

4 Resistencia

Consideraciones previas

De acuerdo con la clasificación de las distintas formas de resistencia que hicieramos en el primer tomo, nos centraremos ahora, desde el punto de vista técnico, en la función reguladora de la relación de la resistencia.

Es evidente que la ampliación de la teoría de la transferencia, que describimos en la sección 2.5 del primer tomo, tuvo considerables efectos sobre la teoría de la re-sistencia, que se subordina a la de la transferencia. A pesar de las concepciones de renombrados analistas actuales, que nos recuerdan el tenor de las controversias entre A. Freud, Fenichel, M. Klein y Reich en los años treinta, existen numero-sos indicios que señalan que los fenómenos de la resistencia son considerados cada vez más desde el punto de vista de la relación. Estas transformaciones se hicieron evidentes a raíz de una discusión entre Sandler y Rangell durante el congreso psico-analítico de Madrid en 1983. La siguiente cita contiene los puntos de vista más importantes de Sandler:

Parece claro que la introducción y la descripción de estos procesos referidos a ob-jetos (object-related), particularmente las defensas referidas a objeto, reflejan una dimensión esencialmente nueva en el trabajo analítico y en el concepto de transfe-rencia. El análisis del aquí y ahora de la interacción analítica comenzó a tomar precedencia, en términos del "timing" de las interpretaciones, sobre la reconstruc-ción del pasado infantil. El que el paciente use defensas dentro de la situación ana-lítica que lo envuelven tanto a él como al analista fue visto como transferencia, y progresivamente esto llegó a ser un foco primario de atención para este último. La cuestión "¿qué está sucediendo ahora? pasó a contestarse antes que la pregunta "¿qué revela el material del pasado del paciente?"

En otras palabras, el trabajo analítico (en Inglaterra al menos), llegó a centrarse cada vez más en el uso que el paciente hace del analista en sus deseos

y pensa-mientos inconscientes, de la manera como ellos aparecen en el presente -esto es, en la transferencia, como implícita o explícitamente fue entendida por la mayoría de los analistas- a pesar de la limitada definición oficial del término (1983, p.41; la cursiva es nuestra).

Esta concepción fue comentada críticamente por Rangell, con la pregunta de si en la técnica interpretativa la resistencia y la defensa siguen siendo anteriores a la transferencia, como lo son en Freud, A. Freud, Fenichel y muchos otros más, o de si nos estamos dirigiendo hacia aquella dirección propagada por muchos: En primer lugar la transferencia o, incluso, nada más que la transferencia. Todo parece apuntar hacia una nueva polarización, a saber, que la preferencia por el aquí y el ahora, en comparación con la reconstrucción y el insight, se encuentra muy difundida entre los psicoanalistas. Rangell exhorta a tomar una decisión:

Finalmente, debiéramos decidirnos entre dos conceptos de transferencia, el intra-psíquico versus el interaccional o transaccional. La misma elección tendría que ser hecha entre los modelos intrapsíquico e interaccional de proceso terapéutico (1984, p. 133).

Los problemas planteados por Sandler y Rangell serán decididos a largo plazo, a través de la investigación psicoanalítica sobre proceso y resultados terapéuticos. Según nuestra opinión, no son de temer nuevas polarizaciones, puesto que la jerarquía en la relación de las interpretaciones de resistencia y transferencia no puede ser establecida de acuerdo con posiciones extremas, como las predicadas por Reich y por M. Klein. Reich sistematizó técnicamente la teoría de la defensa en el análisis consecuente de la resistencia, lo que finalmente desembocó en el análisis de carácter estricto.

La regla que dice que se debe partir desde la superficie se transformó en un principio y fue aplicada en forma rígida: "Ninguna interpretación de sentido [contenido], mientras sea necesaria una interpretación de la resistencia" (Reich 1933, p.43; cursiva en el original). Por la descripción de la resistencia a la interpretación, que Reich hizo basándose sobre todo en las conductas, la actitud y el modo de cómo los pacientes responden a la regla básica, se introdujo una útil diferenciación entre forma y contenido. El texto correspondiente dice:

La resistencia de carácter no se expresa en el contenido, sino que en la forma, típica e invariablemente, en la manera general de comportarse, de hablar y de caminar, en la mímica y en las conductas peculiares (sonreír, mofarse, hablar en forma ordenada o confusa, el tipo de cortesía, el tipo de agresividad, etc.) (Reich 1933, p.65; cursiva en el original).

Los rasgos caracterológicos neuróticos, no importando lo dispares que sean, reci-bieron el nombre de "coraza" o también de "coraza caracterológica", con lo cual se describió la compacta función de protección que determinadas conductas tienen en la regulación de la economía pulsional entre lo interno y lo externo.

Las recomendaciones de Reich apuntan a que hay que restringirse en primer lugar a la interpretación de la resistencia en contra de la transferencia y evitar interpretaciones de contenido, en especial aquellas que se dirigen a las profundidades genéticas. Así formula Reich, como regla general, el "que en el análisis de las resistencias nunca una intervención es demasiado temprana, mientras que en la interpretación del inconsciente, sin considerar el caso de las resistencias, nunca se es suficientemente cauteloso" (Reich 1933, p.55; cursiva en el original).

Reich actualizó el análisis forzado de la resistencia en el aquí y ahora. Ya en las primeras sesiones establecía una relación entre resistencia y transferencia, al decir al paciente, en la primera ocasión que se prestara para ello, que tenía algo en contra de él (el analista), pero que no se atrevía a expresarlo (1933, p.72). Ferenczi (1926) tomó de Rank una sugerencia parecida y recomendaba interpretar cada sueño, gesto o acto fallido, empeoramiento o mejoría, en primer lugar como una expresión de la relación entre transferencia y resistencia. Según Ferenczi, debemos a Groddeck la introducción de este principio; fue él quien hacía siempre la misma pregunta este-reotipada frente a cualquier empeoramiento de un enfermo: "¿Qué tiene Ud. contra mí? ¿Qué le he hecho yo?" Los análisis caracterológicos y resistenciales de Reich, por muy alejados que estén de la técnica de Ferenczi, son muy parecidos a los de éste, en la acentuación del aquí y del ahora, como reacción a la fase de la técnica que Ferenczi y Rank (1924) criticaron como fanatismo interpretativo. Bajo este término, estos autores entendían aquellas interpretaciones reconstructivas que hacen del paciente un experto, intelectualmente, en el origen de su enfermedad, pero sin ninguna ganancia terapéutica para él.

Como vemos, el énfasis en la actualidad de la resistencia y la transferencia no es ninguna novedad. En técnicas psicoanalíticas que se diferencian mucho entre sí, se partió (y se parte aún) de un aquí y ahora, que es concebido también de manera diferente. Posiblemente, la comprensión de Ferenczi de la resistencia en contra de la transferencia era bien distinta de la de Reich, aunque ambos se rigieran por la misma regla y en sus interpretaciones partieran desde la superficie, según cada uno la entendía.

La discusión de Sandler y Rangell se puede considerar como una versión tardía de aquella sobre las interpretaciones superficiales y profundas que estaba en la base de la controversia entre la psicología del yo y la escuela kleiniana. En

relación con esta discusión, que data hace ya tanto tiempo atrás, la posición de Fenichel sigue siendo instructiva:

No tiene sentido dar "interpretaciones profundas" (aun cuando fueran correctas en su contenido) mientras haya asuntos superficiales previos. Por lo tanto, uno no puede, tal como Melanie Klein quiere, "ponerse en contacto directo con el incons-ciente del paciente", pues analizar significa, precisamente, enfrentarse con el yo del paciente, forzar el yo del paciente a reconocer sus propios conflictos... La postura defensiva del yo es siempre más superficial que la postura pulsional del ello. Por esto, antes de lanzar a la cara al paciente el tipo de pulsiones que tiene, hay que interpretar su temor frente a sus pulsiones, el porqué de este temor y de su defensa frente a ellas (1935, p.80; cursiva en el original).

Todo parece indicar que Sandler, con la acentuación de los procesos defensivos di-rigidos al objeto, se mueve entre el análisis tradicional de la defensa de la psico-logía del yo y la técnica interpretativa de la escuela kleiniana. También nosotros partimos de la intencionalidad del ser humano, que implica que todas las fantasías inconscientes se dirigen al objeto. Esta es la razón de por qué las angustias básicas hacen su aparición en los puntos de contacto intersubjetivos. En la sección 2.5 del primer tomo, recalcamos como algo positivo el hecho que la postura de M. Klein hubiera puesto en movimiento el rígido frente del análisis de la resistencia. Poste-riormente aparecieron nuevas polarizaciones y unilateralidades. La relación entre fantasías inconscientes, angustia y defensa, llegó a ser el centro de atención de las típicas interpretaciones transferenciales kleinianas. La proyección reemplazó a la represión como prototipo de los mecanismos de defensa. De acuerdo con ello, la resistencia de represión perdió su posición. La técnica kleiniana opera, por así de-cirlo, a espaldas de la resistencia, porque a través de las angustias parece posible un acceso directo hacia las fantasías inconscientes que se supone las causan. Así, tan-to por razones técnicas como teóricas, la denominación de "resistencia" pudo desaparecer del vocabulario de la escuela kleiniana. Es así como en el índice de ma-terias de los libros representativos de autores kleinianos falta del todo la palabra "resistencia" (M. Klein y cols. 1952; M. Klein 1962; Segal 1964;), o bajo esta rúbrica se encuentra solamente un indicio, por ejemplo, sobre la reacción terapéuti-ca negativa, como en el caso de Rosenfeld (1987), o, como en el caso de Etchego-yen (1986), se la trata indirectamente, a través de las "vicisitudes desfavorables del proceso".

Por la atemporalidad del inconsciente, pareciera que el aquí y ahora se hicieran una sola cosa con el pasado. La comprensión kleiniana de la relación en la situa-ción analítica actual es totalmente distinta de la de Gill, aunque ambas hablen

por igual de la importancia de la transferencia. Si se parte de las repeticiones ahistóricas, como expresiones en la transferencia de deseos y angustias dirigidas al objeto, es cierto que todo lo fundamental se desarrolla en la relación terapéutica presente, pero con ello también se descuida su realidad, es decir, los aspectos realistas de la relación con el analista. Si se piensa que fantasías y angustias inconscientes se imponen de forma prácticamente atemporal en la transferencia, entonces el aporte del analista a la resistencia del paciente pareciera ser irrelevante. A diferencia de la escuela kleiniana, Kohut (1979) acentúa la dependencia de la resistencia del comportamiento presente del analista, en especial de su falta de empatía. Es evidente que estamos totalmente de acuerdo con él en este punto.

Ha llegado el momento de centrarnos en la función reguladora de la relación que tiene la resistencia, en relación con el principio de salvaguardia. Al hacerlo, contamos con malentendidos. Y esto porque Groddeck, Ferenczi, Rank y Reich vieron el aporte del analista a la resistencia y a la transferencia en las conexiones forzadas que citamos anteriormente. Esta tradición sigue viva, aunque de manera disimulada, en la jerga psicoanalítica germanoparlante en la llamada referencia (an-sprechen) resistencial (y transferencial). Este estilo de intervención parece expresarse en el ámbito angloamericano a través de preguntas tales como: "What about me?" ("Y eso, ¿qué tiene que ver conmigo?") o "Aren't you really talking about me?" ("¿No está usted en realidad hablando de mí?"). Reed (1987) mostró, en base a una primera entrevista de un candidato, cómo éste relacionó directamente consigo mismo la descripción de la paciente de una tonsilectomía traumática, insinuándole que, después de todo, ella estaba hablando en realidad de él (el analista). Si bien en el análisis se trata de descubrir similitudes, esto solamente se logra si es que, a su vez, quedan claras las diferencias. El establecimiento de transferencias a través de referencias transferenciales forzadas, como en los ejemplos anteriores, impide re-conocer la influencia del analista sobre la resistencia del paciente, pues actúan más bien en contra de la vivencia de la transferencia, en el sentido de Gill. Si se entiende la génesis actual, es decir, el énfasis en el aquí y ahora, en el sentido de una mera "referencia", entonces este proceder, por lo demás muy extendido, dificulta el establecimiento y el análisis de la transferencia, y ocasionalmente incluso llega, por diversos motivos, a hacerlo imposible. En la etapa inicial de un análisis, tales comentarios tienen un efecto amedrentador, pudiendo llevar al paciente a dudar de la normalidad del analista e incluso a que no comience el tratamiento. En fases posteriores, este tipo de interpretación dificulta la diferenciación entre los diversos niveles de la relación y de la transferencia.

Tomando distancia de las "referencias transferenciales" y de sus equivalentes en otros idiomas, recomendamos, junto a Gill, investigar con cuidado el aporte del analista a la transferencia y a la resistencia, es decir, la génesis actual de la resistencia, en los puntos de enlace realistas que, por ejemplo, están contenidos en la resistencia a la asociación. En esto vemos el denominador común que nos une a las concepciones de Gill, Klauber, Kohut y Sandler.

El asunto reside en persuadir gradualmente al paciente a no temer una repetición, en una nueva relación, de sus experiencias anteriores de frustración. Sólo entonces podrá dejar de lado las habituales autodefensas, como lo expusieran en forma con-vincente Weiss y Sampson (1986). Esta manera de entender las cosas es especialmente útil en el manejo de las resistencias superyoicas. En la búsqueda de un aumento en el sentimiento de seguridad del paciente, es posible ensayar diversas intervenciones, que pueden aprovechar todo el libre juego del diálogo útil desde el punto de vista terapéutico.

Con el objeto de aclarar la función reguladora de la resistencia en la relación, extraemos las reflexiones técnicas del siguiente párrafo de Cremerius (1975) "Sobre el manejo de los pacientes que no pueden asociar libremente":

El terapeuta tiene tan sólo que pensar en el esfuerzo que costó a su paciente, y en las batallas que éste tuvo que dar en la niñez, para lograr la obra maestra de socializar la naturaleza pulsional y, de ello, retener algunos elementos que le permitirán entender correctamente su comportamiento en la situación terapéutica... Una vez que este aspecto le quede claro, entenderá también que el paciente no puede ahora simplemente permitir que suceda algo que alguna vez tuvo que reprimir para salvar su vida. Entenderá que el paciente en el entretanto se haya organizado y acostumbrado a vivir de esta forma y así podrá compartir los sentimientos del paciente frente al significado que tiene el exponerse a un proceso cuya finalidad es la vuelta de lo reprimido (citado por Cremerius 1984, p.79).

Gracias a la ubicuidad de los fenómenos resistenciales, el lector podrá encontrar ejemplos de ellos en todos los capítulos de este tomo. Debido a la especial importancia terapéutica del oportuno reconocimiento de la resistencia en contra de la transferencia, queremos destacarla en las ilustraciones siguientes. Dedicamos un subcapítulo al tema de la resistencia de identidad y a su relación con el principio de salvaguardia, porque con este tipo de resistencia se dan dificultades técnicas especiales.

En general, el período de acentuación extrema del análisis de la resistencia y de las polarizaciones que son su consecuencia se puede dar por superado. Nuestra

manera de entender la resistencia como un fenómeno dialogal se fundamenta en la visión de los procesos de defensa hipotéticos como procesos de intercambio. En este sentido, sustentamos la utopía idealista de que las restricciones en las vivencias y en el comportamiento, condicionadas por la resistencia, son en principio accesibles terapéuticamente. El interés en la realidad "resistencial" radica en la posibilidad de transformar los motivos del fracaso en un punto de partida de reflexiones autocríticas o, incluso, de descubrimientos, como Freud esperaba en los análisis de casos difíciles. Por este motivo, aconsejamos leer los siguientes ejemplos casuísticos siguiendo el hilo conductor de este libro y considerar los procesos de intercambio desde el punto de vista de lo que el analista contribuye a la construcción o al desmantelamiento de las resistencias.

