, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Reich, W. (1933), *Charakteranalyse, Technik und Grundlagen*, Selbstverlag des Ver-fassers, Viena. Versión inglesa: (1949) *Character analysis*. Orgone Institute Press, Nueva York.
- Reider, N. (1972), Metaphor as interpretation, "Int. J. Psychoanal." 53:463-469.
- Reiter, L. (1973), *Zur Bedeutung der Sprache und Sozialisation für die Psychothera-pie von Patienten aus der sozialen Unterschicht*, en Strotzka, H. (dir.), *Neurose, Charakter, soziale Umwelt*, Kindler, Munich, pp. 157-179.
- Rentrop, E., Straschill, M. (1986), *Der Einfluß emotionaler Faktoren beim Auftreten des idiopathischen Torticollis spasmodicus*, "Z. Psychosom. Med. Psychoanal." 32:44-59.
- Richard, I.A. (1936), *The philosophy of rhetoric*, Oxford Univ. Press, Londres-Ox-ford-Nueva York.
- Richter, H.E. (1976), *Flüchten oder Standhalten*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Richter, H.E., Beckmann, D. (1969), *Herzneurose*, Thieme, Stuttgart.
- Rivers, W.H.R. (1920), *Instinct and the unconscious. A contribution to a biological theory of the psychoneuroses*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.

- Robbins, M. (1988), Use of audiotape recording in impasses with severely disturbed patients, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 36:61-75.
- Rogers, R. (1942), The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques, "Am. J. Orthopsychiatry" 12:429-434.
- Rogers, R. (1978), *Metaphor: a psychoanalytic view*, Calif. Univ. Press, Berkeley.
- Roheim, G. (1917), Spiegelzauber, "Imago" 5:63-120.
- Roiphe, H., Galenson, E. (1981), *Infantile origins of sexual identity*, International University Press, Nueva York.
- Rosen, V.H. (1969), Sign phenomena and their relationship to unconscious meaning, "Int. J. Psychoanal." 50:197-207.
- Rosenfeld, H. (1971), Contribution to the psychopathology of psychotic states: The importance of projective identification in the ego structure and the object relation of the psychotic patient, en Bott Spillius, E. (dir.) (1988), *Melanie Klein Today*, vol. 1: Mainly theory, Tavistock Publications, Londres, pp. 117-137.
- Rosenfeld, H. (1981), Zur Psychopathologie der Hypochondrie, en Rosenfeld, H. (dir.), *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände*, Suhrkamp, Francfort del Main, pp. 209-233.
- Rosenfeld, H. (1987), *Impasse and interpretation*, Tavistock Publications, Londres.
- Rothstein, A. (1983), *The structural hypothesis. An evolutionary perspective*, Inter-national University Press, Nueva York.
- Ruberg, W. (1981), *Untersuchung sprachlicher Reaktionen von Patienten auf Ton-bandaufnahmen psychoanalytischer Behandlungen*, Diss. Dr. rer. biol. hum., Uni-versidad de Ulm.
- Rubinstein, B.B. (1972), On metaphor and related phenomena, "Psychoanal. Con-temp. Sci." 1:70-108.
- Rubinstein, B.B. (1973), On the logic of explanation in psychoanalysis, "Psycho-anal. Contemp. Sci." 2:338-358.
- Rubovits-Seitz, P. (1986), Clinical interpretation, hermeneutics and the problem of validation, "Psychoanal. Contemp. Thought" 9:3-42.
- Rüger, U. (1976), Tiefenpsychologische Aspekte des Verlaufs phasischer Depressionen unter Lithium Prophylaxe, "Nervenarzt" 47:538-543.
- Rüger, U. (1986), Psychodynamische Prozesse während einer Lithium-Langzeit-medikation, en Müller-Oerlinhausen, B., Greil, W. (dirs.), *Die Lithiumtherapie*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Sacks, S. (dir.), (1979), *On metaphor*, Chicago Univ. Press, Chicago-Londres.

- Sander, F., Volkelt, H. (1967) *Ganzheitspsychologie*, C.H. Beck'sche Verlagsbuch-handlung, Munich.
- Sander, L.W. (1962), Issues in early mother-child interaction, "J. Am. Acad. Child. Psychiat." 1:141-166.
- Sandler, J. (1962), The Hampstead Index as an instrument of psychoanalytic research, "Int. J. Psychoanal." 43:289-291.
- Sandler, J. (1976), Countertransference and role-responsiveness, "Int. Rev. Psycho-anal." 3:43-47.
- Sandler, J. (1983), Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice, "Int. J. Psychoanal." 64:35-45.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1973), *The patient and the analyst: The basis of the psychoanalytic process*, Allen & Unwin, Londres.
- Sandler, J., Sandler, A.M. (1984), The past unconscious, the present unconscious and interpretation of the transference, publicado en: "Psychoanal. Inquiry" 4:367-399.
- Sargent, H.D., Horowitz, L., Wallerstein, R.S., Appelbaum, A. (1968), Prediction in psychotherapy research. Method for the transformation of clinical judgements in-to testable hypothesis, (Psychological issues, Vol. 6, nº 1, monografía 21), In-ternational University Press, Nueva York.
- Sartre, J.P. (1969), Der Narr mit dem Tonband, "Neues Forum" 16:705-725.
- Schalmey, P. (1977), *Die Bewährung psychoanalytischer Hypothesen*, Scriptor Verlag, Kronberg/Ts.
- Scharfenberg, J. (1968), *Sigmund Freud und seine Religionskritik als Herausforderung für den christlichen Glauben*, Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga.
- Schaumburg, C., Kächele, H., Thomä, H. (1974), *Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung*, "Psyche" 28:353-374.
- Scheidt, C.E. (1986), *Die Rezeption der Psychoanalyse in der deutschsprachigen Philosophie vor 1940*, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Schilder, P. (1923), *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers*, Springer, Berlín.
- Schilder, P. (1933), *Das Körperbild und die Sozialpsychologie*, "Imago" 19:367-376.
- Schilder, P. (1935), *The image and appearance of the human body*, Kegan, Londres.
- Schleiermacher, F.D.E. (1977), *Hermeneutik und Kritik*, Suhrkamp, Francfort del Main.

- Schlesier, R. (1981), Konstruktionen der Weiblichkeit bei Sigmund Freud, Europäi-sche Verlagsanstalt, Francfort del Main.
- Schlessinger, N., Robbins, F.P. (1983), A developmental view of the psychoanaly-tic process. Follow-up studies and their consequences, International University Press, Nueva York.
- Schmidl, S. (1955), The problem of scientific validation in psychoanalytic interpre-tation, "Int. J. Psychoanal." 36:105-113.
- Schneider, E. (1972), Die Theologie und Feuerbachs Religionskritik, Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga.
- Schneider, H. (1983), Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeu-tischen Prozesses, Huber, Berna-Stuttgart-Viena.
- Schneider, P.B. (1973), Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychosomatischer Medizin, "Psyche" 27:21-49.
- Schneider, P.B. (1977), The observer, the psychosomatic phenomenon and the set-ting of the observation, "Psychother. Psychosom." 28:36-46.
- Schneider, W. (1987), Deutsch für Kenner, Gruner & Jahr, Hamburgo.
- Schönau, W. (1968), Sigmund Freud's Prosa. Literarische Elemente seines Stils, Metzlersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart.
- Schopenhauer, A. (1974), Sämtliche Werke, publicado por: Suhrkamp, Francfort del Main.
- Schou, M. (1986) Probleme der Patienten mit der eigenen Wahrnehmung ihrer Krankheit und deren Langzeitbehandlung. Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt, en Müller-Oerlinghausen, B. Greil, W. (dirs.), Die Lithiumtherapie, Springer, Berlín, Heidelberg, Nueva York, Tokyo.
- Schröter, K. (1979), Einige formale Aspekte des psychoanalytischen Dialogs, en Flader, D., Wodak-Leodolter, R. (dirs.), Therapeutische Kommunikation. Ansätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozeß, Scriptor, Königstein-Taunus, pp. 186-207.
- Schüffel, W., Uexküll, T. von (1986), Ulcus duodeni, en Uexküll, T. von (dir.), Psy-chosomatische Medizin, 3ª edición, Urban & Schwarzenberg, Munich-Viena-Balti-more, pp. 761-782.
- Schultz, H. (1973), Zur diagnostischen und prognostischen Bedeutung des Initial-traumes in der Psychotherapie, "Psyche" 27:749-769.
- Schur, M. (1955), Comments on the metapsychology of somatization, "Psychoanal. Study Child" 10:119-164.
- Schwaber, E.A. (1987), Models of the mind and data-gathering in clinical work, "Psychoanal. Inquiry" 7:261-275.
- Schwarz, H.J. (1987), Illness in the doctor: Implications for the psychoanalytic process, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 35:657-692.

- Searles, H.F. (1965), *Collected papers on schizophrenia and related subjects*, Inter-national University Press, Nueva York.
- Segal, H. (1964), *Introduction to the work of Melanie Klein*, 1ª edición, Basic Books, Nueva York.
- Segal, H. (1973), *Introduction to the work of Melanie Klein*, edición revisada, Hogarth, Londres.
- Seiffge-Krenke, I. (1985), *Problembewältigung im Jugendalter*, "Z. Pädagogische und Entwicklungspsychologie" 18:122-152.
- Sellschopp, A. (1988), *Das Dilemma der Psycho-Onkologie*, en Verres, R., Hasenbring, M. (dirs.), *Psychosoziale Aspekte der Krebsforschung*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo, pp. 1-27.
- Shakow, D. (1960), *The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis*, "Psychoanal. Q." 29:82-97.
- Shakow, D., Rapaport, D. (1964), *The influence of Freud on American psychology*, (Psychological Issues 4), International University Press, Nueva York.
- Shane, E. (1987), *Varieties of psychoanalytic experience*, "Psychoanal. Inquiry" 7:199-205 y 241-248.
- Shapiro, T. (1984), *On neutrality*, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 32:269-282.
- Sharpe, E.F. (1940), *Psycho-physical problems revealed in language: An examination of metaphor*, "Int. J. Psychoanal." 21:201-213.
- Sheehan, D.V., Sheehan K.H. (1983), *The classification of phobic disorders*, "Int. J. Psychiat. Med." 12:243-266.
- Shengold, L. (1971), *More about rats and rat people*, "Int. J. Psychoanal." 52:277-288.
- Sherwood, M. (1969), *The logic of explanation in psychoanalysis*, Academic Press, Nueva York.
- Sherwood, M. (1973), *Another look at the logic of explanation in psychoanalysis*, "Psychoanal. Contemp. Sci." 2:359-366.
- Sifneos, P.E. (1973), *The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients*, "Psychother. Psychosom." 22:255-262.
- Silverman, M.A. (1987), *Clinical material*, "Psychoanal. Inquiry" 7:147-165.
- Simon, J., Fink, G., Gill, M.M., Endicott, N.A., Paul, I.H. (1970), *Studies in audio-recorded psychoanalysis. II. The effect of recording upon the analysis*, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 18:86-101.
- Spence, D.P. (1976), *Clinical interpretation: some comments on the nature of evidence*, "Psychoanal. Contemp. Sci." 5:367-388.
- Spence, D.P. (1981), *Psychoanalytic competence*, "Int. J. Psychoanal." 62:113-124.

