

6 De la primera entrevista a la terapia

Consideraciones previas

A diferencia del tomo sobre los fundamentos, en este capítulo ponemos la atención en el camino, de crucial importancia, que va desde la primera entrevista a la terapia. Este camino puede ser señalado de manera especial en aquellos pacientes que por el procedimiento selectivo de indicación son frecuentemente considerados como inadecuados para una terapia expresiva que ponga los conflictos a descubierto. La experiencia nos señala que la pertenencia a las clases sociales más bajas, la delincuencia y la adolescencia (6.2) plantean problemas especiales, al menos en la fase de introducción. El trato con los familiares (6.3) pertenece también a aquellas condiciones que pueden influenciar favorable o desfavorablemente una terapia.

En este capítulo comparamos la presentación detallada que hiciéramos en el tomo primero sobre el problema del financiamiento ajeno con un ejemplo tomado del curso de un tratamiento psicoanalítico (6.4). En sección aparte, destacamos los efectos sobre la transferencia del informe del perito sobre la solicitud de tratamiento presentada a la mutua (6.5).

6.1 Una primera entrevista

La primera entrevista fue precedida por una corta llamada telefónica. Luego de varias sesiones de exploración diagnóstica, el psiquiatra que hacía la derivación había recomendado una psicoterapia, entregándole a Luis Y la dirección de algunos psicoterapeutas privados. En los meses siguientes, el paciente no logró fijar una entrevista con algunos de los terapeutas recomendados. Varias razones me llevaron a acordar una entrevista a corto plazo. La cortés humildad de su petición, a la que parecía faltar toda participación emocional, me llevó a pensar

si no sería ésta una característica del paciente que pudiera haber contribuido a que recibiera una negativa o a seguir siendo tramitado. Durante la conversación telefónica, se me fue configurando la sospecha de que las dificultades del paciente eran muchísimo mayores de lo que era capaz de expresar.

Luis Y llega con puntualidad al minuto. De aproximadamente 30 años y gran estatura, muy delgado y de apariencia lamentable, se encuentra desde meses sometido a exámenes sin un resultado claro, debido a trastornos psicosomáticos, ante todo por sus síntomas cardiocirculatorios y digestivos. Como empleado especialmente consciente de sus deberes, no pidió licencia médica, a pesar de su mal estado.

Ya al comienzo de la primera entrevista me llamó la atención la contradicción entre su pertinaz e incansable búsqueda tras una psicoterapia y una cierta incapacidad para poner en claro la premura de sus deseos. Esta impresión, que ya había obtenido durante la llamada telefónica para pedir la hora, ocupó el primer plano de mis reflexiones: Este hombre se siente muy mal, apenas se mantiene a flote. En mi primera intervención hago un comentario sobre su capacidad de aguante, que mantiene a pesar de sus problemas y de su desvalimiento. Cuando le señalo que ha tomado en serio el consejo de emprender una psicoterapia y que no ha desistido de él, esforzándose en hacer muchas llamadas telefónicas, se alegra. Opina que sí y, con cierta reserva, agrega que la tenacidad es un punto fuerte suyo. A continuación me mira y repite enfáticamente: "Tenacidad".

Escuchándolo, alcanzo a percibir lo orgulloso que se sentía de esta palabra que lo conmovía.

La rápida traducción de mi observación sobre su admirable capacidad de aguante ha puesto nuevamente en escena algo entre él y yo. A menudo, padre e hijo habían conversado entre ellos en lenguaje cuidado, no cotidiano, sintiéndose así íntimamente unidos y lejos de sus muy sencillas condiciones de vida. Más tarde, quedó en claro otro aspecto de su relación con el padre, que explicaba su tenacidad en la búsqueda de un psicoterapeuta. Su padre se había ceñido en forma pedante a las recomendaciones que venían de arriba y le sirve de modelo para imponerse de manera amable.

A.: ¿Qué lo lleva a ser tan tenaz?

P.: ¡Mi segundo matrimonio está en peligro de romperse! Permanentemente hay peleas. Se dicen palabras terribles.

A.: ¿Palabras que van y vienen entre Ud. y su mujer?

P. (Permanece un momento en silencio): Las peleas prácticamente no van conmigo. Tampoco me puedo enojar. Por el psiquiatra pude entender que todo eso se debía a mi personalidad. El me dio -por así decirlo- una tarea. Que debía

pensar un poco sobre lo que realmente me gusta. Nada me gusta, no hay absolutamente nada que yo pueda decir que me gusta. Cuando observo en la pieza de otros una colección de discos, puedo decir, ¡ajá, a ése le gustan los clásicos! Dentro de mí tengo un caos enorme, donde se confunde el jazz con los clásicos. Y otra cosa más: si alguien me dice que una misa de Mozart literalmente lo fulmina o que una sonata de Beethoven lo conmueve hasta las lágrimas -no, eso me es algo ajeno.

A.: Ha estado mirando alrededor suyo, aquí en mi consultorio.

Mi observación le da ánimo. Pasea otra vez su vista de una esquina a la otra, y esta vez en forma abierta. Acompaño su curiosidad con las siguientes palabras: ¡Vuelva a comenzar ahora de nuevo! (Ambos nos reímos.)

P.: Sí, bueno, veo flores. Y también en el cuadro hay flores. Ud. ya tiene que saber que yo tengo una costra alrededor mío que impide que algo se introduzca más profundamente. Si no hay nada que pueda entrar, entonces tampoco puede haber algo que pueda permanecer ahí dentro.

A.: Y si piensa que ahí dentro no queda nada, tampoco puede haber ahí alguna emoción. No puede enojarse. Esto le ha permitido vivir en paz con las demás personas.

P.: Sí. Pero ahora naufragué espantosamente con eso. Mi mujer critica que muy a menudo yo no participo internamente, que no tengo iniciativa. Eso la pone furiosa. Arma jaleo. Y luego me quiere provocar con palabras duras.

Muestra con ejemplos cómo su mujer lo regaña, todo lo que ella tiene que hacer sola, porque a él nada lo pone en marcha y no asume responsabilidades. Luego cambia de tema.

P.: Claro que en el último tiempo me estuve observando mucho a mí mismo. Cuando joven no tuve ninguna chica. A ninguna pude abordar, porque siempre tenía miedo de que me plantaran. Así, renuncié a ello. Hasta que llegó una que me abordó, y entonces me casé con ésa, porque ella así lo quería, inmediatamente. Claro que eso no podía funcionar bien. Hubo escenas espantosas, luego vino el divorcio. Le dejé todo, me endeudé y me refugié en la casa de mis padres. En aquel entonces yo estaba deprimido. Estuve en tratamiento psiquiátrico. Me examinaron a ver si tenía una enfermedad mental, que no tenía. Tomé pastillas.

