

5 La interpretación de los sueños

Consideraciones previas

El sueño tiene en la técnica psicoanalítica la misma significación que la transferencia y la contratransferencia. La interpretación de los sueños como "vía regia hacia el inconsciente" sale a cada paso al encuentro del lector de este libro. Al menos como soñante, el lector ya ha recorrido el camino real. El sueño no puede equipararse con el inconsciente, sino con la vía regia que conduce hacia él y que se pierde en algún lugar de las profundidades. A través de la interpretación de los sueños es posible acercarse a las fantasías inconscientes. Las interpretaciones conducen al tras-fondo latente, inconsciente, del sueño. Por esta razón, es más exacto decir que no es el sueño, sino su interpretación, la vía regia hacia el inconsciente.

La serie de sueños que presentamos a continuación pertenece a un proceso terapéutico que configura una fase esencial en la historia vital y de la enfermedad de un paciente. El conocimiento del trasfondo histórico-vivencial y del cuadro patológico, con sus consecuencias sobre el sentimiento de sí, es indispensable para poder entender íntima y críticamente las interpretaciones de los sueños. Las informaciones y discusiones referentes a esto sirven a varios propósitos. La enfermedad neurótica y corporal del paciente se expresa también en el relato mismo de sus sueños. Por esto resulta muy natural discutir problemas generales del psicoanálisis y de la medicina psicosomática en base a este caso.

Rank (1924) escribió una monografía con el título de Un análisis de neurosis en sueños en la que presenta un tratamiento como puro análisis de sueños. A lo largo de un tratamiento exitoso de 150 sesiones, Rank no hace diferencias entre las interpretaciones abstractas y las interpretaciones técnicas particulares en una gran cantidad de sueños. Mencionamos esta publicación, típica de los años veinte, porque en comparación con ella se puede demostrar el avance en la

técnica. Consideramos esencial familiarizar al lector con cada uno de los pasos del trabajo interpretativo en el diálogo con el paciente.

5.1 Representación de sí mismo en el sueño

En la sección 5.2 del tomo sobre los fundamentos llamamos la atención sobre la intrincada relación entre palabra e imagen en la teoría de Freud. Esta relación se caracteriza por varias transformaciones que, por un lado, condujeron a la diferenciación entre el contenido latente y el contenido manifiesto del sueño, y, por el otro, se vinculan con la tarea de traducción terapéutica, donde las imágenes son traducidas en palabras e ideas. Sólo si se parte del contenido latente como pensamiento onírico, base del trabajo de sueño, la figuración plástica del contenido manifiesto del sueño se convierte en un suceso comparativamente superficial en la génesis del sueño. En este sentido, Freud habla del contenido manifiesto del sueño como de una figuración concreta que "toman como punto de partida la literalidad de ciertas palabras". Al mismo tiempo, en contradicción contextual, dice que, sin embargo, "hemos olvidado hace mucho tiempo la imagen concreta de que surgió, y ya no lo reconocemos en su sustitución por la imagen" (Freud 1916-17, p.110; la cursiva es nuestra). Entretanto, Bucci (1985) reemplazó la contradictoria teoría freudiana del "zigzag", referente a la relación entre palabra e imagen y totalmente dependiente del ya insostenible principio económico (véase tomo 1, 1.3), aplicando la "teoría del doble código" (Paivio 1971). En ésta, la diferenciación entre el contenido figurativo manifiesto y el pensamiento onírico latente en la génesis del sueño se desplaza en favor de etapas de la interpretación del sueño (véase tomo 1, pp.186s). La representación figural recupera así la significación que en la teoría de Freud siempre tuvo el símbolo. En el análisis configuracional del sueño de Erikson (1955), se preparó una técnica interpretativa que hace plena justicia al primado de la figuración plástica.

Con estas notas introductorias queremos preparar al lector para la subsiguiente serie de sueños, donde las representaciones de sí mismo son variaciones sobre el

significativo tema de la imagen corporal (véase además 1.5). Las imágenes que tenemos de nosotros mismos, y las que los demás se hacen de nosotros, se refieren no sólo a características personales, a maneras de comportarse, o a nuestro carácter, sino, además, se relacionan siempre con la existencia corporal. Como la identidad personal, las imágenes propias y de los demás abarcan la imagen corporal -nunca libre de conflictos- contribuyendo, esencialmente, a condicionar la vivencia de seguridad en uno mismo. Más allá de este punto de vista general, el tipo de sin-tomatología del paciente, de cuyo tratamiento referiremos una serie de sueños, conlleva a que la imagen corporal juegue un papel especial en la actividad interpretativa.

Freud dio el consejo técnico de sospechar que el yo del soñante está representado por la persona que en el sueño experimenta un afecto. En pacientes que ya en su vivencia consciente sufren de defectos corporales imaginarios, es probable que éstos estén repartidos en varias personas en secuencia escénica y con ello también en relación con las conexiones de su génesis. Con todo, antes de emprender con la ayuda del sueño "el camino real hacia el inconsciente", y antes de llegar a la puesta en escena y a la solución de problemas del yo del soñante, creemos adecuado partir de los problemas generales y especiales que este paciente plantea como caso típico.

5.1.1 Dismorfofobia y tortícolis espasmódica

Desde la adolescencia, esto es, desde hace cerca de 25 años, Eric Y sufre de dismorfofobia. Alrededor de 3 años antes del comienzo del tratamiento le apareció, además, una tortícolis espasmódica. Esta produjo tal inseguridad al paciente que le desencadenó una distimia depresiva.

De la monografía sobre la angustia de Strian, reproducimos la definición de dismorfofobia:

La "dismorfofobia" es un miedo irracional a una deformidad corporal localizada. Las representaciones fóbicas se refieren a partes del cuerpo a las que se les asigna una función estética o comunicativa especial. [...] Los miedos de una apariencia no estética, fea u horrorosa, se circunscriben casi exclusivamente a partes del cuerpo, y sólo de manera excepcional se dirigen a la apariencia general. Lo más común es que los miedos se refieran a partes del rostro o a caracteres sexuales específicos (1983, p.197, 198).

Después de revisar la historia del concepto, Küchenhoff (1984) asigna al "miedo a la malformación" (Mißgestaltsfurcht) un lugar independiente en la terminología y nosología psiquiátrica, entre los síndromes hipocondríacos y el "delirio de llamar la atención" (Beachtungswahn). De la revisión que Küchenhoff hace de la literatura, se puede deducir que algunos historiales clínicos psicoanalíticos antiguos tra-tan en realidad de pacientes dismorfofóbicos, aunque no se los llame así (por ejemplo, el caso del hombre de los lobos de Freud).

La psicodinámica de la imagen corporal en su relación con el desarrollo pulsional ha sido considerada muy unilateralmente en la literatura psicoanalítica, como para hacer justicia, tanto desde el punto de vista genético como terapéutico, a la variedad de defectos o deformidades. La antigua reducción al complejo de castración fue reemplazada por la acentuación del narcisismo, para finalmente atribuir a la sintomatología una función protectora contra la desintegración psicótica, en forma parecida como en la hipocondría crónica (Philippopoulos 1979; Rosenfeld 1981). Pensamos que una consideración interaccional de la génesis de la imagen corporal puede aclarar muchos de los enigmas hasta ahora no resueltos.

Según nuestra experiencia, la dismorfofobia está ganando en importancia, porque no son pocos los pacientes que visitan al cirujano plástico buscando, por ejemplo, una rinoplastia o una mamoplastia, y que sólo imaginan una deformidad. Incluso después de una eventual operación se modifica poco la opinión que tienen sobre su apariencia, supuestamente antiestética (Mester 1982).

A lo largo del tiempo, es frecuente que el componente angustioso de la idea de tener una deformidad parcial vaya cediendo frente a una preocupación, hipocondríaca u obsesiva, por esta deficiencia y su corrección, con un bajo nivel de angustia. Desde la publicación de Fisher y Cleveland (1968) y luego de una tardía recepción de la obra de Schilder, la teoría de la imagen corporal se ha aplicado provechosamente en la comprensión y en la terapia de la dismorfofobia. Evidentemente, también las teorías de la identidad y del sí mismo de Erikson y de Kohut contribuyen a la comprensión de aquella inseguridad que toma una posición central para estos enfermos, como para muchos otros (Cheshire y Thomä 1987). Por cierto, en estas teorías el cuerpo no es un asunto tan central como en el concepto de "imagen corporal", cuya génesis interaccional fuera tan brillantemente descrita por Schilder (1933; véase sección 9.2.1).

Eric Y sufría desde la pubertad de una dismorfofobia importante, es decir, de la idea no fundamentada -elaborada en forma más bien fóbica que hipocondríaca- de tener un mentón huidizo, una nariz torcida y, en general, una cabeza deforme. Tra-taba de neutralizar las supuestas deficiencias a través de un cuidado obsesivo de la cabellera y de otras medidas, como el deslizamiento hacia adelante del mentón. Su seguridad en sí mismo se encontraba limitada porque, adicionalmente, se imagina-ba tener un miembro muy pequeño, con las correspondientes consecuencias para su capacidad de toma de contacto. Mencionamos esta idea en el último lugar de la serie de síntomas, porque este paciente, al igual que la mayoría de los que sufren de lo mismo, no hizo mención de ella inicialmente, lo cual no se puede atribuir úni-camente al desplazamiento, típico de las fobias, hacia otras partes (corporales). Es más correcto decir que en estos pacientes la angustia de vergüenza es a menudo tan grande, que sólo a lo largo de la terapia son capaces de abordar el punto de partida preconsciente de sus supuestos defectos.

Es comprensible que el lábil sentimiento de sí de Eric Y se viera seriamente quebrantado cuando se agregó un síntoma, esta vez de ningún modo imaginario: una tortícolis típica, con torsión de la cabeza hacia la derecha. De acuerdo con sus recuerdos, ésta hizo por primera vez su aparición durante un ejercicio de medita-ción, es decir, en una situación en la que él buscaba relajarse.

Inmediatamente le asignó un sentido a la dolencia, relacionándola con una crisis matrimonial. Obser-vó, ante todo, que el movimiento automático de la cabeza aparecía, o se agudizaba, preferentemente cuando lo miraban o cuando de algún modo debía presentarse. Así, la angustia de vergüenza, de por sí ya presente, adquiriría proporciones considera-bles.

Por este motivo, Eric Y se sentía fuertemente presionado por el sufrimiento y por la reacción depresiva frente al síntoma; dicho brevemente, el modo de combatir la tortícolis aumentaba este sufrimiento.

Aproximadamente dos años después de finalizar un psicoanálisis exitoso, el paciente se volvió impotente durante una nueva crisis matrimonial. En relación con esto se dio una recidiva de la sintomatología del cuello y el paciente retomó el análisis, con sesiones de baja frecuencia, superando la impotencia condicionada psíquicamente y lográndose además una mejoría considerable de las molestias producidas por la tortícolis. Para dejar claramente establecido que la causa de esta última se encuentra en otro nivel que el de la dismorfofobia, ofrecemos a conti-nuación una breve descripción de este cuadro patológico.

La tortícolis consiste en una torsión o una inclinación anormal de la cabeza, imposible de reprimir conscientemente, a menudo con un componente adicional de temblor, debido a una actividad permanente, predominantemente unilateral y es-

pontánea, de los músculos encargados del giro de la cabeza y de la nuca. El aumento del tono en los distintos músculos -de comienzo lento y decaimiento perezoso sólo después de muchos segundos-, los movimientos arrastrados, y la estereotipia en el curso y en la localización, configuran el cuadro de una distonía hipercinética, en el marco de una enfermedad extrapiramidal. Estos movimientos no se desencadenan en forma refleja a través de un estiramiento pasivo, ni tampoco se trata de un aumento del tono con características espásticas como sería en el caso de un trastorno en el sistema motor central.

Una tensión voluntaria de los músculos antagonistas o una presión contraria pasiva, ejercida por otra persona o por el paciente mismo, no pueden reprimir el movimiento distónico de la tortícolis. Esta disminuye al dormir y bajo el efecto de la narcosis. Predominantemente, el síntoma se agudiza con la intención de hacer un movimiento, aunque también con la excitación afectiva, con la fijación de la atención y por la exposición en público. Con determinadas maniobras auxiliares en las que no se ejerce fuerza, sino, por ejemplo, se toca suavemente la mejilla con la punta de un dedo o el costado contralateral de la cara, se puede reprimir o debilitar el movimiento anormal (efecto magneto).