- Spence, D.P (1982), Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis, Norton, Nueva York.
- Spence, D.P. (1983), Narrative persuasion, "Psychoanal. Contemp. Thought" 6:457-481.
- Spence, D.P. (1986), When interpretation masquerades an explanation, "J. Am. Psy-choanal. Assoc." 34:3-22.
- Spence, D.P., Lugo, M. (1972), The role of verbal clues in clinical listening, "Psy-choanal. Contemp. Sci." 1:109-131.
- Sperling, E., Massing, A. (1970), Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten "Z. Psychosom. Med." Psychoanal 16:130-141.
- Spielberger, C.D. (1980), Streß und Angst, Beltz, Weinheim.
- Spillius, E.B. (1983), Some developments from the work of Melanie Klein, "Int. J. Psychoanal." 64:321-332.
- Spitz, R.A. (1973), Die Evolution des Dialogs, "Psyche" 27:697-717
- Spitz, R.A. (1976), Vom Dialog. Studien über den Ursprung der menschlichen Kom-munikation und ihre Rolle in der Persönlichkeitsbildung, Klett, Stuttgart.
- Stein, M.H. (1985), Irony in psychoanalysis, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 33:35-57.
- Steiner, R. (1985), Some thoughts about tradition and change arising from an exa-mination of the British Psychoanalytical Society's Controversial Discussions (1943-1944), "Int. Rev. Psychoanal." 12:27-72.
- Steiner, R. (1987), Some thoughts on "La vive voix" by I. Fonagy, "Int. Rev. Psy-choanal." 14:265-272.
- Stepansky, P.A. (1977), A history of aggression in Freud, International University Press, Nueva York.
- Sterba, R.F. (1929), Zur Dynamik der Bewältigung des Übertragungswiderstandes, "Int. Z. Psychoanal." 15:456-470. Versión inglesa: (1940) Dynamics of dissolu-tion of transference resistance. "Psa. Quarterly" 9:363-379.
- Sterba, R.F. (1934), Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren, "Int. Z. Psychoanal." 20:66-73.
- Stern, D. (1977), The first relationship. Mother and infant, Fontana Open Books, Londres.
- Stern, D. (1985), The interpersonal world of the infant, Basic Books, Nueva York.
- Stern, M.M. (1970), Therapeutic playback, self objectification and the analytic pro-cess, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 18:562-598.

- Stevenson, R.L. (1967[1886]), *Dr. Jekyll & Mr. Hyde*, Bantam, Nueva York.
- Stiemerling, D. (1974), Die früheste Kindheitserinnerung des neurotischen Menschen, "Z. Psychosom. Med." *Psychoanal* 20:337-362.
- Stierlin, H. (1975), *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stierlin, H., Weber, G., Simon, F.B. (1986), Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen, "Familiendynamik" 11:267-282.
- Stoller, R.J. (1968), *Sex and gender. Vol. I: On the development of masculinity and femininity. Vol. II: The transsexual experiment*, Hogarth, Londres.
- Stoller, R.J. (1975), *Perversion. The erotic form of hatred*, Maresfield Library, Londres.
- Stoller, R.J. (1979), *Sexual excitement. Dynamics of erotic life*, Maresfield Library, Londres.
- Stoller, R.J. (1985), *Presentations of gender*, publicado por: Yale Univ. Press, New Haven.
- Stolorow, R.D., Lachmann, F.M. (1984/85), Transference: The future of an illusion, "Annu Psychoanal." 12/13:19-37.
- Stone, L. (1961), *The psychoanalytic situation. An examination of its development and essential nature*, International University Press, Nueva York.
- Strachey, J. (1934), The nature of the therapeutic action of psycho-analysis, "Int. J. Psychoanal." 15:127-159.
- Straus, E. (1949), Die aufrechte Haltung, "Mschr. Psychiat. Neurol." 117:367-379; versión inglesa: (1952) The upright posture, "Psychiatr. Q." 26: 529-561.
- Strian, F. (1983), *Angst. Grundlagen und Klinik. Ein Handbuch zur Psychiatrie und medizinischen Psychologie*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Strupp, H.H. (1973), *Psychotherapy. Clinical research and theoretical issues*, Aronson, Nueva York.
- Strupp, H.H. (1978), Psychotherapy research and practice: An overview, en Garfield, S.L., Bergin, A.E. (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 2ª edición, Wiley & Sons, Nueva York-Chichester-Brisbane, pp. 3-22.
- Strupp, H.H., Binder, J.L. (1984), *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, Basic Books, Nueva York.
- Strupp, H.H., Wallach, M.S., Wogan, M. (1964), Psychotherapy experience in retrospect: Questionnaire survey of former patients and their therapists, en

- Kimble, G.A. (dir.), Psychological monographs general and applied, S. Whole No 558.
- Stunkard, A.J. (1986), Adipositas, en Uexküll, T. von (dir.), Psychosomatische Medizin, 3ª edición, Urban & Schwarzenberg, Munich-Viena-Baltimore, pp. 583-599.
- Szecsödy, I. (1981), The supervisory process. Theory and research in psychotherapy supervision (a research project), Rapport 3, Universidad de Estocolmo.
- Szecsödy, I. (1986), Feedback in psychotherapy and in training, "Nord. Psych. Tidsk." 40:193-200.
- Szondi, F. (1975), Einführung in die literarische Hermeneutik, Suhrkamp, Francfort del Main.
- Teller, V. (1981), Book Review: Rogers R: Metaphor: A psychoanalytic view, "Psychoanal. Rev." 68:458-460.
- Teller, V., Dahl, H. (1986), The microstructure of free association, "J. Am. Psycho-anal. Assoc." 34:763-798.
- Thomä, H. (1953), Traitment d'une hypertension considere comme exemple d'un "re-foulement biphasique", "L'Evolution psychiatrique" III:443-456; versión alemana: (1953/54), Über einen Fall schwerer zentraler Regulationsstörung als Beispiel einer zweiphasigen Verdrängung, "Psyche" 7:579-592.
- Thomä, H. (1954), Über die psychoanalytische Behandlung eines Ulcuskranken, "Psyche" 9:92-125.
- Thomä, H. (1957), Männlicher Transvestitismus und das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung, "Psyche" 11:81-124.
- Thomä, H. (1961), Anorexia nervosa, Geschichte, Klinik und Theorie der Pubertäts-magersucht, Huber/Klett, Berna/Stuttgart.
- Thomä, H. (1962/63), Bemerkungen zu neueren Arbeiten über die Theorie der Konversion, "Psyche" 16:801-813.
- Thomä, H. (1967), Konversionshysterie und weiblicher Kastrationskomplex, "Psyche" 21:827-847.
- Thomä, H. (1977), Psychoanalyse und Suggestion, "Z. Psychosom. Med. Psycho-anal." 23:35-55.
- Thomä, H. (1978), Von der "biographischen Anamnese" zur "systematischen Krankengeschichte", en Drews, S. et al (dirs.), Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag, Suhrkamp, Francfort del Main, pp. 254-277.
- Thomä, H. (1981), Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker, Suhrkamp, Francfort del Main.

- Thomä, H. (1983), Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytischer Techniken und der "Neubeginn" als Synthese im "Hier und Jetzt", in Hoffmann, S.O. (dir.), Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse, Fischer, Frankfurt del Main.
- Thomä, H. (1990), Zur Psychoanalyse der Angstsyndrome, "Psychother. med. Psychol." 40.
- Thomä, H., Houben, A. (1967), Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen, "Psyche" 21:664-692.
- Thomä, H., Thomä, B. (1968), Die Rolle der Angehörigen in der psychoanalytischen Technik, "Psyche" 22:802-822.
- Thomä, H., Rosenkötter, L. (1970), Über die Verwendung audiovisueller Hilfsmittel in der psychotherapeutischen Ausbildung, "Didacta Medica" 4:108-112.
- Thomä, H., Kächele, H. (1973), Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung, "Psyche" 27:205-236 y 309-355; versión inglesa: Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research, "Annu Psychoanal." 3: 49-119.
- Thomä, H., Grünzig, H.J., Böckenförde, H., Kächele, H. (1976), Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse, "Psyche" 30:978-1027.
- Thomä, H., Hohage, R. (1981), Zur Einführung einiger kasuistischer Mitteilungen, "Psyche" 35:809-818.
- Thomä, H., Kächele, H. (1989) Teoría y práctica del psicoanálisis, tomo I: Fundamentos, Editorial Herder S.A., Barcelona.
- Ticho, E.A. (1971), Probleme des Abschlusses der psychoanalytischen Therapie, "Psyche" 25:44-56.
- Ticho, E.A. (1974), D.W. Winnicott, Martin Buber and the theory of personal relationships, Psychiatry 37:240-253.
- Tinberger, N. (1952), "Derived" activities: Their causation, biological significance, origin and emancipation during evolution, "Quart. Rev. Biol." 27:1-32.
- Tölle, R. (1983), Ärztliche Überlegungen zum Einsichtsrecht des Patienten, "Dt. Ärzteblatt" 18:47-53.
- Tugendhat, E. (1979), Selbstbewußtsein und Selbstbestimmung. Sprachanalytische Interpretationen, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt del Main.
- Tugendhat, E. (1984), Probleme der Ethik, Reclam, Stuttgart.

- Uexküll, T. von (1985), Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin, "Praxis Psychother. Psychosom." 30:95-103.
- Uexküll, T. von (dir.), (1986), Psychosomatische Medizin, 3ª edición, Urban & Schwarzenberg, Munich-Viena-Baltimore.
- Van Dam, H. (1987), Countertransference during an analyst's brief illness, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 35:647-655.
- Vogt, R. (1986), Psychoanalyse zwischen Mythos und Aufklärung oder Das Rätsel der Sphinx, Campus-Verlag, Francfort del Main-Nueva York.
- Waelder, R. (1930), Das Prinzip der mehrfachen Funktion. Bemerkungen zur Überde-terminierung, "Int. Z. Psychoanal." 16:285-300; versión inglesa: (1936) The principle of multiple function. Observations on overdetermination, "Psychoanal. Q." 5:45-62.
- Waelder, R. (1960) Basic theory of psycho-analysis, International University Press, Nueva York.
- Walker, L.E.A. (dir.), (1988), Handbook of sexual abuse of children, Springer Publi-shing Company, Nueva York.
- Wallerstein, R.S. (1973), Psychoanalytic perspectives on the problem of reality, "J. Am. Psychoanal. Assoc." 21:5-33.
- Wallerstein, R.S. (1981), Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic su-pervision, International University Press, Nueva York.
- Wallerstein, R.S. (1983), Reality and its attributes as psychoanalytic concepts: an historical overview, "Int. Rev. Psychoanal." 10:125-144.
- Wallerstein, R.S. (1986), Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy, Guilford, Nueva York.
- Wangh, M. (1987), The genetic sources of Freud's difference with Romain Rolland on the matter of religious feelings, en Blum, H., Kramer, Y., Richards, A.K., Ri-chards, A.D., (dirs.) Fantasy, mith and reality, Int. Univ. Press, Madison, pp. 40-66.
- Weber, J.J., Elinson, J., Moss, I.M. (1966), The application of ego strength scales to psychoanalytic clinic records, en Goldman, G.S., Shapiro, D. (dirs.), Develop-ments in psychoanalysis at Columbia University, Hafner, Nueva York, pp. 215-273.
- Weber, M. (1904), Der Sinn der "Wertfreiheit" der soziologischen und ökonomi-schen Wissenschaften, en Weber, M. (1968), Methodologische Schriften (Studien-ausgabe), Fischer, Francfort del Main, pp. 229-277.
- Weber, M. (1921), Soziologische Grundbegriffe, Mohr, Tübingen.
- Weiner, H. (1977), Psychobiology and human disease, Elsevier, Nueva York.
- Weinrich, H. (1968), Die Metapher, "Poetica" 2:100-130.
- Weinrich, H. (1976), Sprache in Texten, Klett, Stuttgart.