Luis Y resume sus pensamientos de manera llamativamente concisa. No cabe duda de que ya ha reflexionado mucho. Además, se cuida de no ser demasiado minucioso en sus descripciones y mantiene su objetividad sin mucho esfuerzo. Sólo de vez en cuando sus ojos se humedecen, lo que reprime rápidamente, como si con eso me importunara. También pide disculpas cuando cree que me ha interrumpido o cuando cree que yo quería decir algo más. Esta observación,

que me permite aclarar mi primera impresión de que él deja que lo manden para cualquier lado, la resumo como sigue.

A.: Tengo la impresión de que Ud. se esfuerza en relatar sus preocupaciones de manera escueta y en lo posible objetivamente, también que se preocupa con esmero de cedermelo el paso en cada caso y de ser condescendiente conmigo, porque algo en Ud. lo lleva a mostrarse frente a mí como una persona especialmente agradable.

P. (Se ríe un poco, como si algo de lo dicho le resonara): Pero luego los efectos contrarios resultan tanto más malos.

Vuelve a hablar sobre su gran preocupación de no poder retener nada para sí mismo. Fue eso lo que en aquella ocasión lo hizo pensar que podría estar enfermo de la mente. Algo no funcionaba bien en él.

Reflexión: Con el resumen de que con su amable modestia buscaba adaptarse, no había dicho nada nuevo al paciente. Pero, al sentirse comprendido, comienza a describir con más urgencia lo que él había descubierto como algo nuevo en sí mismo, acompañando el relato con más sentimientos. Al hacerlo, llama nuevamente la atención su precisa capacidad de percepción y de expresión, que confirma lo mucho que puede captar y retener consigo.

A.: Hay una clara discrepancia entre su idea de no poder retener nada para Ud. y sus descripciones diferenciadas que contienen todo lo necesario para hacerse un cuadro sobre sus dificultades.

P.: Sí, estoy orgulloso de mi capacidad de expresión.

Inmediatamente después de esta declaración positiva del paciente doy término a la conversación, indicando de paso la limitación de los 50 minutos. Acordamos continuar la entrevista en dos días más.

A la próxima entrevista, Luis Y llega con el volante de atención para especialista del médico de cabecera.

Trae consigo -como queda a descubierto al final de la sesión- un reloj pulsera con la alarma puesta a los 50 minutos. Más aún, me indica un error en el volante, respecto de sus datos personales, pero no dice nada sobre el diagnóstico, que indica la sospecha de una "psicosis". Creo darme cuenta de que el paciente quiere decirme algo importante.

P.: Hay algo que me preocupa. A veces soy un rebelde, un agresor. Pero todo eso me surge de la cabeza. Ahí dentro me borbotea, mientras que interiormente siento un vacío.

A.: Eso se asocia con la angustia de que pueda salir algo muy difuso de Ud. El paciente no reacciona, y continúa hablando sobre su vacío interior.

A.: Pienso que Ud. utiliza el vacío del que habla como una especie de producto concreto de la fantasía. Si dentro está vacío, no hay nada como para sentirse un re-belde y un agresor peligroso.

P. (Me sonrío aliviado): Ajá, ¿así es que tengo una fantasía que utilizo para protegerme? Sí, si tengo que protegerme tanto, será porque dentro la cosa se ve harto fea. ¿Qué podrá salir de mí?

A.: Tales pensamientos son los que surgen cuando se está tomando la decisión de psicoanalizarse .

P.: Así es que me encuentro en buena compañía, son muchos los que están en lo mismo.

A.: Sí, y algunos no se atreven a empezar una terapia debido a esa angustia.

P.: Me queda totalmente claro que no puedo continuar así toda la vida.

Reflexión: Al comienzo de la sesión, el paciente trajo una serie de informaciones que tienen que ver, entre otras cosas, con su conducta adaptativa de la primera sesión. Yo esperé algún material adicional para, en el tiempo relativamente corto de la primera entrevista, conocer más sobre su angustia y sus defensas. Posiblemente me adelanté mucho al hablarle de su angustia. Sin embargo, el paciente no des-atendió del todo mi observación. Para empezar, permaneció en el tema del sentimiento de vacío que lo preocupaba. Y a partir de la interpretación del sentimiento de vacío como defensa, es decir, como una fantasía que necesitaba, llegó por sí mismo a la palabra protección y se mostró aliviado. Utilicé también la situación para llevar adelante el proceso de decisión por un psicoanálisis. Además, quería averiguar algunos datos para la solicitud a la mutua de salud. El hecho de que el paciente no mencionara el supuesto diagnóstico de "psicosis", podría estar señalando que el sentimiento de vacío lo intranquilizaba como una sospecha de algo grave.

Después de una pausa, Luis Y pregunta intempestivamente:

P.: ¿También mi labilidad tiene que ver con eso?

Le acerco un poco el volante de atención que aún yace sobre la mesa.

A.: ¿Leyó el diagnóstico, y se refiere acaso a eso ahora?

P.: Sí, lo leí, pero no sé lo que significa.

A.: Psicosis significa enfermedad mental, algo de lo que estuvimos hablando la última vez aquí.

P.: ¿Cómo? No, eso sí que no tengo.

A.: ¿Acaso Ud. no estuvo en una clínica psiquiátrica?

P.: No. (Y rápidamente agrega:) Tampoco nadie de la familia.

A.: Qué piensa Ud., ¿qué diagnóstico le corresponde?

P.: Yo no soy experto en eso.

El paciente escucha -aparentemente sin interés- mi explicación sobre la diferencia entre psicosis y neurosis. Claramente, quiere insistir en su pregunta respecto de la "labilidad".

A.: Tal vez deberíamos retomar lo que Ud. quiere decir con labilidad. Parece que Ud. quería decir algo más al respecto. Hace un momento yo me salí del tema.

P.: Si alguno se adelanta, lo sigo siempre enseguida (se ríe un poco). Bueno, una vez me sentí atraído en forma mágica por los juegos automáticos de azar, los tragamonedas. Eso me avergüenza. Fui a caer en muy mala compañía.

¡Borrachines! (Al decirlo, el paciente me mira riéndose a voz en cuello, asintiendo con la cabeza.) Todo lo que decían eran consignas. Eso era en la época en que me estaba separando de mi primera mujer.