La dependencia de la génesis actual del síntoma de influencias del medio ambiente se puede considerar una observación clínica segura, que fue impresionantemente descrita por Bräutigam (1956). Muchos pacientes se ven libres de síntomas en la soledad de la naturaleza. La torsión involuntaria de la cabeza aparece preferentemente cuando se toman contactos visuales que producen intranquilidad.

El paso siguiente, y esencial, es definir la importancia que se asigna a estos factores precipitantes, sabiendo distinguir entre la imputación del paciente y la interpretación del especialista basada en los hallazgos. Está demostrado que quienes sufren de un síntoma tan llamativo se vuelven inseguros y que, al sentirse observados, su cabeza, con mayor razón y con gran fuerza, gira y se inclina, pudiendo aparecer también un suave temblor. Se desarrollan expectativas ansiosas que ponen en marcha la aparición del síntoma. Desde el punto de vista médico, esta causa parcial puede ser interpretada de distintas maneras. Debido a la dependencia de la tortícolis y de otras enfermedades somáticas del medio ambiente, ésta fue erróneamente diagnosticada como "histérica", lo que ha producido serios malentendidos en la discusión sobre lo psicógeno versus lo somatógeno. En relación con esto, Bräutigam hizo la siguiente observación: "La dependencia de las condiciones situacionales es seguramente una de las razones fundamentales para que por tanto tiempo se desconocieran los síntomas extrapiramidales, considerándolos como histéricos" (1956, p. 97).

La reducción de los componentes psicógenos en la génesis de los síntomas y en el desarrollo de la enfermedad al modelo de la génesis de los síntomas histéricos, fue una equivocación desde un comienzo. En relación al componente psicógeno de los trastornos extrapiramidales, orgánico-cerebrales, se debe comenzar con la determinación de las correlaciones, al igual que en las demás enfermedades somáticas (Alexander 1935; Fahrenberg 1979; Meyer 1987). En resumidas cuentas, se puede decir que la aparición del movimiento de la cabeza en la tortícolis en conexión con tensiones ambientales no permite sacar la conclusión de que se trate de un movimiento expresivo, sea en el sentido de una emoción, o en el de una acción con sentido.

Las hipótesis sobre el componente psicógeno en la etiología y la patogénesis tienen que estar en concordancia con los hallazgos somáticos, si es que se quiere superar la dicotomía -del tipo "esto o lo otro"- entre lo somático y lo psicógeno. De este modo, creemos que también el neurólogo puede hacer justicia a la enorme importancia de la disposición psíquica de los enfermos frente a las influencias ambientales, es decir, frente a los factores precipitantes situacionales.

El analista puede hacer valer sus recursos técnicos toda vez que, al modo de un círculo vicioso, se ve reforzada la aparición de determinadas disposiciones reactivas, por ejemplo, en el caso de una angustia de vergüenza desproporcionada. Aquí

hay una oportunidad favorable de cambio, debido a que las maneras de reaccionar no están fijadas en forma absoluta. Ya en las primeras entrevistas diagnósticas está en juego la posibilidad de descubrir, junto al paciente, las influencias de las vivencias sobre la evolución del síntoma, como en el ejemplo citado, o bien, de hacer que las observaciones del paciente sean el punto de partida de una reflexión en conjunto. En condensado lenguaje técnico, se podría quizás arriesgar la aseveración de que el complejo de Edipo jamás se extingue del todo, sólo "decae", y "exige, una y otra vez, [...] algún tipo de vencimiento a lo largo de la vida" (Loewald 1980, p. 39). Muchos de los hallazgos clínicos y experimentales examinados por Greenberg y Fisher (1983) hablan a favor de que los hombres son más inseguros que las mujeres respecto de su integridad corporal. Nuevas tensiones pueden ser el motivo de que angustias sin vigencia, así como inseguridades ya superadas, sean actualizadas y reforzadas por un temor realista, al aparecer una enfermedad somática, de manera que el dominio de la enfermedad se ve dificultado. Este punto de vista general vale igualmente para las mujeres como para los hombres, por muy diferentes que sean las angustias de ambos sexos referidas al cuerpo. Es también evidente que los miedos infundados de tener una deformidad corporal tienen en las mujeres otro

tras-fondo consciente e inconsciente que en los hombres. La génesis de defectos imagi-narios de la imagen de sí mismo, en el sentido amplio de la palabra, sigue la tipo-logía de las fases de desarrollo psicosocial. Todos los factores que causan inseguridad en los sentimientos de identidad pueden tener también un efecto sobre la ima-gen corporal. Interrumpimos en este punto la presentación clínica, dejando en el aire la difícil pregunta de por qué en algunos casos los defectos alegados se man-tienen en el nivel de los sentimientos de la propia valía mientras que en otros afec-tan la imagen de la apariencia corporal.

5.2 Una serie onírica

Una de las razones de por qué la representación de sí mismo en el sueño abre una dimensión profunda es que el "lenguaje onírico" tiene un carácter escénico. Las de-formaciones de la imagen corporal aparecen en un contexto interaccional. En com-paración con el lenguaje onírico, las descripciones de la malformación imaginaria son unidimensionales, no importando lo coloridas que puedan ser las quejas hipo-condríacas. Las descripciones del cuerpo vivido como defectuoso -por ejemplo, la mandíbula pequeña, la nariz torcida, el cráneo deforme, la vagina estrecha, el cora-zón dañado-, y del correspondiente sentimiento de sí disminuido, no hacen paten-tes los procesos de génesis de estas representaciones de la imagen corporal, a me-nudo abstrusas, ni tampoco permiten al paciente un acceso vivencial a ellos. Al contrario, las representaciones de sí mismo en el sueño manifiestan dimensiones latentes, de las que sólo el producto final, como fijación imaginaria, se manifiesta en la vivencia consciente. El contexto escénico del sueño permite entonces miradas en la génesis, en el sentido de daños que se expresan en la vivencia consciente como fenómenos psicopatológicos, como "imagen corporal dañada", como acostum-bramos decir abreviadamente.

La lectura de la serie onírica siguiente permite echar un vistazo en el trabajo interpretativo del analista tratante. El analista entregó sus comentarios sobre lo que sintió y pensó inmediatamente después de la sesión o, poco más tarde, al leer la transcripción de ella.

5.2.1 El sueño de la inyección (sesión 37.^a)

Al comienzo de la sesión n.º 37, Eric Y cuenta con entusiasmo el descubrimiento de afinidades entre él y su jefe, con quien anteriormente -

"cegados por nuestra ambición"- tuvo muchos altercados. De manera espontánea y sin transición evidente, el paciente relata un sueño de la última noche: "Estaba en un hospital con un médico joven. Yo había informado sobre mi enfermedad y él me había dado esperanzas; él conocía un medicamento en contra de ella. Intentó algo colocándome inyecciones en la espalda, y mientras lo hacía -lo que duraba bastante-, me retiró de dolor".

De manera vaga, Eric Y empieza a hablar de vivencias agradables, quizás también con su mujer. El día anterior le ocurrió algo bueno en la familia, donde se le aclaró lo importante que es el reconocimiento mutuo. Al largo relato siguió una pausa, que interrumpí con la indicación de que en el sueño el paciente había recibido algo bueno, pero que también le había producido dolor. Se habla sobre la ambivalencia del paciente frente a la terapia. Pocas sesiones antes, el paciente estaba bastante perplejo frente a lo que podría responder a quienes con curiosidad preguntaban sobre lo que recibía en el análisis. La frecuente experiencia de no recibir ninguna ayuda concreta de mí podría haber llevado, además, a que el paciente se dirigiera en el sueño a un médico joven, quien, menciono al pasar, conocía un medicamento especialmente bueno.

P.: Sí, se ha demorado bastante.

A.: Aquello que le fue administrado.

P.: Sí, por eso me puse intranquilo. Quería que ya todo hubiera pasado.

A.: Hm.

P.: Era demasiado. Y entonces enseguida apareció nuevamente la idea de si acaso el medicamento no habría ya actuado.

A.: Sí.

P.: Todavía me estaba inyectando y yo ya trataba de mover nuevamente la cabeza.

A.: Hmhm.

P.: O sea, respondió inmediatamente.

A.: Claro, y ahí entonces se pone en juego la situación del tratamiento, con la expectativa angustiada de: y..., ¿ayuda? Se está demorando bastante.

Reflexión: La expectativa de una ayuda más rápida se ve frustrada; al mismo tiempo, el paciente se esfuerza por tener paciencia, sin embargo, busca una ayuda concreta e inmediata para el síntoma, que en su contenido interpretativo inconsciente también estaría referida al cuerpo.

P.: Hmhm.

A.: Yo me siento detrás suyo. En el sueño, pues, le hacen algo ¿no? Detrás.

P.: Hmhm. (Pausa larga.)

El paciente trae la imagen de una roca de granito que él o algún otro esculpe. En contraste con ello se le presentan impresiones débiles que desfilan ante él sin

que las pueda describir. El paciente me aparece como sintiéndose algo desdichado, y confirma la alusión que le hago a ello. En la comunicación del paciente de que no puede fijar nada y de que se siente como frente a una plataforma giratoria, veo la expresión de una resistencia. El paciente vuelve al sueño y nombra algunas pala-bras claves: terminar abrupto, marcharse, que él luego resume.

P.: Hoy nuevamente todo cambia mucho. Sólo impresiones débiles.

A.: Lo dice con cierta desdicha. Como si fuera Ud. quien cambiara mucho, ¿o no? Pues hay ciertos pasajes donde Ud. sintió que no quisiera seguir pensando o fan-taseando, por ejemplo, cuando yo le sugerí que Ud. busca más acá. En el sueño se le administra un medicamento especialmente bueno. Eso duraba bastante y ahí sin-tió no querer seguir ocupándose más del asunto.

P.: En conexión con la impaciencia y eventualmente con el sueño, me viene ahora el pensamiento: quedarse el tiempo que sea necesario, no abandonar prematura-mente de modo que después quede algo a medias.

Reflexión: La desilusión desencadena insatisfacción, que se tiende sin embargo a reprimir. En las próximas interpretaciones se volverá sobre este tema.

A.: Hmhm. Sí, ése es entonces un lado, la desilusión, pero el deseo está ahí, el deseo, que está detrás, es pues, recibir lo más rápido y la mayor cantidad posible, ¿no?

P.: Sí, sí, sí, sí.

A.: Este es probablemente uno de los deseos que Ud. tiene en el sueño.

P.: Correcto.

A.: Y poder recibir algo especialmente muy bueno ...

P.: Hmhm.

A.: ... lo más rápido y la mayor cantidad posible.

P.: Que haga efecto. (Breve pausa.)

A.: Es un médico joven quien le administra, le da algo, más joven que yo.

P.: Sí, así se ve.

A.: Hm.

Comentario: El paciente no toma la sugerencia transferencial, lo que el analista registra en silencio.

P.: Esa impaciencia, eso calza, que yo me pongo impaciente. Se debe poder ver algo rápidamente. Debe poder disponerse de algo eficaz, algo agarrable. Sí, y cuando no es así, me pongo impaciente y lo único que quisiera es terminar con todo. Si, en cambio, completo las cosas bien, tengo entonces mucho más.

A.: Entonces sucede que Ud. se llega aquí casi a violentar al armarse de paciencia ¿no? Sofoca un anhelo natural y se esfuerza en no ser impaciente.

Comentario: El destacar que la impaciencia es algo natural alivia al paciente y lo anima a experimentar de manera más consciente una agresividad mucho más intensa, que está envuelta en impaciencia.

P.: Sí, sí, sí. Pero no quisiera darme cuenta de ello.

A.: Hm, hmhm, hm.

P.: Ahora, si pienso en ello, me viene el sentimiento ...

A.: Hmhm.

P.: ... de que ojalá Ud. no me deje botado.

A.: Hmhm. Sí, quizás a causa de esta preocupación, Ud. se esfuerza mucho por no ser impaciente, como si en el caso de mostrar impaciencia Ud. fuera a ser dejado botado.

Comentario: Una formulación típica en el sentido de un estímulo indirecto: Ud. no será abandonado si se pone impaciente. Sólo el aseguramiento tardío aunque inequívoco permitió al paciente soltarse más decididamente. En relación con esta secuencia, quisiéramos comentar que las formulaciones en subjuntivo del tipo como si, a menudo no logran transmitir una seguridad suficiente para el despliegue de la transferencia. En la base de este frecuente tipo de interpretaciones se encuentra el supuesto de que el paciente ya sabe que su angustia es injustificada. Es claro que a través de esta forma gramatical se establece una apertura que estimula la reflexión. Pero por otro lado, el paciente también es dejado en la incertidumbre. También es cierto que los aseguramientos no pueden anular las expectativas inconscientes. No importando lo oportunas que sean estas observaciones, no debiera pasarse por alto que las interpretaciones como si pueden además socavar la seguridad en sí mismo del paciente. Tenemos la impresión que este tipo de estereotipias interpretativas se asocian frecuentemente con procesos terapéuticos desfavorables.