4.1 Afectos desmentidos

Nora X llega tarde a la sesión 413.^a, algo desacostumbrado. Durante los cinco minutos de espera, la paciente ocupó mis pensamientos de manera intensa. Estaba preocupado, pero, además, me percaté de una tensión interior creciente, que iba tomando un tinte agresivo. Mi preocupación se basaba en la tendencia de la paciente a comportarse autodestructivamente, por ejemplo, no fijándose suficientemente en el tráfico durante maniobras arriesgadas al manejar. Cuando la paciente finalmente llegó, me sorprendió con su cara sonriente y radiante, mirándome más tiempo de lo común y en forma interrogante al momento de entrar. Su alegría y mi mal humor me producían una tensa discrepancia interior.

P.: Vengo sin aliento, claro, sí, además llegué muy tarde (pausa corta). Pienso que, sin embargo, hay algo más. Pero, no sé si mi alegría se debe a que llegué tarde y lo hice esperar, o a una situación anterior.

Relata entonces que estaba con su amigo (novio) en un café. Por estar conversando muy animadamente, se retrasó. Al final, llegó el momento de tener que pagar y, al hacerlo, la paciente había constatado que ése había sido precisamente el tema de la última sesión. En esa sesión había reflexionado acerca de la frecuencia con que posterga el pago de los honorarios analíticos.

P.: Sí, creo que lo que todavía me ocupa es la última observación con la que me fui, de que se trataba del pago; y ése fue también el tema de la última sesión, y encuentro simplemente notable que ése haya sido justo el tema final de la con-

versación con mi amigo, siendo que al comienzo hablamos sobre cosas totalmente distintas.

Había estado conversando con su amigo sobre las dificultades con su jefe. Las discusiones con él las siente como "andar con dimes y diretes, como un peloteo". Dice haber sentido el mismo tira y afloja con su amigo a raíz del pago del café, donde se había dado "un cómico juego de dar y recibir". Pienso que el aspecto agre-sivo se encuentra en un primer plano.

En vista del atraso y de mi preocupación, establezco una analogía entre aquí y afuera.

P.: Ahora ... bueno, yo hago el mismo juego cuando se trata de decir lo que pienso, de retener las cosas, y luego viene eso de pagar las cuentas y ... pienso si eso tiene que ver ahora con el hecho de llegar tarde.

A.: Hmhm, yo pienso que sí.

P.: Sí, claro, Ud. piensa que sí. Yo robo tiempo. Aunque la verdad es que yo lo distribuyo de otra manera, y el tiempo lo pasé estando más rato con mi amigo.

A.: Hace poco hablamos de que Ud. sabe cómo dárselas a su amigo. Hoy me toca a mí.

P.: Sí, y eso me divierte.

A.: Por eso es que al entrar me miró tan radiante.

Comunico a la paciente mi percepción, con la intención de hacerle entender la alegría que demostró al llegar atrasada y su placer al manifestar sus impulsos agre-sivos.

P. (riéndose): Honradamente, esto me produce una -de ahí debe venir la expresión- "diversión furtiva". [La traducción literal de la expresión "diebisches Vergnügen" es "diversión ladronesca"; nota de los traductores.]

Afecto y conducta se entrelazan en una "diversión furtiva", donde el placer y el comportamiento que daña la relación ponen de manifiesto la agresividad defendida de la paciente.

A.: Sí, claro, y Ud. se permite esa diversión. Pero, lo que no me queda tan claro es si Ud. está consciente de las consecuencias de esta diversión.

P.: Es cierto, la pregunta de qué gano con todo esto, hasta el momento no me la he planteado. Pero, si me la planteo ahora, pienso que de este modo puedo lograr que Ud. ponga su atención en mí y que se pregunte algo así como "bueno, y qué le pasó ahora a ésa", o algo por el estilo, bueno, y así es como yo también reacciono cuando alguien no es puntual. En realidad, me da bastante rabia.

A.: Hmhm, de eso sí que puede darse cuenta.

P.: De que me indigna. Pero el que eso moleste a los demás es algo que no quiero tener muy claro.

A.: Precisamente en eso consiste su diversión: en producir mucho malestar en los demás, aparentemente de manera muy inocente.

Aquí tendría la posibilidad de fundamentar la necesidad de defensa frente a los afectos en sentimientos de culpa de la paciente, pero este paso no me parece aún indicado; además, la paciente se queda en el tema del enfado.

P.: Bueno, en relación con esto, recuerdo que mi amigo me dejó esperando tres veces durante el fin de semana. Y a pesar de que él tocó el tema, yo no dije nada la primera vez. La segunda vez tampoco dije nada, sino sólo a la tercera. Aquí, acabo de hacer la experiencia de lo que es eso. Por supuesto que, como conté anteriormente, hace poco le di con todo, cuando ... ¿qué fue lo que pasó?

Aquí, en el instante de estar hablando, la paciente olvida la manera como se apartó interiormente de su amigo. A pesar de que este olvido momentáneo (véase Luborsky 1967) configura un detalle interesante de cómo la paciente se distancia, a continuación reconstruyo el transcurso global respecto del tema del atraso, para interpretar el cambio de pasividad (donde es víctima del atraso de otros), en actividad (donde es ella quien se atrasa).

A.: El fin de semana fue usted quien quedó esperando y fue Ud. quien se molestó, es decir, Ud. fue la víctima pasiva. Pero ahora Ud. hizo algo que ya hemos visto en repetidas ocasiones, es decir, da la vuelta a la tortilla y me deja esperando a mí. Se dice a Ud. misma: "No quiero que a mí me hagan esto, por eso se lo hago a los demás"; ése es su modo de proceder con lo que la molesta o la hiera. Es por eso que en el atraso no se trata de otra cosa sino de molestar o de ser molestado.

P.: Hmhm (pausa corta), sí, tal vez se trate de eso, de molestar y ser molestado.

En el siguiente pasaje, la paciente aclara que ella habló con su amigo sobre el atraso de él, pero que le cuesta mucho tiempo poder superar sus inhibiciones internas para expresar sus sentimientos. En base a la interacción con su amigo, le queda claro el uso que hace de sus impulsos agresivos y la manera como los traduce en acciones. A continuación, intento dirigir la atención de la paciente sobre su comportamiento en el análisis.

A.: Usted habló de dar y de quitar, y en realidad se trata de molestar y de ser molestado. Y eso tiene naturalmente una estrecha conexión, porque, como Ud. bien lo sabe, le irrita cuando no recibe lo que espera, sea puntualidad o dinero. Y parte del hecho de que yo reacciono, pienso y siento del mismo modo si no recibo lo esperado. Y ese placer de molestar se hace evidente en sus acciones. Y ese enorme placer oculto, de frotarse las manos, que le produce el hecho de molestarme, queda a descubierto en su risa y en su expresión radiante. Se puede alegrar tanto, porque no percibe en toda su dimensión ese malestar al momento de producirlo en el otro, como lo hace con su amigo.

Frente a esta interpretación, la paciente reacciona describiendo de nuevo la interacción entre ella y su amigo, pero acentuando más claramente el carácter agresivo de ese andar a dimes y diretes con él. Paralelamente, su buen ánimo y su risa van en aumento.

P. (riéndose, cita a su amigo): "Basta ya, si lo dices nuevamente, te voy a dar uno" (y agrega con ímpetu) ¡paf!

A.: Eso suena como si se estuvieran dando mutuamente cachetadas. Uno pega, ¡paf!, y luego el otro, ¡paf! (la paciente asiente en forma contenida), y yo también recibí un ¡paf! (la paciente ríe), y a Ud. eso la divierte.

P.: Claro, y a decir verdad, muchísimo. De uno u otro modo, no quiero aguar me la fiesta ahora. Es como si al fin eso pudiera haber salido claramente a luz, aquí. Después de tomar conciencia del placer que siente en sus actuaciones agresivas, hasta el momento preconcientes (¿o inconscientes?), en su relación extraterapéutica más importante y en la transferencia, podemos continuar con el siguiente pa-so, restableciendo la conexión con el síntoma principal de la paciente (el corte de relaciones):

A.: Sí, su diversión consiste en utilizar a una persona para abofetear a otra. Hoy día utilizó la conversación con su amigo para abofetearme a mí. Le cuesta quedarse con una sola persona y expresarle a ella lo que siente, sino que se busca una se-gunda persona para que reciba el golpe destinado a la otra. Y es eso lo que caracteriza sus relaciones, es decir, en vez de concentrarse en una persona, expresa sus sentimientos más importantes refiriéndolos a la siguiente persona.

P. (en voz baja): Porque produce placer.

A.: Sí, es cierto que le produce placer, pero también la hace desgraciada.

P.: Tengo la sensación de no haber encontrado jamás placer. Es por eso que me dije: "es importante que ahora, de una vez por todas, muestre mi risa aquí", la que normalmente escondo. En eso no veo diversión, ni placer, sino que me siento per-manentemente triste, algo que está siempre presente, pero eso no me lleva a nin-guna parte.

A.: Ambas cosas son importantes. El dolor es algo que siente más cerca de Ud., y su diversión furtiva, como venganza, rabia o irritación, no la teníamos presente hasta ahora.

A continuación, hago referencia a amistades anteriores, donde la agresividad aparecía sólo reflejada en el comportamiento de los demás, sin que la paciente tuviera conciencia de la parte que le correspondía a ella misma en su producción.

A.: Ahora podemos ver, dicho derechamente, lo placentero que le es maltratar a los hombres. Pues la verdad es que Ud. me maltrata cuando goza haciéndome esperar, y se muere de la risa cuando eso queda en evidencia.

P.: Sí, pero eso es así sólo ahora último. Antes me ponía siempre triste, y luego todo terminaba en nada.

En la siguiente secuencia, y a modo de resumen, le presento una interpretación más larga, en la que conecto la transformación del deseo en desilusión, con el cambio de pasividad en actividad como defensa ante una temida situación traumática, y con la agresividad que resulta de este desarrollo. Cada eslabón de la cadena es el resultado del trabajo anterior, aunque no hayan sido tocados explícitamente en esta sesión. Termino esta interpretación resumen refiriéndome al aspecto transferencial de su comportamiento:

A.: Y para prevenir esa desilusión, ese dolor que teme, da la vuelta a todo el cuento, negándose a darme algo que cree yo espero. Y con eso me ha producido un daño que es precisamente el que teme le produzca dolor a Ud.

P.: Curioso, ahora me viene a la mente el final de la sesión. La rabia que sentí cuando Ud. dijo: "Se acabó el tiempo".

A.: Sí, con eso la herí, y ahora contraataca. Pero eso no mejora la situación, sino que, por el contrario, el enojo acorta aún más la sesión y eso es lo fatal de todo este esquema: su situación no llega a ser más favorable con su reacción, sino que empeora.

P.: Interiormente, tomo muchas otras medidas que me acortan el tiempo, pues cuando tan sólo comienzo a sospechar que la sesión podría estar llegando a su fin, me digo: ¡cuándo lo dirá, ya pues, cuándo lo va a decir! Hace unos días pude constatar de que, en ese momento, en mis pensamientos yo ya me encontraba muy lejos de aquí. Como si así quisiera hacer el quite a este dolor. Además, hace un rato atrás también pensé que al irme de aquí en mis pensamientos tenía al menos algún placer, con lo cual todo es menos doloroso.

A.: El ponerse tan activa la lleva a tener esa agradable sensación de controlar la situación, pero eso tiene también la desventaja de que termina recibiendo aún menos.

P.: En esos momentos estoy justamente menos concentrada, menos intensamente, y, por una parte, el irme es ciertamente una ganancia en placer, pero, por otra, es también una pérdida, ya que se pierde en intensidad.

A.: Cierto, y lo que vemos aquí en dimensión reducida, es una muestra de cómo Ud. configura sus relaciones, porque cada vez que sus amistades amenazan volverse intensas, Ud. les da, activamente, un corte prematuro, y por las mismas razones que tiene para poner interiormente un fin prematuro a nuestras sesiones aquí. Es decir, por temor de que otra persona pudiera ocasionarle dolor al decir:

"Esto se acabó". Al hacer eso, posiblemente Ud. provoca activamente una situación que quizás, sólo quizás, podría llegar a producirse alguna vez.

P.: Aquí sí, aquí sé que esa situación va a venir. Y en una relación es algo que estoy temiendo todo el tiempo.

A.: Ese es su problema, que se le hace difícil tolerar la incertidumbre, y por eso es que una y otra vez Ud. misma provoca la separación, cuando la relación se pone intensa.

P.: Hace un rato, al hablar de separación, no pensé tanto en la separación de mi pa-dre, sino más bien en la manera en que nos tratábamos mutuamente con mi madre.

La paciente se explaya sobre esta idea hasta el final de la sesión, refiriéndose a comportamientos típicos de su madre.

El atraso de la paciente permite aclarar, y elaborar en la transferencia, su disposición a reaccionar en forma masoquista frente a situaciones de rechazo y de separación. El desarrollo de la sesión muestra una secuencia que va desde el deseo de aceptación, pasando por la desilusión, hasta el cambio de pasividad en actividad, para desembocar finalmente en una agresividad defensiva. En el historial de vida de la paciente esta secuencia temática se puede retrotraer a la relación con su madre.

Basándonos en Klauber (1966), podemos formular el hilo conductor de la sesión en términos de angustia, defensa y escenificación. La angustia principal de la paciente reside en que los afectos la sobrepujan. Por tal motivo, estos deben ser desmentidos (*verleugnen*). El juego de dar y recibir golpes tiene un componente placentero, pero también uno angustioso, ya que, al tener interiorizada la expectativa de que sus deseos (por ejemplo, a obtener reconocimiento) no serán cumplidos, la paciente termina necesariamente dolida. Su principal defensa es la desmentida de afectos, es decir, desentenderse de ellos, y la actuación de impulsos agresivos. De este modo, la paciente pone en escena una desilusión por adelantado, causada activa, aunque inconscientemente, por ella misma.

4.2 Pseudoautonomía

Si bien en análisis deseamos pacientes independientes, no es menos cierto que también tenemos aquel tipo de pacientes que creen poder hacer todo por su cuenta.

Bajo el punto de vista de la curación, existe la tendencia francamente marcada de enjuiciar la independencia como algo inequívocamente positivo, y la

dependencia inequívocamente como negativa. De esta manera, el lado positivo de la independencia encubre al negativo, con lo cual ésta se presta para camuflar propósitos neuróticos. Del mismo modo, el lado negativo de la independencia también encubre el positivo, razón por lo cual la crítica de la dependencia puede estar también al servicio de tendencias patológicas o de medidas defensivas (Racker 1978, p.209).

El tema de la independencia también encuentra su expresión en el tipo de conducción del diálogo analítico. La descripción fenomenológica y clínica de las formas de resistencia ha clasificado desde un comienzo como resistencias las desviaciones graduales, en el sentido del más y del menos, a partir de un modelo de diálogo ideal (no importando cómo éste sea definido). Con razón, Cremerius subraya que debemos entregar los criterios en que nos basamos para decir que un paciente habla mucho:

La respuesta dice que el hablar de más no se refiere a algo cuantitativo, sino a algo cualitativo, a saber, de que en este caso el hablar -específicamente el hablar demasiado- se coloca al servicio de la defensa y de la resistencia (1975, p.58).