A.: Con la ayuda del alcohol salí a luz en aquel entonces lo que normalmente sólo pertenece a ahí dentro, a su interior.

P.: Los borrachos y los niños dicen la verdad. Vaya, entonces dentro de mí la cosa se ve fea. Eso me asusta.

Reflexión: Yo tenía la sospecha de que el paciente no era de aquellos que lanzan grandes peroratas bajo el efecto del alcohol y suponía que él participaba en su fanasía en la desinhibición parcial de los demás. De esto resultó mi próxima intervención.

A.: Básicamente Ud. observaba e intentaba explorarse a sí mismo a través de los demás.

P.: Eso es lo que más me gusta hacer en la vida. (Relata -con mucha viveza- cómo observa a las personas, por ejemplo, en la estación, y cómo luego le cuenta cuentos eternos sobre lo observado a su mujer.) Naturalmente todo eso es mi propia historia. ¡Eso ya lo sé!

Al final de la sesión se pregunta y me pregunta a mí:

P.: ¿Seré capaz de hacer algún trabajo aquí?

A.: La manera como Ud. respondió hoy a lo que yo le dije y como lo siguió detallando, es decir, lo que sucede en Ud. para no verse expuesto a la angustia, para lo cual Ud. empleó la palabra "protección", muestra que será posible seguir trabajando.

La alarma del reloj señala el término de la sesión. De inmediato ambos nos reímos. Estamos de acuerdo en que quiere quitarme trabajo de encima, me quiere facilitar las cosas. Los "momentos hilarantes" jugarán un rol importante más adelante en el tratamiento.

Reflexión: Durante la discusión sobre el volante para el especialista, al paciente le disgustó, en un nivel consciente, mi necesidad de recibir más información de él, así como de que yo le diera más información. Me disculpé, por decirlo así,

con las palabras "me salí del tema" y llevé la conversación otra vez a la "labilidad". Sin embargo, en el material posterior, el paciente retornó a la angustia de volverse lo-co, si bien no empleó esta expresión. Su pregunta acerca de si yo creía que él con-seguiría trabajar algo conmigo, no la llevé de nuevo al punto de la enfermedad mental, de la locura, sino que hice un resumen de los puntos de acuerdo entre él y yo durante las dos conversaciones. El temía ser considerado un alcohólico debido a su participación más bien pasiva en las borracheras. El término "labilidad" le sirvió como un autodiagnóstico global. A través de mi intervención se sintió comprendido, en que allí él se buscaba a sí mismo mediante la observación.

A la tercera entrevista Luis Y no trae su reloj con alarma.

P.: ¡Ayer olvidé mi reloj en casa de mi padre! Pero, antes que nada, debo decirle que algo ha cambiado. Esta mañana, al despertar, pude percibir a través de las rendijas de la persiana lo que pasa afuera. Escuché los pájaros. Pensé que después de nuestra última conversación algo se había abierto en mí, aquí dentro, como las rendijas en la persiana. Puedo darme cuenta de algo de mi interior, pude entender algo. Puedo ver que mi insensibilidad interior tiene que ver con mis angustias. ¿Qué tipo de angustias serán las que yo tengo?

A.: Sí, por ahí sigue la cosa.

P.: Ya he podido avanzar un poco.

Habla algo sobre el alivio que siente al poder confiar en sus fuerzas. El resto del tiempo lo ocupamos en añadir algunos datos a la solicitud a la mutua de salud para que se haga cargo de los gastos.

Con las primeras frases, el paciente quiso darme a entender que había recuperado su esperanza. Un tema que le producía preocupación era el tiempo necesario y la regulación de la marcha entre ambos. Debido a que repetidamente nos habíamos referido a sus angustias, Luis Y se preocupa por la rapidez en que podría verse expuesto a angustias más profundas y cómo poder superarlas con mi ayuda. Así, en distintas ocasiones durante las primeras entrevistas puso a prueba la sincronización del ritmo. En la pregunta sobre la confianza en sus propias fuerzas, estaba contenida la cuestión de si él podía confiar en mí -por supuesto, esta temática reapareció más tarde a menudo.

Resumen: Las tres entrevistas se continúan sin ruptura en el análisis. Se logró reconocer conflictos esenciales y también llevar a cabo los primeros pasos hacia la solución de problemas. Después de las interpretaciones de defensa en contra de la angustia, cede en forma decisiva la considerable presión interior bajo la cual se encuentra. El paciente relata sus insights y sus esperanzas, y comienza a ordenar las antiguas observaciones y las nuevas percepciones. En su miedo a enloquecer, se acumulan muchos contenidos de angustia de distinto tipo, que se

expresan como equivalentes en dolencias psicosomáticas, y que desembocan, como regresión parcial, en una reacción depresiva. De acuerdo con la experiencia, el miedo a volverse loco disminuye si se logra vincular las fantasías angustiosas con los distintos contenidos que se han ido acumulando. En las 3 entrevistas hay ya algunos primeros indicios de esto. La aclaración de estas angustias tuvo prioridad, con el fin de alcanzar un nivel de relación más distendida. Ya en el primer encuentro se perfiló su manera de solucionar un conflicto en la relación con el padre. La nueva puesta en escena en la transferencia puede seguirse como el hilo conductor en las tres conversaciones. En su modo de mirar las cosas con filosofía, en sus expresiones ciertas, sabe caerme en gracia, se ríe conmigo de sí mismo y del mundo, como lo hace con su padre.