P.: Muchas veces me he hecho el razonamiento de que ésta debería ser mi oportunidad, que probablemente nunca más en mi vida tendré, de percibir algo así, y después me asalta el sentimiento de sacarle todavía más provecho, tomar todavía más ...

A.: Hmhm.

P.: ... recibir más aún.

A.: Hmhm. Sí, y quizás el sueño también apunta a que Ud quisiera, precisamente hoy, llevar mucho consigo, a causa de la interrupción.

Comentario: Se establece la referencia a los posibles desencadenantes situacionales del sueño: interrupción y alejamiento.

P.: Hmhm, puede ser, sí.

A.: En lo posible poder recibir aún más.

P.: Hmhm.

A.: El tema del alejamiento está también ahí, con vistas a la sesión de hoy, por la interrupción.

P.: Hmhm.

A.: En todo caso, Ud. se retira, se retira de la jeringa.

P.: Hmhm.

A.: Quizás de manera figurada se representa un pequeño dolor, un dolor que, sí, de alguna manera también duele que ahora venga una interrupción, un distanciamien-to. (Pausa corta.)

P.: Sí, se me ocurre lo siguiente: mi mujer ya ha dicho un par de veces: ¿qué vas a hacer cuando ya no puedas ir más donde tu médico, cuando estés nuevamente solo?

Reflexión: ¿Una confirmación de los supuestos contenidos en las interpretaciones?

A.: Hmhm, hmhm.

P. (respira profundamente): Y yo le respondí, la verdad es que todavía no he pen-sado en eso y tampoco quisiera hacerlo.

A.: Sí, sí, para empezar digamos que Ud. está todavía aquí, y yo también.

P.: Sí.

A.: Sí, hmm, hm. (Pausa más larga.)

P.: De golpe me siento tan protegido, y pienso en marionetas que son hechas caminar, pero que están atadas, o sea, que no están libres. Yo tengo libertad de mo-vimientos, pero hay alguien, hay alguien ahí, que me lleva. En verdad, nunca me había sido tan consciente como en este momento.

Reflexión: Mi alusión tranquilizadora, "para empezar digamos que Ud. está todavía aquí, y yo también", posibilitó una reveladora fantasía y puso en marcha una re-gresión. Quizás ya no se trate más de recibir un medicamento (¿cuál?) por medio de una inyección, sino de ser llevado por la mano del padre (o de la madre).

P.: Ahora me pregunto internamente, sí, libertad de movimientos, libertad de mo-vimientos, y -sin ser presumido- que yo realmente puedo atreverme a todo, a hacer cualquier cosa, porque sé que hay alguien junto a mí. (Pausa muy larga.) El sueño de anoche me vuelve una y otra vez, el médico está ahí y yo me nuevo.

A.: Hmhm, hmhm.

P.: Me doy vueltas en círculo, tanteando todo.

A.: Hmhm, hmhm.

P.: Y pasan cosas.

A.: Hmhm.

P.: Y él está ahí y observa, me observa. (Respira profundo.)

A.: Hace un momento pensó en marionetas, que se mueven, sí, que son tomadas y llevadas por la mano, entonces, no sólo observadas.

P.: Hmhm.

A.: Pueden tantear, moverse, girar, cambiar de dirección, ¿no?

P.: Sí, sí.

A.: Hmhm, sí.

P.: De golpe tengo ayuda. Tengo a alguien que está ahí. A causa de mi inseguridad no sabía si eso era así o no. (Larga pausa.)

A.: Por hoy quedamos aquí. Continuamos entonces el lunes 25.

P.: Que lo pase bien, doctor.

A.: Gracias, igualmente. Hasta luego.

P.: Hasta luego.

Resumen (dictado inmediatamente después de la sesión): Me es difícil resumir en temas principales la riqueza de esta hora. Una despedida cargada de sentimiento en los últimos minutos. También por mi parte percibo una relación especialmente estrecha con el paciente, como respuesta a sus ansias de armonía. Pienso en un tea-tro de marionetas que siempre me ha impresionado mucho, el teatro de marionetas de Kleist, en el que una madre toma a su niño de la mano. En los últimos minutos, formulo una interpretación para disminuir la distancia producida por la observación, que el paciente mencionó, y para compensar el sentimiento de que sería dejado solo, y observado solamente desde afuera. Este estado de ánimo debe verse en conexión con el sueño, que constituye el punto central de la hora y que el paciente relató al comienzo de ella. Tengo la impresión de que se resistía a continuar aquello de que él quisiera tener más de mí. Opinaba que había demasiadas cosas diferentes para coger, lo que yo también creo (¿como resistencia frente a deseos transferenciales pasivo-receptivos, homosexuales?). Su preocupación de que sería rechazado si exige con impaciencia es importante, por eso se fuerza a ser paciente. Pienso en sus deseos orales y demás deseos, de recibir lo más posible y lo más rápido, y, luego, en su miedo a que sea demasiado poco, porque, debido a tales exigencias, probablemente cuando niño fue rechazado a menudo. Yo formulo ese miedo. El tercer tema es la interrupción. La verdad es que a mi sugerencia de que en la última hora él quisiera llevarse lo más posible, trae a colación comentarios de su mujer: ¿qué harás cuando no puedas ir más al médico? Yo confirmo la continuidad, asegurándole que no lo rechazaré si se pone impaciente.

5.2.2 El sueño de la grúa (sesión 85.^a)

Eric Y abre la sesión con el relato de un sueño que obviamente le impresiona especialmente y que cuenta intercalando breves pausas:

En el montaje de una grúa participaba un vecino muy hablador con quien de vez en cuando se han producido tensiones. El paciente agrega inmediatamente que no quiere desvalorizar al vecino. Luego comete un lapsus linguae al hablar de "lucha" en vez de "sueño". En el sueño, Eric Y era un observador interesado, pero sin función. Para el montaje de la grúa faltaba una parte importante, el brazo.

P.: Me quedé de verdad pegado en el sueño: ¿qué apariencia podría tener el brazo?, ¿cómo encaja? Mis pensamientos se fijaron a esta parte faltante, en cómo se vería en el conjunto de la construcción, en el material de que podría estar hecha. Fue como si toda la noche la hubiera pasado en eso. Mis razonamientos se concentraron en buscar la manera de completar la grúa. Hoy día en la mañana no sé que significado pueda tener, no le veo mucho sentido. Al paciente no se le ocurre nada. Para poner en movimiento el trabajo interpretativo, me acuerdo -pensando en el complejo de castración- de que él busca deses-perado la parte faltante. El paciente repite lo que lo torturó hasta el amanecer: "¿por qué, qué sentido tiene que falte algo?" En la siguiente descripción de su estado de ánimo, hay una palabra clave que anuncia los recuerdos de los traumas del final de la guerra, que aparecerán posteriormente.

P.: Lo peor es que estoy tan atado, como si estuviera metido dentro de algo, como si estuviera prisionero. No puedo salir, no hay manera de salir del paso. Como técnico, ciertamente debería poder solucionar este problema. Ciertamente debiera tener la capacidad para ello.

Al preguntarle sobre la parte faltante, el paciente describe la forma precisa y la función del brazo en la grúa. Dice que el pescante es un importante miembro de conexión, sin el cual el conjunto no funcionaría. Que está indignado por la indiferencia del personal de montaje, y que al mismo tiempo le molesta enojarse, aunque esté ahí únicamente como observador. Que él se enfurece, y el personal a cargo permanece indiferente.

Reflexión: Su afecto es un claro indicio de que, de ninguna manera, es sólo un observador, sino, en alto grado, el afectado, ¡igual que yo! El relato del paciente me trae el recuerdo de mi propia búsqueda desesperada de objetos extraviados y de una angustia de pérdida exagerada.

A.: Ud. no es solamente el observador. Es obvio que Ud. está tan afectado porque es a Ud. quien le falta algo. Así también se entiende el intenso esfuerzo de encontrar, por todos los medios, la parte faltante.

P.: Entonces ya no estoy tan fuera del asunto.

Reflexión: El paciente se ha formado el ideal de "estar fuera del asunto". Por eso señalo el nexo entre estar afectado y la intranquilidad, como también la formación reactiva del distanciamiento.

Nuevamente Eric Y destaca lo enfadado que está de que no haya manera de evadirse de este campo tan limitado, no poder salir. Después de una breve pausa menciona que a veces le va bien. Sin embargo, esta constatación no le ayuda a seguir.

Entonces, sorpresivamente, trae recuerdos infantiles del cuarto o quinto año de vida: "A través del pueblo se arreaban prisioneros, primero los rusos por los alemanes, después los alemanes por los rusos". En su recuerdo toman vida la miseria y el desamparo. Ataques a la granja en vuelo rasante aparecen en el horizonte actual de sus pensamientos. Todavía sin miedo, fascinados y curiosos, los niños abandonaron la seguridad del subterráneo. Con el fuego estalló el pánico; los animales se soltaron y desaparecieron.

Hablo de "herida" y "pérdida", destacando intencionadamente primero su esfuerzo de toda la vida de compensar la pérdida de los bienes familiares. Este reconocimiento del restablecimiento exitoso de las propiedades perdidas mitigará la revivencia del trauma y facilitará su superación.

El paciente describe luego escenas de angustia. Miedo de los rusos y temor por la madre. Establece una relación con su posterior conflicto triangular entre la madre, la mujer y él mismo.

P.: No puedo decidirme por mi mujer como ella lo quiere. Claro que yo no puedo retar a mi madre. La solidaridad con ella ciertamente existe.

Cuenta que su mujer perdió a su madre cuando aún era una niña pequeña.

Quizás por esa razón espera de él que le pertenezca totalmente. Se queja ahora de la pérdida de su padre.

P.: Por qué tuvimos nosotros justamente que perder el padre, con él habríamos tenido ciertamente más seguridad.

Con gran bondad, el abuelo echó una mano. Sus valores contribuyeron esencialmente a la formación del superyó del paciente.

Por iniciativa mía, consideramos ahora la función del padre, el que habría podido facilitar la vinculación con el mundo. Me quedo en la significación general de la pérdida y trato de acercar al paciente a la autorrepresentación de la grúa, presentando "el sobresalir de la grúa sobre el paisaje" como deseo de compensar las múltiples humillaciones que junto a su madre y hermanos debió vivir durante la huida. Estas experiencias dolorosas constituyen el contenido de sus ocurrencias posteriores. "Fuimos tratados como leprosos".

Sus sentimientos de inferioridad y sus esfuerzos por llegar a ser alguien lo devuelven a estas humillaciones.

Bajo la impresión de ocurrencias adicionales, se refuerza mi suposición de que sus defectos en la imagen corporal pueden entenderse como precursores del complejo de castración.

Presento una interpretación resumen, en la que con toda intención uso un lenguaje figural oniroide, para dar vida a las sensaciones corporales.

A.: Ud. quisiera poder sostener la cabeza más libremente y girar en torno al paisaje la grúa con su pescante, muy elevada. Pero entonces viene esta inseguridad deses-perante de que para eso faltan toda clase de cosas. No es sólo el síntoma como tal lo que lo obstruye. Ud. no puede mostrar lo que en verdad es. En tales momentos se le ocurren toda clase de pérdidas. Lo que Ud. deja ver son daños, y secuelas de daños. Hoy día se le ocurrieron amenazas, bombardeos. Si estira la cabeza fuera del hoyo, le llega un tiro.

Acto seguido, el paciente se queja nuevamente de su falta de seguridad, de que todavía retrocede dos pasos cuando ha dado uno hacia delante. Que cuando es estimulado a entrar en una discusión, o incluso cuando es atacado, no reacciona de manera óptima, más bien "rehúsa" (versagen), es decir, que es un fracasado. En esta reacción del paciente, queda una vez más en claro, que el dar nombre a los acontecimientos traumáticos es sólo un paso preparatorio para la superación de éstos, a través de la cual se puede recuperar la seguridad.

Desde mi punto de vista actual, debo acotar autocríticamente que mi entusiasmo por las relaciones psicodinámicas me llevó a no ver el daño actual provocado por el vecino hablador (el analista) y que, posiblemente, dejé pasar la ocasión de ofrecer interpretaciones transferenciales curativas.