- Weiss, E. (1988), Symbolischer Interaktionismus und Psychoanalyse. Zur Geschichte und Bedeutung ihres theoretischen Verhältnisses, "Psyche" 42:795-830.
- Weiss, J., Sampson, H. (1986), The psychoanalytic process, Guilford, Nueva York-Londres.
- Weizsäcker, C.F. von (1987), Viktor von Weizsäcker zwischen Physik und Philosophie, en: Hahn, P., Jacob, W. (dirs.), Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Weizsäcker, V. von (1950a), Diesseits und jenseits der Medizin, Köhler, Stuttgart.
- Weizsäcker, V. von (1950b), Zwei Arten des Widerstandes, "Psyche" 4:1-16.
- Weizsäcker, V. von (1951), Fälle und Probleme, 2ª edición, Thieme, Stuttgart.
- White, T.W. (1963) Ego and reality in psychoanalytic theory. A proposal regarding independent ego energies, (Psychological issues, vol. III, nº 3, monografía 11) , International University Press, Nueva York.
- Wilson, E. jr (1987), Did Strachey invent Freud? "Int. Rev. Psychoanal." 14:299-315.
- Winnicott, D.W. (1949), Hate in the countertransference, "Int. J. Psychoanal." 30:69-74.
- Winnicott, D.W. (1956), Zustände von Entrückung und Regression, "Psyche" 10:205-215.
- Winnicott, D.W. (1965), The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development, International University Press, Nueva York.
- Winnicott, D.W. (1972), Fragment of an analysis.
- Wirsching, M., Stierlin, H. (1982), Krankheit und Familie, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Wirsching, M., Stierlin, H., Haas, B., Weber, G., Wirsching, B. (1981), Familien-therapie bei Krebsleiden, "Familiendynamik" 6:2-23.
- Wittgenstein, L. (1984), Werkausgabe, tomo 8, publicado por: Suhrkamp, Francfort del Main.
- Wodak-Leodolter, R. (1979), Probleme der Unterschichttherapie. Aspekte einer empirischen Untersuchung therapeutischer Gruppen, en Flader, D., Wodak-Leodolter, R. (dirs.), Therapeutische Kommunikation. Ansätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozeß, Scriptor, Königstein/Ts., pp. 186-207.
- Wolf, E.S. (1979), Transferences and countertransferences in the analysis of disorders of the self, "Contemp. Psychoanal." 15:577-594.

- Wolf, E.S. (1983), Empathy and countertransference, en Goldberg, A. (dir.), The future of psychoanalysis, International University Press, Nueva York, pp. 309-326.
- Wolff, H.G. (1977), The contribution of the interview situation to the restriction of phantasy, life and emotional experience in psychosomatic patients, "Psychother. Psychosom." 28:58-67.
- Wurmser, L. (1977), A defense of the use of metaphor in analytic theory formation, "Psychoanal. Q." 46:466-498.
- Wurmser, L. (1987), Flucht vor dem Gewissen, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York-Tokyo.
- Wyss, D. (1982), Der Kranke als Partner, tomos 1 y 2, Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga.
- Wyss, D., Bühler, K.E. (1985), Von der Daseinsanalyse zur anthropologisch-integrativen Psychotherapie, "Nervenheilkunde" 4:222-226.
- Yalom, I.D., Elkin, G. (1974), Every day gets a little closer. A twice-told therapy, Basic Books, Nueva York.
- Zenz, H., Brähler, E., Braun, P. (1975), Persönlichkeitsaspekte des Kommunikationserlebens im Erstinterview, "Z. Psychosom. Med. Psychoanal." 21:376-389.
- Zeppelin, I. von (1987), Outline of a process model of psychoanalytic therapy, en Cheshire, N., Thomä, H. (dirs.), Self, symptoms and psychotherapy, Wiley, Nueva York, pp. 149-165.
- Zerssen, D. von, Möller, H.J., Baumann, U., Bühringer, G. (1986), Evaluative Psychotherapieforschung in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin, "Psychother. Med. Psychol." 36:8-17.
- Zetzel, E.R. (1966), Additional notes upon a case of obsessional neurosis: Freud 1909, "Int. J. Psychoanal." 47:123-129.
- Zulliger, H. (1957), Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kindertiefenpsychologie, Huber, Berna.

Indice de nombres

Abraham, K. 80 216
Adler, A. 113 482
Ahrens, S. 493 498
Aichhorn, A. 249
Albert, H. 319
Alexander, F. 193 216 433 480ss 483s 486 488
Amsterdam, B.K. 131 215
Anderson, C.M. 470
Anzieu, A. 20
Anzieu, D. 21
Argelander, H. 14
Aristóteles 301
Arlow, J.A. 2 90 300

Bachrach, H.M. 502
Bahnson, C.B. 489
Balint, M. XVII 10 23 111 214 260 354 375 486 488s 504
Baranger, M. 265s
Bartels, M. 6
Beckmann, D. 100 423 511
Beigler, J.S. 16
Benedetti, G. 498
Benkert, O. 424
Bergin, A.E. 286
Bergmann, P. 370

Bernfeld, S. 23 309
Bernstein, B. 229
Bertin, C. 370
Bettelheim, B. 3
Bilger, A. 381
Binder, J.L. 100
Bion, W. 147 150s 354
Black, M. 301
Blarer, A. von 326
Blos, P. 248s
Blumenberg, A. 548
Blumenberg, H. 300
Blumer, H. 99

Bohleber, W. 437
Bonaparte, M. 370
Boor, de C. 23
Boszormenyi-Nagy, I. 469
Bowlby, J. 26 423 502s
Bracher, K.D. 361
Brähler, E. 498
Brandt, L.W. 3
Braun, H. 539
Bräutigam, W. 193 218s 502 508
Brecht, B. 530
Brenner, C. 2 20
Breuer, J. 217
Brogle, I. 326
Bromley, D.B. 25

Brull, H.F. 3
Bruner, J. 490
Bruzzone, M. 331
Buber, M. 285 540
Bucci, W. 190 284
Bühler, K. 312
Bürgin, D. 250
Burland, J.A. 20

Cannon, W.B. 114 418
Cardinal, M. 21 297
Carveth, D.L. 301
Cassirer, E. 539
Castaneda, C. 295
Cleveland, S.E. 191
Cooley, C.H. 131
Cooper, A.M. 504
Covner, B.J. 31
Cremerius, J. 10 16 157 162 227 375 493
Cundo, P. 5

Charcot, J.M. 16 425 433
Charlier, T. 361
Chasseguet-Smirgel, J. 361 370
Cheshire, N. 191 456
Chiozza, L. 484 489
Chomsky, N. 309
Christian, P. 218s 433
Christoffel, H. 302s

Dahl, H. 21 32
Danckwardt, J. 80
Darwin, C.R. 114 432
Deffner, G. 493
Deutsch, F. 30
Deutsch, H. 105 369
Dewald, P.A. 20
Doolittle, H. 298
Drewermann, E. 548

Drigalski, D. 21
Dührssen, A. 502
Düsing, E. 456
Dupré, W. 538

Eagle, M. 12 22
Eckstaedt, A. 362
Edelson, M. 14 18
Ehlich, K. 312
Ehrlich, P. 469
Eickhoff, F.W. 362
Eimer, M. 13 471
Einstein, A. 287
Eissler, K. 338 340 501
Ekstein, R. 519
Elkin, G. 21
Engel, G.L. 360 491
Erikson, E.H. 2 98 131 180s 190s 215 248s 368
Etchegoyen, R.H. 156
Etcheverry, J.L. 109

Fahrenberg, J. 193 499s
Fain, M. 491
Fara, G. 5
Faris, M. 81
Farrell, B.A. 14
Faßbinder, R.M. 379
Fasshauer, K. 217
Fenichel, O. 19 153 155 502
Ferenczi, S. 10 36 74 115 154ss 216s 375 432
Feuerbach, L. 536ss
Fichte, J.G. 456
Fiedler, I. 172
Fink, K. 532
Fiscalini, J. 151
Fisher, S. 191 194
Flader, D. 287 309 312
Flescher, J. 418
Fließ, W. 112

Fonagy, I. 30
Forrester, J. 499
French, T.M. 484
Freud, A. 74 84 153 321s 405 460
Freud, S. (1895b) 416s
Freud, S. (1895d) 9 12ss 248 360 432 501
Freud, S. (1895f) 12
Freud, S. (1896b) 214
Freud, S. (1900a) 8 85s 487
Freud, S. (1901b) 12
Freud, S. (1905a) XVII
Freud, S. (1905d) 248 302 367
Freud, S. (1905e) XVIIIs.15 522
Freud, S. (1910h) 88
Freud, S. (1910i) 433
Freud, S. (1912e) 259
Freud, S. (1912-13) 495
Freud, S. (1914g) 162
Freud, S. (1915a) 53
Freud, S. (1915b) 129
Freud, S. (1915d) 412
Freud, S. (1916d) 262 368
Freud, S. (1916-17) 16s 26 190 215 283s 432s 460 469 487
Freud, S. (1918b) 13s 113 167 265
Freud, S. (1919a) XXI 85
Freud, S. (1919h) 130
Freud, S. (1919j) 502
Freud, S. (1920a) 24
Freud, S. (1920g) 131
Freud, S. (1922b) 9
Freud, S. (1923a) 318
Freud, S. (1923b) 172 365
Freud, S. (1925h) 478
Freud, S. (1926d) 8s 381 416ss
Freud, S. (1926e) 284
Freud, S. (1927c) 537 548
Freud, S. (1927e) 258
Freud, S. (1930a) 215
Freud, S. (1931b) 369

Freud, S. (1933a) 7 13 369 487 494
Freud, S. (1933b) 287
Freud, S. (1937c) 8s 468s 487 509
Freud, S. (1937d) 148
Freud, S. (1940a) 23 85 167 181 258 326
Freud, S. (1950a) 112
Freud, S. (1955a) 17
Freud, S. (1963) 549
Frick, E.M. 346s
Fromm, E. 361

Gadamer, H.G. 129
Galenson, E. 370
Gardiner, M. 16
Garfield, S.E. 286
Garma, A. 486
Gaus, E. 501
Gay, P. 540
Gebaattel, V. von 358
Gedo, J.E. 325
Geist, W.B. 214
Geleerd, E. 19
Gill, M.M. XVII 31s 36s 44 156s 330 347 386
Giovacchini, P.L. 19
Glenn, J. 16
Glover, E. 19 23 25 31
Göbel, P. 300
Görres, A. 548
Goethe, J.W. von 515
Goffman, E. 88
Goldberg, A. 20
Goudsmit, W. 236
Gould, R.L. 321
Grassi, E. 302
Grawe, K. 415
Greenberg, R.P. 194
Green, H. 21

Greenacre, P. 258 418
Greenson, R.R. 16 19 325 406 422
Grey, A. 151
Grinberg, L. 140 151
Groddeck, G.W. 36 154ss 484 487
Grodzicki, W.D. 312
Grosskurth, P. 332
Grünbaum, A. 5 7 18 432 494 500 538
Grunberger, B. 361
Guntrip, H. 21
Gurman, A.S. 471

Habermas, J. 5ss 100 133
Haegglund, T.B. 501
Haesler, L. 361
Häfner, H. 420ss
Hamilton, N.G. 151
Hartmann, H. 9 86 321
Hastedt, H. 499
Head, H. 434
Heidegger, M. 113
Heigl-Evers, A. 323
Heigl, F. 323
Heimann, P. 31 99 152 331
Heinrich, K. 546
Heising, G. 228
Hegel, G.W.F. 456
Henseler, H. 122
Hermes 3
Hilgard, J.R. 360
Hippius, H. 424
Hitler, A. 270s 275 362s 366 368 506 526 531s
Hirsch, E.D. jr. 3 6 386
Hoffer, A. 324 326
Hoffer, W. 85
Hoffman, I.Z. 31 37 44 386
Hoffmann, S.O. 420 423

