

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 complementariedad 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 entretanto 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 oscuridad, 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

metá-foras 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 li-mito a un comentario general que no dice nada: "Todos los habitantes de Ulm co-nocen 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 pa-rra 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 desac-tivado 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 autocriticamente 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 huelga, 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 parlotear 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 farmacológi-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 hipomaniacas 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 maternales, 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 co-municadas, 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 des-pués, 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 explaya 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

□□□

□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□□□

□□□

□□

□j]a °M°ËΩyæ3ø√≈<≈±»ô qÕYŒ(r)œ□-ð"□"F{wsokgco_[_goggW□□□

□□□

□ □

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□"F'
"÷"ýVÿoy-/□€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{wsokkggçc_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[□□□

□□

□□□□□□□

□□

□□

□‡□‡□□□

□ □

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□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€ Q{w

< ~~~~~ Normal 1 Normal 2 Normal 3 Citas Normal
4+ ~~~~~ Ä Ä : ~~~~~ (tm)

(tm) (tm) Û Û fi (^ßz(tm) ç í % N F Å tg Z
] \ a ù ù Δ : P < Q < Q Ì R R R " R 3 R D R U R f
R Ä R ë R ç R ≥ Ω (5 b C | Q ^ ß k , z (tm) á Ñ ñ
ç í Ø " a Ü ... q ð % N ç ã 5
= Û * Ô 8 ∞ F Å S] ≥ i ç tg Ä ¶ é ö ù ≥ Z] Δ · F · Ô
(r)

Á & " 4 Æ A / O ÿ \ a i u Ç £ è æ ù u (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 ; i f l ") G d Ç † ° ÿ ~ 6 T l
 ã (c) ' ' S q r ' ≠ 4 D ` ú û ¶ nª ÿ -
 Â N _ Ad U ø X â ^ d ø hª m Û r ö < Ω H « Â ÷ Ç Á Ĩ Ò ≠ ~ ?
 fi

]) ' W ... dí o ì w - ~ ð ê ° - « Ú ° _ ...
 è 2 i + / C { M § N b O * O Á P Å Q g R f ¶ β (r) (c) (tm)
) ' ° ≠ Æ Ø ∞ ± ≤ ≥ ¥ μ ∂ Σ ¶ π] °ª ° Ω æ ø ÿ i ÷
 √ f ≈ Δ « » ... À ã Ñ Ò Õ Æ œ - - " " ' ' ÷

Ω4
C ç [' k l â * £ ê Ø +]] " F , , 1 # Ω > Ø J È Z ° c ã m Û x o ð â ¥ √ 1 ' F Á Ĩ ~ û
 1 " ¶ 6 + F B Y Ĩ i u V é û u ≤ « Ú Á Ü ã ñ ÿ
 : 5 #

(c) D N
 O H P Q Q < ð ÿ ÿ / € < > f i f l ‡ · , , , % Â Ê Á
 È È Í Î Ï Ì Ó Ô Ò Û Ü Ù 1 ^ ~ - ~ ° , " _

-
-
-
-

□

□

□ □ □