A continuación presentamos un resumen psicodinámico, elaborado con el objeto de mostrar al lector el trasfondo teórico que, de manera más o menos consciente, me influyó claramente. El deseo de estirar bien la cabeza hacia adelante y de sentirse grande y con fuerza, fracasan frente a la angustia inconsciente del paciente de no poder mostrarse sino más que como un impedido. A través de su enfermedad neurológica, la tortícolis, se reforzaron sus defectos condicionados neuróticamente, su fantasía de tener un miembro muy pequeño, un mentón demasiado corto, una nariz desproporcionada, etc. Un defecto real se ha hecho visible para todos. Así, se ha establecido un verdadero círculo vicioso, donde se engarzan traumas muy antiguos con las miradas de los demás que lo llenan de vergüenza de ser una persona "deforme". El daño anterior, sólo imaginario, se ha vuelto realidad, primero, por el establecimiento de una enfermedad corporal y, además, porque el trastorno de su imagen corporal toma dimensiones reales dentro del círculo vicioso descrito.

Entre otras cosas, relacioné el complejo de castración, como expresión de la naturaleza pulsional del ser humano, con una carencia y con una representación de

sí mismo defectuosa. Este postulado contiene varios pasos interpretativos intermedios. De hecho, la representación no fue de un torso al que le falta el falo, sino de una grúa sin brazo. De este modo, se opera con una equivalencia, donde se parte del primado de la percepción y del pensar antropomorfo. Las máquinas hechas por el hombre son extensiones de su propio cuerpo y son manejadas por el soñante con un tipo de pensamiento animista. Así, la grúa está al servicio de la representación de sí mismo, a la que naturalmente llegamos interpretando la equivalencia entre ambas. Entonces, en este recorrido se deben resolver varios problemas. ¿Por qué el paciente no se representó a sí mismo como un torso humano sin falo, y, al hacerlo como una grúa, por qué no le agregó el soñante un brazo enorme, sino que escenificó una desesperada búsqueda por una parte faltante? En todo caso, en este punto no se impuso un deseo fálico omnipotente. En cambio, nos topamos con deseos reparatorios. Se representa una deficiencia, se busca un sustituto. En el sueño, el trauma parece haber sucedido de verdad; se busca ayuda. Se requiere la hipótesis de que el dolor por la separación de una parte erógena del cuerpo, vitalmente necesaria, es tan enorme, que el soñante recurre a una representación indirecta, que claramente acepta la posibilidad de llegar a ser un todo "íntegro". De este modo, se hace presente, a pesar de todo, la posibilidad de superar y de subsanar el temido trauma, que hasta el momento se impone como un defecto. En este sentido se da una analogía entre la representación onírica y la dismorfofobia. Volvemos a recalcar que la etiología de la tortícolis se encuentra en otro nivel. De esta descripción se puede deducir la manera como interrumpir terapéuticamente el círculo vicioso, de modo que también las situaciones desencadenantes, como por ejemplo el ser mirado, no lleguen a sobrepasar el umbral de la aparición del trastorno motor de la tortícolis, fenómeno primariamente neurológico. Ahora se trata de la transformación adecuada de la teoría de los desencadenantes ambientales -bien fundamentada desde el punto de vista clínico- y de las relaciones recientemente descritas en técnica de tratamiento.

5.2.3 El sueño de la reparación del automóvil (sesión 153.^a)

En el comentario adicional, dejé constancia de los pensamientos que fundamentan mis interpretaciones. Mis reflexiones se basan en sentimientos que surgieron en mí a propósito de los temas planteados.

La primera parte de la sesión giró en torno de una pelea con su mujer. El paciente considera soluciones constructivas, cerrando con ellas esta parte de la sesión.

P.: Hice el intento de hablar con ella. Dime lo que te preocupa. Por qué no habla-mos ahora sobre eso. Yo noto que sus agresiones se acaban cuando ella puede des-ahogarse de este modo. Debo ser más fuerte, y en lo posible no sentirme siempre atacado, sino ver lo que ella quiere descargar en mí, ya que, según su opinión, yo soy el responsable de que ella haya llegado a ser lo que es. Un resultado positivo de la terapia alcanzado hasta ahora es que acepte mejor a su mujer.

Después de una pausa, el paciente relata un sueño que vivió de modo extraño.

P.: Anoche tuve de nuevo un sueño, tan extraño. Yo estaba otra vez en un taller de reparación de automóviles y tenía problemas con el tubo de escape que estaba roto. Habían problemas, no había nadie que se quisiera ocupar bien del asunto, empe-zaron a hacer un tubo de escape nuevo. Se trataba del silenciador, y cada vez par-ticipaban más personas en la confección del mismo. Al final, todo el taller giraba en torno a esta pieza del tubo de escape. En un dos por tres estaba listo. El auto-móvil estaba nuevamente a mi disposición y casi no podía creer que tanta gente se había movilizad para ayudarme. Luego se me pidió que yo diera algo a cambio. Yo dije que eso lo daba por descontado.

Reflexión: El sueño permite sospechar el trasfondo anal del defecto hipocondríaco de la imagen corporal que se vio agudizado por la enfermedad neurológica.

El paciente reflexiona sobre las muchas personas que le tendieron la mano.

P.: Esta mañana, al rezar, reflexioné respecto de eso. Inmediatamente me surgió la idea de que son mis hermanos de confesión los que me dieron tanto, cuando ya en ninguna parte encontraba ayuda. Allí fui aún admitido, allí fui tomado en cuenta en todo (este es un giro verbal predilecto del paciente: percibirse y ser percibido en forma distinta y más intensamente), y usted también se encontraba entre ellos; ya la última vez quería decirle, que mientras más libre me siento de lo que me aqueja, más creyente me vuelvo, y reconozco tanto en eso, tanta acogida.

A.: Sí, claro, en el sueño restituye algo, se repara lo que se había roto.

Reflexión: Al comienzo me desconcertó que me incorporara en el grupo de sus her-manos de confesión con quienes se siente unido espiritualmente en la oración (véa-se también 7.1). Luego sentí que, para fortalecer su seguridad, el paciente necesita-ba abiertamente de esta armonía y tenía que incluirme. Me entusiasma el sueño de simbología anal. Hasta ese momento del análisis, es el primer sueño con este tipo de contenido. Pensé que en ciertos trastornos extrapiramidales surge coprolalia co-mo síntoma acompañante. Tales pacientes necesitan expresar obsesivamente pala-bras obscenas, en especial, del vocabulario anal.

Me dejo llevar por el interés en la representación de sí mismo en el sueño y el significado anal latente que supongo en él, mencionando directamente contenidos anales, como tirarse pedos, disparar, armar barullo, apretar el acelerador y despedir mal olor. Más adelante utilizo también las palabras soltar pedos, mierda, y tomo literalmente la alusión a la olla (el orinal). Tengo la sospecha de que rechaza este aspecto anal suyo, y que su anhelo de ser querido, también como alguien que "apesta", es grande.

P.: Curiosamente, me surge el pensamiento de que en ese taller de reparación de automóviles había también una mujer soltera que me fascinó desde un comienzo, yo era soltero. No había modo alguno de hacer coincidir eso con lo del tubo de escape.

Reflexión: Este aditamento posiblemente fue desencadenado por mi interpretación de su anhelo de ser querido a pesar de todo: la mujer no calza con el mundo anal de los hombres o de los muchachos.

El paciente recuerda, extensamente, juegos sexuales de su infancia, con algunos detalles nuevos.

A.: En la oración con sus hermanos en la fe usted se siente acogido. En ese momento, usted no es un desalmado, ni alguien que apesta y que se tira pedos.

P.: Yo tengo otra opinión de las cosas sexuales, pero mi mujer me repudia aún hoy en día, cuando, por ejemplo, le hago masajes o le acaricio el trasero, los senos o sus genitales.

A.: Pareciera que lo que yo le dije sobre el tubo de escape, sobre la defecación y heder le es ciertamente más bien algo extraño, tengo la impresión de que usted no le encontró mucho asunto.

P.: No del todo.

Reflexión: Mis intentos forzados de interpretar fueron muy lejos. El paciente no se interesó por ellos. Por eso intento ofrecerle algo que haga de puente, volviendo nuevamente al tema y cuestionando yo mismo mi impertinencia. Si bien estaba seguro respecto a los contenidos inconscientes, me habían surgido dudas de la ex-actitud del momento y de la fuerza con que había formulado la interpretación. Por eso intenté que el paciente recordara las observaciones que él había hecho en su granja familiar. En relación con esto, el paciente presenta numerosos detalles.

P.: Allí había un toro de la comunidad, las vacas eran llevadas donde él para la monta; ahora recuerdo un suceso, era durante el período de aprendizaje de la profesión (la adolescencia). Un compañero me instó a que me desvistiera y que recorriera su trasero con mis genitales y luego al revés.

Quedo sorprendido de que se haga consciente un recuerdo olvidado, de temática inequívoca.

No queda claro hasta dónde llegó la seducción y yo no quería ser impertinente. Hasta el final de la sesión el paciente habla sobre esa vivencia, sobre su angustia de ser pillado y castigado, sobre su sometimiento, sobre su angustia de arruinar al-go, pero también sobre su curiosidad llena de gozo.

5.2.4 El sueño del agente (sesión 216.^a)

Eric Y introduce este "sueño típico" diciendo que el sueño de un agente, que relata a continuación, calza bien en el marco de sus problemas.

P.: Se buscaba un agente. Sospechaban de mí. Para no ser descubierto me moví como un lisiado.

Mi actitud expectante da al paciente la posibilidad de enriquecer el escueto relato sobre el sueño: no importando adónde fuera, permanentemente había un observador que le andaba pisando los talones. En viajes, en la estación de ferrocarriles, en los servicios higiénicos, en todas partes era acompañado y controlado.

P.: Tenía que violentarme a mí mismo, no debía estirarme ni levantarme para que por ningún motivo se me reconociera ni descubriera.

En el sueño no queda claro por qué se le persigue, ni qué cargos se le hace; sencillamente se le busca por agente y el hecho de esconderse ocupa el centro de su vivencia.

La descripción de más fácil retención, la de su postura agachada y de su evitación angustiosa de estirarse -para no ser reconocido y tomado preso- me lleva a insinuarle algo acerca de cómo estrangula sus movimientos expresivos. Le señalo que muchas de sus acciones son acompañadas por sentimientos de culpa. Como agente, él realiza las cosas en secreto, a escondidas.

Cuidadosamente introduzco una interpretación transferencial indicando la ambigüedad del rol que me asigna: en su vivenciar consciente soy yo el que le ofrezco ayuda. Pero inconscientemente teme por todo lo que podría salir a luz y ser descubierto.

A.: Usted siempre tiene esa preocupación. ¿Cómo poder mantener en secreto las fantasías agresivas, sus fantasías de agente, cómo poder esconderlas? Porque usted no se permite ser malo y no se permite dar a conocer plenamente en todos los sentidos.

P.: Sí, es cierto. Hay muchos aspectos que yo estrangulo, sólo para no dar a los demás ningún indicio de algo.

A.: De manera que usted se agazapa, como mosquita muerta, incluso ahí donde no tiene la necesidad de hacerlo, por ejemplo, aquí.

Comentario: El lector se asombrará tal vez por esta precaución, ya que el paciente sabe que el analista no es ni policía, agente secreto, ni tampoco abogado. A pesar de todo, el llamar la tensa ambigüedad por su nombre contribuye a esclarecer las cosas. Muchos analistas renuncian a hacer esto, partiendo de la base de que clarificaciones tan simples sobre algo que el paciente de por sí ya perfectamente sabe es-tán de más, o que pueden tener lugar en relación a un motivo actual. Nosotros pen-samos que, por un lado, la indicación sobre la doble función de la interpretación transferencial tranquiliza, pero, por el otro, precisamente contribuye a desplegar las acciones secretas inconscientes en toda su dimensión.

En este sentido, redondeé mi interpretación sugiriendo al paciente observar las películas sobre detectives y agentes, profundizando el rol de su preferencia, con el objeto de aumentar la percepción de sí mismo.

En respuesta, el paciente busca las causas que lo llevan "cada vez más a esa postura agachada, aplastada, para no ser reconocido". Se acusa a sí mismo de cobarde, y luego, intempestivamente, recita el proverbio: "Llegar a ser padre es cosa fácil, serlo, en cambio, muy difícil" (Vater werden ist nicht schwer, Vater sein dagegen sehr).

Este giro en el pensamiento nos sorprende a ambos y, sin rodeos, agarro al vuelo la ocurrencia del paciente interpretando: "Si la cola se mantiene sin retirar, se es rápidamente padre. Para evitarlo, usted siempre tuvo que mantener el rabo entre las piernas".