Con el siguiente ejemplo, queremos ilustrar un tipo de manejo sereno de la verbo-rrea, que da tiempo al paciente "para enfrascarse en la resistencia, no consabida para él, para reelaborarla, para vencerla ..." (Freud 1914g, p.157).

Se trata de una sesión de un período avanzado del análisis de Gustavo Y, de 35 años, cuyos trastornos en el trabajo analítico se habían manifestado, como resistencia de transferencia, a través de un silencio testarudo persistente (véase Moser 1962). Después de la elaboración de los afectos agresivos defendidos, el paciente desarrolló la pseudoautonomía que describiremos a continuación, y que se expresaba a través de un hablar reflexivo que tomaba características de un monólogo.

El paciente me participa, al comienzo camuflada como pregunta, la decisión de tener que terminar la sesión "algo antes", para poder recoger a tiempo a sus hijos. Fundamenta esto en los problemas de tráfico y en una situación peligrosa que había sucedido al venir.

P.: Al venir hacia acá viví una situación bastante crítica; uno que venía detrás mío adelantó por la derecha ... y en eso, justo apareció otro en contra, por la otra pista, un camión muy ancho, que no habría podido de ninguna manera esquivar. Tampoco era bueno frenar, porque por todas partes habían charcos de agua ... de verdad, fue por centímetros, alcanzó a enfilarse justo antes de pasar por el lado

mío y, bueno, es claro que ahora no quisiera correr más riesgos, porque, obviamente, si tengo que manejar y empiezo a pensar que estoy corto de tiempo, entonces es im-posible no manejar algo más rápido que lo conveniente.

Comentario: El paciente tiene que hacer un recorrido de 35 a 40 minutos en auto. La petición de terminar antes consiste en cinco minutos.

P. (después de una pausa): Sí, y además hay que agregar que justo antes de partir leí en el diario, eso pasó ayer ... ya no sé si era ... acaso un ... en la carretera B 30 justo antes del acceso ... ese trayecto en construcción de la autopista allá a-trás ... de que ayer pasó un accidente grave, una mujer murió en el hospital y hu-bo tres o cuatro lesionados graves ... hm ... a todo esto se añade el que yo haya pensado, así es pues, el peligro que se corre hoy en día en las calles, estaban jus-to ... en gran parte secas, así es que pensé algo así como, ahora puedes de nuevo andar normalmente y anduve, a pesar de tener suficiente tiempo, bastante rápi-do ... me refiero a ese trayecto, más tarde, donde se puede andar a 120, bueno, yo ya sé que el tacómetro anda atrasado, así es que eran 130, pero justo antes de ... cuando supe dónde era y miré por todos lados, pero no pude ver nada, y en eso se me ocurrió ... se me metió a la cabeza, qué tipo de ... qué tipo de sensación se tiene que sentir, ¿no?, y ahí salía también que ese ... ese auto que había provocado el accidente es de Heilbronn, y con ... dio un patinazo en la curva, dio vueltas y quedó atravesado en la calle y el otro se incrustó en él por el lado y la ... precisamente la suegra de ese chófer fue la que sufrió heridas tan graves que después ... que murió después.

Y al pasar por ahí pensé en lo que se debe sentir cuando uno tiene un accidente y alguien que anda con uno llega a morir a consecuencias de él, o, por ejemplo tam-bién, cuando es uno mismo el que provoca ese accidente y otras personas, como ya lo dije, de otro vehículo, bueno, mueren.

El paciente continúa un buen rato más de igual forma con su "asociación libre". Recuerda que al venir a la sesión de ayer le dio de pronto tanto sueño, que tuvo que parar un rato a descansar.

P.: Pienso que precisamente ese ... pienso que, de verdad ... también aquí en nues-tra conversación ... ese problema ha jugado un rol importante, no, el ... de que precisamente debido a la situación del tráfico surja un peligro y que yo en realidad no haya hablado sobre ese asunto aquí.

A.: Hm.

Comentario: El paciente fundamenta con otras ocurrencias los riesgos que se co-rren al venir al tratamiento. Luego, encuentra una conexión con la sesión anterior, donde se había tocado el tema del tratamiento como algo indirectamente peligroso o, mejor dicho, el tema del analista como amenaza.

P.: Por lo mismo también que, de alguna manera, inmediatamente me ... de alguna manera me recojo en ese rol y tengo que ... bueno ya, sea lo que sea o ... es decir, yo pienso que ... en ese sentido ... tengo que tomar sobre mí la carga o algo así, no me queda otra que ... cargar con eso, claro.

A.: ¿Qué es lo que Ud. trata de evitar al hacerse cargo de todo eso?

P. (después de una pausa): Sí, tal vez puede ser de alguna manera el revés de la moneda de este aspecto desagradable del tratamiento, y ... y ... y agobiante ... y seguro también en cierto modo agradable, esto es, tener la sensación en todo esto, hm, de poder de verdad decidir por mí mismo lo que quiero hacer y si es que quiero hacer algo en absoluto, es decir, de que yo ... eeh ... quizás también ... aunque no sea exactamente lo correcto, no lo tengo totalmente claro, de querer precisamente ahora evitar ... digamos ... eso ahora ... dicho de manera algo patética ... eeh ... de algún modo, algo así como compasión, o algo por el estilo ... por ejemplo, que Ud. muestre alguna comprensión de que es una situación difícil o peligrosa, o algo así.

A.: Hm.

Comentario: El paciente puede sacar algún provecho de la indicación del analista sobre el porqué de su comportamiento, a saber, que quiere evitar que su analista se aproxime demasiado a él al tocar el tema de la amenaza. Esto ya había aparecido la sesión anterior.

P.: Y de algún modo eso ... y de algún modo en ello ... yo creo que, donde ... donde aún no me queda muy claro ... eeh ... lo primario en ese asunto es si acaso yo ... eeh ... de verdad no quiero, si acaso yo ... si acaso de verdad lo quiero hacer sólo o si tan sólo es esta ... esta timidez ante ... sí ... de una cierta cercanía personal, o algo por el estilo, que se estaría manifestando a través de eso. Eso ... a mí ... a mí mismo ... no me queda bien claro y yo pienso que por mi parte (carraspea) y desde ese otro punto de vista, tengo la idea de que yo ... de que realmente yo quisiera decidir por mí mismo y de que ciertamente también existe esa otra alternativa, digamos, de que, al no tomar una decisión, yo diga, no no, eso no lo hago, es demasiado el riesgo, o algo así, y esta ... y de algún modo quiero poder tomar esta decisión ... hm ... solo, sin tener que ahora ... por ejemplo, tener que venir acá a ... pedir permiso. Sí, eso es ... eso también está dentro de to-do eso.

A.: Sí, por consiguiente, su independencia en este asunto es para Ud. algo muy importante y se plantea la pregunta: "En realidad, ¿es esto algo primario o podría ser que esta independencia sea el resultado?" Quizás Ud. se ha retirado de la posibilidad de tener expectativas, ha renunciado a ellas, y es este retirarse lo que le da una mayor independencia. En este momento, Ud. es independiente de mí, no importando si lo que diga al respecto sea útil o no, o indique comprensión

de sus problemas. Ahora Ud. es el héroe que domina solo el peligroso camino, y ésta es una imagen que hace tiempo se impone acá.

Uno de los sueños diurnos preferidos en esta fase del tratamiento se refiere a un héroe del oeste americano, que va en ayuda de viudas y huérfanos, y que al final re-chaza el ofrecimiento de la mujer rescatada, siguiendo su camino solitario.

P.: Sí, en realidad, me ... hace un rato también ... digamos ... me vino a la mente algo así como, igual que ahora ... el modo como yo ... hm ... trato a mi mujer este último tiempo, me retraigo mucho y mantengo sólo algunas obligaciones.

El paciente describe a continuación las quejas de su mujer cuando él rechaza sus deseos de cercanía e intimidad, y dice:

"Pero, desde mi punto de vista, el asunto es que yo realmente no tengo necesidad de eso, es decir, tampoco siento nada sexual, no pierdo nada, en realidad, casi ni tengo necesidades sexuales."

Gustavo Y dice que siente deseos de dormir con su mujer, siempre y cuando ella no infiera de este hecho algún tipo de exigencia respecto de su autarquía.

P.: No, aunque de hecho es así, y en este momento lo siento muy intensamente ... hm ... bueno ... a ver, cómo lo digo ... sencillamente quiero que me dejen tranquilo, no. No quiero que me vengan a jorobar con cualquier cosa. Y de hecho es así, quizás me las he sabido arreglar de tal manera, que me siento, en cierto modo bien cómodo en esta ... hm ... en esta situación, al menos en ... o quizás esos otros ... otros deseos o necesidades, de hecho ... los he reprimido totalmente.

A.: Hm.

Comentario: La realización concreta en la vida cotidiana del sueño del héroe confirma que el paciente prefiere reprimir sus deseos sexuales antes de acercarse a su mujer y terminar en una cercanía que lo inquieta. Su niñez se vio ensombrecida por una larga ausencia del padre (que fue prisionero de guerra hasta que el paciente cumplió los diez años). Como "el único hombre sobreviviente de la familia", el paciente fue mimado y coartado por un medio ambiente de mujeres dominantes. De niño recibía permanentemente reproches de preocupación, nadie quería que le pasara algo. Es precisamente esto lo que no desea escuchar del analista, y está convencido de que si éste llega a mostrar comprensión por los riesgos del tráfico, por los peligros del goce fálico, no sería más que una manera de disimular los reproches.

P.: No es que, y naturalmente también es así ahora, cuando ... no, cuando yo ... cuando mi mujer viene de alguna manera con ... con ... sus quejas y ... y me dice que me odia o qué sé yo, cierto, entonces mi reacción es "oye tú, hazme el favor, ¿qué quieres entonces, eh?, lo mejor sería, ah, que redujéramos nuestros

contactos solamente a lo práctico, aparte de eso, cada uno puede hacer lo que quiere".

A.: El punto decisivo está en el sentimiento del "a qué viene todo esto, y a mí qué", donde Ud. levanta los hombros y piensa, bueno, por qué tengo que estar hablando de esto, qué asunto tiene todo eso. Al venir hacia acá le suceden cosas de mucho peligro para su vida. Y es casi como si Ud. mismo se metiera en todo eso, viniera con todas esas fantasías de lo que sucedió el día anterior, entonces acelera a fondo, y aquí -lo que pasa entonces aquí- ¿qué está contenido en ese "y a mí qué"? Por poco Ud. se mata. Por la culpa de otro, claro está, pero bien podría ser que Ud., segundos antes, -eeh- pudiera haber visto al otro y de esa manera reducir el peligro.

P. (después de una pausa): Sí, pero donde ... sí, seguramente, desde un punto de vista general, claro que sí, pero donde yo ... no encuentro ... que quede bien claro, quiero decir sobre lo que acabo de contar de ayer. Dije que eso pasó ayer al viajar hacia acá, naturalmente, ... pero en ese sentido no puede ... hm ... digamos que ... no puede ser una directa reacción a lo que estuvimos conversando.

Comentario: La interpretación intranquiliza inmediatamente al paciente, y por eso responde primero con una negación; pero, en comparación con fases anteriores del análisis, esta vez se permite una ocurrencia fructífera.

P.: Sí. Sí, pero ... eso ... ahora recuerdo algo más, que deja aún más en claro que precisamente ese tipo de fantasías surgen justo cuando uno podría, por así decir, dosificarlas, no, que yo pudiera retirarme en este momento de la circulación debido a un accidente no tan serio, no, en lo cual con toda certeza la carga del trabajo juega también un rol, no, y tener que permanecer en cama en el hospital debido a alguna herida y así poder tener algo de tranquilidad y poder centrarse en uno mismo. No, no será que también ... yo creo que ... eso apunta hacia el hecho de que algún tipo ... eeh ... de deseo, o algo por el estilo, haya tenido parte en todo esto.

Comentario: A lo largo del tratamiento, el paciente ha podido por lo menos mitigar la idea regresiva de una tuberculosis grave que lo recluiría por años en un clima tipo "montaña mágica", hasta el punto de que ahora puede conformarse con un "accidente no tan serio" por el cual podría retirarse "de la circulación".

El paciente relata entonces una importante observación de sí mismo, de cómo había tramitado con mucha desenvoltura una diligencia que se le había encargado, "con un desgaste de nervios considerablemente menor que antes", y de cómo su propia liberalidad lo espanta.

La instancia crítica del paciente está siempre presente en sus diálogos internos con los demás: "¡Por Dios!, si alguien llegara a darse cuenta de esto, qué cosas

pensaría, el tipo planificado que eres". En parte, sin embargo, puede sustraerse de esta expectativa.

P.: Me dije, ¿por qué te haces cargo de este trabajo adicional, o algo así, si de todos modos da lo mismo, no, si algo no está correcto, siempre va a haber alguien que lo va a corregir; y con una disposición interior similar voy también por el momento al trabajo. Me preparo aún menos que lo normal, pero sin castigarme después en forma tan terrible.

A.: Al escabullirse de las expectativas que se ha impuesto Ud. mismo, se complica menos la vida.

P.: De acuerdo, yo sé que eso es también contradictorio. Puesto que si de verdad relativizara la situación, y en parte mirara las cosas con más indolencia, naturalmente el deseo que surge al instante de hacer el quite a todo, no calzaría. Al menos, veo ahí en este momento una cierta incongruencia, pero pienso que también puede ser que, en el fondo, no me doy cuenta al instante que también los problemas caseros tienen algo que ver en esto, porque así me libero también de ellos, ¿no?

A.: Sólo que cuando Ud. habló por primera de las tareas adicionales, una pregunta quedó claramente en suspenso. "¿Por qué me dio el jefe esa tarea, por qué justo a mí?", y luego una pequeña insinuación, de si acaso realmente el jefe iba a decir el porqué. Quizás Ud. tenía la expectativa de que él lo alabara. Y ese "y a mí qué" podría ser una reacción a la desilusión, una retirada a mirar las cosas con más indolencia y, análogamente, se podría considerar en este contexto el "y a mí qué" también como una reacción ante una desilusión. "Total a ése le da lo mismo si me rompo los sesos." Y con ese "y qué más da", Ud. se independiza.

Comentario: En su última interpretación, el analista intenta transmitir al paciente un motivo para su pseudoautonomía. Que el paciente evita desilusionarse del deseo de andar buscando reconocimiento y en vez de eso cosechar sólo preocupaciones. En su hogar, se daba por sentado que se sacara buenas notas, porque su madre era quien le hacía todo, sin promover el despliegue de su iniciativa motriz. En la adolescencia, y lejos de las miradas ajenas, se entrenaba como corredor de fondo; pero en sus sueños diurnos lograba éxitos en carreras cortas, de 100 metros planos, que se llevaban a cabo frente a la tribuna principal. En la relación transferencial trata de evitar el deseo de obtener reconocimiento por su peligroso "viaje existencial"; sin embargo, retrospectivamente, ese aspecto

parece no ser tan claro. Las intervenciones del analista se dirigen a la resistencia que encubre sus deseos de dependencia.

4.3 El desgano como resistencia del ello

Para comprender mejor este pasaje, aconsejamos leer previamente el subcapítulo 9.3. En él hacemos un resumen del historial clínico de Cristián Y y del marco externo y temporal de su análisis. En la sección 9.3.1 ilustramos sus angustias de separación a través de un ejemplo de la sesión 203. Luego de superar estas angustias, el paciente pudo ser atendido en forma ambulatoria, a partir de la sesión 320. Su desgano e ineptitud tocaron fondo en la sesión 503. Se encuentra, finalmente, en una situación tal, que apenas puede llegar a pie a mi consulta. Actividades llenas de imaginación no le producen ningún tipo de satisfacción ni ningún aumento de la confianza en sí mismo.