6.2 Problemas especiales

Por buenas razones, damos mucho espacio a los problemas especiales de la transición entre las entrevistas y conversaciones con fines diagnósticos y la terapia. No es mayor gracia comenzar un análisis con un paciente culto de clase media alta que se encuentra bajo una presión considerable por sus padecimientos y que está altamente motivado para una psicoterapia. En la sección 2.1 hemos dado varios ejemplos de transición sin ruptura entre entrevista y terapia. La primera entrevista, re-sumida en la sección anterior de este capítulo (6.1), tampoco exigió demasiado de la aplicación flexible del método psicoanalítico. En cambio, cuando se trata de ganar pacientes para análisis que por las más diversas razones son de difícil acceso, la capacidad del analista para hacer indicación adaptativa es puesta a prueba. Si se dejan de lado las psicosis, las drogadicciones y los casos limítrofes, que a menudo requieren de un tratamiento inicialmente en régimen de internación, hay tres grupos que presentan problemas especiales, al menos en la fase inicial, es decir, en la transición de la entrevista a la terapia, por muy distintos que puedan ser los grupos al compararlos y en cada caso individual: los pacientes de determinadas clases sociales (6.2.1), los delincuentes (6.2.2) y los adolescentes (6.2.3). Nos interesa poner a prueba la indicación adaptativa en base a casos que, al no satisfacer los criterios de selección, son rechazados porque no se prestan para la técnica psicoanalítica estándar. Si uno adapta la conducción del diálogo a las expectativas de cada paciente, el grupo de los pacientes inaccesibles se reduce a casos problemáticos especiales. De este modo, en la indicación adaptativa a muchos enfermos se les ahorra el destino deprimente de no ser

aceptado en ninguna parte y de ser mandado de una a otra parte. No cabe duda de que a menudo es muy difícil convencer a un enfermo que no está motivado, de que una psicoterapia tendría sentido para él. Por esto, aquellos pacientes que, si bien se quejan de numerosas dolencias, pero que al comienzo no les encuentran ninguna conexión probable con sus vivencias, son por igual poco queridos por representantes de cualquier escuela psicoterapéutica. No es infrecuente que las negativas se den ya al telefonar. Por cierto, es un signo favorable que un paciente no se deje desanimar y se esfuerce por conseguir un lugar para ser tratado. En este sentido, los pacientes sobre los que podemos informar, pertenecen desde ya a un subgrupo particular, en cuanto finalmente hallaron la vía de acceso hasta nuestro consultorio.

6.2.1 Proveniencia socioeconómica

Esta sección, si bien discute casuísticamente algunos problemas que aparecen preferentemente en pacientes de clases sociales bajas, lleva un título más general. Con esto queremos dar a entender, en concordancia con la investigación de Creme-rius y cols. (1979), que la proveniencia de clase suele presentar problemas técnicos típicos. No es mera casualidad que, desde que las mutuas de seguro obligatorio y las compañías privadas se hicieron cargo de los costos terapéuticos, más o menos 2/3 de los pacientes tratados analíticamente o mediante tratamientos de psicología profunda pertenezcan a los estratos socioeconómicos medios y sólo 1/3 provengan del grupo de la población que está asegurada en las mutuas locales de salud general (obligatorias). Por otro lado, del estudio de Cremerius recién citado se puede concluir que tampoco los "ricos y poderosos" encuentran un acceso fácil al analista.

Nos limitaremos entonces a las dificultades técnicas iniciales con pacientes provenientes de las llamadas clases bajas. Respecto de la clasificación de las clases sociales, seguimos los criterios generales, habitualmente en uso, de Hollingshead y Redlich (1958), como fueran adoptados por Menne y Schröter. Estos autores utilizaron como criterios de pertenencia de clase, la posición profesional y los estudios:

Se consideraron pacientes pertenecientes a la clase baja, los trabajadores (incluyendo los obreros especializados y los artesanos no independientes), los empleados de trabajo predominantemente manual y los pequeños campesinos, en cuanto no habían alcanzado el bachillerato elemental al término de su escolaridad, y tampoco habían terminado la escuela profesional técnica o comercial, y donde la ocupación y el nivel de educación de los padres -en

forma aproximativa también el de la madre- caía bajo esta categoría. En mujeres casadas, la ocupación y el nivel educativo del marido también tenía que corresponder a estas categorías, debido a que el status social y la situación socio-económica de una familia también están determinados en forma esencial por el estatus ocupacional y los ingresos del marido (Menne y Schröter 1980, p.16).

Con pacientes de clase baja, al menos en la fase inicial de la terapia psicoanalítica, hay que tomar en cuenta los siguientes puntos: El analista debe ofrecer una cantidad especialmente grande de información aclaratoria. Las molestias somáticas, vividas como independientes, deben ser tomadas más en serio de lo que usualmente se hace, puesto que "el derecho a voz" de los síntomas se descubre, de regla, más tardíamente en la terapia. Las interpretaciones profundas demasiado precoces producen desconfianza y aumentan la distancia. Si el analista no logra colocarse en la situación de trabajo y de vida de las personas que pertenecen a otra clase social, faltan las condiciones previas para la comprensión empática. En la fase inicial, una conducción muy pasiva del diálogo produce rechazo. En relación con un paciente más instruido y de clase social superior, el típico paciente de clase baja se siente aún más ofendido frente a un analista abstinentemente que piensa que no debe responder ninguna pregunta. Si se toman en cuenta las reglas de la comunicación cotidiana, que también fueron consideradas de manera bastante espontánea por Freud en su "consulta campesina" con Catalina, es posible ir armando, paso a paso, un diálogo psicoanalítico. De otro modo, se producen las reacciones descritas por Schröter (1979). El así llamado paciente de clase baja experimenta la conversación (y al analista) como "anormal", se siente intranquilo y rechaza lo que para él tiene que permanecer ajeno e inentendible. Schröter describió de tal manera los aspectos formales del diálogo psicoanalítico, que pareciera un pecado atenerse al comienzo a las formas comunicativas cotidianas. De acuerdo con nuestra experiencia, si las interpretaciones están incluidas en un diálogo que en lo esencial corresponde a las necesidades y expectativas del paciente y cuyo contenido sintoniza con sus vivencias, no se llega a las reacciones que se atribuye a los pacientes de clase baja. La observación de que los pacientes de clase baja sienten a menudo las interpretaciones como reproches, afrentas y desvalorizaciones, es por tanto el resultado de una aplicación poco empática del método psicoanalítico. Algunas experiencias obtenidas en una investigación comparativa de terapias de grupo (Heising y cols. 1982), pueden ser aplicadas a la terapia individual. Por diversas razones, a los pacientes de clase baja les importa mantener la distancia. Debido a que el paciente busca un mundo mejor y la conversación con el

analista se torna en la realidad una experiencia nueva y desacostumbrada, ciertas interpretaciones transferenciales, tanto positivas como negativas, no son comprendidas. Los conflictos se resuelven más bien en base a figuras sustitutas. Sólo más tarde es posible superar la división en bueno y malo inherente a lo anterior y elaborarla en la transferencia. Estas transferencias laterales son fructíferas para el proceso analítico. Por la distancia se genera una cierta transferencia idealizada, que es inundada por envidia inconsciente y odio de clase. Pero se debe modificar el proceder interpretativo según el cual el analista se ofrece como objeto de transferencia. Heising y cols. (1982) hablan de la afrenta que sufre el analista con pacientes de clase baja, porque en este grupo de pacientes es poco habitual la singular satisfacción que se experimenta como objeto de la transferencia, cuando ésta se hace visible. Los autores plantean la pregunta de si los fracasos en el trabajo analítico con pacientes de clase baja descritos en la literatura, así como la idea de que éstos no son tratables con medios analíticos, no tenga que ver con lo anterior.