Hohage, R. 19 334 510 513
Holland, N.N. 17
Hollingshead, A.B. 227
Holzman, P.S. 19
Homero 310
Houben, A. 24
Hübner, K. 546
Humboldt, W. von XXI
Hume, D. 13

Isaacs, S. 24

Jacob, P. jr. 32
Jackson, H. 487
Jacobson, E. 80
James, W. 30
Jiménez, J.P. 17 109 182 235 322 355 381 487
Joas, H. 99
Johnson, V.E. 513
Jones, E. 2 16 128 135 538
Joraschky, P. 434
Joseph, E. 22
Jong, E. 21
Jung, C.G. 95 112s
Junker, H. 3 229
Kächele, H. 18 22 25 31 172 214 293 302 338 422 474 487 502 507 546
Kafka, F. 71 74 355
Kafka, J.S. 358
Kanzer, M. 16
Kaplan, H.F. 319
Kasper, W. 548
Keller-Bauer, F. 310
Kernberg, O.F. 149 382 502
Kerz, J. 494
Kettner, M. 494

Khan, M.M.R. 9
Kierkegaard, S. 182
Klann, G. 285s
Klauber, J. 10 157 161 332
Klein, D.F. 421
Klein, G.S. 9
Klein, M. 19 80 84 138 147ss 153ss 265 332 479
Kleist, H. von 198 201
Klerman, G. 497
Köhle, K. 501
Köhler, L. 134 137
Köller, W. 301
König, K. 423
Körfer, A. 289
Körner, J. 546
Kohut, H. 10s 127 130ss 137 151 156s 181 191 292 364 456
Kolakowski, L. 546
Kordy, H. 504
Krause, R. 30 101
Kris, E. 524
Krueger, D.W. 264
Kubie, L.S. 23 27s 31 486
Kübler, C. 510 513
Küchenhoff, J. 191
Küng, H. 540 549
Kurz, G. 310
Kutter, P. 488

Lacan, J. 2 20 113 130ss
Lachmann, F.M. 37
Lambert, M.J. 502
Lampl-de-Groot, J. 369 406
Lang, H. 20 346
Langer, S.K. 539
Laplanche, J. 112 131s
Lasch, C. 361
Laufer, M. 248
Leavy, S.A. 285

Lebovici, S. 140
Lelliott, P. 421
Leodolter, R. 229
Lerner, R.M. 248
Leuzinger-Bohleber, M. 32 456 510 512
Levitt, M. 131 215
Lewin, B.D. 300 429
Liberman, D. 309
Lichtenberg, J.D. 8 101 149 325 444
Lichtenstein, H. 88
Lipowski, Z.J. 484
Lipton, S.D. 20
Little, M. 117
Loewald, H.W. 86 133 137 194 365
Löw-Beer, M. 524 533
London, N.J. 16
Lorenz, K. 114 208
Lorenzer, A. 4ss.539
Luborsky, L. 31 35 39 159 286 353 512
Luckmann, T.H. 87s
Lütolf, P. 30
Lugo, M. 32

Mach, E. 494
MacLean, P. 492
McFarlane, K. 386
Mahler, M.S. 20 215
Mahony, P.J. 3 13s 16s 309 332
Margolin, S.G. 489
Margraf, J. 421
Marks, I. 421
Marquard, O. 114
Marten, R. 530
Martini, P. 471
Marty, P. 478 491ss
Marx, K. 536
Masling, J. 21
Mason, A. 20

Massing, A. 470
Masters, W.H. 513
Matte Blanco, I. 532
Maurer, Y. 498
Maymann, M. 81
McDougall, J. 140 489 498
McDougall, W. 127
McLaughlin, J.T. 26 30
Mead, G.H. 99s 133 456
Meehl, P.E. 7
Meerwein, F. 501
Meissner, W.W. 151 320 540 549
Meltzer, D. 19
Mendelson, M. 489
Menne, K. 227s
Menninger, K.A. 19 237
Mentzos, S. 420 422 424
Mergenthaler, E. 26
Merleau-Ponty, M. 131
Mester, H. 191
Meyer, A.E. 29 31s 193 293 484 490
Miall, D.S. 300
Michels, R. 2
Mill, J.S. 13 471
Miller, A. 295
Mintz, J. 360
Minuchin, S. 470
Mitscherlich, A. 23 480 487s
Mitscherlich, M. 216s 488
Mittelstraß, J. 282
Momogliano, L.N. 21
Morgenstern, C. 60
Morgenthaler, F. 86
Moser, T. 21 47 498
Moser, U. 32 101 162
Müller-Braunschweig, H. 498
Muschg, W. 14
M'Uzan, M. de 491s

Nase, E. 549
Nedelmann, C. 504
Neisser, U. 518
Nemiah, J.C. 492s
Neudert, L. 25 89 510 512
Neumann, F. 289
Neumann, H. 260
Nestroy, J.N. 101
Niederland, W.G. 16
Nietzsche, F. 339 347 410 536s
Nin, A. 21
Nunberg, H. 367

Ogden, T.H. 148
Olbrich, E. 248
Ornston, D. 3
Ortony, A. 300
Orwell, G. 129
Ostow, M. 497
Otto, J. 468
Overbeck, G. 493
Paivio, A. 190
Palazzoli Selvini, M. 470
Parin, P. 326
Parin-Matthèy, G. 326
Perrez, M. 13s 16 468
Peterfreund, E. 25 32 324 524
Peterman, F. 25
Petzold, E. 470
Pfandl, L. 130
Pfeffer, A.Z. 504
Pfeifer, R. 32
Pfister, O. 537 546 549
Philippopoulos, G.S. 191
Philipps, J.H. 539
Pick, A. 434
Platón 282

Pollock, G.H. 360 483
Pontalis, J.B. 112 131s
Porder, M.S. 151s
Pribilla, O. 268
Pulver, S.E. 20ss

Quervain, P.F. de 540

Rabelais, F. 303
Racker, H. 101s 162
Rad, M. von 489
Rager, G. 499
Rangell, L. 153ss 418 432 485
Rank, O. 130 154ss 190
Rapaport, D. 3 26 208 434 509
Redlich, F.C. 227
Reed, G.S. 156
Rehberg, K.S. 127
Reich, W. 153ss 156 215 487
Reiter, L. 229
Ricoeur, P. 7
Richard, I.A. 300s
Richter, H.E. 230 423 511
Robbins, F.P. 503s
Robbins, M. 27
Rogers, R. 26 31 300
Roheim, G. 130
Roiphe, H. 370
Rokeach, D. 104
Rorschach, H. 514s
Rosen, V.H. 309
Rosenblatt, A.D. 16
Rosenfeld, H. 85 147 156 191
Rosenkötter, L. 25 30
Rossetti, D.G. 68 182 356
Rothstein, A. 368
Ruberg, W. 338 341

Rubinstein, B. 12 300
Rubovits-Seitz, P. 6
Rüger, U. 80

Sacks, S. 300
Sampson, H. 10 25 157 371
Sander, L.W. 98 137
Sandler, A.M. 29 37
Sandler, J. 23 29 33 37 100s 153ss 157 238
Sargent, H.D. 503
Sartre, J.P. 339
Saussure, F. de 309
Schalmey, P. 16
Scharfenberg, J. 549
Schaumburg, C. 471
Scheidt, C.E. 114
Scheler, M. 114
Schilder, P. 191s 434s
Schiller, F. von XXI 300, 541
Schimek, J. 512
Schleiermacher, F.D.E. 3
Schlesier, R. 546
Schlessinger, N. 503s
Schmale, A.H. jr. 491
Schmidl, S. 23
Schmidt A 451
Schneider, E. 537s
Schneider, P.B. 490 498
Schneider, W. 444
Schönau, W. 14
Schöne, A. 444
Schopenhauer, A. 102 114 306
Schou, M. 75 80
Schröter, K. 227ss
Schreber, D. 295
Schüffel, W. 486
Schultz, H. 214
Schur, M. 476 487s 492

Schütz, 456
Schwaber, E.A. 20s
Searles, H.F. 117
Segal, H. 19 156
Seiffge-Krenke, I. 248
Sellschopp, A. 501
Senf, W. 504
Shakow, D. 26 31
Shane, E. 20
Shapiro, T. 322
Shakespeare, W. 30
Sharpe, E.F. 19 301
Sheehan, D.V. 421
Sheehan, K.H. 421
Shengold, L. 17
Sherwood, M. 12 16
Sifneos, P.E. 491ss
Silverman, M.A. 20s
Singh, R. 309
Sócrates 282s
Spence, D.P. 22 25 31s
Sperling, E. 470
Spielberger, C.D. 422
Spillius, E.B. 19
Spitz, R.A. 217 284
Stein, M. 124
Steiner, R. 84
Stepansky, P.A. 482
Sterba, R.F. 86s 139 249
Stern, D. 84 134 137 285
Stern, M.M. 27
Stevenson, R..L 368
Stiemerling, D. 81
Stierlin, H. 470
Stoller, R.J. 31s 88 143 258 370
Stolorow, R.D. 37
Stone, L. 80
Strachey, J. 3 113 181 272 300 319 381
Straus, E. 131 215

Strian, F. 191 416 424
Strupp, H.H. 7 100 440 507
Stunkard, A.J. 185
Szecsödy, I. 517ss
Szondi, F. 7

Teller, V. 32 300
Thomä, B. 259
Thomä, H. 5 7 10 19 23ss 30 100 148 191 259 293 358 361 369s 415 418 425
460 468 474 476 480 487 524 546
Ticho, E.A. 237 285 509
Tinberger, N. 208
Tölle, R. 268
Tugendhat, E. 88 320 528
Todt, E. 248

Uexküll, T. von , 484ss

Van Dam, H. 334
Varda, A. 295
Veiel, H. 420
Vogt, R. 546

Waelder, R. 418
Walker, L.E.A. 386
Wallerstein, R.S. 42 237 322 502 508s 519
Wangh, M. 540
Weber, J.J. 502
Weber, M. 319
Weiner, H. 483s 486
Weinrich, H. 300 310 312
Weiss, E. 99
Weiss, J. 10 25 157 371
Weizsäcker, C.F. von 489
Weizsäcker, von V. 474 489s

White, T.W. 133
Wilson, E. jr. 3 113
Winnicott, D.W. 19s 117 122 132s 285 388 443 518

Wirsching, M. 470
Wittgenstein, L. XIX 101
Wodak-Leodolter, R. 229
Wolf, E.S. 133s 137 327
Wolff, H.G. 498

Wundt, W. 12
Wurmser, L. 20 173 301 349 424
Wyss, D. 490

Yalom, I.D. 21

Zenz, H. 512
Zeppelin, I. von 101
Zerssen, D. von 502
Zetzel, E.R. 17
Zinn, E. 26
Zulliger, H. 249
Zweig, S. 515