En esta fase de su tratamiento, su sintomatología consiste en una falta de ganas extrema, que se expresa en incapacidad laboral e indolencia. Por mucho tiempo, la pereza que ahora lo tortura había estado encubierta por ataques graves de angustia que le impedían actuar y trabajar activamente.

Desde un punto de vista descriptivo, a un desgano que todo lo impregna le adjudicamos la calidad de una resistencia del ello, la que, sin embargo, no remitimos a la "inercia" o a la "pesantez de movimiento" de la libido (Freud 1918b, p.105; 1940a, p.182; véase primer tomo, capítulo 4.4). De hecho, en las dos sesiones re-producidas, típicas para un largo período del tratamiento, todo parece estar inmóvil. El analista tratante intenta desesperadamente encontrar un sentido a las quejas monótonas del paciente sobre su absoluta ineptitud. En el desgano, que aparece como una resistencia insuperable, se hace visible una satisfacción encubierta y totalmente inconsciente de obstinación anal y su correspondiente autoafirmación regresiva. El paciente se encuentra ciertamente muy lejos de reconocer el poder que yace en la pasividad, o de gozar del triunfo. El estado anímico del paciente oscila desde un extremo a otro, donde la señal de angustia hace su aparición de manera uniforme, dependiendo de si Cristián Y expresa su rabia abiertamente o de si la esconde tras la pasividad o la autodestrucción. Pero la angustia también lo protege frente a la interrupción del tratamiento y del suicidio. Cristián Y se prepara para su futura profesión desarrollando secretamente circuitos eléctricos y programas con los cuales hacer sombra a su padre. Sin embargo, la observación realista de su rendimiento quita todo el viento a las velas de sus fantasías omnipotentes. Mientras más cosas logra en la vida, paso a paso, más evidente se hace la discrepancia, como problema central de la terapia, entre sus progresos y la evaluación subjetiva que hace de ellos.

Como lo muestra el siguiente trozo de la sesión 503, Cristián Y insiste en su idea de que la única manera de llegar a ser una persona aplicada es que el analista lo transforme en alguien aplicado. A través del influjo del analista, el paciente espera sentir, no sólo ganas y placer, sino también el impulso a ser activo.

P.: Siempre tengo susto de irritar a alguien o de ser muy fresco. Al venir acá, las más de las veces ya estoy tan nervioso, que no puedo aguantar cargas adicionales, por muy mínimas que sean. No importa por dónde empiece, Ud. siempre me lleva a ponerme terco. ¿Qué quiere lograr con eso? Me aburre hablar sobre terquedad, ya que, por el momento, lo que me interesa es la manera de ponerme activo, y no veo la relación entre obstinación y pereza, y encuentro también innecesario hablar sobre obstinación, porque ésta contiene rabia, y la rabia es un cuento aparte, ésa todavía no se me va. Si Ud. siempre vuelve a hablar de obstinación, tiene que haber algo particular con ella. ¿Qué pasa?, ¿por qué no dice nada?

A. (después de una pausa): Un aspecto importante de todo esto consiste en bloquear el placer directo y de incapacitar a los demás, eso fue algo que Ud. pudo entender ayer.

P.: No, eso no me aclara nada, que obtenga placer poniéndome terco, eso no interesa, porque la verdad es que no quiero refrenarme. Si lo que intento es hablar. No tiene ningún sentido el que yo me alegre cuando Ud. no me dice nada, como si yo le hubiera ganado la mano. Lo importante es saber que de eso no saco la conclusión de que Ud. no me puede ayudar. Y fuera de eso no hay nada más. Encuentro que nuevamente hemos estado perdiendo el tiempo, y eso me da rabia, porque yo quiero seguir adelante, por ejemplo, ser más activo. ¿Por qué no resulta nada de eso, realmente nada? No quiero hacer el esfuerzo, tengo susto de hacer algo tonto. ¿Por qué Ud. no me ayuda? No puedo pensar nada por mi cuenta, no puedo tener una opinión propia, siempre dependo de la opinión de los demás, ¿por qué me asusta la crítica? Siempre pienso que las ando cagando. Hablo, pienso, hago cosas -pura mierda-, nada más que eso. Me pregunto por qué no me bastaría con contar con su aprobación. Aunque ella no me es más importante que la aprobación de otra gente, y además, no quiero tener que ganarme su aprobación, porque precisamente no quiero depender de ella. En el caso de que Ud. me diera algo así como un consentimiento general, no se me ocurre qué podría hacer con él, es demasiado agua-chento para mi gusto. No puedo entender eso como apoyo, sigo angustiado porque todo lo hago mierda, cómo camino, cómo me paro, lo que toco, lo que pienso, de algún modo ahora mismo las estoy cagando. Tengo un miedo enorme de cometer un error. Miedo de que se rían de mí, miedo ante la rabia. No voy a dejar nunca de hacer algo mal, y sea lo que haga, nunca será perfecto, así es que siempre tendré que contar

con situaciones adversas. Y otra cosa más, me da muchísima rabia no poder nunca discutir con alguien. Sólo puedo agachar el moño, asentir, y no quiero tener que hacerlo. Si Ud. no me ayuda a poner orden en todo esto, bueno, entonces todo seguirá igual.

A.: Ud. teme entonces que si yo no le doy algo, no puede hacer nada por sí mismo.

Reflexión: Es un intento de señalar al paciente que él también es independiente, aunque esta idea se encuentre sólo muy sutilmente implícita. En parte, esta precaución guarda relación con la sensación de que casi todo lo que yo pudiera decir, pro-poner o hacer, es "erróneo". Por otro lado, y de acuerdo con la experiencia, Cris-tián Y no puede soportar un silencio prolongado. Necesita mi respuesta para poder sentirse seguro. Esta intranquilidad se puede percibir en la última frase de su apertura de la sesión: "¿qué pasa, por qué no dice nada?" Si yo callase, su intranquilidad sería insostenible. Simultáneamente, y en lo que atañe al contenido, me expongo a su severa crítica. Durante un período, el paciente memorizaba mis comentarios sin que yo me diera cuenta de que con eso extraía apoyo para sí mismo.

P.: Claro, pero si eso es así. A eso no le tengo miedo; eso es así. ¿Podría Ud. acaso mostrarme otra manera de entender todo esto? Si Ud. no pusiera nada de su parte, si yo permaneciera ausente, ¿qué sucedería con mi angustia? Qué quiere con todo esto, no lo entiendo. Mire Ud., ¿cómo puedo zafarme de la angustia que me da al tocar cualquier cosa? Vengo acá con mi angustia a cuestas, no recibo nada nuevo de Ud. y luego me siento muy desgraciado porque nuevamente no gané nada. Por ejemplo, ahora me pongo muy contento cuando pienso en las vacaciones, porque no voy a tener que sentir a diario la angustia de haber venido acá por nada.

A.: Sí, lo pone muy contento el que por un tiempo no necesite venir acá.

P.: Sólo por un lado.

A.: Una felicidad verdaderamente enorme.

P.: Pero esto es nuevamente un tipo de obstinación. Le doy furiosamente las espaldas y cargo con las desventajas.

A.: ¿Pero de dónde saca la idea de que si yo no pongo nada de mi parte, tampoco Ud. tendría nada en Ud. mismo? Parece que mi silencio lo siente como si yo no tuviera nada, pero ¿cómo lo relaciona con la idea de que tampoco Ud. tiene nada?

Reflexión: Es posible que esta pregunta exprese desorientación. El animar indirectamente no basta, y sólo me resta tener que soportar el haber cometido un error.

P.: Bueno, entonces lo intentaré con una contrapregunta: ¿Podría Ud. decirme qué provecho he obtenido con la sesión de hoy o con la de ayer? ¿Puede acaso decirme algo?

A.: Sí, realmente la pregunta es qué significa ganar algo.

P.: He ganado algo cuando puedo resolver mejor un problema, gano algo cuando tengo menos angustia.

A.: Entonces sería una ganancia haber aprendido en la sesión de hoy que hay algo en Ud. mismo, sin que yo tenga que poner algo de mi parte.

P.: Yo no tengo nada, sólo angustia, demasiada angustia.

A.: Entonces hay una relación entre mi silencio y su angustia.

P.: Pero si Ud. durante toda la sesión prácticamente no ha dicho nada que pudiera tener relación con alguno de mis miedos. Si sigo angustiándome con la idea de poder hacer alguna tontería, realmente no se ha ganado nada.

A.: Lo que está sucediendo en este momento aquí es un ejemplo de sus dificultades con el trabajo. Si no tomo inmediatamente algo al vuelo de lo que Ud. dice, o lo confirmo indirectamente, instantáneamente saca la conclusión de que todo lo que aquí sucede es una mierda, que no sirve para nada, y que esto sólo podría llegar a tener un sentido en el caso de que yo hiciera algo, si, por así decirlo, le agregara de mi propia mostaza. ["Den Senf dazugeben", literalmente, "agregar mostaza". Este modismo alemán, cuya traducción se encuentra entre "meter la cuchara" y "poner color" o "pimienta", acepta la analogía entre mostaza y mierda, que aparece más adelante; nota de los traductores.]

Reflexión: Cristián Y depende en grado extremo del reconocimiento. El paciente alguna vez dijo, en otro contexto, que debido al amor y a los mimos sin límites de su madre, se le produjo una situación deficitaria que consiste en que él no puede ser, tampoco hoy, como a él le gustaría ser. A pesar de esto, lo creía capaz de iniciativa propia. Se trata de un déficit muy curioso, producido por un exceso de bondad. O dicho de otro modo: la bondad hizo crecer el falso sí mismo. Lo que el paciente quisiera ser, permanece oculto tras una vaga idea.

P.: Sí, sí.

A.: Entonces cuando la mostaza se mezcla, mi mostaza. Un problema de sus dificultades en el trabajo es que Ud. rápidamente se siente descorazonado cuando emprende algo y empieza a probar con una y otra cosa.

P.: Sigo no estando de acuerdo con eso, pues yo no he hecho nada más que contarle algunas angustias, no he tratado de solucionar nada, porque no lo puedo hacer y porque tampoco se me ha ocurrido algo al respecto, y no creo que esto se pueda traducir en forma tan simple. He planteado preguntas y, en lo fundamental, no he obtenido respuestas, y eso me desilusiona, porque para mí, el tener en lo sucesivo más o menos angustia depende de la contestación a mis

preguntas. Yo tengo razón, y sería un autoengaño aparentar no estar angustiado, cuando sí lo estoy. Hablar de esta manera, así, para mí mismo, no puede servir de mucho. De ningún modo puedo estar de acuerdo con que saqué algún provecho de la sesión de hoy. Ud. no ha dicho nada acerca de la angustia que tengo, y lo único, que Ud. dice haber dicho, es un engaño.

A.: Si no digo nada, ¿es ahí donde se angustia?

P.: La angustia la tengo de antes.

A.: Eso bien lo sé, pero lo actual es, dicho en forma simple, que la angustia aparece cuando no digo nada.

P.: Al comienzo me da rabia, y quizás la angustia viene después.

A.: Entonces, ¿la angustia se intensifica con la rabia?

P.: El tiempo pasa, y yo no entiendo lo que Ud. quiere decir con eso.

A.: Si yo no hago nada, Ud. cree que tampoco puede hacer algo.

P.: Sí, pero si así es, evidentemente no es que no haya nada de nada, sólo que hay demasiado poco.

A.: O sea, si yo no agrego mostaza, tampoco Ud. lo hace.

P.: Sí, claro que eso es así, lo siento así porque me siento muy mal.

A.: Sí, sí.

P.: Y mientras no me sienta bien, no puedo meter mostaza.

A.: Esto hay que tomarlo muy en serio. La conexión que Ud. hace es tan estrecha, que para Ud. algo es bueno sólo si se trata de la misma mostaza, si la mostaza es una mostaza mezclada. Si hace algo por su cuenta, entonces ese algo es -¿cómo lo digo?- mierda, tan sólo mierda, mientras yo no agregue mi mostaza para que juntos revolvámos en el tiesto.

P.: Ahora sí que no le encuentro ningún sentido, pues la conclusión es que sólo me queda una sola mierda. Yo creo que tengo razón, y si aparento ser testarudo es que tal vez sea sólo demasiado idiota para comprender, no entiendo. Podría solucionar el problema de otra manera, es decir, no buscar nada en Ud., pero, en ese caso, al final no voy a haber solucionado nada. ¿Dónde estará en este momento mi equivocación al pensar, dónde estará el problema del asunto? Cierto, no quiero estar cerrado cuando Ud. tenga algo mejor para comunicarme.

A.: El problema consiste en que para poder hacer algo por cuenta propia, se necesitan también cosas en común.

P.: Sí, claro, ¿y si Ud. no dice nada?

A.: En este instante, es claro que evidentemente sigue teniendo un miedo enorme de que no se saque nada que valga la pena del tiesto, de la olla común, si es que Ud. llega a producir algo por su cuenta. Es por eso que hace un rato dije que estaba muy contento con la idea de no tener que ver nada conmigo por un

tiempo. Por cierto, hay algo de obstinación en todo eso, y rechazo, pero también es una demos-tración de su independencia ...

Reflexión: ¿Cómo podría Cristián Y liberarse del dilema que significa que le repugne ser dependiente, a la vez que no se atreva a ser independiente? Se le hace muy difícil poder soportar la desvalorización que hace de sí mismo; supongo que por este motivo intenté aquí valorizar su capacidad de hacer algo en forma indepen-diente.

La próxima sesión continúa sin variaciones.

P.: Me cago de susto cuando pienso en los signos de cansancio, vuelvo a lo de la pereza. ¿Sabe Ud?, no me mejoraré nunca. No siento absolutamente nada por el trabajo. Hacer cualquier cosa es algo totalmente ajeno a mí, en serio, totalmente ajeno, no hay nada que hacer. El viernes pasado me sentí nuevamente tan desesperanzado; al repasar la semana, no había nada, pero absolutamente nada, que pu-diera haber despertado en mí ganas de trabajar, nada, y rechazo el trabajo. Tampoco quiero trabajar, no vale la pena hacer el empeño. Todo es una lata, la vida es to-talmente latosa, vacía y aburrida, y jamás va a cambiar, de eso estoy pero total y absolutamente convencido. ¿Por qué tengo que hacerme cargo de un futuro tan desabrido y gris?, es absurdo ...

A.: Así es que cuando Ud. trata de hacer algo por su cuenta, ahí mi aporte es especialmente mínimo, nulo, o prácticamente nulo.

P.: De eso de trata.

A.: Cuando Ud. hace algo y yo nada. Cuando se trata de que Ud. desarrolle una mayor actividad sin mí. Luego, ¿su meta sería hacer más y sin mí?

P.: Claro, pero no lo puedo hacer, porque soy flojo, por ejemplo.

A.: ¿Y qué logra con la flojera? ¿Qué es lo que quiere lograr, al ir yo en su ayuda?

P.: Eso no lo sé, y, ¿por qué tendría Ud. que echarme una mano? Yo quiero hacerlo por mí mismo, me persiguen unas angustias que tienen que ver con todo eso, que permanentemente se las estoy contando, pero que Ud. no toma en cuenta. Ten-go angustia de hacer cualquier cosa. Tengo angustia de verme enfrentado a situa-ciones de prueba.