Con pacientes de clase baja se recomienda un período de preparación más largo. Estos pacientes necesitan información aclaratoria sobre el sentido del tratamiento. La iniciación a través de un proceso de aprendizaje amplio en terapia de grupo ha demostrado ser útil (Junker 1972; Reiter 1973). Por razones parecidas a las de los enfermos somáticos, es esencial que el analista responda las preguntas de manera bien concreta y realísticamente. Si se guardan estas sencillas reglas dictadas por el sentido común, se esfuman muchas de las presuntas características atribuidas al paciente de clase baja (y al enfermo psicósomático, véase 9.9) y con las que se relaciona la intratabilidad, tales como pobreza de fantasía, superyó rígido y miedo a la autoridad. También la incapacidad para ver los conflictos interiores como significativos, y la tendencia de cargar la responsabilidad por el padecimiento a causas externas y no a conflictos internos, es a menudo un producto artificial. Este surge de las impacientes expectativas de que el paciente ya traiga consigo algo de insight sobre sus conflictos interiores.

De acuerdo con esta falsa apreciación de las características típicas, los pacientes de clase baja se parecen considerablemente a aquellos enfermos del círculo de pacientes privados ricos, que durante años son tratados sin éxito por su "estructura psicósomática" (véase 9.9). Todo habla en favor de que ambas categorías diagnósticas son productos artificiales. Si se simpatiza con el mundo del trabajador y si se hacen esfuerzos por llegar a una indicación adaptativa, las dificultades iniciales se desplazan a un segundo plano. A menudo, el interés del analista por la vida de un enfermo de otro estrato cultural que el propio se ve ampliamente recompensado.

Leodolter (1975) y Wodak-Leodolter (1979) han señalado que la teoría de los códigos de Bernstein (1975) es totalmente insuficiente para describir la comunicación entre un paciente de clase baja y un médico de clase media. En su teoría de los códigos, Bernstein pone en tela de juicio la posibilidad de lograr una conversación terapéutica entre un paciente de clase baja y un médico proveniente -generalmente- de la clase media. Debido a su código restringido, al paciente de clase baja le faltaría la capacidad de verbalización requerida, razón por la cual el médico tampoco encontraría acceso al mundo del paciente. Ostensiblemente, Bernstein partió, al igual que Schröter, de las reglas establecidas por la técnica psicoanalítica estándar, que en realidad tampoco permiten un diálogo como lo espera el sentido común. Si uno se libera de tales ataduras, muchas observaciones demuestran ser producto de una aplicación derechamente abusiva del método psicoanalítico. Sea como fuere, la investigación del intercambio verbal y averbal exige reconocer que la problemática es mucho más compleja que lo delineado por Bernstein. Wodak-Leodolter plantea, por ejemplo, las siguientes preguntas:

1) Al paciente de clase baja, ¿le falta realmente "capacidad de verbalización"? 2) ¿De qué manera se diferencia la socialización de la clase baja de aquella de la clase media?; ¿cuáles son los trastornos de la comunicación que se plantean en cada caso?; en cuanto a esto, ¿cuál es la forma de terapia adecuada en cada caso? 3) ¿Qué significa curación para el paciente de clase baja?: la crítica de que la psicoterapia llegaría a ser una "adaptación" a las normas de la clase media, a la compulsión del sistema, debe ser al menos discutida (1979, p. 187). En nuestra opinión, tampoco tiene sentido considerar la "capacidad de verbalización" como una característica global, en vez de desglosarla y con ello hacer justicia a las cualidades especiales de la capacidad expresiva de las personas más sencillas.

Ejemplo 1

Susana X, una mujer de cerca de 40 años, sin profesión, provenía de un medio ambiente pueblerino y estaba casada con un obrero. La paciente me consultó debido a que a menudo iba a parar a situaciones sin salida que terminaban con la aparición de un estado de agitación. En sus frecuentes estados crepusculares, no sabía lo que decía ni lo que hacía. Arrancaba corriendo, sin meta. Estas situaciones eran precedidas por violentas disputas con su marido. El motivo era mínimo, decía, y el griterío espantoso. La tensión disminuía no antes del día

siguiente y a veces sólo des-pués de tres días. El tratamiento medicamentoso de años no había traído consigo cambio alguno. Frente a sus preguntas acerca del sentido de una psicoterapia, tanto el médico de familia como el psiquiatra le habían dicho una y otra vez que para ese tipo de tratamiento carecía de suficiente dinero y de inteligencia. Criada en un me-dio ambiente pobre, había entrado a trabajar siendo niña. Para no tener que ali-mentar tantas bocas, al terminar la escuela básica tuvo que salir inmediatamente a ganarse el sustento. El haber sido hasta el momento rechazada para una terapia, había confirmado su expectativa de ser demasiado pobre y tonta. Sin embargo, Susana X no se había dejado desanimar en su afán de cultivarse. Con la ayuda de los medios (revistas, li-bros, radio y televisión), se había informado ampliamente sobre psicoterapia y psi-coanálisis, y finalmente se había dirigido a un psiquiatra, quien la derivó a una analista, con la suposición de que ésta sacaría de raíz las ideas poco realistas a la mujer, no quedándole otra que enterrar definitivamente su deseo de una psicoterapia. Al indagar más con mi colega, resultó que él había hecho frecuentemente la experiencia de que al derivar pacientes de clase baja, los analistas no habían hecho una indicación de tratamiento.

En una mezcla de obstinación, angustia y desconfianza, Susana Y había tratado de ampliar sus estudios en forma autodidacta. Se reconocía en varios títulos de li-bros. El título de Richter (1976) Flüchten oder Standhalten (Huir o perseverar), la había llevado a buscar analizarse. Después de aproximadamente 100 sesiones, me trajo aproximadamente 10 de sus libros preferidos. Tiempo después me preguntó por qué no le prohibía la lectura de esos libros. Mi manifiesta confianza en su ca-pacidad de cultivarse le daba ánimo.

Al revisar las 10 primeras horas del análisis de baja frecuencia de 3 años, me llama la atención que la paciente trató de provocarme, casi en cada una de estas sesio-nes, para que interrumpiera, desistiera, como si no le bastase con ser rechazada por pertenecer a los de "abajo".