Índice de materias

A

Abreacción (véase catarsis)
Abstinencia 115 135 323 497s
Acción
teoría psicoanalítica de la 432
Acción de prueba 54 333
Actitud psicoanalítica 10 55
Actividad y pasividad 8 159 453
Acto fallido
del paciente 154 255 366 384
del terapeuta 350
olvido momentáneo 352s
Actitud de abertura 318ss
Actuación 264 375ss
acting in 138 377
acting out 72
en la transferencia 65 138 383
interrupción de la sesión 141
interrupción del tratamiento 66
nuevo comienzo 375
recordar 377
sexual 384

suicidio y (véase también suicidio) 65 122
Adolescencia 48s 58s 166 248ss 294 367 437
autoobservación en la 248
avidez de vivencias 249
Afánisis 128 135
Afecto(s) (véase también emoción) 100 199
afectividad 285
como defensa 159
de angustia (véase angustia)
del analista (véase también emoción) 100
desmentida de afectos 56 158ss
teoría de los 114

Agresión, agresividad, (véase también destructividad) 69 158s 197 236 418s
440s
afrenta 9 368
amenaza de suicidio 122
anal 306
angustia y 424
autoagresión 368 477
autonomía y 520
edípica 44
en la contratransferencia (véase con-tratransferencia)
evitación de la 162 261ss 399
expansión y 390
identificación (véase también identi-ficación) 69 355
pasiva 172
potencial de 110

transferencial 91s
Agresor (véase identificación)
Aislamiento (véase defensa)
Alergia 478s
Alexitimia 474 491ss
pensamiento operatorio 478s 493
teoría de la 491ss
Alianza de trabajo, relación de trabajo 35 38ss 57 147 474
errores técnicos 406
fase de iniciación 256
principio de salvaguardia 242
relación "que ayuda" (véase también relación) 287ss
Ambigüedad 204
Ambivalencia 89 125 195 365 417 457s 546
Amor 214 241
ansias de 271
capacidad de trabajo y 515
fantaseado de la madre 143
fetichista 257
hacia el analista 72
odio y 117
pedofílico 241
Analidad 172
autonomía anal 143
homosexualidad 61
Análisis (véase psicoanálisis)
Analista (véase psicoanalista)
Analizabilidad 54 226ss 326 509 514 542
Anamnesis 436s
Angustia(s) o miedo
ante el parto 369s 431
ante la crítica 168
anticipatoria 421
arcaica 128
biologización de la 420
como síntoma 88
condiciones de 9
de aniquilación 364
de avergonzamiento 42 57 252 380

de castigo 130 204
de castración, (véase también castra-ción) 135 172 370 400
de contacto 121
de daño 95 137 204 372
de desmembramiento 132
de enloquecer, psicotofobia 42 223 419
de enrojecimiento (eritrofobia) 39 51
de homosexualidad 252 271 399
de la mujer 369s
de la sexualidad 390 394
de pérdida 199 405
de pérdida de objeto 92
de pérdida del control 179 373 405
de pruebas 171
de rechazo 59 454
de separación 438
de vergüenza 39 191
de violación 369
de volar 467
defensa y 162
depresión y 420
difusa 168 174 288s
enfermedad de 420
equivalente de 423
existencial 420 436
fobias infantiles 49
frente a la sexualidad 390 394
génesis de la 391
hipocondríaca (véase también hipo-condría) 42 328
libremente flotante 421
miedo al miedo 40
miedo y 422
neurótica 415
pánico 43 55 421ss
paranoide 147s 479
pulsional 183 358 424 461
reacción de alarma 418
real 417
religión y 536

señal de 418
situación de peligro 417
social 215
sueño de, pesadilla 367 426
superación de la 391
técnica de tratamiento de la 420s
teoría de la 11 416ss
Anonimato 115 330ss
Anorexia nerviosa 67ss 118 121 181s 354s 460ss
amenorrea 70
ataque de ingestión 355 396
compulsión de movimiento 462
hambre 185 461
peso corporal 70
sensación corporal 70s 185 306
Animismo 201 210
Antropología 99
Antropomorfismo 201 305
"Aquí y ahora" (véase también transfe-rencia) 44 156 484
Arreglo de vida neurótico 398
Asco 430 462 479
Asistente (trabajador) social 237
Asociación gremial psicoanalítica XVII 332
Asociación libre (véase también regla fundamental)
del analista 294
en el proceso analítico 428
resistencia y 163
Atención parejamente flotante 33
monólogo interno 31
proceso cognitivo y 32
Atribución retroactiva (véase retroacti-vidad)
Autoerotismo 132
Autógeno (véase entrenamiento)
Automalentendido científicista 5
Autonomía 46 140 215 409 516
como valor 320
conflicto de 522
pseudoautonomía 162 166

B

Banco de texto de Ulm 25s
Bebé (lactante)
e identidad del sexo 370
núcleo psicótico del bebé 149 265
Bipersonalidad 114 209 490 497s
Borderline (véase casos fronterizos)

C

Cambio(s) 503
meta del 326
procesos cognitivos 512s
teoría del 512s
Capacidad de rêverie 150
Capacidad simbólica
y pensamiento operatorio 493
Carácter
anal 206
análisis del 154s
coraza 215
diagnóstico del 269
neurosis de 382
pasivo-agresivo 383
resistencia del 154s 162ss 180ss
Carencia 72s 156 171 173 376 410
enfermedad por 73 169 445 454ss
fantasía de carencia 84 233
maternalidad 83
Caso único
investigación de un 25 216s 471 481s
presentación de un 15 216s 509s
Casos fronterizos (borderline) 144 382 488 497s
Castigo 56
angustia de 130 205
Castración 135 207 429 477

angustia de 135 172 370 400
defectos corporales 199
Catamnesis (véase también resultados) 21 124 468 481 504
Catarsis 217 381 387
y traumatismo 388
Causalidad 112 432
teoría de la 12 481ss
Celos 48 84
Cercanía 177ss
Cifrado XVII
Círculo vicioso 88 92 101 147 193 201 215 255 264 384s 476
estereotipias 14
Clarificación (véase también técnica) 204
Clasificación 416
Complejo de Edipo 11 44 55 57s 71 120 193 374 428s 461 475 523
conflicto edípico
etapa preedípica (véase trastorno temprano)
Complementariedad 99
Comprender 5 116 310
y explicar 137
Compulsión, obsesivo-compulsivo(a) 88s 110
conducta 366 522
de control
neurosis 367ss 517ss 540ss
omnipotencia de los pensamientos 461
representación 262 364 525 532
síntoma 234 354 361 475
Comunicación
averbal 30 145 175 285
en la vida cotidiana 228 289 318
identificación proyectiva y 147
transcripción 29s
Común denominador 59ss 69s
Conciencia moral (véase superyó)
Condiciones de cambio 16 18 35 140 510
Conducta
autodestructiva 159
cambio conductual 183
Conductismo 490

Conflicto

de autonomía 522

de separación 361

frente a la autoridad 233 235

madre-hija 89 398

potencia 103

solución del 320

Confrontación 158s 174 224

Constancia de objeto (véase objeto)

Constitución del "nosotros" 87 139 212 249 387

Construcción (véase interpretación)

Consultorio (oficina del analista) 330 336ss 402

Contratransferencia 80 99ss 115 474

agobio en la 101 333

agresiva (véase también negativa) 120ss

ambivalencia del analista 548

amor y odio 117

angustia en la 144

angustias castratorias del analista 391

atención parejamente flotante 294

complementaria 105ss

comunicación no verbal 124 145

concepción total 147s

concordante 102ss

de "objeto-sí mismo" 133ss

ecuación personal 33 172

empatía 321s 377s

erótica 117ss

específica de la profesión

especular 135

fantasía sexual 145

frialdad de sentimientos 329

identificación proyectiva 147s 151s

ironía 124ss 145

monólogo interno del analista 31

negativa 124s

odio y rabia 114 122 140

participación del paciente en la 10 101 114ss 119 122 145 186 328 333

profesional 100 350

puesta de límites 325
reflexión narcisista 127ss 134s
religiosidad 540 542
"retrofantasear" (Zurückphantasie-ren) 111
supervisión 518
trastorno de la 112 150s
Conversación (véase diálogo)
Conversión 425 432ss
teoría de la 218 432ss
Correlación psicósomática y somato-psíquica 70 193 480ss 484ss 496 499ss
Couch (véase diván)
Crítica
epistemológica 7
Creatividad 398
Cronificación 361
Cuentos infantiles 390 392
Cuerpo, corporal (véase también es-quema corporal) 419
lenguaje 29s
sentimiento (o sensación) 70s 73 429s 495
problema cuerpo-psique 433s 483s
terapia 217 498
unidad cuerpo-psique 495s 500
yo corporal 419
Culpa, sentimientos de 90 108 117ss 171 204 234 262 270 360s 427 457 477
del analista 66
destructividad y 93
religión y 539
Cura 235
Curiosidad 44 124 222
sexual 50

D

Dación de estímulo 206 221ss 336
Datos
dependencia teórica 19s
formación teórica 32
independencia 4 7

transcripciones literales 29

Defensa

- aislamiento 514
- anulación de lo sucedido 345
- de angustia 232
- depresiva 173
- desmentida (véase desmentida)
- desplazamiento (véase desplazamiento)
- distanciamiento 159 178 391
- escisión 207s
- evitación (véase evitación)
- formación reactiva 166 199 287
- identificación proyectiva, (véase identificación)
- intelectualización 141
- mecanismos de 9
- narcisista 180
- procesos de 153 353 358
- proyección (véase también proyección) 237 271
- racionalización 298
- renuncia altruista 368
- represión (véase represión)
- vuelco de pasividad en actividad 159 173
- vuelta en contra de la propia persona 261

Delincuencia, antisocial 236ss 246

Dependencia

- alcoholismo 225 365 377
- medicamentosa 121

Depresión 63 457ss

- dudas sobre sí mismo 358
- duelo 76 361 457
- intento e ideación suicida (véase también suicidio) 64s
- neurótica 88 269 358 398s
- posición depresiva 265
- prescripción de litio 74 78
- psicótica 74 358
- síntomas obsesivos 269
- y angustia 420

Desamparo, desvalimiento 8s 116 212 308 355 417ss 490

Descarga emocional (véase también catarsis) 244

Descarga pulsional 132 300 462 490 508
Descontento 74
Deseo (s)
cumplimiento simbólico de deseo 73
de apoyo 465
de dependencia 167
de discreción 340
de fusión 59ss 81
de protección 48
de reconocimiento 64
de tener un hijo 49 68 304 467
de ternura 48 164
exhibicionista 342 372
fálico 201
homosexual 148 380
incestuoso 374s 383 426
infantil 385s
mortal 532
perversos 134
reparatorio 202
Desfloración 92 372 430
Desgano 167ss
testarudez anal 172
Desidealización (véase idealización)
Desintegración 191
Desmentida 461 464
de la angustia de castración 389
de los afectos 158ss
Desmitologización 21
Desplazamiento 258 425 427 429ss 464 469
Destructividad (véase también agresi-vidad) 66 94 123 143 361 412
Desvalorización
del analista 61 124
Diagnóstico 100 224 381s 423 434
de interacción 100
de la familia 470
diagnóstico de sí mismo 216 225
errado 423
psicométrico 511ss

Diálogo psicoanalítico
asimétrico 291
estilo 282
flexibilidad y 290
grabación magnetofónica y trans-cripción 1 17 25s 30
interior del paciente 376 402
investigación del 289s 309
malentendidos en el 405s
monólogo 162s
pronombres personales 312
proveniencia social y 227
típico ideal 286
Discreción 45
Dismorfofobia, angustia de deforma-ción 109 191ss 202 434
Disposición psíquica 13 193
Diván 27 30 56 71 139ss 176 288 289ss 342 367 443 452
contacto visual 405
Doble 130
Dogmatismo 95
Dolor 499
de separación 201 409
Dualismo 190
Duelo (véase depresión)