Anoche, nuevamente soñé algo referente a esto, tenía que dar un examen y estaba sentado allí, y no supe nada, y me cagué terriblemente de miedo y, al final, para colmos, alguien me castigó. Soy un cagado. Por ahí podríamos empezar, ¿qué es lo que quiero de Ud.? Pues, ¡nada! No quiero nada personal, a mí me gusta vivir en forma impersonal, ser reservado y distante, eso es mejor.

Comentario: De un envi3n, nombra aqu3 las dos aspiraciones opuestas. En el instante en el que quiere hacer algo por s3 mismo, le sobreviene inmediatamente una angustia que lo paraliza.

Sin tomar en cuenta que el analista fue demasiado reservado al darle un reconocimiento concreto, para él es avergonzante ser dependiente; por este motivo le es difícil aceptar ayuda. Al analista no sólo le es difícil sobrellevar los regaños de insatisfacción del paciente por la falta de ayuda, sino que también le preocupa que los sentimientos de culpa, que resultan de esta situación, pudieran tener el efecto de aumentar la angustia.

A.: Sí, precisamente eso es lo que yo quiero decir. Ud. quiere hacer algo por sí mismo, totalmente neutro, y ahí radica el problema, ¿cuál es la razón de que esto no suceda, por qué?

P.: Por ejemplo, porque tengo susto de que lo que haga sea inspeccionado por otra persona en detalle, por ejemplo, porque no me puedo dar el lujo de tener una opinión propia, ya que no me puedo confrontar con nadie. ¡Qué sé yo! Cuando hago algo soy tan impreciso, tan desconcentradamente precipitado, que tengo miedo que me lo rechacen. Cuando algo me ha salido mal, es terrible.

A.: Así es, y mientras yo me hago cargo de algo suyo, pensando por Ud. o cooperando con mi ayuda, Ud. se siente liberado del peligro de hacer algo por su cuenta y de que yo caiga en el papel del crítico.

P.: Eso no lo entiendo.

A.: Mientras haya alguien que se haga cargo de lo suyo, mientras pueda permitirse ser totalmente pasivo y sea otro quien haga las cosas por Ud., mientras sea otro quien sostenga su opinión, solamente así se siente seguro.

Comentario: El analista entiende el desgano del paciente en estas sesiones básicamente como testarudez anal. Correspondientemente, el placer encubierto en agresividad pasiva es buscado en la autoafirmación testaruda. En la sesión recién descrita, la estrategia interpretativa se centra especialmente en el aspecto interaccional de la testarudez, debatiéndose, a través de una analogía, el esquema inconsciente de la analidad. El analista intenta dar a entender al paciente que en la relación (transferencial) puede mandarse y mandarlo abiertamente a la mierda (mostaza). El paciente se caracteriza a sí mismo literalmente como un "tipo de mierda".

Hoy como antes, en las quejas del paciente sobre su incapacidad corporal sigue siendo posible identificar, además, un componente de angustia de castración, cuyas raíces alcanzan capas más profundas, como se puede deducir de los pasajes recién citados.

La idea del paciente, de que su "defecto de sustancia" puede tan sólo ser aliviado mediante un abastecimiento material, revela un problema técnico muy difícil de resolver. La dificultad es aún mayor, porque toda proposición de una mezcla concreta, la vive como una profunda denigración. Esto lo lleva a sentirse cada

vez más desesperanzado, lo que se acompaña de amenazas de interrupción y de suicidio.

4.4 Estancamiento y cambio de terapeuta

La evaluación realista que, desde su punto de vista, hace el analista del estancamiento en el tratamiento, y para el cual la mayoría de las veces encuentra motivos plausibles en la psicodinámica del paciente, es un problema que habitualmente se discute poco. En estos casos, el analista tiende a pensar en una reacción terapéutica negativa (Freud 1923b), cuya motivación inconsciente fue discutida en la sección 4.4.1 del primer tomo.

La desventaja de esta visión es que descuida el aporte del analista en la producción del estancamiento. Porque es probable que también la ecuación personal y la técnica participen cuando no se logran cambios terapéuticos. En este sentido, los resultados de la investigación en psicoterapia subrayan que una experiencia previa desfavorable no representa necesariamente un indicador negativo para el resultado de un intento terapéutico posterior. Este resultado estadístico está en contradicción con concepciones clínicas corrientes (véase Kächele y Fiedler 1985).

A raíz de un estancamiento que se arrastraba desde largo tiempo, Maria X consultó a otro analista, de común acuerdo con su analista anterior. La infructuosidad de los esfuerzos terapéuticos que ambos participantes habían experimentado había llevado, sin embargo, a diferentes conclusiones. La paciente por ningún motivo quería finalizar su terapia, mientras que la terapeuta aconsejaba hacer una pausa, dejando a su criterio el consultar posteriormente un terapeuta masculino. La situación que llevó a esta resignada evaluación fue que todos los esfuerzos de transmitir algo

bueno a esta paciente, que sufría de una angustia difusa y que mostraba un ánimo básico depresivo, parecían fracasar. Durante casi dos años, había sido imposible abordar el crónico descontento consigo misma y sus circunstancias de vida, determinado por su sentimiento básico de carencia. Debido a que frente a cada conflicto inconsciente la paciente respondía con un empeoramiento, se diagnosticó una re-acción terapéutica negativa.

Frente a terapias fracasadas, el analista se plantea preguntas críticas. Wurmser destaca que, en tales situaciones, el analista se conduce a sí mismo al banquillo de los acusados:

Una táctica defensiva, muy querida por los depresivos, si no típica de ellos, consiste en tratar de que el otro se sienta tan culpable y humillado como ellos mismos se sienten. ¿Cómo se logra esto? A través de la inculpación abierta y velada. Por así decirlo, es una manera de dar la vuelta a la tortilla, que abarca las formas defensivas de la proyección y del cambio desde lo pasivo a lo activo, además de una transición desde la identificación con la víctima hasta la identificación con el acusador. Esto puede convertirse en una forma de resistencia de transferencia extraordinariamente poderosa. Yo creo que una buena parte de la reacción terapéutica negativa es adjudicable precisamente a esta vuelta de tortilla de la acusación (1987, p.149; cursiva en el original).

Ciertamente, existen diversas maneras de arreglárselas con esta acusación. Wurmser describe de manera muy convincente cómo él entiende la lucha de años, agobiante para cualquier analista, con un paciente aparentemente intratable. Como algo importante, subraya, entre otras cosas, la flexibilidad en el manejo que bajo ciertas circunstancias podría implicar un cambio de terapeuta.

Al consultar, la paciente, de 37 años, se queja con amargura de sus constantes esfuerzos en participar, hechos durante el tratamiento de ya casi dos años de duración. Después de todo este tiempo, debe constatar que nada ha cambiado en su problema fundamental de insatisfacción consigo misma y en sus sentimientos de fracaso. Después de averiguar cómo ve la paciente la configuración de la relación terapéutica, puedo constatar que existe un sinnúmero de preguntas que la paciente no se había atrevido a plantear, en especial las concernientes a la terapeuta como persona. Mi impresión global es que la paciente no había sido alentada suficientemente a dirimir su transferencia negativa proveniente de la relación con su madre.

Pensamos que el diagnóstico de reacción terapéutica negativa hace recaer de forma demasiado unilateral sobre la paciente toda la responsabilidad del intento, hasta el momento fallido, de analizarse. En vez de esto, debería buscarse la estereotipia de interacción que ha llevado a que las dificultades, probablemente reales, de la paciente, no hayan podido ser mejor influenciadas. La meta de este nuevo intento de tratamiento debe consistir, en este caso, en la transformación del negativismo de la paciente en una transferencia negativa abierta. Según nuestra opinión, en el primer tratamiento no se destacaron suficientemente las metas de la terapia originalmente buscadas, así como tampoco se discutió la realidad misma del tratamiento.

Ofrecemos a la paciente partir con una terapia focal, centrada en los aspectos negativos de su relación hacia la terapeuta anterior, no tratados hasta el momento.

En un sentido, este ofrecimiento toma en cuenta el escepticismo de la paciente frente al tratamiento anterior. En otro sentido, la planificación de la terapia está centrada, como meta circunscrita, en el abordaje del correspondiente problema de la transferencia materna.

Originalmente, María X había sido mandada al departamento de medicina interna, con el objeto de aclarar la génesis de una hipertensión que persistía desde hacía 11 años. Los exámenes somáticos dieron por resultado que la presión alta se debía a una estenosis de las arterias renales, cuya corrección quirúrgica había sido en esa ocasión desaconsejada. También desde hace 11 años la paciente sufre de "insatisfacción", según ella misma describe su síntoma. Además, sufre de estados angustiosos desde la pubertad, que surgen ante todo frente a situaciones de estrés o a propósito de discusiones con autoridades. Una interconsulta en el centro psicosomático de hipertensión arterial la llevó a iniciar una psicoterapia regular, ya que los sentimientos de angustia y de inferioridad ya citados se habían acentuado como reacción a la enfermedad corporal. La paciente temía influencias negativas sobre su relación de pareja.

En relación con la psicodinámica del conflicto, en la solicitud a la mutua de salud se destaca la relación tensa entre la estrecha unión con la madre y la insuficiente separación respecto de ella, con sus correspondientes ataques de ira y de desilusión. Los intentos de separación llevan a reacciones externas inadecuadas que, por su parte, se encuentran íntimamente ligadas a intensos sentimientos de culpa. Se prevé una terapia analítica sin límite temporal: "debido a la problemática de separación y de su correspondiente conflicto masivo de agresión, pueden esperarse resistencias considerables que deben ser elaboradas en el marco del desarrollo transferencial."

Después de haber presentado este esquema introductorio del problema, reproduciéremos a continuación algunos pasajes que vuelven a mostrar el comportamiento de la paciente relatado por la anterior colega, a la vez que intentaremos dejar ver un manejo terapéutico más favorable.

Después de convenir la continuación de la terapia conmigo, le entrego el formulario de solicitud de la mutua para la prolongación de la prestación de servicios. Al momento de tomar el formulario en sus manos, la paciente suelta un gemido, sutil, pero perceptible. Le hago notar esta exteriorización de desazón y, de malas ganas, responde que no quiere llenar esa cosa.

Esta primera demostración del comportamiento que ya me había informado la colega que había remitido la paciente, me impresiona. De acuerdo con mi modo de entender la situación, doy la siguiente interpretación:

A.: Para Ud. esto es simplemente agobiante: un formulario que conoce y que representa sus propios intereses; no se demora ni dos minutos en llenarlo y tiene el valor de nada menos que 6000 DM. ¿No será que hay una desproporción entre la prestación real de servicios y lo que todo esto significa para Ud? En su gemido está tal vez contenido el deseo de poder permanecer en el paraíso, donde abunda la leche y la miel.

Mi tono frente a la paciente de ningún modo era descortés; más bien estaba sorprendido con esta forma paraverbal de reducir su disgusto y su desgano a un míni-mo común denominador. Es por esto que mi acotación se encuentra impregnada de una cierta simpatía por la paciente.

P.: Bueno, es que ya tuve que llenar muchísimos formularios de ese tipo en los exámenes previos en la clínica de la universidad; en esa ocasión no me opuse a llenarlos, aunque podría haberlo hecho.

A.: En este caso se trata de una ventaja para Ud., y Ud. se queja.

Pienso a continuación que sus suspiros podrían representar una reacción crónica frente a un esfuerzo excesivo y un desplazamiento de su protesta hacia expresiones paraverbales. El hábito de gemir encajaba bien con algo que la paciente me transmite muy marcadamente, a saber, que puede comportarse y vestirse con gusto, y que sin embargo, su cara expresa un ánimo sombrío, a pesar de todo el cosmético que usa.

P.: Sí, siempre cuando se trata de algo ventajoso para mí, doy un traspié. Estos últimos días han aumentado nuevamente mis angustias, en el trabajo tengo que hacerme cargo de un grupo nuevo, que debo instruir.

A partir del comentario de que por el nombramiento de encargada de perfeccionamiento dentro de la empresa se siente más exigida en sus conocimientos y en su competencia, lo que estimula sus angustias, llego a la conclusión de que la paciente, veladamente, es muy crítica consigo misma.

A.: Quizás podríamos entender mejor sus angustias si nos detenemos en el problema de lo que Ud. se cree capaz y de lo que se espera de Ud.

La paciente relata entonces su carrera escolar desilusionante; había repetido dos veces de curso y luego se había retirado de la enseñanza media (la razón por la cual repitió queda poco clara). El bachillerato lo había rendido a través de una segunda vía alternativa, después de darse cuenta de que los trabajos simples no le satisfacían.

En la siguiente sesión, me entrega, con un suspiro, el formulario llenado. Retomo nuevamente el asunto del suspiro: "Todo esto es demasiado, la agobia". La paciente asiente, me mira, algo sorprendida de que yo haya captado en forma tan directa su estado de ánimo, esboza una sonrisa, pero sigue de mal humor.

P.: Sólo ya el sentir que tengo que venir a la terapia, que tengo que hablar, me agobia.

A.: Me gustaría poder entender mejor eso, ¿qué quiere decir con todo esto?, ¿puede dar un ejemplo de cómo el placer se le transforma en un deber?

P.: Claro, por ejemplo, cuando hace buen tiempo, tengo que jugar a tenis, o tengo que dar un paseo, todo lo que quiero hacer se transforma en algo que "tengo" que hacer.

Si hoy día me propongo ir mañana a algún acto cultural, simplemente porque tengo ganas de hacerlo, al día siguiente seguramente voy a sentir que debo ir a esa función, porque eso ya se me ha transformado en un deber.

Al oír su atormentado relato, pienso en un bebé que quisiera hacer lo que se le venga en ganas, que no quisiera tener aún deberes, pero que tiene que asumirlos. Pongo en palabras algo de esta idea:

A.: Un deseo se transforma en un deber, en una obligación, se independiza, en el momento en que Ud. siente que tiene que seguir sus propios deseos. Quisiera poder hacer en cualquier momento lo que se le viene en ganas, sin tener que temer las consecuencias de ello.

A continuación, hablamos de su madre, quien tenía que trabajar mucho y que, al hacerlo, constantemente estaba diciéndose a sí misma: tengo que hacer esto y lo de más allá. Infructuosamente, el padre había tratado de disuadirla: "Y ahora, ¡basta!, ¡no tienes nada más que hacer!"

Le interpreto que ella lleva a su madre dentro de sí y que se trata a sí misma del mismo modo como lo había hecho su madre. En ella habían entonces dos aspectos: por un lado está llena de deseos y, por otro, está la muy fuerte conciencia del deber.

Al expresarle esta interpretación en detalle, tratando de que la sienta emocionalmente cercana, comienza a llorar. Pronto logra recobrar la serenidad. Me queda claro que una y otra vez se siente sorprendida por sus ansias de ser consentida y de que se le cumplan los deseos, ansias que normalmente controla bien. Al imaginarme sus fantasías y en vista de su experiencia de una terapia más larga, le digo que a esa parte suave, llorosa, le gustaría tanto ser acogida en el diván y arropada con una manta. Aunque esto era algo que por otro lado no se lo podía permitir.

P.: De ninguna manera me puedo imaginar estar recostada aquí, sin tener que decir nada. Algo así no funcionaría de ningún modo, no, ¡ni hablar de eso! En tal situación me sentiría aún más desamparada, más aún como una paciente inferior a Ud.

A.: Con sólo imaginárselo se pone intranquila. Por eso prefiere permanecer terca-mente en el medio, como el burro de Buridán -lo conoce, ¿no?-, es ese que

estando entre dos fardos de heno se murió de hambre. Ud. se queda al medio, en el estancamiento, como lo pudo comprobar en la terapia con la doctora B. (su analista anterior). Pienso que el primer punto por aclarar sería si cuando Ud. viene hacia acá, y cuando siente ese "ahora debo ir allá", puede siquiera mentalmente imaginarse que da media vuelta y se va.