En las primeras entrevistas, mientras yo atendía sentidamente su relato de cuánta pobreza, miseria y, ante todo, cuántos castigos físicos había tenido que soportar en su niñez y en su juventud, una y otra vez intercaló intempestivamente la pregunta: "De verdad, ¿no me habré equivocado de lugar acudiendo a Ud.?" De esta forma me asestaba una y otra vez "golpes". Por el contenido de mis intervenciones, le indico que aquí ella espera encontrar los golpes recibidos de su padre, y por eso transfor-ma activamente la situación (a través de la identificación con el agresor). Describe lo brutal que había sido su padre, cómo gritaba y golpeaba, cómo lo único que le importaba era el dinero. Que se había casado con su marido porque era todo lo con-trario, es decir, bonachón. Pero, era precisamente eso lo que ella le echaba en cara en las disputas, que tenía

demasiada paciencia con todo y con todos. Eso la llevaba a un estado de rabia y de desamparo angustiados. Como última frase en la primera entrevista dice: "¡El que ha sufrido la maldad, se siente una y otra vez atraído a ha-cer lo malo!" Me esfuerzo en entregarle suficiente información para sus preguntas de "si no estaba equivocada de lugar". La paciente había dicho que había leído mucho. Mis respuestas más bien se limitaron a señalarle que quería hacer el intento de entender-la, que quería conocerla y que ella pudiera conocerme a mí antes de continuar ha-ciendo planes. Para ella, que con gusto hubiera peleado inmediatamente conmigo, todo lo nuevo e inusitado le producía desasosiego. La segunda sesión comienza con una mirada desafiante dirigida hacia mí: "¿Tiene algún sentido todo esto?" Mi indicación de que en primer lugar quería seguir escu-chando lo que aún tenía para contarme, la lleva a la exposición minuciosa de dos temas. Primero, dice que por el momento seguía una transmisión por la radio: "Ha-blar y dejar hablar". El que en base a esta transmisión, en realidad describiera en de-talle lo que aquí le había fascinado en su primera conversación, no es puesto en palabras ni por ella ni tampoco por mí. Simplemente, estamos de acuerdo en que este modo de hablar es algo bueno. Luego cambia al segundo tema, describiendo una pareja amiga que por delante se hacían los simpáticos con ella, pero que por detrás hacían correr terribles chismes sobre ella. Hace la observación de que como ella había crecido en la maldad, ya estaba al corriente de esas cosas. Sigue diciendo que a su hermana le había pasado algo parecido. El marido de ésta se había quitado la vida. Si todo seguía así, también a ella sólo le quedaría el sui-cidio. Ya tenía todo dispuesto. Me informo en forma precisa sobre sus preparati-vos, diciéndole que exactamente en el momento en que una persona le salía al en-cuentro con simpatía -sentimiento que ella percibía de mi parte- quería poner fin a todo mediante una mala acción, a través del suicidio. Solícita, retiró los prepara-tivos de suicidio, e inmediatamente pasó a considerar otra posibilidad de quitarse la vida. Se inicia así una lucha de vida y muerte. Antes de comenzar la tercera sesión, me topo con Susana X en el pasillo frente a la sala de espera y le digo: "Vuelvo enseguida". Al abrir la puerta del consultorio cinco minutos más tarde, permanecía parada justamente al lado de la puerta. Había tomado mi comunicación en forma literal, y justifica su puesto de observación con el deseo de seguir con el oído lo que yo hacía. Me regaña diciendo que no había na-die en la pieza de consulta y que podría haber entrado inmediatamente. Yo estaba ahí, ¡entonces! Inmediatamente relaciona este tema con el de la pareja de amigos, que siempre halagan, pero que en realidad sólo les interesa sacar ventaja propia; qué manera más miserable de comportarse con los demás. Continúa contando que dos personas se habían ahorcado, uno de ellos

hacía pocos días. En esta sesión, repite tres veces: "¡Ahora sí que iré a arreglar cuentas con éstos, el sábado iré!" Luego, se le ocurre que el hombre era igual que su tío, quien, al igual que su padre, sólo sabía gritar y pegar y andar tras del dinero. Llega a la conclusión de que la petición de cuentas sólo acarrearía peleas, y que seguramente tendría que arreglar ese asunto consigo misma. Dice que ella ya había aprendido algo de mí; que su marido se había comportado ayer nuevamente como un estúpido en la empresa, porque todos le exigían algo más, llegando de este modo agotado a casa. Ella sólo lo había escuchado y nada más. Antes, le habría hecho saber lo bobalicón que era.

Opina que yo tengo razón, que ella bien podía dar golpes con las palabras, ella sí que se las podía en eso de "dejar a los demás turulatos" y "garabatear". Claro que de niña no había aprendido a hablar con los demás. Recuerda que su madre sólo sabía decir dos frases: "No debes robar" y "debes obedecer siempre". En la cuarta sesión, cuenta que el día anterior había fotografiado árboles, porque quería retener la imagen de los árboles a través de las cuatro estaciones. Dice que hasta ahora, los árboles representaban sólo hojas para ella, hojas que había que barrer. Había comprobado que para ella hasta los árboles significaban sólo algo malo. Sin que yo haga ningún comentario al respecto, la paciente muestra su talento psicológico, muy de ella, en el sentido de que ahora reconocía sus propias capacidades de cambio y des-arrollo. Ahora colaboraba, mostrando con ello un cambio, por ejemplo, dejaba que su marido se desahogara. Me es claro que de esta forma ella está imitando la inter-acción conmigo. Si le hubiera señalado estos aspectos transferenciales, me habría rechazado. Porque: ¿qué tenía que ver esto con lo que hace una doctora?: con ésa de allá arriba, por de pronto no tenía nada que ver. Rechazaba conscientemente tales conexiones. En repetidas ocasiones, me había dicho, además, que ella pertenecía a los de abajo y yo a los de arriba. De haber relacionado este tema conmigo, ella habría reaccionado con angustia, como defensa. Habría comenzado a alegar que lo que ella hace no tiene nada que ver con lo mío, me hubiera echado en cara que yo me hago la simpática con ella, algo que por el momento ve más claro y puede tratar mejor en relación con sus amigos.