El paciente muestra su interés por la metáfora contenida en este dicho popular, trayendo varios ejemplos. Sigue temiendo ser expulsado si se deja llevar por fantasmías agresivas. Se representa como un pájaro cautivo que quiere escapar o que, al

llegar a edad adulta, quiere abandonar el nido. Pero, inmediatamente surgen angustias de ser castigado o de ser dañado: "Sí, me quitaron las alas".

A continuación, ofrezco en una interpretación una serie de posibles causas, que el paciente había buscado anteriormente con desconcierto. Con el objeto de mostrar el espectro de posibilidades y de ampliar lo más posible la perspectiva, hablo en forma general de las ganas de moverse. Hablo de manos que no deben tocar nada, manos de agente. En medio del diálogo aparece la siguiente declaración: "Ud. es un agente. Como tal, cuando mira a su alrededor, ve mucho más, incluso aquí en el consultorio. No alcanza a hacerlo, y ya cree haber hecho algo prohibido."

Alentado por mi directa indicación, el paciente hace el positivo descubrimiento de que es él mismo quien se ata las alas, mientras que hasta ahora siempre había partido de la base de que eran los demás quienes lo coartaban.

Reflexión: Ciertamente que este descubrimiento no puede eliminar de un soplido el que Eric Y, en el sentido de la teoría freudiana de la angustia, se encontrara ex-puesto a peligros reales, y el que hubiera perdido algunas plumas en la lucha. Que-da en pie la pregunta terapéutica fundamental de por qué el paciente se conduce, hasta el día de hoy y de acuerdo con su descubrimiento, como un "mosquita muer-ta" y esconde la cabeza. La siguiente interpretación también se refiere a este tema.

P.: Soy yo mismo quien se ata a esta situación. Soy yo quien se amarra las alas.

A.: Una y otra vez renace la angustia de ser castigado, el miedo a que le recorten algo más, si es que no se mantiene amarrado.

P.: Hmhm.

A.: ¿Qué sucedía en aquel sueño, ahí donde se le practicaba alguna operación?

P.: Sí, hmhm, era en la cabeza, me estaban cortando un trozo de cerebro.

A.: En el sueño usted se protege, para que no pase nada más, para no seguir siendo dañado.

P.: Sí, es curioso que deje aplastar tanto mi cuerpo y todas mis posibilidades, que camine encorvado como un tullido, que no me resista, oponiéndome contra eso. ¿Por qué y con qué objeto?

Al final de la sesión se tematiza la relación entre perseguido y perseguidor. El paciente hace suya esta idea enumerando lo que sucedería si pudiera volcar la situa-ción, pagando todas las humillaciones y vergüenzas con la misma moneda. De ma-nera drástica, en el siguiente sueño de la amputación se representa esta vuelta de tortilla.

5.2.5 El sueño de la amputación (sesión 223.^a)

En el último tercio de la sesión, y como al pasar, Eric Y menciona un sueño muy drástico: en un cierto contexto, la palabra pie le hace recordar haber tenido un sueño terrible.

El relato del sueño se desarrolla a partir de un tema que mantiene muy ocupado al paciente y que actuó como resto diurno. Le preocupa si la mutua de salud se ha-rá cargo en lo sucesivo de los costos, y quisiera reducir la frecuencia de las sesio-nes. El paciente se hace cargo de una pequeña parte de los costos del tratamiento, aproximadamente 10 DM por sesión. Como afiliado voluntario a una compañía de seguros de enfermedad, Eric Y es atendido como paciente privado. Hay que men-cionar esto de antemano, debido a que es un desencadenante -pequeñas causas sur-ten gran efecto- para que el paciente se

sienta permanentemente afectado por este aporte; inconscientemente siente esta suma como una pérdida material grave.

Al comienzo, todo gira en torno a problemas de financiamiento, ahorro y avaricia. Las diferencias de opinión que existen al respecto entre él y su mujer conducen a tensiones. Como consecuencia de pequeñas deudas contraídas a propósito de la construcción de una casa, Eric Y se encuentra extremadamente preocupado. Después de sopesar largamente los aspectos racionales e irracionales de este asunto, cae una palabra clave que le recuerda un sueño.

P.: Yo quiero que me pongan en libertad ("auf freien Fuß setzen": literalmente, "ser puesto a pie libre") nuevamente. En relación con la palabra pie (Fuß) recuerdo un sueño cruel que tuve anoche. Yo estaba donde usted, usted cojeaba, luego tomó asiento. "¿Pero qué le sucede?", le pregunté yo. "Me han quitado el último pie que me quedaba." "Cómo, ¿el último pie?" "Sí, esta pierna ya era de palo y ahora he perdido también el otro pie". Yo no podía creerlo y no entendía todo aquello. No había percibido antes que usted ya tenía una pata de palo y ahora la otra. Ud. lo sobrellevaba con bastante serenidad. Yo no podía superar todo eso. Qué extrañas combinaciones de ideas aparecen en el sueño.

A.: Sí, Ud. me quiere sano y salvo, y quiere estar seguro de que por ningún motivo me pase algo; eso significa que tiene que estar alerta aquí y cuidarse de no ofenderme. En la última sesión se trató de persecución y de víctimas, ser pasivo versus ser agresivo, herir versus atacar.

Las asociaciones y las interpretaciones emanan del resto diurno. El paciente atribuyó a mi exigencia de que participe en los costos un significado de amenaza existencial. Está asombrado, por no decir perplejo, por los enormes efectos emocionales que han producido mis expectativas.

En el centro de mis interpretaciones está la idea de que el paciente busca asegurar la paz y la armonía a través de la sumisión y que, al mismo tiempo, se siente una víctima. Mediante la retención y el cuidado avaro de su propiedad, ha encontrado un equilibrio y ha reparado los daños.

A.: Mi exigencia la ve entonces como una usurpación material. Ojo por ojo, diente por diente. Donde las dan las toman.

P.: Me imagino que en el caso de tener que pagarle el total de las sesiones por mi cuenta, me sentiría con tal presión interior, que rápidamente empezaría a hacer cosas con tal de poder liberarme de esto y sentirme aliviado nuevamente.

Comentario: Sin su participación en los costos -que trae consigo un aumento adicional de los honorarios desde aproximadamente 80 DM a 90 DM la sesión, que, aunque mínimo, es bienvenido-, sus deseos y expectativas inconscientes hubieran encontrado otra conexión plausible a una percepción realista. De este modo, la participación en los costos no representa un medio introducido

intencionalmente para dirigir la transferencia en una dirección determinada. No es necesario introducir artificialmente percepciones realistas plausibles, que pueden transformarse en una afrenta. La siguiente secuencia de ideas corrobora lo útil que fue en este caso la participación mínima en los costos, que por lo demás el paciente puede afrontar de buen modo.

A.: Sí, en tal caso Ud. se sentiría suficientemente presionado, como para que le sea más fácil ponerse furioso, porque sería yo quien le mete la mano hasta el fondo en su bolsillo, cortándole las piernas que lo sustentan. Si tuviera en cambio que pagar todo por su cuenta, ésa sí que sería una carga enorme. Pues ya sufre a causa

de los 10 DM. Posteriormente puede minimizarlo todo, diciéndose que es una bagatela, que realmente no es tan terrible, aunque vivencialmente sí que lo es. Eso se ve ya en el sueño. Mediante mi exigencia, yo lo estoy atacando, ojo por ojo y diente por diente. Es una suerte que se haya tenido esa ocurrencia, sobre todo que haya sido capaz de soñarlo y que haya podido posteriormente comunicarlo. Recordó el sueño muy de improviso.

P.: Hmhm, sí, ya durante el fin de semana me acordé del sueño un par de veces. Pensé varias veces sobre su sentido.

Comentario: Por razones de principio, y no solamente por el poder intranquilizador de la dinámica inconsciente, se aconseja ubicar en el primer plano del trabajo inter-pretativo el aspecto de la seguridad, y comenzar, en el deseo de integridad, con las formaciones reactivas y con los intentos reparatorios. En este tratamiento, el ana-lista sigue esta regla interpretativa. Parte del hecho de que el paciente lo quiere ver íntegro, sin daño alguno, o que tiene el deseo de que nada le suceda y de que se pueda reparar un posible daño. En caso contrario, tampoco existiría para él mismo, como lisiado, ninguna oportunidad.

Este sueño transferencial posibilita echar un vistazo en los orígenes de los defectos de la imagen corporal, gracias a que el daño es retraducido en términos de su historia genética interaccional.

En el siguiente relato del sueño de la decapitación continúa desarrollándose el tema.

5.2.6 El sueño de la decapitación (sesión 230.^a)

Al comienzo de la sesión, Eric Y informa sobre el empeoramiento de los síntomas en relación con una disputa matrimonial.

Al respecto, hago la siguiente reflexión: ocasionalmente, el paciente reacciona frente a la pedantería de su mujer intentando hacer todo lo más correctamente posible, en lo cual, comprensiblemente, no logra perseverar. También yo me siento desorientado frente a estas dificultades matrimoniales, debido a que la conducta de la mujer influye los vaivenes anímicos fortaleciendo los aspectos superyoicos. Hasta el momento, sin embargo, ella se ha negado a recibir ayuda terapéutica, a pesar de que al mismo tiempo le echa al paciente en cara que es solamente él quien tiene la posibilidad de poder confiar sus problemas y encontrar alivio en ello.

Luego de una corta pausa cambia de ánimo y relata muy turbado el "sueño atroz" de la noche anterior.

P.: Nos encontrábamos en una firma pequeña, desconocida para mí. Al comienzo habían dos hombres que se estaban peleando. Pero después, la situación se puso seria, comenzó una verdadera lucha. Uno le arrancó la cabeza al otro y la lanzó lejos, y de repente había desaparecido el hombre a quien le habían cortado la cabeza. A pesar de que yo estaba presente, pregunté por él, pues, ¿adónde se había metido? Me respondieron que se había ido, que había sido eliminado sin rastro alguno; lo mismo había sucedido con una muchacha - ya me llamaba la atención que faltaba hacía un buen rato-. Decían que ella había desaparecido de manera parecida. Con cabeza, pero desaparecido, igualmente. (Pausa breve.) Curioso, estos sueños tan atroces.

A.: Sí, es la continuación de aquel sueño de la pérdida de la pierna. Ahora se hace más evidente la intensidad de la lucha y del luchador, del imponerse.

Reflexión: Con esta indicación, busco acentuar la continuidad del tema de la castidad.

P.: El sueño continuó en que yo trataba de borrar todo rastro, para hacer imposible averiguaciones posteriores. Todo giraba en torno a un horno, y ya no sé qué otras cosas más, y también de que todo era destruido y tirado lejos, para que por ningún motivo quedaran puntos de referencia, a pesar de que yo era un espectador en ese suceso. (Pausa más larga.)

A.: Ud. ha tenido siempre que acallar, que tapar, esconder, y que esconderse, esto es, ha tratado de no ser para nada agresivo, de nunca darle un término a una lucha, a un duelo. También por miedo. Pues Ud. era el que perdía, el chico, el muchacho refugiado que tenía que replegar el miembro frente a la visión de un duelo de vida o muerte entre dos hombres. Claro está, Ud. sólo es un espectador en el sueño, pero como espectador participa intensamente en el encubrimiento de los hechos.

Reflexión: El duelo cruel y mortal lo entiendo como una representación de la transferencia y también como una múltiple representación de sí mismo del

paciente, quien ha elaborado, en un nivel inconsciente, las consecuencias de luchas (due-los) anteriores de modo tal, que ha terminado siendo él mismo quien anda caminando por ahí con una cabeza deformada. Al mismo tiempo, ha establecido una distancia o, si se quiere, una escisión, en virtud de la cual él es solamente un observador imparcial. Lo primero, y que me parece ser lo más importante, es el aspecto defensivo del sueño.

P.: Bueno, pero que todo sea tan atroz.

A.: No es una mera casualidad de que se trate de la cabeza. Es precisamente en la cabeza, donde se desarrollan tantas cosas. La imagen de pequeñez suya proviene, en parte, del hecho de que algo ha sido cortado, aunque, naturalmente, nunca en los hechos. Pero en el nivel de las imágenes, de la fantasía y de lo inconsciente, los deseos se transforman en hechos, por ejemplo, cuando uno le dice a alguien que se está jugando la vida, que está arriesgando la cabeza.

P.: Hm.

A.: Hm. A Ud. también le pareció extraño el haberme representado dañado.

Reflexión: Establezco una relación con el sueño en el que el paciente me vio amputado, haciéndole notar que se está produciendo un cambio: en el sueño él no sólo es la víctima, sino también el verdugo. El cambio desde un sufrir pasivo hacia una actuación activa no es sólo fundamental desde un punto de vista terapéutico general.