Después de una interrupción del trabajo por razones de la empresa y durante la cual tuvo unos días libres, habla con rabia sobre el hecho de que incluso durante aquellos días libres no pudo liberarse de la idea de tener que hacer algo; incluso el descanso se transforma en una prescripción, en un deber que la abruma. La paciente presenta un ejemplo de cómo deberían ser las cosas: ella está en cama con gripe, ha estado toda la tarde dormitando, y puede liberarse totalmente del compromiso de tener que visitar a unos amigos por la noche; así tendría que ser siempre, dice. Subrayo la congruencia entre pensar, sentir y obrar: "Sólo cuando el dedo gordo del pie se mueve tan lejos como quiere, uno deja de sentirse comprometido."

A continuación, María X habla en forma explícita de una voz interior que la maneja y la dirige constantemente; al leer un libro, la voz le dice que tiene que leerlo hasta el final, con lo cual nuevamente se le estropean todas las ganas. Esta voz no es de naturaleza delirante, sino que es la inexorable voz de la conciencia, que ella relaciona de inmediato con el tono de voz de su madre, quien permanentemente la agujoneaba. Al comenzar las vacaciones escolares, su madre nunca había sabido decir otra cosa que: "Qué bueno que estás aquí, ahora pueden hacer esto o aquello". Las ocurrencias de la paciente aclaran por qué había sido tan placentero esto de "meterse a la cama". Había podido dejar todo tirado en cualquier parte, su ropa tirada por ahí, y había podido soñar despierta.

A.: Esas fueron algunas pocas horas en que Ud. se tomó vacaciones de la estricta mala conciencia.

Muy pronto queda claro que el analista va a encarnar esta interiorización. El comienzo de la sesión se transforma en un martirio permanente para la paciente. La posibilidad de poder hablar aquí sobre aquello que la agita se transforma en una exigencia, en una prescripción. Al insinuarle la posibilidad de que no necesita hablar, si eso es lo que siente en ese momento, responde con dudas agresivas.

P.: Es sólo una cuestión de tiempo, hasta que a Ud. le pase lo mismo que a la doctora B.; al segundo año lanzó la pregunta de si acaso yo era realmente capaz de aprovechar las sesiones.

El dilema de la paciente consiste en que su propio obrar, de acuerdo con sus propias intenciones, debe también corresponder inconscientemente con los

conceptos de su madre. En este sentido, la situación analítica se transforma obligadamente en una repetición, frente a la cual responde con una desgana hostil. El que en la terapia hable está primariamente al servicio de la satisfacción del analista. A esto co-responde la acusación de la paciente de que había trabajado duramente en la terapia anterior, es decir, de acuerdo con las exigencias de su madre. Sea lo que haya sido, había obtenido el reconocimiento de su madre a través de los rendimientos. Naturalmente, su deseo inconsciente más profundo es ser reconocida sin tener que esforzarse por ello. Por otra parte, este deseo encubre una marcada rivalidad con su hermano 4 años mayor, quien gana "buena plata" como asesor fiscal (en materias impositivas). Las consecuencias de esto se dejan ver en su relación de pareja, donde, una y otra vez, ella se resiente por la satisfacción de su amigo, quien, sin ganar mucho dinero, parece estar contento consigo mismo.

Las bases psicógenas de su deficiente autoestima se encuentran muy seriamente reforzadas por su enfermedad corporal (la hipertensión arterial). Se siente, ahora sí, amenazada de verdad al tener que vivir con una deficiencia, que si bien puede ser dominada a través de los medicamentos, nunca podrá ser remediada realmente.

Poco a poco, puedo ablandar su obstinada resistencia, tratando de esquivar una situación de lucha. Una espera silenciosa muy prolongada de mi parte lleva con gran seguridad a una reactivación de la desilusión. Las primeras sugerencias mías, que normalmente se refieren al visible estado de ánimo actual de la paciente, le ayudan a poner sus dificultades en palabras.

Como leitmotiv, sale a la luz que son tantos los deseos que tiene, que quisiera realizarlos todos al mismo tiempo. En el ámbito laboral, desea seguir calificándose, y en lo privado, leer mucho. En el momento en que se encuentra realmente enfrascada en un libro, la sobrecoge el pánico, se pone rápidamente de pie y tiene que ir a un café. "Quiero hacer tantas cosas y no tengo tiempo."

En lo que siguió, logró tener acceso al sentimiento de pérdida en la pubertad, cuando perdió definitivamente el reconocimiento del padre debido a sus rendimientos deficientes. Fue necesario trabajar diversos estratos de su sentimiento de culpa y de su vergüenza con el fin de reducir la incriminación a través de la cual la paciente había evitado exitosamente un primer intento terapéutico.

4.5 Cercanía y homosexualidad

A Arturo Y le gusta ir a la piscina, aunque con considerables inhibiciones. Especialmente, el nadar desnudo le produce una sensación corporal placentera. Se aver-güenza de tener estas sensaciones. En el ir y venir sobre este tema, en la última se-sión pudo percibir que a mí también me gusta nadar, lo que es cierto, aunque eso no fuera confirmado por mí en forma explícita. El paciente aparenta como si tuviera que avergonzarse de esas sensaciones especiales del contacto del cuerpo con el agua, de la piel con el agua. Le hago ver que él ha notado algo de mi actitud po-sitiva respecto a bañarse, a nadar y al agua. Arturo Y responde sumamente asusta-do frente a este comentario:

P.: Ojalá que no resulte ahora que a Ud. también le gusta nadar sin traje de baño, pues es algo que yo ya me imaginé; y estuve largo rato pensando, después de que se me ocurrió espontáneamente, si puedo permitirme sin más expresar eso aquí. Pues bien, ahora mismo lo digo: Ud. es tan cerdo como yo.

A.: Al nadar Ud. y yo en el agua, estamos unidos, "pija con pija". Su inquietud tiene, probablemente, algo que ver con el contacto.

Trato de modular el calificativo de "cerdo", que puede tener tanto una calidad pla-centera como una condenatoria, con el comentario que recoge una designación en dialecto de los genitales: "pija con pija" (Seckel), con la intención de acercar las experiencias placenteras a sus componentes homosexuales inconscientes.

P.: De manera que ya no hay distancia entre Ud. y yo, y con eso vuelvo al problema, de por qué tanteo tan cuidadosamente el terreno.

El paciente vuelve a hablar del contacto y de la comunidad que se establece cuando se nada en las mismas aguas.

A.: La distancia no es algo que se acaba totalmente, pues cada uno tiene su propia piel, sus propios límites.

P.: La conversación me es altamente desagradable. Va a parar en un borramiento de la distancia.

Arturo Y menciona que en terapias anteriores se sintió seguro manteniendo una cierta distancia:

P.: Sencillamente porque me dije que, a mayor distancia, mayor la superioridad de estos médicos y de sus conocimientos técnicos, y mayores también las probabili-dades de mejorarme.

A.: Aunque con eso Ud. se coloca en una posición aún más inferior. Con la esperanza de que mientras mayor la admiración que tenga por el otro, más podrá reci-bir de él.

P.: Claro que los otros [terapeutas] no hicieron nada para cambiar esa situación, aunque tal vez sea injusto decir eso de ellos.

A.: Por otra parte, es siempre un alivio mantener el equilibrio consigo mismo que ya es familiar, aunque eso entrañe mucho dolor.

Esta intervención se refiere al comienzo de esta sesión, donde el paciente había dicho que se le hacía muy difícil modificar o salirse de modelos de conducta que se habían formado a lo largo de varios decenios. El objetivo de la observación del "pi-ja con pija" se puede entender, entre otras cosas, como un intento de llevar el con-flicto a una etapa genética superior, desde el cerdo (anal) hacia el miembro (fálico).

Después de un rato, sale nuevamente a luz el tema, aunque en otro contexto.

Una conversación pendiente con el jefe, que trata de una redistribución de áreas en el trabajo, ha provocado una desazón totalmente irracional y un empeoramiento de los síntomas. Arturo Y se siente seguro de contar con el respeto y la benevolencia de su jefe. El paciente es superior a sus competidores y sus ventas son con mucho las mejores.

P.: Anímicamente sin embargo, temo perder mi área, o tener que aceptar considerables limitaciones. Yo sé que el jefe aprecia mi opinión y que me acepta como un igual. A pesar de todo, tengo la sensación de estar a su merced, totalmente indefenso -a merced de poderes extraños.

El paciente llega incluso a temer que su jefe podría echarlo si es que él osa plantear algún reparo. Sus síntomas obsesivos y sus angustias se han intensificado.

P.: Simplemente, tengo la sensación de ser un objeto, no un sujeto.

Después de describir detenidamente los problemas objetivos que surgirán de la re-distribución prevista en las áreas de trabajo, queda claro que va a tener que aumentar la competencia con los colegas, si es que desea mejorar su posición en base a sus éxitos. Quiere sacar provecho del aumento de trabajo que piensa se le viene encima. Por las mañanas despierta antes de tiempo, lo que lo tortura. Acostado, tras-pira de susto temiendo el nuevo día.

P.: Tengo susto de fracasar, miedo de esas fantasías, de esas imaginaciones obsesivas, de que se vuelvan tan poderosas, de manera que ya no me pueda mover más en forma normal y de que desde afuera se pueda notar que algo pasa conmigo ... Simplemente tengo susto de no ser nada, solamente un mísero montoncito, a pesar de que una y otra vez he tenido la confirmación contraria durante los últimos 25 años. Me dan ganas de vomitar. He tratado de analizar yo mismo mis inquietudes, para poder salir de todo este cuento. Me volví a acordar de ese profesor del internado que casi me violó, y me di cuenta de mi horror cuando se acercó tanto a mí con su cara, su boca horripilante y sus incisivos salientes horribles. Se me pasó por la mente de que tiene que haber una razón para que una y otra vez me surjan pensamientos relacionados con sangre y matanza de animales, y de que no me pueda librar de pensar en cerdos. En eso

me acordé de ese hombre, que con toda probabilidad era sólo un pobre diablo, pero que yo sentí como alguien repugnante. Si hubiera tenido el poder, quizás lo hubiera matado, literalmente, como a un cerdo en el matadero.

Uno de los contenidos de las angustias del paciente consiste en que podría terminar como un delincuente sexual. Esta angustia fue desencadenada por una película de detectives y ha permanecido ligada al rol de uno de los actores (véase cap. 9). Sus ocurrencias van del profesor hacia el actor, mejor dicho, a unas escenas de la película. Pregunto si existe un parecido entre el profesor y el actor, con el objeto de preparar una interpretación transferencial. El paciente confirma mi sospecha.

P.: Sí, ya me di cuenta de eso al pensarlo y, en realidad, me tranquilizó tanto, que pude quedarme dormido y me dije a mí mismo que aquella experiencia con ese hombre en realidad no era tan terrible. Había compañeros de curso que decían que eso no era tan terrible. Decían, él quiere solamente hacernos bien, consolarnos solamente. Sin embargo, yo temía mucho a ese hombre y de alguna manera reprimí ese temor, no dejándolo escapar como debiera haberlo hecho, durante estos últimos años.

A.: Hoy hay un desencadenante importante. Ud. se ha confiado acá a mí. Y en relación con sus ganas de ir a nadar y su placer al bañarse desnudo, se le ocurrió que este cerdo, o sea yo, quizás se baña también desnudo y me seduce a placeres corporales.

P.: ¡Ah sí, claro! (se ríe).

A.: Viene acá y pone su confianza en mí. Lo que se podría prestar para un abuso, un mal uso de la relación, y transformarse en una relación muy cercana, homo-erótica ... como dos cerdos.

P.: Sí, claro, eso es cierto. Creo que a veces lo siento como a mi profesor. En este momento me es muy claro, y me es muy desagradable hablar sobre esto.

A.: Precisamente, el problema es si Ud. puede tener buenas experiencias sin que se transgredan los límites, solamente cosas buenas, sin abusos.

P.: Muchas veces he pensado en cómo poder arreglármelas con Benignus [el maestro homosexual] de una manera tal que me permita hacerme dueño de mis angustias y hacerlas desaparecer. Y entonces esos comentarios de que yo lo siento a Ud. de la misma manera como lo sentí a él, me molestan. Me ponen inseguro, me dan

susto. Porque si realmente resultara ser que Ud. es como él, yo me encontraría indefenso, a su merced, igual que en esa ocasión. En ese caso, mi futuro dependería de la suerte.

A.: De ningún modo Ud. está en la misma situación, porque no depende de mí como dependía en ese entonces del maestro. Ud. se encuentra en otra situación

de vi-da. Sólo que en Ud. algo quedó resonando de todo aquello, como si fuera tan de-pendiente y como si no le estuviera permitido volarme los dientes de un golpe y ponerme a descubierto como a un cerdo, mandándome al matadero.

A continuación, Arturo Y describe con énfasis y en forma muy expresiva cómo el profesor lo había raspado con la cara sin rasurar. Comienza desarrollando fanta-sías de cómo podría hundir un cuchillo en el cuello grasoso, para dejar escapar el aire. Al final de la sesión, el paciente comunica que la aparición de sus angustias neuróticas están en relación temporal y temática con esas experiencias.

P.: Cuando tenía aproximadamente 12 ó 13 años, en una novela de detectives leí que se había matado a un hombre con un cuchillazo por la espalda; me sobrevino un miedo enorme de que me sucediera lo mismo. El libro lo rompí en pedazos, lo boté al excusado y tiré la cadena. Debe haber sido en esa misma época cuando tuve los problemas con ese maestro. Después se me pasó ese miedo. Quizás me sentí como un cerdo y a lo mejor también tuve el impulso de, bueno, no sé cómo de-cirlo, de entregarme o algo así, a ese hombre, aunque no de esa forma. Pero eso ya sucedió hace tantos años atrás, que no me debiera preocupar como en estos últimos días. En resumen, el sentimiento fue muy atroz.

A.: Sí, han pasado muchos años desde entonces. El tema fue actualizado por la terapia, por el hecho de venir acá, es decir, el tema de cómo arreglárselas con otro hombre. ¿Sigue siendo el niño chico, dependiente, que no debe defenderse? ¿Es que tan sólo puede ser amado si se somete, acaso no puede permitirse una sospecha, expresar su descontento o exigir algo?

Comentario: El tenor de la interpretación permite reconocer el énfasis que el ana-lista pone en la actualización de antiguos problemas en la transferencia. Las pre-guntas planteadas contienen un estímulo indirecto para que el paciente examine crí-ticamente las condiciones de entonces y las actuales. Se sugieren respuestas al pa-ciente que le permitan tomar distancia y con eso posibilitar una nueva experiencia en la relación interpersonal actual hacia el analista. Muchas interpretaciones tie-nen, en el contexto de aquellas sugerencias, un componente sugestivo, que cierta-mente dista mucho de aquellas persuasiones torpes que le han traído la mala fama a la sugestión. Las sugerencias contenidas en las interpretaciones psicoanalíticas se encuentran en otro nivel que aquellas de la persuasión. Como lo expusimos en el primer tomo, se estimula al paciente para que éste haga de las vivencias actuales el punto de partida de reflexiones críticas.