E

Ecuación personal del analista 172
Efectos secundarios
corrección de los 46
prescripción de medicamentos y 497
transferencia y 10 41
Eficacia (véase también resultados) 4 10 129 275 387 471 499 509s
Ello (véase inconsciente)
resistencia del ello 167ss
Embarazo y concepción 70
aborto 407
aborto espontáneo 80s
anticonceptivos 369 399 429

conflictos del embarazo 39
imaginario 49 407
inmaculada 463 538
miedo a embarazarse (véase angustia)
relaciones sexuales y 50
Emociones (véase también afecto)
afrenta 9 368 379
amor 213 241
asco (véase asco)
celos 48 84
desesperación 358
desesperanza 358
desilusión 166
envidia (véase gratitud)
impaciencia 172ss
llanto 76s 238 244 459
odio (véase odio)
rabia 122 440 520
risa 459
sentimiento de venganza 526
sentimientos religiosos 539
simpatía 114
Empatía 115 148 308 321s 446 508
contratransferencial 134
denegación 327
Enamoramiento 57
Encuadre (setting) 438
análisis terminable e interminable 55 514
cambio de hora 254 349
diván y (véase diván)
duración y frecuencia 102 205 273 349ss 502ss
establecimiento del 10 56 139 326
grabaciones magnetofónicas 27 338s
llamadas telefónicas 66
puntualidad 350
Enfermedad 489
concepto de 278
conciencia de 181
corporal 194 433 499

desarrollo de la 218
dominio de la 215 485s 496 501
funcional 433
Entrenamiento autógeno 240
Entrevista (véase también Diálogo psicoanalítico) 14 221 230 233 237 241ss
250
esquema de la clínica Tavistock 23
parientes y 251
situación de emergencia 237
Epidemiología 8
Equivalencia 489
Eritrofobia 39s 51 460
Error(es) 378s 406ss 446 455
cotidianos 406
de principiante 66
técnicos 339 406
Escena (véase modelo escénico)
Escisión 84 124s 365 497
Escuelas psicoanalíticas 10 149
neurosis transferencial 16
Espejo (especular)
estadio del 130s
imagen del 130ss
metáfora 86ss 127s 133
Espontaneidad 10 330 407
Esquema e imagen corporal (véase también dismorfofobia) 109 111 127s 419
425 432ss 435s 463 496s
caquética 182
confusión del 364
defecto 190 200
estigmatización y 88 434 510
identidad y 88
imagen especular y 127
inconsciente de las vivencias y con-ductas 14
integridad corporal 194
Estancamiento (impasse) 172ss
Estigmatización 88 510
Estructura 362 367
cambio estructural (véase también cambio) 233 275 324 509

depresiva 269
neurótica 269
psicosomática 229 485s 491ss 498
teoría estructural 20
Ética 259
secreto profesional XVIIIs 259
Etiología 4s 12ss 216s 473 481 486ss
falla básica 488s
series complementarias 11s 216 488
situación desencadenante 201 481
Etología 208
Evitación 81
Experiencia
del síntoma 525 529
emocional correctora 46
Explicación, genética (véase también reconstrucción) 14 460ss
causal 495
psicoanalítica 417
Exploración (véase entrevista)

F

Factores eficaces 7 22 43 132 524
curativos 524 535
específicos e inespecíficos 468
Falla básica 488
Familia (parientes) 259ss
agobio de la 261ss
entrevista con la 251s 261s
neurosis familiar 470
novela familiar 363
terapia familiar 469ss
Fantasía(s)
de daño 110s 203
de salvación 66
de unificación 77
fantasear 114s 302
grandiosas 543

homosexual 385
inconsciente (véase inconsciente)
pregenital 95 212s 475
regresiva 166
sexual 119
urofílicas 303
Fase inicial (véase también técnica) 38 156
Felicidad 368
Femineidad primaria 370
Fenomenología 114 375 419ss 423 498 501
Fetichismo 257
Fijación, punto de 383s 477s 487ss 491
Financiamiento ajeno 264ss
financiamiento propio y 205 275ss
proceso terapéutico y 44
Fobia (véase angustia)
Foco XX 484 501
conflicto nuclear 11
terapia focal 173 214 467 467
Formación analítica 1s 504
candidatos 2 19 331 504
escuelas 32 332 504
grabaciones magnetofónicas y 25ss 31
institutos de 2 517
Formación reactiva (véase defensa)
Frigidez 370 372
Frustración 498
óptima 137
teoría de la 10s 307 371
tolerancia a la 480s 506ss
Fusión 60s 307

G

Ganancia de la enfermedad
primaria (véase defensa)
secundaria 71 440 476
Género sexual

diferencia de XVIII
rol sexual 11 54 88s 129 462 510
Goce fálico 165
Grabación magnetofónica 1 25ss 31 79 127 293 338ss
codificación, cifrado 339
como censura 340 343
daño por 346
discreción 294 345
pros y contras 346s
protocolos literales 26
proyección 339
transferencia 28 278 341 343
uso clínico 240
Gratitud y envidia 126 210

H

Hermenéutica
profunda (metahermenéutica) 6
psicoanalítica 7
tecnológica 6
Heurística psicoanalítica 112
Hipnosis 240s 399
Hipocondría 191 380 400 423 425 457 475
Hipótesis de la especificidad 13 216 468 480ss 492
Histeria 53 193 372ss
de angustia 369ss 425ss
trastorno de la imagen corporal 427
Historial clínico 1ss 11ss 322 361ss 472
psicogénesis 14
reconstrucción 13 18
sistemático 23
Historial de vida 237s 361ss 381
reconstrucción 8s 11 13s
Homosexualidad 59 177ss 377 381s 452 464 478
desarrollo paranoide 148
resistencia 399ss
somasoquismo 364

Honorarios 158 206 267 409

I

Ideal(es)

del yo (véase yo ideal)

formación del 199

religiosos 541

Ideal de obediencia 75

Idealización 143 248 292 457

desidealización 365 406 458ss

desvalorización y 292 458

Identidad

confusión de 384

crisis de 248ss

desarrollo de la 87

femenina 370

psicoanalítica XVII

resistencia de 180 368

sentimiento de 11

sexual 88

Identificación(es) 131 270 365 428ss

ambivalente 81 361

aprendizaje según modelos e 116

autor y víctima 362s

complementaria 105

con el agresor 231 355 533

con el analista (véase también psi-coanalista) 85 97 443 454 547

con el hermano 360

con la madre 369

contraidentificación 140

escisión del yo 86

introyección 361

masculina 402

primaria 91 476

relación "que ayuda" y 371 454

teoría de la 85

Identificación proyectiva e introyectiva 137ss 147ss 386 411

inducción recíproca de roles 151
interacción negociada 150
Ideología 361 368 536
nacionalsocialista 362
Imago
parental idealizada 132
Imitación 131 232 427s 432
de Cristo 434
Impotencia 191 343 394 472 477 514
eyaculación precoz 381 384
Incesto 53 81 386
deseos de 374s 382 426
fantasía de 90 477
formación de identidad y 386
padre-hijo 381 386s
Inconsciente 8s 13 22 37 63 99 116 129 136 147s 155 214 270 333 425 436
agresividad (véase también agresivi-dad) 82s 90s 110 118 158 196 235
ambivalencia (véase también ambi-valencia) 124
angustia (véase también angustia) 208 242 336
aspectos inconscientes de sí mismo 133 274
atemporalidad y ahistoricidad 156 358ss
cambio de roles 143
"camino real al" e 189
comunicación (véase también diálo-go) 99 133 143 147 284s 318
conflicto (véase también conflicto) 92 173 257 320
contenido 88 148s 202
cuerpo e 109 190 194 301 425 436 485 496
defensa e (véase también defensa) 352 358 370 413 421
deseo (véase también deseo) 49 55 66 73 80ss 90 106s 165 177 207 457
disposición reactiva, disposición (véase también etiología) 85s 101 121
envidia 84 145
esquema 14 84 172
estructura e 37 375 530
expectativas del analista 134 138
expectativas del paciente 9 197 249
fantasía 66 77 83 88 95 110 113 147 150s 153ss 189 257 303 316 359 382
identificación e (véase también identificación) 148 151s
interpretación e 154
memoria 32

motivo, causa 14 31 33 40 64 130 210 320
objeto 89 92
partes yoicas 133
percepción 101 293
preconsciente e 37
presente 37
sentimientos de culpa (véase tam-bién sentimientos de culpa) 90 128 158 171
261s 358ss 511
significado 301
simbiosis 265 464
simbolismo 95 109 219 390
"teoría del doble código" e (véase también teoría) 190 284
transferencia e (véase también transferencia) 89 359
Indicación 221ss
adaptativa 121 226 236
clase social e 227 230
criterios de 74
selectiva 221
transferencia erotizada e 54
Inespecificidad 216 481ss
Informe pericial (peer report) 275ss
Informes de tratamiento 17s 19
"Dora" 2 14
"Hombre de las ratas" 17
"Hombre de los lobos" 13s
"Katharina" 14 228
"Ricardo" 19
Insight 128 365 512 525
emocional 512
éxito terapéutico y 513 535
integración 524ss
recuerdo e 283
reflexión 529
relación terapéutica e 89
Insomnio (véase trastorno del sueño)
Instinto (véase pulsión)
Integración 274 525
de aspectos parciales propios 545
Intelectualización (véase defensa)

Intelección (véase insight)
Intencionalidad 150
Interacción
microinteracción 101
simbólica 99
social 99
y vivencia 524
Interaccionismo 131
Interconsulta 517ss
Interiorización 40 84ss 175 447 503
Interpretación 4 86 442 458
acción interpretativa 23 369ss 415
como instrumento de poder 327
contenido de verdad 533
contexto emocional y racional de la génesis de la 23s 90
curativa 201
de la defensa 226
de la resistencia (véase también re-sistencia) 167ss
de la teoría de las pulsiones 132
de metáforas 313
del "aquí y ahora" (véase interpreta-ción de la génesis actual)
del sentido 154
desde una contratransferencia ago-biante 126
efecto 7 117 196s
en la escuela kleiniana 84
en modo subjuntivo 442
escuela específica 32s
fanatismo interpretativo 155
genética (véase retrospectiva)
genética actual 36 90 143 145 374 431 441
lingüística 312ss
malograda 125
mutativa 176 272 381
participación del paciente en la gé-nesis de la 96
proceso interpretativo 6
reacción del paciente a la 372ss
retrospectiva 36 118 137 397
simbólica 316
superficial y profunda 155

técnica interpretativa (véase técnica)
técnica normativa ideal e 340
trasfondo teórico 531ss
validación 6 23s
Interrupción
ayuda transitoria e 124 406 410ss
reacción de separación 410 520
reacciones de crisis 121s
vacaciones, feriados 45s 61 198 240 245 273 359 377
Intersubjetividad 99 101 134 147s 150
procesos proyectivos 149
Intimidad 106 307
Introspección (véase insight)
del paciente 232
Introyección 150s
Investigación
de casos únicos 25 216s 471 481 502s
de los afectos 1 22 219
del desarrollo del tratamiento y de los resultados 8 25 31s 172 415ss 502s
interdisciplinaria 5s 309 524
terceros imparciales e 29 317
verificación de las hipótesis 4 6
Ironía del analista 124ss 145

L

Lectura del paciente
de informes periciales 275ss
de literatura psicoanalítica 47 297 371
Lenguaje
adquisición del 285
corporal 145 284 498s
cotidiano 285 549
de acción 148
del paciente 141
en imágenes 200 301 305
estilo lingüístico 493
habla y 72

materno 295
privado 105
teoría del 300
terapéutico 144 148 150 300s 305 498
uso del 528
Libido
inercia de la 167
Lingüística
interpretaciones lingüísticas 309ss
Lógica
explicación psicoanalítica 12
Lucha de poder 47 66
y contratransferencia 356 522