Una y otra vez vuelvo a la idea de que, contra el fondo del movimiento automático, podrían imponerse "displacement activities", en el sentido que le dan los etólogos (Tinberger 1952; Lorenz 1968; además, véase Rapaport 1960 p.834).

P.: Hm.

A.: Por largo tiempo, Ud. se ve a sí mismo como alguien dañado, como una víctima.

P.: Hm.

A.: Por el susto que se tiene a sí mismo, ha preferido ser más bien la víctima que el verdugo. Por eso trata de borrar las huellas, para que no se le pueda acusar de nada y para que nadie sepa que Ud. tiene algo que ver en el asunto. Como todos, Ud. también compite, participa en altercados violentos, en rivalidades, en asuntos de vida y de muerte, aunque no en la realidad, claro, sino que todo eso se mueve en su fantasía.

Por esta generalización, de que él rivaliza como cualquier otra persona, trato de minimizar su angustia frente a las agresiones mortales, con el fin de que pueda dar más espacio a estos aspectos inconscientes. Por esta misma razón acentué el nivel de la fantasía, después de haber exagerado con la mención de palabras como vida y muerte o golpe mortal, lo que había asustado muchísimo al

paciente. Al releer el informe, se me ocurre que el paciente también tiene algunas reservas, del tipo de que yo sí podría tomar en cuenta sus ideas, pero, inconscientemente, no está seguro de que yo vaya a utilizar sus pensamientos en favor suyo.

P.: Sí, es precisamente ese sentimentalismo. Ayer en el trabajo, por ejemplo: con nosotros tenemos transitoriamente a una persona que más adelante va a hacer carrera en una filial nuestra. Está recogiendo información entre nosotros, lo estamos entrenando, y ayer vino a mí a preguntarme sobre esto y lo otro. Lo informé, le di datos, y le hice una copia del informe mensual, para que supiera lo que se debe informar al directorio de la firma. Más tarde, un colega me comentó que a ese hombre sí que se le estaba aprovisionando y dotando de la mejor información disponible. Con eso quiso decir que no se le debía ofrecer ayuda para iniciar la carrera.

Reflexión: La exagerada buena voluntad del paciente tiene también su lado poco sincero. La rivalidad y la competencia del paciente irrumpen, como resto diurno, en el nivel de la pugna por quien tiene las mejores ideas. En las siguientes ocurrencias queda claro que el paciente tuvo una buena idea que le fue usurpada por otro. Le es quitado algo concebido en su cabeza.

Al paciente se le ocurrieron algunas ideas muy buenas para mejorar sustancialmente el funcionamiento de la firma. En silencio, y con amargura, Eric Y tuvo que tragarse que el jefe de la sección se apropiara de sus ideas y que hiciera como si éstas hubieran surgido de él.

P.: Me dolió mucho, pero me lo tragué.

A.: Mire, él le quitó lo que Ud. tenía en su cabeza. En el lenguaje del sueño, él le quitó su cabeza. Fue una pequeña situación de rivalidad. Usted encogió la cola, y no ...

Mi interpretación está en relación con reflexiones teóricas implícitas. ¡Al igual que una pequeña brasa, el resto diurno puede poner una casa en llamas!

P.: Hm.

A.: En los demás, Ud. ve que son más bien envidiosos o que le dan rienda suelta a su envidia.

P.: Pero cuando me hago notar (el paciente se queja), me siento como si quisiera sobresalir.

A.: Sí.

P.: Pero a pesar de todo me duele. En realidad debería estar satisfecho con que una idea mía resultara. De acuerdo, okay, sería ventajoso para mí si el jefe máximo supiera que todo eso surgió de mí y no de otro.

A.: Veá, cuánta rivalidad sale a luz en todo esto. También Ud. se bate en duelo. Pareciera entonces, que el duelo que se lleva a cabo en sus sueños se transforma en una lucha entre su cabeza y su mano, cuando Ud. se toca su cabeza.

Con esta interpretación, intento traer a la luz la interiorización de un duelo. Eric Y se siente afectado, una y otra vez, al comprobar cómo lucha con su mano en contra de los movimientos involuntarios de giro de la cabeza. Mientras más grande sea su rabia, y mientras más fuerza aplique con su mano, tanto más fuertes son las fuerzas contrarias que mueven y hacen girar la cabeza hacia la derecha. Sus observaciones son dignas de atención.

Aparte del duelo descrito entre mano y cabeza, ciertos roces, como por ejemplo, al afeitarse o al acariciarse las mejillas, hacen que la cabeza comience a girar involuntariamente. La interpretación anterior se basa en el supuesto de que en esta génesis sintomática se está representando un duelo interior, que trato de reinsertarlo en un nivel interpersonal, incluyendo la relación transferencial en mis interpretaciones.

A.: Por cierto, la mano es la propia. Le pertenece tanto como su cabeza, pero cuando usted se toca, roza su cabeza, su mano se transforma claramente en un cuerpo extraño ...

P.: Hm, hm.

A.: ... en un agresor.

P.: Hm. (Pausa prolongada.)

A.: El dinero que le exijo, aunque sea una suma mínima, es un monto que para Ud. toma la cualidad de una sustancia, de algo material, un trozo de Ud. mismo. Así, se toca, inconscientemente, un sentimiento de pérdida muy grande, lo que le produce una rabia tal, que lo lleva a cortarme una pierna.

Me parece importante mostrar el duelo (lucha) en un nivel concreto de la transferencia. Es en ese nivel donde se ubican los afectos.

P.: Que este sentimiento, esta tensión, así como se expresa en el sueño, sea tan monstruoso, es decir, tan definitivo, como la cabeza cortada en el sueño ...

A.: Sí, sí. (Pausa prolongada.)

P.: ... como si no existieran otras vías y posibilidades.

A.: Hm. Claro, no por nada existen los cazadores de cabeza.

P.: Hm.

A.: Además, la cabeza es algo mágico, tener cabeza, tener fuerza. Algo así como cortar los genitales y extraer de ellos la fuerza, en un nivel. (Pausa prolongada.) También los caníbales comen carne humana para apropiarse de la fuerza de sus enemigos.

Con estas interpretaciones busco animar el componente mágico en los diferentes niveles, con el fin de promover una apertura del paciente hacia sus propios moti-

vos inconscientes. Al mismo tiempo, tengo la sensación de haber ido demasiado lejos, debido a lo cual vuelvo, en la próxima observación, al nivel de los síntomas y a la envidia hacia las cabezas sanas de los demás, envidia que es estimulada por su enfermedad.

P.: Hm.

A.: Sus malestares desencadenan muchas cosas. Ud. se dice: si tan sólo pudiera tener otra cabeza, tener la cabeza de otra persona. Si Ud. pudiera tener mi cabeza; me refiero ahora a mi persona. Acuérdesse, yo saqué una copia del plano del circuito de su cabeza, y con ello me apropié de sus ideas, igual que el jefe de su sección.

Reflexión: Traigo a colación un sueño del paciente de hace un tiempo atrás; lo re-tomo para aclararle aún más que en lenguaje onírico se trata de tener mi cabeza y de apropiarse sustancialmente de mis ideas.

P.: Sí, sí, sí. Claro, pero esos pensamientos datan de tanto tiempo atrás, de la época del hombre de Neandertal.

El paciente se anima muchísimo. Su voz se llena de entusiasmo al repetir los "sí" de asentimiento. A continuación viene la leve restricción por el primitivismo de sus pensamientos.

A.: Sí, ellos están vivos en cada uno de nosotros.

P.: Seguramente todos llevan esos pensamientos en la mochila del inconsciente. ¡Pero que no pueda dominarlos!, y si llego a dominar todo, entonces surgen esas represiones. Pero ese afán de posesión y esa violencia, eso no puede llegar a mani-festarse, simplemente no es viable. Si todo el mundo operara de acuerdo con ese principio, sería una catástrofe, correría sangre. (Pausa prolongada.)

Pienso ahora en relaciones humanas, en discusiones por reclamos. Ahí uno se da cuenta cómo el cliente quiere saber exactamente lo que pasó. Me imagino una persona que no se puede dominar, que se excede más allá de los límites y no guarda las proporciones. Aborrezco las personas que proceden así, incluso en la vida diaria.

Reflexión: De manera comprensible, el paciente hace esfuerzos para encauzar la intensidad de la competencia y la rivalidad por caminos más o menos humanos; de hecho, los siguientes restos diurnos se relacionan con ese intento. Me parece importante dejar bien en claro, además, los componentes transferenciales, en especial los que se refieren a su participación de 10 DM aproximadamente, algo que siente como una pérdida material muy concreta.

P.: Seguramente hay capacidades, posibilidades, pensamientos, que aparecen sin que lleguen a ser brutales. Pues, ¿me sirve de algo decir al colega, si acaso le parece correcto haberme quitado la idea? ¿Me serviría de algo, aún ahora? El sabe muy bien que no es correcto. Yo debiera poder dominarme de tal modo, que no

necesitara darle mi opinión para sentirme conforme. Hm. Naturalmente, también quisiera quedar bien parado ante los demás.

Este tema y el de la competencia copan el resto de la sesión.

P.: Ciertamente, el asunto de ser herido, el sentirse sobrepasado, es algo importan-te. Tal como usted dice, me han quitado algo, con eso me han achicado, reducido, pero a la vez pienso que es una manera tan estrecha de ver las cosas.

A.: Sí, aunque creo, que sólo aparentemente. Si consideramos el enorme impacto que esto tiene sobre su modo de vivenciar las cosas, entonces no es un asunto tan sólo de miras estrechas. Al revés, casi se diría que es de miras demasiado amplias. Amplio en el sentido de que los efectos vivenciados son muy violentos, y porque al mismo tiempo se acalla lo tocado que Ud. se siente por aquello. El que simul-táneamente lo sienta como estrecho de miras, es porque conscientemente todo esto dista mucho de ser algo tan terrible.

P.: Hm.

A.: Por un lado es un asunto bastante ridículo, pero al mismo tiempo es una vivencia muy violenta.

P.: Sí, desde el punto de vista de los sentimientos.

A.: Si yo le cobro 10 DM, para usted se trata de su sustancia, de ser o no ser.

P.: Sí.

A.: De otro modo, si yo tengo en mi cabeza su circuito cerebral, a Ud. le dan ganas de tener mi cabeza, para sacarla a relucir libremente, como yo lo hago, y no encogida, como lo hace el agente. Quiere entrar en mi cabeza, sí, tener todo lo que hay ahí dentro, todo lo que yo sé, así, todo eso le pertenecería por añadidura. Eso es algo muy humano. Entonces se sentiría libre y ...

P.: Hmhm.

A.: ... tendría la fuerza y el poder y todo lo que Ud. atribuye a mi cabeza. De hecho se habla de los "peces gordos" (Großkopfeter; literalmente sería "cabezas gran-des"; nota de los traductores).

P.: Hmhm.

A.: Los "cabezas grandes" (peces gordos), son precisamente esos que tienen mucho, pero mucho dinero, que son ricos y que tienen poder; esos padres poderosos que Ud. añora tener, especialmente después de la muerte temprana de su padre y de la huida, de la pérdida de la patria y de todos los bienes. (Pausa.)

P.: Tal vez me estoy engañando a mí mismo al pensar que la otra persona, que es grande y que se sabe manejar mucho mejor, se da inmediatamente cuenta de lo que yo me estoy jugando.

A.: Hmhm. Pero encubrirlo tampoco es la mejor solución, ¿no es cierto? Tenemos que terminar.

Al despedirnos, junto a un "hasta la vista", el paciente añade sus deseos de un agradable fin de semana, lo que yo correspondo.

Comentario: No es indiferente el término que se dé a las sesiones, las palabras que se empleen para decir que la sesión ha terminado. De distinta forma, ambos participantes tienen que someterse al tiempo. Con el empleo del "tenemos", del "nosotros", se subraya lo que nos une, algo que no debiera ser meramente sugerido. Al paciente le pertenecen tan sólo 45 ó 50 minutos, y es el analista quien debe poner término a la sesión, si es que quiere atenerse a su horario. Aconsejamos recordar esto al paciente, utilizando la forma correspondiente al "yo", alternándolo con la del "nosotros", cuando esta última corresponda más al ánimo de la sesión.