4.6 Resistencia y principio de salvaguardia

En la sección 4.6 del primer tomo, asignamos a la resistencia de identidad y al principio de salvaguardia una función global que va más allá de la definición de Erikson. En un nivel descriptivo, existen similitudes con la defensa narcisista. Sin embargo, este concepto descansa sobre la teoría de la economía de las pulsiones, teoría que actualmente se ha hecho insostenible. Frente a ésta, la resistencia de identidad se encuentra dentro de un marco teórico global que toma en cuenta los co-nocimientos actuales de la psicología social sobre el desarrollo del sentimiento del yo y del sí mismo, sin descuidar por eso el significado que tiene la satisfacción pulsional para la identidad personal. En contraposición con la teoría integrativa de Erikson, la teoría de Kohut postula el desarrollo paralelo del sí mismo y de las pulsiones, lo que llevó a incongruencias y contradicciones dentro del sistema, a pe-sar de la revisión tardía que Kohut hizo de la psicología del sí mismo. Por lo de-más, este planteamiento tampoco hace justicia a la realidad humana. Tanto el prin-cipio de salvaguardia como el sentimiento de sí se desarrollan a propósito de la sa-tisfacción de múltiples necesidades y, en los casos más favorables, en una relación recíproca. Una experiencia total, en el sentido recién planteado, puede completarse en el instante, circunscrito, de la satisfacción de una necesidad determinada, en la medida en que esta satisfacción se de junto con un sentirse reconocido y confir-mado. Con razón, Kohut llamó expresamente la atención sobre esto, iniciando con ello la revisión de la teoría de los objetos parciales e introduciendo correcciones en la técnica psicoanalítica.

En todas aquellas personas que no tienen conciencia de enfermedad es posible ob-servar una fuerte resistencia de identidad y, consiguientemente, una falta del deseo de ser tratadas. Nos encontramos frente a una inversión de la situación habitual: el entorno sufre y los allegados intentan convencer al familiar insentato de que es ne-cesario hacer algo. Pero, ¿cómo es posible convencer a una persona que aparenta estar conforme consigo misma, aún más, que se considera sana y que considera en-fermos y locos a los demás, de someterse a una terapia que a lo sumo la llevaría a un cambio indeseado desde el punto de vista del afectado?

En la resistencia de identidad triunfa la capacidad humana de autoafirmación, cueste lo que cueste, aun a costa de la eliminación del principio de autoconserva-ción biológica. Pareciera que fue más bien al pasar que Freud (1940a) adscribió al yo, no sólo la tarea de autoconservación, como lo había hecho anteriormente, sino también aquella de autoafirmación. (Esta diferenciación queda confusa en la Stan-dard Edition, por la traducción que hace Strachey del término de "autoafirmación" [Selbstbehauptung] por "self-preservation" en vez de hacerlo por "self-assertion".) Cuando se trata de la

realización de los ideales, esta capacidad es también la condición previa para imponer la autoafirmación por sobre la conservación de la propia vida, ofrendándola por una buena causa, y eso, sobre la base de procesos de decisiones que tienen su origen en la libertad personal. En aquellas formas de autoafirmación que se nos presentan en la resistencia de identidad la situación es diferente. Tenemos buenas razones para suponer aquí una falta de libertad, aunque el afectado rechace la idea de que está enfermo, sin libertad y necesitado de ayuda.

La resistencia de identidad y el principio de salvaguardia no sólo plantean problemas técnicos difíciles de solucionar, sino que también muchos problemas éticos y filosóficos. ¿Quién nos da el derecho de iniciar una terapia con una persona que, en el mejor de los casos, se siente enfermo sólo a medias? De esto surge un dilema: si con una situación normal es difícil analizar a alguien desinteresadamente, con pacientes graves es imposible abstenerse de intervenir activamente, por ejemplo, si la paciente sufre de una anorexia nervosa, en especial cuando la autoconservación llega a sus límites y se encuentra en peligro de muerte. Particularmente, en la terapia de la anorexia nervosa nos encontramos enfrentados a problemas existenciales que parecen no tener solución. Se da una ambigüedad que todo lo paraliza y que Kierkegaard interpretó desde un punto de vista filosófico y religioso denominándola "enfermedad de muerte". Desde el punto de vista psicoanalítico, la desesperación se puede localizar sin más en el sí mismo. Con esto damos un giro dinámico a las dos frases de Kierkegaard: "Uno desespera por no querer ser uno mismo; uno desespera por querer ser uno mismo" (1957 [1849], p.8). [Las reflexiones de Kierkegaard en "La enfermedad de muerte" (1849), toman su punto de partida en la frase de Jesús cuando, frente a Lázaro muerto, dijo "esta enfermedad no es de muerte" (Juan 11,4). Si no es la muerte la que mata, ¿qué entonces? La respuesta de Kierkegaard es: la desesperación. En este contexto, el autor plantea que la anorexia nervosa es la enfermedad de la desesperación; nota de J.P. Jiménez.] La contraposición de Kierkegaard caracteriza un dilema que subyuga a muchas personas. Las anorecticas crónicas impresionan a los demás sobre todo por la decisión con que defienden su sí mismo extremadamente arbitrario. El terapeuta se transforma en un seductor que trata de acercar a estos enfermos a una imagen de sí mismos, lo que les provoca una volición contraria. La desesperación no se desarrolla entre las dos imágenes del sí mismo, sino entre el enfermo y su medio ambiente. ¿Cómo podemos entonces intervenir con medios psicoanalíticos en el dilema y lidiar con pacientes mujeres que durante años han convertido su imagen corporal caquética en una segunda naturaleza y que consideran al analista como un entrometido?

Literalmente, aquí se nos presenta la unión entre una resistencia de identidad y un equilibrio que, después de permanecer constantes durante años o decenios, han adquirido una inercia propia: esta identidad ha llegado a convertirse en una segunda naturaleza.

Clara X llega a la sesión 427 con una copia hecha por ella del cuadro de Rossetti "La anunciación de María", cuadro que la impresiona desde hace ya mucho tiempo. En él, María se ve casi caquética. Por el agregado del título de la copia: María como "anoréctica", se puede deducir que es una suerte de autorretrato. Clara X describe la encrucijada en que se encuentra: sigue sentada ahí (igual que María) y está indecisa.

Sus pensamientos vuelven a girar en torno de la imagen de un hada que está sentada en el cruce de caminos para guiarla por el buen sendero.

A.: Déle al hada una oportunidad, a las hadas que están sentadas en este lugar -y también a Ud. misma.

P.: Hace unos días, al atardecer vi un hada sentada ahí y a mí misma, aquejada de las mismas costumbres de siempre. El hada sonreía, medio divertida, medio extra-ñada: ¿por qué haces eso? Debo moverme, para cansarme, y así quedarme dormida junto al hada. Sobre el camino hay, de verdad, un montón de papilla, decía el hada, como alrededor del país de jauja. Yo debía atravesarlo comiéndomelo.

Clara X hace todo tipo de expresiones de asco.

El cuadro lo entiendo como una expresión de la lucha que estamos sosteniendo en la encrucijada actual.

Frente a mi sugerencia de que estamos en lucha, Clara X me lleva la contraria, pero no de manera muy precisa.

Desde un comienzo, el tema de la lucha ha jugado un papel importante. A Clara X le había dado rabia el que yo, ya en la primera sesión, hubiera pronosticado que tendríamos que librar una dura batalla. Durante las últimas semanas y meses, la lu-cha ha ganado en intensidad, condensándose en la imagen, acuñada por la paciente, de la encrucijada, del cruce de caminos. A esta metáfora corresponde un hada buena como figura transferencial materna, en cuyo regazo le gustaría a mi paciente per-manecer. Sin embargo, el hada a la vez cumple con la función de apartarla de la anorexia que se ha transformado en su segunda naturaleza.

Mi interés por la representación de la paciente de sí misma concernía a la lucha por la mantención de su identidad anterior y, ahora que nos encontramos en la en-crucijada, al intento de un nuevo comienzo. La actualidad de esta lucha queda de manifiesto cuando, al repetir yo la frase "bueno, ahora tendremos que

dar...", la paciente primero me interrumpe con un "hmhm", y luego, cuando después de completarla con "... una verdadera lucha", ella continúa:

P.: Sí, lo mismo se me ocurrió esta mañana. Me gustaría, eso sí, saber quién va a dar una lucha contra quién o contra qué cosa ...

A.: Hmhm.

P.: Y la verdad es que no me gustaría para nada tener que luchar contra mí misma. Me refiero contra alguna parte de mí misma. Hay algo que este último tiempo me está pareciendo cómico. Me he ido haciendo a la idea de tratar de comer más du-rante el día, y de hecho lo estoy haciendo. La mayoría de las veces resulta que me dan ganas de comer pasteles o algo por el estilo. Me compro algo en la panadería, pero inmediatamente después tengo la sensación de que eso no es lo correcto. Un pastel ciertamente no es la alimentación más saludable. Y tampoco me siento de lo mejor con ese apetito. Hasta ahora había solucionado el problema del siguiente modo: durante el día prácticamente no pensaba en la comida. Tenía la mente libre para otras cosas. Eso es algo que a menudo se describe en los textos sobre anore-xia ... siempre los leo con sentimientos mezclados ... con gran interés. Me había liberado de estar permanentemente pensando en la comida, algo que les pasa a la mayoría de las anorécticas y que me parece bastante denigrante.

Comentario: En efecto, en los casos graves y crónicos, el hambre se transforma; sólo así se puede alcanzar el estado recién descrito por la paciente, cuando dice que su cabeza estaba libre para otras cosas. Había conseguido limitar, temporal y espacia-mente, la satisfacción del hambre, y reducirla básicamente a comer galletas du-rante la noche.

Me parece natural llamar a continuación la atención de Clara X sobre las dificultades que se presentan al intentar cambiar su conducta, vale decir, cómo ella siente humillante tener que ocuparse nuevamente de la comida y de todo lo que eso im-plica.

P.: En eso me sucede que rápidamente comienzo a pensar demasiado en los asuntos domésticos y en las compras. Bobadas. Fuera de eso hay otras cosas que me inte-resan más, que me satisfacen más. Sí, ahora me pasa que empiezo a pensar, hm, te llevas algo de la casa como refrigerio, o te compras algo, o qué podrías comer, y qué le das a la Francisca (su hija) para la merienda. Y este pequeño campo de pro-blemas lo puedo transformar en problemas de toma de decisiones y así dar rienda suelta a mi tortura infinita entre el sí y el no, lo bueno y lo malo. Pero muy pron-to estoy de nuevo harta de todo eso, pero, ¿por qué no intentar comer con apetito y gozar? Ayer en la mañana estuve a punto de comenzar a pensar, hm ... pero luego ya se me pasó.

A.: Sí, las tribulaciones internas son enormes en esta situación de cambio. Ud. sabe que el hambre y el apetito varían, y ahora el apetito le viene cuando come. Pa-reciera que antes tenía mucha libertad, pero contrariamente a lo que Ud. piensa, yo considero que era una libertad aparente. Con todo, con ello logró muchas cosas de manera formidable. Es muy difícil cambiar eso.

P.: Sí, libertad aparente. La verdad es que me pregunto si me podré acostumbrar a comer simplemente a determinadas horas. Sólo el pensar en eso me produce males-tar. Por lo menos me he esforzado en comer algo durante el día. Por eso es que es-toy de verdad algo extrañada por haber bajado un poco de peso. ¿Será eso miedo de la voracidad u otra cosa? Por otra parte, ciertamente tengo unas ganas de vivir muy positivas y nuevamente ganas de hacer cosas, ganas de levantarme por las maña-nas. Ese estado anímico del año pasado, seguramente Ud. lo recuerda, en que me aburría con todo y todo lo encontraba monótono, eso ya pasó.

A continuación, la paciente describe su agitado trajín diario como dueña de casa y como madre, y cómo se siente muy insatisfecha con estas tareas. "Volver a casa, a la cárcel, hacer comida, acostar a la niña; me siento verdaderamente aprisionada". La detallada descripción termina con el relato de su agitación interminable, que la empuja y la pone de mal genio e impaciente.

Luego reproduce un sueño diurno donde todo es fantástico, y que tal vez puede ser evaluado como un indicio de que, con la ayuda de un hada bondadosa que ella misma se ha inventado, ella podría emprender un camino nuevo y llegar a poseer una identidad cambiada. Toda la historia gira alrededor de su madre, que tiene tiempo para todo y que espera que los niños, con quienes tiene una relación tierna y armónica, vuelvan a casa. Como en un cuento, describe un día con su madre. Clara X duda de que yo, como hombre, pueda comprender esa atmósfera de una felicidad casi fuera del tiempo. Por su parte, ella se rebela en contra del ritmo regular y puntual con que tiene que cumplir los deberes domésticos.

P.: ¡Pum, pum, pum! igual que en la fábrica, mi marido quiere que todo marche en la casa de acuerdo a reglas. Estas exigencias me producen un profundo rechazo y mucha angustia. No puedo darme a entender, y creo que Ud. tampoco lo entiende. ¡Es un desastre!

A.: Claro que lo puedo entender, aunque Ud. lo dude, porque por aquí yo vivo cerca del pum pum. Horarios, tiempo. De acuerdo con mi horario, su hora terminó, y eso no corresponde con su sueño diurno, es algo que la perturba. La puntualidad que se me impone desde fuera es perturbadora, si la comparamos con el cuadro de felicidad que Ud. trae.

P.: ¿Acaso Ud. cree que todo lo que fantaseo tiene que ver con el comienzo o con el término de las sesiones acá arriba? Eso es algo que ...

A.: Esa es una conclusión algo apresurada. No pienso sólo en el comienzo y en el término, entre ambas cosas habría mucho que describir. No, me refiero a las veces en que Ud. se acelera al acercarse el término de la sesión. Tracé un paralelo con sólo un punto mínimo, eso es, con la interrupción al final de la sesión. Ahora, si eso es cierto o no, eso es otra cosa.

Algunos pasajes de las próximas sesiones muestran lo difícil que es para Clara X lograr otra imagen de sí misma. Queda claro que no me es posible ser tan desintere-sado como a Clara X le gustaría que fuera. En todo caso, la comparación entre aquel hermoso cuadro -pintado por la paciente- y su realidad, la hace sentir muy humillada.

De acuerdo con sus sentimientos de sí misma, su cuerpo y su apariencia externa son ideales. Se siente bien en su pellejo y teme transformarse en un ganso cebado, y así no poder "traspasar los barrotes de su propia cárcel".

Pregunto por la razón de esa imagen chocante y contraria del ganso cebado. La paciente subraya que el punto neurálgico es la cárcel. Ella duda de que un hombre pueda realmente entender que una mujer perciba su papel de dueña de casa como una cárcel.

A.: Entonces, su descontento matrimonial se expresa manteniéndose excesivamen-te flaca. Pero al hacerlo, también está luchando en contra de su lado de chocolate .

Comentario: Esta expresión ambigua había sido introducida con anterioridad por la paciente, y desde entonces servía para designar su lado dulce, tanto en un sentido literal como figurado. Clara X hace responsable a las condiciones externas de no poder realizar su lado de chocolate, es decir, su ansia de dulzura y de ternura, y de esta forma quedar aún más fijada a sus orgías nocturnas. La paciente satisface el hambre reprimido durante el día comiendo grandes cantidades de dulces durante la noche y a medio dormir, y con esto logra al menos mantener constante su peso considerablemente reducido. Se trata de típicas "night eating binges" (comilonas nocturnas), descritas por Stunkard (1986), y que están también al servicio de la sa-tisfacción compensatoria. De hecho, la paciente achaca a su marido parte de la res-ponsabilidad de la mantención de su enfermedad, porque éste no ve el aspecto tier-no y femenino contenido en el esqueleto humano.