M

Madre (maternal)
amor 167 212
imagen de 8
ligazón 57 369 398
Madre-hijo 8 80 133s 150
interacción 72 75 84 370
investigación de la relación 8 148
relación 175
Manipulación 51
Masculinidad
autonomía 383
carencia de 380
Masoquismo 161 261 353 365
carácter masoquista 123
mentalidad de víctima 526ss
Masturbación 44 76 96 128 143 253 382 400 426 430 475
Medicamentos
prescripción de 126 497
psicofármacos (véase psicofármacos)
Menstruación 70 463
amenorrea 460
regulación hormonal 70

Metáfora(s) 204 300ss 501 516
aspectos psicoanalíticos 300ss
del continente (container) 151 353s
diálogo psicoanalítico y 300s
ejemplos de 169s 175 182 271 302s 305 315 351 411 516
especular 127 133
Metapsicología 5 494
principio económico de regulación 425 432 490
Metas terapéuticas 8 71 326 349ss 415 508
capacidad de amor y de trabajo 515
despliegue de la personalidad 267 506
metas de vida y 509
representación-meta 320 508s
Método psicoanalítico 4ss 8 16s 31s 36
cuerpo 495ss
empático-introspectivo 131
idealización del 322
metodología pluralista 484
Minusvalía de órgano 216 482
Mitología 114 536
arquetipos 547
de las pulsiones 494
(des) y remitologización 494 537 546
mito de Narciso 127 130
psicología profunda (dinámica) y 546
Modelo escénico o dramático 54 100ss 333 529
Modelo(s) de proceso (véase proceso psicoanalítico)
Monismo materialista 5 484 489s 495ss
Monólogos 162ss
Muerte
ansia regresiva 364
enfermedad de 182
enfermedad terminal 501
pulsión de 493
Mutuas de salud y compañías de seguros de enfermedad (véase también
financiamiento ajeno) 205 264ss
discreción 45 278
pronóstico 264 269s
solicitud de financiamiento e informe pericial 174 226 266ss

N

- Narcisismo 389 463s 477 495
 - como metáfora 361
 - del analista 339
 - personalidad y 138 436ss
 - primario 130
 - rabia narcisista 122 441
 - reconocimiento y 133
 - sádico-anal 365
 - satisfacción narcisista en el diálogo 383
- Narración 14 22s 25
- Naturalidad del analista 10 296 330ss
- Negación 165 187
- Negativismo 67ss 71ss 122 173 187
- reacción terapéutica negativa (véase reacción)
- Neurastenia 416
- Neurodermitis 471ss
- Neurofisiología 5s 416
- Neurosis 7s
 - cardíaca 423
 - de angustia 369ss 425ss 436ss
 - de carácter 382
 - de transferencia 16 38ss 259 405
 - depresiva 358
 - etiología de la 12
 - histórica (véase histeria)
 - obsesivo-compulsiva (véase com-pulsión)
 - situación desencadenante y 268ss
- Neutralidad 128s 138 318ss 324 523
 - abertura 323
 - y flexibilidad 325
 - y valores 320s
- Niño
 - dependencia del 116 213
 - investigación sobre el niño pequeño 84 215
 - separación traumática 238

Normalidad 38 156 321 492s
Nuevo comienzo 73 111 282 498

O

Objeto (véase también relaciones de objeto)
cambio de 369
constancia de 353
identificación de 365
pérdida de 440 445
primario 136
representantes de 85 383
Objeto de transición 294
fetiche 257
pérdida del 243
"Objeto-sí mismo" 127ss
contratransferencia de 133ss
objetivación del sí mismo 27
reflectante 132
teoría de 11
teoría interpersonal 133
transferencia de 132ss
Obstinación 167
Odio
a la madre 505
afrenta y 532
inconsciente 270
perversión y 143
Olvido momentáneo 159
Omnipotencia (véase poder y omnipo-tencia)
Oral, oralidad 107s 462 465
Orgasmo 370 372
masturbación 56 253 426

P

Pánico (véase angustia)
Parámetro 340
Parientes (véase familia)
Pasividad (véase actividad)
Pecho
"bueno" y "malo" 84
Pedofilia 239 241
amor de identificación 247
Pene
deseo del y envidia al 49 89 92 510
equivalencia niño-pene 373
Pérdida (véase angustia y objeto) 144
Pérdida del control (véase también an-gustia de)
Personalidad
depresiva-obsesiva 77
esquizoide 142 514s
múltiple 368
narcisista 138 436ss
psicosomática 493
Perversión 138ss
felación 382
fetichismo 250 253
pubertad 383
rituales de ataduras 139ss
teoría de la 258
transexualidad 370
Placebo 7 422
Placer 410
en la función 129
de moverse 205
Placer sustitutivo 413
Poder y omnipotencia 125 346 352 437 532 542 545
proyección 365
Posición
depresiva (véase depresión)
esquizo-paranoide 265
Preconsciente 37
Preguntas 169

al analista 173
como estímulo 180
regla de la contrapregunta 296
y respuestas 229 296
Proceso de intercambio 150
Proceso psicoanalítico
aporte del analista al XIX
grabaciones magnetofónicas 25ss
investigación en 31
modelos de 214 338
sueño como indicador 388
Pronóstico 172 269 425 503 510
y sistema de valores 325
Protocolización (véase también grabaciones magnetofónicas y transcripciones)
17ss
esquema del informe 372
índice de Hampstead 23
mirada retrospectiva de la sesión 31 293ss
pensamientos y memoria 23 32 294
taquigráfica 20
Proveniencia socioeconómica 227ss
Proyección (véase también identificación proyectiva) 148ss 155 161 173 237
271 365 435 470 479s 489 538 546
imagen de Dios como 8 536s 540ss
Psicoanálisis
C.G. Jung y 77
cambios socioculturales XVIII 53
como ciencia de la reflexión 7
como ciencia explicativa XIX
crisis del 3
cuerpo y (véase cuerpo)
desmistificación XVIII
didáctico 331
doctrina de las neurosis 17
"libre de tendencia" 326
mitología (véase también mitología) 17
religión y (véase religión)
teoría del (véase también teoría) XVIII
terminable e interminable 55 326 542

Psicoanalista

abuso de su poder 327

actitud abierta frente a los valores 323

anonimato del 335ss

capacidad empática (véase empatía)

como objeto de rabia 520

como objeto transferencial 457ss

como "objeto-sí mismo" 137

como observador participante 293

como persona real 458s

como sujeto y objeto 86ss

como yo auxiliar 241 547

críticas al psicoanalista 528

desentendimiento del 115

identificación con el (véase también identificación) 233 503

modos de discernimiento del 199 318 323

narcisismo del 339

naturalidad del 330ss 407

normalidad del 321

vida privada del 325 333 376 454

Psicodinámica, psicodinámico 100 109 118 172 174 191 258 268 270 272 480s
484s 503

hipótesis 25

terapias 22

Psicofármacos 121 421 457 497

contratransferencia 81

efecto psicodinámico 81

y psicoanálisis 269 421 423

Psicogénesis 9 13 214ss 268 427 494

causalidad 8

papel de la adolescencia 367

reconstrucción de la 365

Psicología

cognitiva 32

del yo 265

social 131 181 434

Psicología de dos y tres personas 10 84 117 321 353

triada menos uno 260

Psicología del desarrollo 248s 265

desarrollo femenino 369
Psicología del sí mismo 127 134ss 181
abuso de poder 327
teoría de la 138
Psicosexual, desarrollo 11 54
fantasías inconscientes 302
Psicosis 470 489
angustias paranoides 9 147 479
transferencial 144
Psicosomática 482ss
estructura psicossomática 485 489s 491 498
hipótesis de la especificidad 13 482
teoría de la 487
Psicoterapia (véase también terapia)
analítica, psicodinámica 246 468
de apoyo, expresiva 509
directrices en 265
formulario de solicitud y 174 226 268
indicación 265
indicación dinámica 264
investigación en (véase investiga-ción)
Psiquiatría 497
biológica 420s
psicopatología del conflicto 214
Pulsión, pulsional
angustia 184 358 424 461
deseo 412
naturaleza 157 201
reconocimiento de lo pulsional 187
satisfacción 248 358 384 462
teoría de la 114 130 132
Punto(s) de vista (véase metapsicología)

R

Reacción de aniversario 358ss
Reacción terapéutica negativa 138 145s 156 173 272
Reactiva, formación (véase defensa)

Realidad 37 321
control y prueba científica racional 86 299 322 493
en la situación terapéutica 320
principio de 30 37 538
sociocultural, social 38 53 286 321
Reconocimiento (véase también técni-ca) 342 424 448 450 454 456
Reconstrucción (véase también psico-génesis) 8 361ss 460ss 535
trabajo de sueño 388
Recuerdo(s) 141
afectivos 392
defendidos 377
e insight 283
efecto terapéutico) 525ss
encubridor (véase retroactividad)
olvidados 203
reconstrucción 361ss
traumáticos 199 381ss
Recuerdos infantiles 81 303 383
en la contratransferencia 112
transferencia 79
traumáticos 199 243
y catarsis 242
Reduplicación 492
Reelaboración 381ss 408
cambio estructural (véase también estructura) 324 509
como análisis resistencial 177
compulsión de repetición 266
duelo 360
resistencia del superyó y 176
resistencia y (véase también resis-tencia) 409
transferencia (véase también transfe-rencia) 275
Reflexión
dialogal 131
narcisista 127
Regalo
del analista 243
del paciente 185s 334ss
Regla(s) psicoanalítica(s) 4 10 281ss
atención parejamente flotante 230 293ss

cambio terapéutico 16
de la abstinencia (véase abstinencia)
de la contrapregunta 296
del anonimato (véase anonimato)
diálogo 228 290
fundamentación de las 15 281
fundamental (véase regla fundamen-tal)
objetividad de las 17 321
Regla fundamental (véase también asociación libre) 41 288ss
formulación 39
Regresión 217 476 480s 486ss
al servicio del yo 197s 265
cambios terapéuticos 265
del yo 476
dependencia 132
maligna 266
oral 108
psicofisiológica 488
Relación
de trabajo (véase alianza de trabajo)
emocional 527
interrupción (véase interrupción)
pecho materno 383
posición excéntrica 445s
transferencia (véase también transfe-rencia) 35ss
útil o "que ayuda" 35s 38s 42 286 291 504 508
Relación de pareja 56
conflictos 105 203 207 216 261 397s
relación sexual 56
separación y divorcio 223
Relación madre-hijo (véase madre hi-jo)
Relación real 87 90s 125
transferencia y 77
Relaciones de objeto 147
interacción madre-hijo y 72 75 84 369s
psicología de las 117 132
Religión 494
crítica religiosa 536 549
educación religiosa 58 90 202 103s 536

imagen de Dios 364 536
pecado mortal 403
psicología de la 549
religiosidad 536ss
Reparación 110 143 457
Repetición
compulsión de 9 67 86 261 367 480 529s
del trauma 381ss
Represión (desalojo) 55 165 302 461
en dos fases 487
levantamiento de la 54 433
resistencia de 155
vuelta de lo reprimido 55 277
Reproducción de la terapia
del analista 293
ejemplos literarios XV 21
toma de posición del paciente 14s 71ss 449 454s 504s 508 515
Resistencia 153ss 180ss
alianza de trabajo 240ss
análisis de la 154 157
cambio del terapeuta 172ss
contra el cambio (véase resistencia de identidad)
contra el devenir consciente de la transferencia 154
contra la resolución de la transferencia 450ss
contra la transferencia 54 77 92 154 156 198 235 408s
de asociación 157 196 292
de carácter 154 162ss 180ss
de identidad 180ss 368
de transferencia 71ss 154 162 173
defensa y 153
del ello 167ss
del superyó 157 177
empática 156
función protectora de la 153ss
función reguladora en las relaciones 71 153 157
génesis actual de la 156 258
interpretación de la 154 167ss
por grabaciones magnetofónicas 339 342
pseudoproductividad 409

reacción terapéutica negativa y 138 145s 155 173 272
transferencia negativa 47 67
y religión 545s
Resultados terapéuticos 63ss 230s 502ss 507s 535
Retirada narcisista 143
Retroactividad (Nachträglichkeit) 8 36 109ss 265 489
"Retrofantasear" 109ss 488s 495
Rivalidad 178s 209 346
entre hermanos 83 112
entre madre e hija 396ss
Roles
asunción de 86 116 362
definición de 100 330
difusión de 332
distancia 528
inseguridad de 337