5.3 Un sueño del síntoma (sesión 268.^a)

No habría que extrañarse demasiado de que los síntomas también aparezcan en los sueños. De acuerdo con la teoría de los deseos, el que los enfermos sean capaces de superar sus síntomas en los sueños y que se representen en ellos como personas sanas debería ser incluso algo bastante frecuente. En el sueño que sigue a continuación, Eric Y sufre por la aparición de la tortícolis. Esta observación no tendría mayor importancia, si no fuera por el contexto que, paciente y analista, atribuímos a este suceso. Las ocurrencias del paciente, y mis interpretaciones, muestran que los movimientos giratorios de la cabeza deben ser entendidos en el sueño como movimientos de búsqueda, análogos a los del bebé tras el pecho materno.

Eric Y cuenta que en el sueño deambulaba con miedo y sin rumbo fijo. Su empresa ocupaba un espacio muy amplio. La cafetería se encontraba al aire libre y la obra estaba incorporada totalmente en el paisaje.

P.: Me sentía pequeño y desamparado. Luego me topé con una secretaria y un ayudante que estaban conversando. Tenía la sensación de estar marginado. Luego caminamos un poco, y mi cabeza giró hacia un lado. No pude controlarla, por más fuerza que hiciera, no lo lograba. Precisamente en el momento en que todo dependía del hecho de tenerla centrada, justo ahí giraba hacia un costado.

Reflexión: La sensación de sentirse perdido en el sueño, junto a la enorme inseguridad, me llevan a pensar en situaciones infantiles, donde el desamparo y la falta de habilidad motora son características llamativas.

A.: Sí, ¿y qué ocurrencias le vienen a la mente en relación con el estado anímico del sueño? ¿Sería posible, que Ud. esté representando algo, encontrarse expuesto a las miradas en este mundo tan ancho y ajeno?

El paciente niega terminantemente haberse sentido expuesto a las miradas, y continúa diciendo:

P.: No tenía una sensación de bienestar. Parado ahí, totalmente solo. Sin contacto alguno. Los directores de la empresa conversaban entre ellos. Me sentía dejado de lado. Para mí, ese era otro mundo, algo ... (Pausa prolongada.) Algo en eso tiene que ver con "niño", pero no puedo formularlo mejor, es algo que está muy lejos.

A.: Abandonado y a merced de todos, en un espacio vasto, sin apoyo y sin sostén.

P.: Sí, yo sobraba, quizás por andar mudo por ahí, me mantuve aparte, por mi manera de conducirme, o por mi actitud reservada. Quizás yo quería formar parte del grupo, participar, pero a raíz de mi actitud y de mi postura, por el modo como me movía, eso era imposible. En todo eso de alguna manera logra imponerse el que no me resulte que los demás se acerquen a mí, a pesar de que a veces me gustaría de que así fuera. Pero, ¡qué cómico, que ahora tenga que pensar en un pecho femenino!

A.: Cómo, ¿justo ahora lo está pensando?

P.: Mentalmente. Igual que un niño que busca el pecho de su madre, para fortalecerse. Lo digo sin ironía.

A.: Sí, sí, temía que yo reaccionara con ironía.

P.: No hay nada sexual en ese pensamiento.

Reflexión: Es algo tan ajeno a mi persona derivar la búsqueda y el reencuentro del objeto primario, en un sentido estricto, del placer sexual, que no puedo relacionar conmigo la preocupación del paciente de que su sensualidad pregenital pudiera ser blanco de mi burla irónica. Desde hace mucho tiempo me preocupo de no borrar las diferencias cualitativas en la sensualidad so pretexto de la teoría de la libido.

A.: Entiendo, como si yo pensara que Ud. busca sólo el placer sexual y ningún otro tipo de placer. Los niños también giran la cabeza para retirarse.

P.: Por el momento no puedo dejar de pensar en eso.

A.: Sí, pero ¿por qué tendría que retirarse del pecho? Es eso lo que piensa, ¿no es así?

P.: Hmhm.

A.: Justo ahora, cuando lo está buscando en sueños, en ese amplio espacio.

P.: Esa es nuevamente la angustia, ponerme al pecho y succionar algo de él, que el otro me interprete mal, hacer siempre lo incorrecto al mostrar mis

sentimientos, la inhibición, los demás. (Pausa.) En mi fantasía pasa siempre lo mismo, siempre sucede igual que en este sueño. La secretaria y el ayudante me parecían tan grandes, porque yo los veo con aumento.

A.: Bueno, así como probablemente también el pecho es de algún modo grande, enorme, en comparación con la boca. La boca que busca agarrar algo, o el ojo, cuando está bien cerca del pecho, éste es muy grande. Si uno ve sólo una parte, entonces la parte es muy grande.

P.: Y entonces me surge el sentimiento de que siento mucho más por mi madre de lo que quisiera reconocer, o de lo que demuestro sentir. Desde que era un niño, ya en ese tiempo andaba buscando todo el tiempo amor, afecto, pero ya de niño fui muy introvertido, nunca dije nada sobre mis sentimientos. Y puede ser entonces que haya períodos o momentos en que me comporte como un niño frente a mi mujer, cuando me acurruco junto a ella y quisiera abrazarla, tomarla y acariciarla, y ella me dice, oye tú, estás exagerando, esto no es normal. Haciendo un paralelo, siempre fue así, también busqué eso en el amor. Amor, amor, afecto.

Eric Y se refiere aquí al amor en un sentido global, y en pensamientos se aparta de su mujer que malinterpreta sus sentimientos sensuales y tiernos, debido a que finalmente tienen una meta sexual, recriminándolo ya frente a caricias "inocentes". La independencia de la búsqueda del contacto cercano y la ternura es ahogada, en es-ta forma, in statu nascendi. El vínculo entre ternura y sexualidad, tanto en el sexo masculino como en el femenino, a menudo conduce a malentendidos que pueden tener profundas consecuencias para la relación entre el hombre y la mujer. Por lo tanto, no es una mera casualidad que Freud formulara dos teorías sobre la ternura, las que fueron revisadas detenidamente, en especial por Balint (1935).

Reflexiones sobre la psicogénesis

Desde el comienzo de la terapia su reducida autoestima se encontraba en el centro de la atención, a causa de sus defectos corporales fantaseados. Ya en la quinta sesión el paciente se vio, en un sueño, como víctima de un accidente de tráfico. En la sesión 35.^a introdujo el tema de la "marioneta", con sus diversas variaciones, en relación con el control de movimientos y actos. Las autorrepresentaciones deficitarias aparecían no sólo además en otros sueños, sino que frecuentemente también en el diálogo entre el paciente y el psicoanalista. Los sueños seleccionados caracterizan puntos temáticos

culminantes y permiten reconocer una progresión que va desde la elección de objetos inanimados hasta la representación de sí mismo a través de personas. Pero aquí no se trata de una progresión lineal sencilla. En publicaciones anteriores de nuestro grupo de trabajo, se investigó el problema del tipo de cambios que se pueden establecer a través de la investigación de series oníricas (Geist y Kächele 1979) y el tipo de conclusiones diagnósticas y pronósticas que se pueden sacar del sueño inicial (Schultz 1973). Ya que concebimos el proceso terapéutico como una terapia focal continuada con foco cambiante (véase tomo primero, capítulo 9) empleamos una serie onírica para demostrar los problemas tratados. Nuestro interés en poner en el centro de la mira los defectos del sí mismo en el sueño y su elaboración terapéutica nos llevó a desatender otras dimensiones del proceso terapéutico, que son relevantes para una sinopsis de la investigación sobre el desarrollo del proceso y sus resultados.

Creemos que en base a esta serie de sueños se pudo aclarar bastante la génesis de la dismorfofobia. Este síntoma se encuentra en un mismo nivel que el sueño, si partimos de la similitud estructural de las formaciones de compromiso. En la psicopatología psicoanalítica del conflicto, los síntomas y el sueño se vinculan a través de la idea de la formación de compromiso entre las fuerzas y las representaciones represoras y reprimidas (Freud 1896b, p.170). Aplicamos la idea del compromiso a la génesis sintomatológica y a la interpretación de los sueños, del mismo modo como lo hacemos al conjunto de las producciones del inconsciente. Freud acentuó que los síntomas neuróticos

... son el resultado de un conflicto ... Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente; está sostenido desde ambos lados (Freud 1916-17, pp. 326-7).

Pero, ¿qué sucede con la tortícolis? De acuerdo con las diferenciaciones diagnósticas introductorias, se trata aquí de una enfermedad neurológica, desencadenada y condicionada en su evolución por conflictos psíquicos. En el diálogo terapéutico, ocasionalmente se desdibujan las diferencias entre los síntomas puramente neuróticos de la dismorfofobia y los movimientos de la tortícolis provocados somáticamente: tanto en el sueño del agente como en la imagen de los movimientos de búsqueda tras el pecho materno, el trastorno motor condicionado neurológicamente se incorpora en el contexto de los cambios en las mociones expresivas y anímicas. El carácter global de la vivencia humana implica que los pacientes a menudo no diferencian entre el origen psíquico y el somático de sus limitaciones corporales. Frente a este problema, el

analista tiene múltiples tareas, en las que también está la de sondear los motivos que el paciente tiene para la manera de representar su enfermedad. Un aspecto importante es conocer a qué adjudica el paciente sus dolencias corporales, por ejemplo, si acaso las siente como un castigo. El control de la enfermedad pasa por conocer la teoría subjetiva, científicamente incorrecta, que el paciente se formula sobre la génesis de las dolencias propias. Las observaciones y las suposiciones de los pacientes sobre su enfermedad abren un camino hacia los posibles factores psíquicos en la génesis y en la evolución. El analista tiene la tarea de hacer diferenciaciones diagnósticas y de determinar la proporción de factores corporales y psíquicos en la génesis y en la evolución. Por otra parte, es fundamental tomar en serio la teoría personal de la enfermedad, pues de otra manera se corre el peligro de no llegar a entenderse con el paciente.

El bienestar de Eric Y depende en alto grado de la posibilidad de andar derecho o del que, por angustia social y superyoica, deba deslizarse agachado como un timorato, con la cabeza encogida para no ser reconocido, o para no ser pillado, como en el sueño del agente. El llamativo movimiento de la tortícolis, que se escapa a su control, le acarrea una inseguridad adicional. De esta forma, se ha creado un típico círculo vicioso, con un reforzamiento recíproco entre el estado de salud corporal y el psíquico. No más por las representaciones neuróticas de una cabeza deforme y otras limitaciones, que quizás Reich habría descrito como "coraza caracterológica" (véase capítulo 4), durante decenios Eric Y no había podido moverse libre y naturalmente. Las tensiones matrimoniales contribuyeron a que la seguridad en sí mismo se mantuviera muy lábil. Es en este contexto donde hay que destacar el significado existencial de la postura erecta y del enderezarse para la autoestima y la confianza en sí mismo. La capacidad de levantarse y de permanecer erecto pertenece a una de las experiencias humanas básicas, punto de partida de una enormidad de metáforas. En los últimos decenios, las descripciones fenomenológicas y psicoanalíticas (Freud 1930a; Erikson 1950; Straus 1949) han sido complementadas con investigaciones sistemáticas del desarrollo de la marcha erecta en la edad infantil temprana (Mahler y cols. 1975; Amsterdam y Levitt 1980). Obviamente, una enfermedad corporal que se manifiesta subjetivamente como una incapacidad de controlar o de coordinar los movimientos reactiva antiguas inseguridades latentes de la historia de vida. Determinar bajo qué condiciones la pérdida de la autonomía se acompaña de vergüenza, cuándo la conciencia de sí mismo se convierte en cohibición, y cómo se puede revertir terapéuticamente este proceso, fue en este tratamiento algo especialmente importante. Síntomas neuróticos de este tipo pueden ser influidos positivamente.

En sus vivencias, Eric Y había colocado el síntoma corporal de la tortícolis dentro de un contexto de culpa, de angustia y de vergüenza. El analista tratante se dejó guiar por esta teoría personal del paciente, para dismantelar los efectos neuróticos secundarios. Se puede suponer que la liberación de los sufrimientos neuróticos re-percute también en el síntoma corporal de la tortícolis, por efecto de la eliminación de las expectativas angustiosas que mantienen bajo el umbral de excitación.

Después de haber discutido en el capítulo primero los principios generales de la prueba de las hipótesis en investigación sobre terapia, nos restringiremos ahora a un esclarecimiento adicional, investigando los movimientos de búsqueda del pecho materno en relación con su analogía con el movimiento giratorio (patológico). Quisiéramos recordar que, en sus ocurrencias a propósito de un sueño, Eric Y pensó en un pecho de mujer, que se transformó en un pecho materno que da leche. En la transferencia, temía ser rechazado, contra lo cual se aseguraba acentuando que no buscaba algo sexual. Los rechazos de su mujer configuraban el motivo actual de su preocupación de ser también malentendido por el analista en sus ansias de cercanía y de ternura. Sin lugar a dudas, esta escena tiene un gran significado terapéutico. Pero, ¿dónde queda entonces la analogía planteada poco antes, entre los movimientos de búsqueda y los movimientos patológicos de la cabeza? ¿Es posible que en la tortícolis, esto es, en el movimiento giratorio de la cabeza, encuentre su expresión una búsqueda inconsciente, refleja, una búsqueda del objeto oral?