Reconozco frente a ella en forma explícita el componente real de sus dificultades. Por lo visto, el hecho de ser rechazada y menospreciada como esqueleto humano, la ha llevado a emplear su condición como medio de lucha. De este modo, ha en-contrado una forma especial de autoafirmación, por la que

dice sentirse muy bien interpretada. Cualquier cambio la llevaría a caer mejor y a dejar de ser un esqueleto. Perdería su identidad, edificada a lo largo de muchos años, y de esta forma encontraría también más agrado en su persona. Entonces llegaría a ser Dornröschen, pero sin espinas, hermosa de contemplar. [En la versión de los hermanos Grimm del antiguo cuento infantil de origen francés, "La Bella durmiente del bosque", la protagonista se llama Dornröschen, literalmente, "Rosita con espinas". Nota de los traductores.] Pues ella fue la que pintó el cuadro. "Si me permite decírselo, a mí también me gusta Dornröschen".

Reflexión: Aquí hago alusión a una acuarela que la paciente me había regalado hacía algún tiempo atrás y que me había impresionado mucho. El cuadro muestra una guirnalda circular de rosas en las que se han entretejido muchachas cuyos senos se destacan mediante una coloración especial. Mi forma tan cuidadosa de expresar-me puede parecer exagerada; pero, en este momento, la prudencia es lo indicado. El desarrollo posterior de la sesión, lo que la paciente recoge y conserva, muestra su susceptibilidad. Al contraponer la imagen chocante del esqueleto con la mujer de las rosas, me dejé llevar, sin considerar en este momento la diferencia que hace el que sea el mismo paciente quien se rotule con una imagen negativa de sí mismo, o que sea el analista quien emplee esta misma designación. No porque dos personas hagan lo mismo, se produce la misma cosa.

Las figuraciones plásticas y metafóricas de Clara X acompañan toda la terapia. Es común que ellas se refieran a los temas en discusión, muchas veces iluminando, además, aspectos desconocidos de sus vivencias. Como presentaciones de sí misma, expresan plásticamente el estado interior de la paciente. Del párrafo siguiente, se deduce que el pintar y regalar sus cuadros tiene naturalmente también una función comunicativa. A través de esta función ejerzo mi influencia sobre su vida interior y sobre sus figuraciones plásticas. Con esto llegamos nuevamente a la pregunta decisiva desde el punto de vista terapéutico: ¿qué puede hacer el analista para facilitar los cambios?

P.: No quisiera que mi esposo vea ese cuadro. Lo pinté de manera que él no lo pudiera ver, y luego lo enrollé. La verdad es que tengo la sensación de que a él le podría parecer algo chocante.

A.: Pero quizás Ud. tuvo también miedo de que él hiciera algún comentario. Quizás hubiera hecho comparaciones.

P.: Posiblemente me hubiera dicho, ahora sí que estás totalmente loca, pintando mujeres desnudas.

Abordo estos temores de ser humillada, compartiendo sus sentimientos. Digo que tal vez a eso se deba que ella haya tenido nuevamente la idea de que una

analís-ta mujer la podría comprender mejor que yo: de mujer a mujer, de Dornröschen a Dornröschen.

La paciente comienza la siguiente sesión declarando su malestar: "Ud. me puso como esqueleto y me comparó con mi propio cuadro, con la mujer de las rosas." Dice que le disgustan las comparaciones, son típicas medidas pedagógicas. "Los padres dicen: a tu edad yo ya podía hacer esto y aquello. A uno le duele que la com-paren."

A.: ¿Qué la aflige ahora? ¿Ser también la mujer de las rosas?

P.: Que Ud. prefiera a la mujer de las rosas.

A.: Claro, la comparación le hizo recordar la falta, el déficit.

P.: No, la cuestión es que se pongan condiciones. Sentí el deseo de pedir un favor o de hacer una pregunta, algo que por lo demás me parece muy poco educado. ¿Me podría pasar el cuadro para que pueda hacer una copia de él? Yo no tengo ninguna. Se lo regalé a Ud. La verdad es que encuentro incorrecto pedírselo de vuelta. Hay un poco de obstinación en eso. Aún sigue siendo mi cuadro.

La paciente acentúa otra vez esto último.

P.: Hay algo de obstinación en todo eso: es mi cuadro. Siento que hay algo típico de un puerco espín al decir: ya que el fulano utiliza el cuadro de esa manera, más vale al menos sacar provecho de eso.

A.: Fantástico, hmhm. Así tampoco podrá seguir siendo utilizado en contra suya. Ud. siente que yo lo usé en su contra y ahora parece ser que al tener Ud. una copia, también podría usarlo en su favor y la cosa ya no sería tan unilateral. Que Ud. me pasara el cuadro, no lo sentí como una cesión, como un regalo. Lo veo como un cuadro que está entre Ud. y yo, no como una propiedad mía. Lo veo como el cua-dro que Ud. se hace de Ud. misma y a la vez como lo que Ud. desearía ser.

P.: Ambas cosas están contenidas en él, pero al momento de entregárselo -y que Ud. lo haya aceptado, por cierto que me hizo bien- lo consideré como un regalo (después de una pausa prolongada). En este momento no tengo la sensación de que el cuadro pudiera representar un ideal para mí.

A.: Pero en este momento es muy fuerte el sentimiento de no ser querida así como Ud. es, y le es terrible sentir que se pongan condiciones. Pero, el que Ud. podría ser más querida si fuera distinta no es un rechazo. Sin embargo, parto también de la base de que a Ud. le gusta más su lado de chocolate que el del asceta, que tam-bién es suyo. Aquello que Ud. dijo sobre Ud misma también lo relaciono con-migo. Pero yo no tengo ningún poder.

P.: No es cierto que Ud. no pueda hacer nada. Ud. sólo está haciendo como si nin-guna de sus palabras hubieran caído en terreno fértil.

A.: Sí, es así, pues a menos que Ud. se haga cargo de algo, yo no puedo hacer nada. Y seguramente eso también depende de si, lo que le entrego, lo dosifico o no en bocados, a pedir de boca. Pero en el instante en que los bocados son demasiado a pedir de boca, entonces la cosa se pone difícil. No deja de ser una lucha difícil. A la vez veo en Ud. un terreno enormemente fértil, que puede llegar a ser aún más fértil. ¿Qué sucedería si Ud. dejara de lado algo de su poder y, al hacerlo, descubriera que en realidad no es una pérdida, sino una ganancia de poder, pero de otro tipo? Es seguro que Ud. se da cuenta del poder que subyace en su cuadro, en la Bella Durmiente. Claro está que en ese caso uno se siente más susceptible y sensible frente a tener necesidades y mostrarlas, necesidades que luego no son vistas ni reconocidas y que tampoco son satisfechas. Eso es malo.

Reflexión: En este punto hago participar a la paciente de mi contratransferencia (véase 3.4). El hecho de comunicar a la paciente un estado de ánimo provocado por su conducta también tiene una función terapéutica, lo que se puede deducir de la re-acción de Clara X. En este sentido, la participación de la paciente en la contratransferencia tiene el efecto de ser un anclaje de emergencia terapéutico para ambos: de alguna manera, yo sé y presiento que precisamente la confesión abierta y honrada de la falta de poder moviliza en la paciente otro lado suyo. En el fondo, tampoco Clara X busca a un hombre impotente, castrado, puesto que, en tal caso, ella misma permanecería estéril. El problema terapéutico consiste en hacer "lo fértil" (das Fruchtbare) tan apetecible, que las palabras y los hechos no se equiparen con "lo aterrador" (das Furchtbare), en último término con la muerte, sino con la vida. [Los términos "fértil" y "aterrador", respectivamente fruchtbar y furchtbar en alemán, son fonéticamente muy parecidos; por esto se les emplea a menudo en giros populares y en chistes de humor negro; nota de los traductores.] La transformación del no destructivo en un sí constructivo por la vida significa reconocer lo pulsional y con ello también la temporalidad. Ahora, si bien el poder decir no es intrínseco a la naturaleza humana, no es menos cierto que no hay mortal que haya caído del cielo como un negador destructivo, como un "espíritu que eternamente niega". Por mucho que tengan que decir los filósofos y los teólogos respecto del significado constructivo de la negación (Verneinung), se requieren laboriosas investigaciones psicoanalíticas para poder entender y explicar el desarrollo del negativismo patológico. En este negativismo patológico, la destructividad individual ha encontrado una forma autodestructiva. A la vez, se niega (verleugnen), es decir, no se reconoce, que el "objeto" ha sido tocado por tal autodestructividad. De esta forma, las personas con anorexia nervosa, así como otros negadores patológicos, pueden negar

(verleugnen) el peligro de muerte. La percepción del peligro puede reaparecer en la transferencia.

P. (después de una pausa prolongada): Sí, eso suena convincente. Pero no me lo puedo imaginar de verdad.

A.: Me parece bien que al menos le suene convincente. En ese momento, entre Ud. y yo, no hay una diferencia de poder. Es cierto que es algo que yo traje a colación, pero, al encontrarlo convincente, lo hizo también suyo, lo asimiló. Así, por un tiempo estamos en buen pie y opinamos lo mismo. Naturalmente, de inmediato se puede restar a esto toda importancia. Siempre se puede decir que existe algo mejor aún.

P.: En este momento no estaba pensando en eso. Es un sentimiento tan agradable, que apenas lo puedo creer. A la vuelta de la esquina ya me están aguardando 3 "pe-ros" y 5 "siempre que" y otras 5 condiciones más que no encuentran palabras en el momento mismo, pero que sin embargo están ahí.

Retoma una comparación anterior con los puercos espines.

A.: En el sentimiento de estar de acuerdo había una espina, como si yo no estuviera satisfecho con el estar de acuerdo mismo e inmediatamente quisiera tener éxito.

P.: No puedo imaginarme que Ud. se dé por satisfecho con un acuerdo momentáneo.

A.: Sí, creo que nadie se da totalmente por satisfecho con eso. También Ud. quisiera tener más, pero no se atreve a darle más duración a lo momentáneo. Su descontento le sale al paso desde afuera: soy yo el que quiere más, no Ud.

Comentario: El analista se esfuerza demasiado por lograr un cambio, lo que la paciente nota con disgusto. Clara X critica las metas "pedagógicas", que dejan traslucir que él no confía demasiado en el otro yo de la paciente. De lo contrario, no estaría alentándola tanto, aunque sea en forma velada. También la confesión de la impotencia se introduce claramente con la intención terapéutica de motivar a Clara X a reflexionar sobre su poder y facilitar una cierta renuncia. En resumen: una resistencia de identidad que se ha ido acumulando a lo largo de 20 años es una resistencia que se las trae.

Resistencia

Consideraciones previas

Resistencia

Afectos desmentidos

Resistencia

Resistencia

Pseudoautonomía

Resistencia

Resistencia

El desgano como resistencia del ello

El desgano como resistencia del ello

Resistencia

Estancamiento y cambio de terapeuta

Estancamiento y cambio de terapeuta

Resistencia

Cercanía y homosexualidad

Cercanía y homosexualidad

Resistencia

Resistencia y principio de salvaguardia

Resistencia

7 < · = · A D ø E 7 7 < · = · A D ø E 7 7 < · = · A D ø E 7 7 < · = · A D ø E 7

d e

Ë □ ÈLÈPÈØË ≥ ÈÈÈÈÈ.È2È:È>ÈtÈxÍÍÿÛÛÿsysysysysysysysysysys □ □ □ @ □ □
Ï`ìb`f`à`ç`ô?`ôI`ã`Σ`^`Û`Û∞`Û-
Û1ÛBÛFÛÛ"Û÷1□1□ysysyjsdsysysysysysys □ □ □ □
□ □ □ □ □ @ □ □ □ 1 □ iim`7`B`Ø`b`f,fl,,,"""∞"f"»„ç„≠ □ □ / □ □ i □ □ Ëysyjsysysysysysy
jsd^ □ Ä □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ @ □ □ □ □ Ë □ □ û □ □ □ □ □ □ □ □
Δ □
{ □
‡ □

□
~ □ □ □ □ □ 5 □ □] □ □ Ñ
□ □ □ □ □ á □ □ à □ " □ □ "ysysmgmgmgmysasy □ @ □ □ □ □ @ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
" □ #^ □ \$€ □ \$" □ %î □ %ô □ %ÿ □ 's □ 'w □ (F □)f □)j □)Ú □ ,~ □ ,Ç □ ,◇ □ ,€ □ -i □ -m □ -
ô □ -† □ -¥ysmymysmymysmymymymymy □ □ □ □ □ □ □ □ @ □ □ □ □ -¥ □ -
^ □ . □ . ' □ . Ì □ . Ó □ /¥ □ /Π □ 0æ □ 5 □ 5
□ 5, □ 6 □ 71 □ 7J □ 8 □ □ =Ú □ =Û □ =^ □ >Tysysymysmysysysmgys □ □ □ □ □ □ □ □ @
□ □ □ □ □ >T □ ?È □ ?Í □ @° □ @ç □ G- □ GÃ □ Jû □ J' □ JÃ □ JÈ □ Mö □ Nj □ N~ □ OE
□ P □ □ P □ □ PÉ □ Páysmygygyasmsmygys □ Ä □ □ @ □ □ □ □ @ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ P
á □ Q □ □ Qz □ Q~ □ QÈ □ QÏ □ RH □ R(r) □ R` □ S] □ Sa □ T
□ T
□ T □ T, □ Tà □ Tâ □ U □ □ XS □ XW □ Yj □ Z
ysmymysmymymymymysmymys □ □ □ □ □ □ □ □ @ □ □ □ □ Z
□ Z □ □ ZQ □ \ □ □ \ □ □ `â □ bx □ b| □ da □ de □ e^ □ eb □ ep □ e □ □ f6 □ f: □ f-
□ f □ ga □ ge □ g¶ □ gøysmymysysysysysysysysy □ □ □ □ □ @ □ □ □ □ □ gø □ hú □ hù □
iN □ iS □ j€ □ l □ l' □ o □ o
□ pt □ p □ □ t- □ tX □ zÓ □ ~tytynyhnyny_nYnh □ Ä □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ @ □ □ □ □ ~t □ ~Ö □ ~j □ ~- □ ~` □ □
□ □ R □ □ b □ ÉÓ □ Ñ □ Ñ
□ Ñ
□ ÑÜ □ Ñ
ñ □ á Ì □ á " □ éL □ éP □ é ≥ □ éΣysysysysysysysysysmgm □ @ □ □ □ □ □ □ □ □ @ □ □ □ □ □
□ éΣ □ é < □ i} □ iÁ □ ñ □ ñ □ □ ñ □ □ ñ
□ ö □ □ ö □ ðp □ úk □ úo □ üW □ ü[□ †-
□ †' □ £D □ β| □ BÄysmymymydmsmymymysm
□ □ □ □ □ □ □ □ □ @ □ □ □ □ BÄ □ (r) } □ (r)Á □ (c)' □ (c)ÿ □ (tm)a □ (tm)e □ 'æ □ Æ^ □ Æ
' □ Øó □ Øô □ Ø§ □ ≤ □ □ ≤ □ □ ≥ P □ ¥_ □ ¥o □ μ {ysysysysmsysdsysm^m □ @ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ @ □ □ □ □ μ { □ μà □ ∂@ □ ∂L □ ∂· □ ∂Ï □ ∂Ì □ ∂Ó □ ∂Ô □ ∂~ □ jH □ °Î □ °
Ô □ Ω ≠ □ Ω ± □ æ □ æ! □ æ □ □ ø_ysysysysjsdsd^d^d^s □ @ □ □ □ □