S

Sadomasoquismo 271 385
Satisfacción 307
edípica y preedípica 132 413
narcisista 127 383
reconocimiento 59
sexual 55
Seducción
edípica 11 42ss
homosexual 107
Seguridad 168s 178 207 242 291 448
básica 57
del terapeuta 502
principio de 181ss
Sentido 489ss 495 501
contexto vivencial 216
de la vida 118 501
estructuras con 33
hallazgo de 489 495

vaciamiento del 9
Sentimiento (véase emoción)
Sentimiento de inferioridad 44
Separación 466
angustia de 438ss
conflictos de 174
despedida 513
dolorosa 201 410
reacción frente a la 377 410
regla técnica 46
Sesión 116 121 227 230 252 266 330 333 366 375
arreglo horario 349
oficina del analista (véase consulto-rio)
Setting (véase encuadre)
Sexualidad, sexual(es) 305 453
anal 40 130 274 431
fantasías pregenitales 95 213 475
femenina 58 117 369s 463
infantil 427
masculina 129 213 342 370
relaciones 426s 433 478
transexualidad 370
Sexualización (véase transferencia ero-tizada)
Significado
elaboración del 314ss
historia de vida 318
Silencio
armonía 104 357
como instrumento 327
interpretación y 293 327
manejo del 41 254 327
persistente 162
productivo 287
Simbiosis 265 359 468ss 476
Simbolismo 90s 430 484
anal 61 202
fálico 90
oral 106
uretral, urofilico 303s

Símbolo(s) (véase también metáfora) 190 300 532 539
de angustias de castración 393
igualdad entre niño y pene 372
preverbales 217
"Sí mismo" (self)
autoacusación 457
autoafirmación 167 181 357
autoanálisis del 326 360 503
autocastigo 91 128s 260
autoconciencia 131
autocrítica 40
autodesvalorización 62 171
autodeterminación sexual 53
autoobservación 133
autopercepción 131
autorreflexión 88
autosatisfacción (véase masturba-ción)
confianza en sí mismo 425
conocimiento de sí mismo 282 319
desarrollo del sí mismo 133
diferenciación entre sí mismo y ob-jeto 151
imagen de sí mismo 194
límites yoicos 149
"objeto-sí mismo" (véase "objeto-sí mismo")
psicología del sí mismo 134ss
representación de sí mismo 181 194 212 306
representante de sí mismo 85 151
responsabilidad sobre sí mismo 329
seguridad en sí mismo 55 424
sentimiento de autoestima 177 197 450ss
sentimiento de sí 88s 123 181
sí mismo real, sí mismo ideal 127
trastorno del sentimiento de sí 131
trastorno del sí mismo 145
"verdadero" y "falso" 169 333 388 443
vivencia de sí mismo 134
Síntesis 345 363
Síntoma(s)
alergia 478

ataques de llanto 247
cambio funcional 9
cambio y mutación de los 432 460 467
cleptomanía 474
compulsivos (véase compulsión)
conflicto con la autoridad 236
coprolalia 202
curación de los 457
dependencia alcohólica 365
dependencia neurótica 260
depresivo (véase depresión)
descontento 74 173
diarrea 416
dudas sobre sí mismo 311
ejaculación precoz 382 384
ejaculación retardada 253
embadurnarse con heces 142
empeoramiento de los 42 128 136 178 277 296 393
equivalente de angustia 416
estado crepuscular psicógeno 230
exantema 473
formación de 11 193 214 320 469
frigidez 370 372
génesis actual 108
histérico (véase histeria)
homosexualidad (véase homosexua-
lidad)
impotencia 342
insatisfacción 74 173
inseguridad en sí mismo 192 215
insomnio de conciliación 466
manifestación de los 219
mejoramiento de los 240
obsesivo (véase compulsión)
oscilación de los 272
pedofilia 239 241
pereza 171
presión alta 174
psicosomático 226
sentimiento de inferioridad 200 241

sentimiento de vacío 224
síndrome respiratorio 416 426 438
sueño del síntoma 212
tartamudeo 238 262
teoría del 533
tic 144 219 426
tortícolis espasmódica (véase tortí-colis espasmódica)
trastorno cardíaco 416 438
trastorno laboral 162 167 169 342 398 461
vomitar 462
Situación analítica (véase también se-sión) 1 33 330
realidad de la 320
Sobredeterminación 11 97 469
Sociología 5
Standard Edition 3
Sublimación 116
Sueño(s), onírico(a)
análisis de la configuración del 190
cambios en el manejo del 512
capacidad de ensoñamiento 150
como cumplimiento de deseo 79 384
como indicador de proceso 388
como representación de sí mismo 190 194ss
contenido manifiesto y latente del 8 190
de angustia 367 426
diurno 76 104 150 164 184
ejemplos de 47s 56s 77ss 104s 109 130 171 195 199 202 205 207 245 370 372s
376 382s 385 387s 394 397 401 403 429 431 453 463 466 477s
identificación 402
inicial 214 475
interpretación de los 189ss 395ss
reconstrucción 382
referido al síntoma 212
resistencia y 395s
resto diurno 205
serie 189ss 194ss
símbolo (véase también ejemplo de sueño) 190
situación desencadenante 197
transferencial 204 206 384

Sugestión, sugestibilidad 4 7 38 180 474
Suicidio 142 231 355 358
amenaza de 125 238 266
crisis de 121s
pensamientos suicidas 167 366 401 457
reacciones de aniversario 358
tendencias suicidas crónicas 121s 261ss
Superación (dominio) 42 266 498
teoría de la 9 10 367 381
de la angustia 391
vuelta de la pasividad en actividad (véase también defensa) 159 173 388
Supervisión 517ss
grabaciones magnetofónicas 27 31
Superyó 27 91 102 108 176 207 229 232 235 272 409 514s
neutralidad y 322
resistencia superyoica 157
Susceptibilidad 9 368

T

Tabú 446 548
Técnica psicoanalítica 2 18ss 87 155 236s 424
adolescencia y 249s
aplicación modificada de la 236
clarificación 204
crítica a la 2
de apoyo 42 509
de la psicología del self 11 134ss
dramática 525s 530s 536
estándar (véase técnica normativa ideal)
estimulación, apoyo 196 238
formulaciones "como-si" 197
historia de la 99 154s 361s
historia de vida y 318
interpretación (véase interpretación)
normativa ideal 74 139 227 229 237 339
parámetros 339

reconocimiento 171 342 424 449
revisión 8
seguridad, inseguridad 169
Teología (véase religión)
Teoría
crisis de la 1
de la acción (véase acción)
de la psicogénesis 8 214
de la situación desencadenante 201
de la terapia 1 4s 8 22 265 504
de la transferencia 36
del conflicto 214
del "doble código"
del esquema corporal 434s
etiológica (véase también etiología) 1 201 481
explicativa del psicoanálisis 6 530
laica 215s 225 479
mitología y 494
validación y verificación de la 23
Terapeuta, cambio de 172ss 397
Terapia
autocuración 370
conductual 421s 468 490 513
corporal 217
de la experiencia emocional 375 515s
del dominio 371
de insight 375
fracasada 66 399
metas de la (véase metas)
modelo escénico de la (véase mode-lo)
poder en la terapia 327
somática 421
teoría de la frustración 10 371
Terminación 442ss 460 513s
cambios estructurales 233 509ss
criterios de 85 408 515
de las sesiones 295 345
fracaso de un tratamiento 66
informe final 19

y capacidad de autoanálisis 503
y desidealización del analista 408
Tic 144 219 426
Tiempo
historia contemporánea 361ss
pasado y presente 526
temporalidad 187
vivencia temporal y depresión 358
Tolerancia consigo mismo 528ss
Tópico, topográfico 144
Tortícolis espasmódica 144ss 191ss 215ss
Trabajo en común 79ss 84 160
Traducción 3
Transcripciones (véase protocoliza-ción o grabaciones magnetofóni-cas)
Transferencia, transferencial(es) 3 5ss
actuación en la 138 383
agresiva (véase negativa)
ambivalencia en la 253
amor de 53 56
analista como objeto y sujeto 96ss
aporte del analista a la 54 322 387
apoyo y 205
"aquí y ahora" y 153 352s
concepción de las ciencias sociales 37s
confusión 385 447ss
cumplimiento de deseo 65 386
curación transferencial 43
de defensa 67ss
de hermanos 80 359s
deseo 50
deseos de fusión 59ss
distorsión 386
división de la 260 394s
efectos secundarios a través de la 10 41 46
enamoramiento 57
equivocación de persona 385 447ss
erotizada 52ss 56 63 117s 144 385
especular 133 137s
fantasía 115 428 478

grabaciones magnetofónicas 343
gratificación transferencial 65
hambre transferencial 56 65
homosexual 383 401s
idealizadora 228 504
identificación con el analista 89
intensificación de la 297
interpretación transferencial (véase interpretación)
laterales 228 408s
materna 264 371ss 376ss
negativa 47ss 71 173 380 519
neurosis transferencial 16 38ss 259 405
pacientes de clase baja 228s
paterna 374
peritaje y 275ss
plausibilidad de las percepciones 44s 54s 205s 337 386
positiva intensa 52s 400
positiva moderada 47ss 457
psicología de dos y tres personas 321
psicosis 144
realidad 37s
relación de trabajo y 57 406
"relación que ayuda" y 35s 38s
repetición 387 389
resistencia contra la 54 77 235 259
resistencial (véase resistencia)
resolución 38 406 504
rivalidad 83 383
sentimiento de autoestima 11
traumatización 10 330 382ss
Trastorno
básico 488
de la personalidad 137
del sueño 466
motor 192s
temprano (preedípico) 127ss 138ss 214ss 233 258 265 302 486ss 490ss 498
Tratamiento
deseo de tratarse 181
éxito en el (véase resultados)

informe de 1ss 15 17ss
metas del (véase metas)
técnica de (véase técnica)
Trauma 199s 211s 488s
del nacimiento 265
teoría del 8ss 212
Traumatismo 9 118 362ss 369ss 381ss 384ss 418 442 488 498 535
a través de la estereotipia de roles 332
acumulativo 8s 364 535
defensa 160
dominio del 9 41 118 381 387ss
fase inicial 293
teoría del 1
transferencia 10s 332

V

Vaginismo 426
Valor(es)
abertura frente a los 323s
éxito terapéutico 325
libertad de 318ss
neutralidad de 319
político 329
psicoanalítico 320
religioso 536
Verbalización 229
Vergüenza 44 52 68 131 380 394 453
angustia de 44 57 252s 380
Viñeta clínica 19