Las preguntas planteadas tocan el problema del componente psicógeno en la génesis y en el desarrollo de la tortícolis como enfermedad somática. La evolución del tratamiento justifica la concepción fundamentada en la introducción, de que los factores psíquicos codeterminan la aparición situacional y la exacerbación del síntoma. Probablemente, el lector quisiera también saber si en base al estudio de este caso individual se pudieron hacer observaciones que arrojen luz sobre los desenca-denantes psíquicos y sobre las condiciones psicógenas como causas parciales, en el sentido de las "series complementarias" de Freud.

Para facilitar la orientación al lector, anticiparemos el resultado de la siguiente discusión, haciendo una ponderación dentro de la serie complementaria, ponderación que resulta de la teoría sostenida por nosotros acerca del carácter no específico de la patogenia en las enfermedades psicosomáticas. Nuestra tesis plantea que la disposición somática, en el sentido más amplio de la palabra, determina la aparición del tipo de enfermedad. De esta forma, la sintomatología respectiva sigue modelos biológicos predeterminados, que, de acuerdo con la serie complementaria de Freud, se encuentran en la constitución somática y que, en el esquema de Alexander (véase capítulo 9.7), son designadas como

"vulnerabilidad orgánica". En las di-versas dimensiones del vivenciar psíquico, se pueden encontrar causas accidentales que contribuyen a los cambios en el modo de reaccionar del cuerpo, es decir, al au-mento o a la disminución de la resistencia. En relación con las especulaciones que presentaremos a continuación, podemos preguntarnos críticamente de antemano a-cerca de por qué un supuesto trastorno temprano se manifiesta, como condición psíquica de una enfermedad, sólo a una edad avanzada.

La hipótesis general de un trastorno temprano en la génesis de la tortícolis fue postulada por Melitta Mitscherlich (1983). A pesar de los problemas surgidos a propósito de las discusiones entre Abraham (1921) y Ferenczi (1921) sobre el tic, y luego de haber descrito en trabajos anteriores la tortícolis como una histeria de conversión (pregenital), M. Mitscherlich es ahora de la opinión de que la tortícolis representa un símbolo preverbal. A su entender, el paciente se encuentra en una re-gresión profunda, de manera que no es capaz de simbolizar verbalmente sus afec-tos. En este estado de regresión profunda, y debido a que no dispone de otros me-dios de expresión, el paciente recurre a expresiones motoras, que encuentran su analogía en la etapa previa a la aparición del yo del niño pequeño. El modelo uti-lizado en este caso es el del "rooting" (literalmente, "hozar" u "hocicar", en ana-logía con el movimiento de levantar la tierra con el hocico, como lo hacen los cer-dos; nota de los traductores), que corresponde al esquema de orientación de los mo-vimientos de mamar y táctiles del bebé durante la lactación, descrito por R. Spitz y que marca también el comienzo de la capacidad de decir no. Apoyándose en la obra de Ferenczi Omnipotencia de los gestos (1913), M. Mitscherlich postula que los pacientes con tortícolis tienen la creencia mágica en la "omnipotencia de los movimientos". La profunda ambivalencia se encontraría en la acción motora mis-ma, en el giro de acercamiento, como en un niño hambriento, o en la evitación, como en la satisfacción.

Una cosa es el "rooting" del bebé con la analogía de los movimientos de bús-queda regresivos, y otra muy distinta es el movimiento extrapiramidal de la cabeza en la tortícolis. Hay que destacar que las investigaciones neurofisiológicas obligan considerar el movimiento de la tortícolis como patológico, porque, de acuerdo con ellas, éste no puede ser remitido a ningún esquema motor natural de una edad tem-prana. Las actividades musculares que demuestra el electromiograma, en este caso hipercinesis, pueden ser interpretadas neurológicamente como una desintegración, condicionada centralmente, de los programas motores extrapiramidales, que condu-ce a una activación incorrecta de los músculos en juego. La coinervación de los músculos antagonistas, que ya en una posición de descanso se encuentran en ten-sión, y

que se produce durante los giros voluntarios de la cabeza, conforman, "junto a la complejidad, ya de por sí considerable, de los movimientos anómalos, un argumento en contra de la psicogénesis de la tortícolis espasmódica" (Fasshauer 1983, p.538). Por lo tanto, la anomalía motora de la tortícolis no es un síntoma psicógeno aislado, en el sentido de un movimiento de búsqueda deformado por la regresión. Para fundamentar esta teoría, deberían evaluarse y confirmarse muchas hipótesis. No bastaría tan sólo demostrar el tipo de procesos cognitivos y afectivos que desencadenan en el adulto movimientos infantiles de búsqueda, sino que, ante todo, debería demostrarse de qué manera la regresión transforma estos movimientos según el esquema motor de la tortícolis. El concepto del símbolo pre-verbal, o la suposición de una conversión preedípica, no pueden ser un sustituto para hipótesis plausibles y su verificación. El concepto del símbolo preverbal con-tiene, como todas las demás especulaciones sobre la génesis temprana de las enfermedades somáticas, imaginativas suposiciones sobre los procesos de escisión. Para evitar malentendidos, queremos subrayar enfáticamente que el descubrimiento de Freud y Breuer de las consecuencias de los afectos reprimidos y del significado de la abreacción y de la catarsis en la terapia pertenece a los fundamentos de la práctica psicoanalítica. Pero, si suponemos que en la base de los movimientos propios de la tortícolis se encuentra una escisión circunscrita en las pulsiones o en los afectos de las relaciones de objeto oral, debería ser posible redescubrir esta escisión en la catarsis del "grito primario" o en alguna otra terapia corporal. Por el contrario, el estado de cosas actual no permite sustentar la idea de que en la tortícolis, como tampoco en otras enfermedades somáticas parecidas, una abreacción pueda llegar a tener un efecto causal. Pues el síntoma no está causado por la escisión de una suma de afecto escindido.

Estas consideraciones críticas respecto de la psico(pato)génesis de las enfermedades somáticas en general, y de la tortícolis en especial, si bien restringen el alcance de la terapia psicoanalítica, le aportan a la vez un fundamento científicamente sólido. El informe terapéutico presentado muestra que los factores psíquicos pueden re-percutir como condiciones psicógenas parciales en la génesis de la enfermedad y en la evolución de los síntomas. Si se parte de los factores que mantienen la sintomatología, uno se topa, en correspondencia con la psicodinámica particular, con angustias básicas típicas, provocadas y reforzadas por la enfermedad. De esta manera, surgen focos técnicos esenciales. Siguiendo las orientaciones básicas del modelo de proceso de Ulm, que esquematizamos en el tomo primero (cap. 9.4), hemos presentado algunos focos del psicoanálisis de Eric Y como puntos temáticos nodales. De acuerdo con la teoría sobre la génesis de las enfermedades psicosomáticas, que

formulamos hace años, estos focos se relacionan de manera inespecífica con la tortícolis. Por lo tanto, compartimos la concepción de Bräutigam y Christian de que "en la mayoría de las enfermedades psicosomáticas, los elementos formativos, es decir, específicos de la enfermedad, están listos en la disposición somática" (1986, p.21; cursiva en el original). En nuestra experiencia, las influencias psíquicas y sociales determinan la manifestación y la evolución de la enfermedad.

Debido a la diversidad de formas que pueden tomar los problemas psíquicos, es desde un comienzo improbable que en la tortícolis -y lo mismo vale para todas las demás enfermedades somáticas- se encuentren correlaciones específicas con problemas o conflictos psíquicos determinados. Con todo, la impresión de muchos clínicos de que los pacientes con tortícolis se diferencian de algún modo de los demás enfermos, posiblemente no se deba tan sólo a una generalización no crítica de observaciones aisladas. Las similitudes supuestas y observadas resultan del hecho de que una misma enfermedad genera problemas psicosociales parecidos, los que a su vez influyen en la evolución y reactivan angustias e inseguridades típicas. En esto radica la posibilidad para el psicoanálisis, no sólo de aliviar la dolencia subjetiva, sino también de influenciar positivamente la evolución de la enfermedad. Sería, por lo tanto, un error que, alegando la inespecificidad en la patogénesis, se desestimen los factores psíquicos en la aparición y en la evolución. Si el diagnóstico psicodinámico se lleva a cabo dentro de una perspectiva terapéutica, es decir, buscando determinar focos temáticos, nos ponemos junto al paciente en camino, a lo largo del cual es posible efectuar correcciones. Otra cosa es comparar distintos grupos de pacientes. Dependiendo de la perspectiva del investigador, se subordinarán los casos investigados a tipologías determinadas. Sin embargo, por la falta de investigaciones prospectivas, y también debido al descuido frente a los efectos de la enfermedad sobre el estado de salud del paciente, los hallazgos así logrados no se podrían generalizar. El hecho de que, casi de regla, aparezca una neurosis secundaria habla en favor de la indicación de una terapia psicoanalítica. Esta neurotización secundaria es suficiente para la indicación.

La vivencia de desamparo frente a una enfermedad crónica tan llamativa socialmente es especialmente difícil de soportar para los pacientes previamente neuróticos. A menudo, las angustias sociales y superyoicas, ya existentes, se refuerzan con síntomas corporales llamativos, y el paciente recurre al aislamiento como medio para evitar el sentirse expuesto a las miradas avergonzantes de los demás. La inseguridad lleva a una autoobservación exagerada. De la misma forma como los ojos de los demás, también los propios

se fijan en uno mismo, provocando literalmente el fenómeno del ciempiés: al sentirse cohibido, el paciente tropieza con los pies propios. Del mismo modo, la mejoría terapéutica va de la mano con una liberación de la observación aumentada de sí mismo y de los demás. En esto, es posible hacer experiencias ejemplares en la relación con el analista.

Desde esta manera de mirar las cosas, es fácil explicar la dependencia de la aparición de los síntomas respecto de la situación social, del ánimo y de las condiciones espaciales, descrita por Bräutigam (1956); por ejemplo, el automático reforzamiento de los síntomas al sentirse observado. P. Christian (1986) desarrolla un esquema similar para la explicación del calambre de los escribientes, interpretándolo como un agobio a través del procesamiento simultáneo de exigencias afectivas y cognitivas. Así, la realización fluida de la acción se ve malograda, porque el procesamiento simultáneo de exigencias afectivas y cognitivas contradictorias abruma la capacidad de coordinación del paciente. Los agonistas y los antagonistas trabajan literalmente uno contra el otro y no armónicamente. Por cierto, el calambre de los escribientes tiene, como acción dirigida hacia un fin, un aspecto instrumental, mientras que el movimiento patológico de la tortícolis muere, por así decirlo, en el vacío. Este calambre es producido por el contacto con el instrumental para escribir y por la acción de escribir. También aquí, es la mirada crítica de los demás un factor desencadenante adicional que a menudo refuerza el síntoma. Frecuentemente sucede que el calambre del escribiente hace su aparición tan sólo en situaciones circunscritas o en acciones determinadas, como por ejemplo, al tener que firmar en la ventanilla del banco, etc. De esta observación, se ha deducido que el calambre del escribiente, al igual que otras acciones donde el crispamiento malogra el movimiento intencional -por ejemplo, al tocar un instrumento musical-, además de otros "tics", se encuentran primariamente en un contexto de significado inconsciente, el que falta en el caso de la tortícolis.

En vista de los resultados de la investigación empírica en afectos, somos de la opinión de que estos procesos se desarrollan en gran parte en forma totalmente subliminal, es decir, no son conscientes. Por ejemplo, con la cognición "peligro" surge simultáneamente el afecto "angustia", y se desencadena la disposición motora de "locomoción" -lejos del objeto-. Si esto es así, en un estado de tensión angustiada, que cursa subliminal e inconscientemente, también deberían enervarse los músculos; es decir, los esquemas motores del sistema motor extrapiramidal, que participan automáticamente, deberían desencadenar la actividad hipercinética. Esto podría aplicarse a todas las "tensiones" habituales que aparecen como disposiciones reactivas personales. La psicoterapia

psicoanalítica se encarga de estas dis-posiciones y de sus relaciones con síntomas neuróticos o somáticos.

La interpretación de los sueños