Desde el punto de vista técnico, el hecho de que los adjetivos con los que se refiere a su familia de origen vuelvan a aparecer casi sin modificación en la descripción de otras personas, permite establecer relaciones más directa y rápidamente que en el caso de pacientes muy desconfiados de clases más altas. De este modo, al comienzo me sorprendió que la paciente utilizara las mismas expresiones para su amigo, para su padre y para el tío: codicioso, mandón, inhumano.

Los conflictos con su marido eran frecuentes, debido a que la paciente había adoptado los insultos de su padre, por identificación con él. Había asumido las injurias que su padre lanzaba, llamando a su marido pobre diablo y tratándolo como tal, como a un inútil, con frases como: "El que no tiene dinero es un don nadie". En las sesiones siguientes, se fue afianzando cada vez más el aspecto de seducción edípica en relación con el padre. Desgraciadamente, interpreté demasiado pronto que ésta era la manera en que ella seducía a su padre. Me miró atónita, rechazando como algo grotesco la interpretación de su conflicto interior, y me consideró como no digna de crédito y extraña, del modo como se ha descrito tantas veces. En mi opinión, aún no se ha aclarado lo suficiente el que los conflictos pulsionales no se puedan interpretar, o que sólo se los pueda interpretar tardíamente. Muchas personas viven en las polarizaciones y de acuerdo a la ley del todo y nada, algo que los pacientes de clase baja llenan con contenidos especiales. Descripciones estáticas sobre la existencia de funciones superyoicas rígidas o yoicas débiles, son totalmente insuficientes para captar estos complicados procesos.

Con más cuidado, busqué no desencadenar nuevas defensas de angustia. Susana X pasó a asegurarse, mas rápido que lo esperado, de que yo no la iba a echar: "Tiene que preocuparse de que yo no siga un falso camino". Empezó a hablar más de su madre. En la siguiente sesión, llega vestida con una chaqueta de color rojo furioso, riéndose y preguntando si yo sabía lo que esto significaba. Dice que viene vestida de caperucita roja después de que fue despedida por su madre. Se sentía despedida, porque yo no había confirmado explícitamente su deseo de preocuparme por ella: su petición no había sido satisfecha. Desde su punto de vista, yo tendría que haberle dicho: "Sí, yo asumo ahora esas funciones maternas". En eso consistía ahora mi deber como médico. En el tiempo que siguió, invierte rápidamente este tipo de desilusiones desvalorizando la función del médico. Este tema alcanzará su culminación mucho más tarde, en la etapa final del tratamiento, cuando el tema de la privación del poder fue tratado a fondo en sus diversos niveles. Después de que en la etapa inicial fueran disminuyendo las dificultades determinadas por su origen social, de la manera como lo ilustramos anteriormente, en ciertas etapas especialmente productivas del análisis fue posible mostrar a la paciente la envidia inconsciente, edípica y preedípica, aspectos que fueron tratados en relación con su deficiencia educacional real. También quedó claro cómo de este modo, como en un círculo vicioso, se agudizaba la carencia, tanto en el nivel de sus vivencias como en el nivel de la realidad. Cuando la paciente reconoció el tipo de necesidades que intentaba satisfacer indirectamente, aprendió a diferenciar entre intenciones conscientes e inconscientes. Fue revelador cómo se transformaron las

prohibiciones y preceptos interiorizados, es decir, las instancias superyoicas que al comienzo sentía como al-go ajeno. Reemplazó fórmulas tiránicas ajenas por palabras propias. Esta apropiación condujo a una parcial reestructuración. Un año y medio después del término del análisis, Susana X me llamó por teléfono y me contó que le iba bien, y que aún luchaba interiormente para no sentir la separación de mí como un repudio de mi parte. Dijo que la confianza en sí misma -lograda a través de la identificación con lo que conmigo en el análisis había ganado para su vida- mostraba su utilidad a través del tiempo. Aunque una y otra vez se le planteaba la duda de si su análisis no había quedado demasiado corto debido precisamente a su origen social.

Ejemplo 2

La presentación del siguiente caso tiene por objeto mostrar la posibilidad de apoyarse en las capacidades yoicas específicas de la profesión para equilibrar las diferencias sociales y los complejos de inferioridad que con ellas se relacionan.

Víctor Y, de 37 años, consulta por trastornos del dormir y dolencias corporales, después de haber sufrido una "derrota" en un examen. Trabaja como mecánico de montaje desde que tenía 18 años. Debido a sus capacidades, se sintió suficiente-mente seguro como para intentar un examen de promoción, pero su conflicto con las autoridades desbarataron sus proyectos. El paciente pertenece a una familia nu-merosa y satisfecha consigo misma.

Entre la petición de la hora y el comienzo de la terapia que duró 7 meses, pasan algunas semanas. Refiriéndose a esta pausa, intercalada por él, me explica su técnica de dominar los conflictos con la autoridad a través del distanciamiento. Sin em-bargo, agrega que es algo que también le acarrea desventajas. En relación con esto, le hago saber que también aquí ha comunicado un aparente desinterés. Replica que sí, pero que está claro que quiere una terapia.

Sigue una relación precisa del examen, de resultados tan poco felices para él. Se pone aún más minucioso al describir el trato entre jefes y subalternos, apasionado en la descripción de experiencias típicas, sin que falten las situaciones cómicas.

Me mira sorprendido, se interrumpe, dice que estuvo a punto de hacerme la pregunta: "Y Ud., también empezó desde abajo?" Quiere que yo lo entienda.

Agrega que había puesto todo de su parte para alcanzar un cargo de nivel medio. "¡Y aho-ra!" De repente se pone a llorar. Ahora, además, está perdiendo sus amigos. Con ellos sólo se puede hablar de autos. El quiere salir de ahí. Tanto los

familiares co-mo las amistades allá afuera le echan encima más indirectas, de que toma su traba-jo a la ligera. No se siente reconocido. El problema de quedarse dormido sigue siendo un problema grave. Al acostarse le pasan tantas cosas por la mente. Pero él no es amigo de las tabletas. "Pero ahora", interrumpe diciendo, "tiene que perdo-narme este salto, ¡mis padres! Vinieron a visitarme. Y ahí me di cuenta, que no quiero llegar a ser como ellos. Lo único que mi madre hace es consumir y mante-ner a mi padre bajo su tutela. Antes, mi padre era la autoridad, era el sargento ma-yor, y todos tenían que servirle." Luego dice que exagera las enfermedades, igual que su madre. Apenas siente algún dolor, y ya lo cuenta a medio mundo. Su mujer en cambio, puede tener por días dolor de cabeza o de espalda y no dice nada. Quiere que yo lo entienda correctamente, no es que él grite a su alrededor, sino que refun-fuña para sus adentros. Y eso, probablemente, sea mucho peor. Y otra cosa más, le gusta apasionadamente ordenar la casa, por ejemplo, la cocina, lo que para su mujer no es ninguna ayuda. Además, él tiene que sentarse siempre en su silla. A continuación describe otros comportamientos obsesivos y supersticiosos.

Víctor Y es representante de los padres de la clase de uno de sus hijos. Relata que antes de la reunión de padres siente opresión en el pecho, e indica su corazón. En-tonces, deja que otros hablen primero, que él se limita a recolectar informaciones, y que después de eso se le hace más fácil hablar. Le digo que teme que lo ataquen en el caso de que comenzara a hablar primero. Asiente, así es, él trata de hacerle el quite a eso dejando siempre que al comienzo hablen los otros. Agrega que ahora tiene que dar otro salto, que su cara se pone roja hasta detrás de las orejas cuando entra, por ejemplo, un superior; y esto por cierto que no es nada, absolutamente nada. En efecto, antes de quedarse dormido prepara largamente las alocuciones que quisiera sostener al día siguiente. Pero que no dice lo preparado, sino que impro-visa. Le respondo que ya que es capaz de improvisar, entonces significa que tiene seguridad en sí mismo. Lo niega, no, pues de un momento a otro se pone a rega-ñar, a atacar a los demás, y luego le viene un sentimiento de culpa tras del otro. Lo mejor sería no decir absolutamente nada. Dice que su vecino hace lo mismo y tiene líos con todo el mundo.

En la siguiente sesión permanece callado. Dice que espera de mí la orden: "¡Aho-ra, comience a hablar!" Agrega que en el entretanto se ocupa con su trabajo men-tal, sólo después permite que algo salga fuera. Que no necesita tratamiento. Lue-go, reflexiona acerca de lo mal que le va. "Bueno", se dice a sí mismo, "¡entonces haz algo para cambiar tu situación!"

Ahora empieza a contar toda clase de cosas, siempre en la forma de soliloquio, dirigiéndose a sí mismo por el nombre. De este modo, me es imposible agregar

al-go. Aparentemente, así me ofrece un cuadro de cómo habla consigo mismo antes de quedarse dormido por la noche, y al mismo tiempo me dice lo que le pasó en el turno de noche. "¡Justo que termino, y suena el teléfono! El señor Z.: qué manera de ser oportuno. Pregunta que por qué hay aún nieve frente a su taller; respondo: porque nevó. Que por qué no ha sido barrida; porque la maquina de barrer nieve aún no ha pasado." Agrega que se había sentido bien durante la conversación, ya que el otro se irritaba inmediatamente. Con él sí que podía pelear, porque es tan bobo para hacer preguntas. Enrojece al decirlo. Después, cuando estaba en la ducha, se había dado cuenta que debería haber procedido en forma totalmente distinta: primero, escuchar, luego decir "sí", luego: "pues algo anduvo mal" y luego: "se hará in-mediatamente". Si eso hubiera pasado en la tarde, se habría desvelado toda la noche. "Ese, ése tiene que estar atento a todo, en eso ve su tarea." Dice que le gustaría tener ese tipo de trabajo, eso es algo que también él puede hacer. Mi observación acerca de que expresa en el lugar inadecuado su estado de ánimo, poniéndose al mismo instante en una posición equivocada, lo confirma con un "sí". Se le ocurren algunos ejemplos de cómo otros dominan sus agresiones.

En los días siguientes le va mal, obstinado y testarudo, trabaja sólo "para cumplir con las reglas".

Con la insinuación de la pregunta: "Ud., ¿hizo también una instrucción técnica?", el paciente, que en las dos primeras sesiones describió en diversas versiones su conflicto con la autoridad, quiso hacerme entender que yo, como doctora, naturalmente tenía otro historial y que sólo él era competente en relación con su situación laboral. Escucho atentamente sus largas aclaraciones, sabiendo que de este modo puede gozar de su competencia. Así, puedo reconocer las capacidades únicas de este paciente obsesivo, sometido por el superyó. De no ser por esta "competencia", frente a la autoridad del médico no podría haber expuesto en forma tan natural, segura y sin miedo. Luego, describe lo competente y responsable que es al tomar decisiones en su oficio pero que, cuando lo hace, se siente muy pronto regañado.

Al decirle que ahí donde él posee autoridad real no se siente seguro de ella, empieza inmediatamente a hablar del médico de la firma: que es un hombre que con sus atribuciones, y a pesar de su calificación médica, no realiza nada. Le había prescrito una cura 1 que había sido muy linda, pero que no había servido de nada, al igual que los medicamentos recetados.

El paciente, que no es muy hábil en lo verbal, describe en las siguientes tres frases la manera como él ve sus dificultades. Cuando su padre decía algo, significaba que había que servir al ex sargento mayor. Si la madre decía algo, se

caía bajo su tutela, en interdicción. El paciente teme ser parecido y, al mismo instante, dice que no quiere llegar a ser así.

1 Estadías en sanatorios o instituciones de reposo, donde los pacientes, habitualmente con dolencias psicosomáticas, se someten a todo tipo de actividades "saludables", que se supone tendrían un efecto curativo: gimnasia, terapias de grupo, terapias corporales como masajes y baños termales. Naturalmente, tales estadías no tienen más efecto que sacar temporalmente al paciente de un medio ambiente conflictivo, y promover la regresión en un ambiente más o menos protegido. Este tipo de "curas", de larga tradición en los países de habla alemana (también Freud hace alusión a ellas), forman actualmente parte de la red de prestaciones sociales en Alemania Federal y son financiadas por las mutuas de salud y compañías de seguro de enfermedad (nota de J.P. Jiménez).

Con los diálogos sostenidos consigo mismo, de los que me comunica pedazos importantes, me muestra no sólo su síntoma, sus cavilaciones que no lo dejan conciliar el sueño, sino que al mismo tiempo también la manera como evita la transferencia. Hay veces en que este paciente asume la dirección de la sesión de forma totalmente consciente. El diálogo y el trabajo en conjunto siguen adelante, gracias a que no interpreto que él tiene que declararme la guerra porque teme mi omnipotencia.

También sucede que después de la liberación de las limitaciones neuróticas por la elaboración de su agresividad inconsciente (edípica), ciertas limitaciones intelectuales impiden su ascenso en el trabajo, aunque él ya no necesite de éste para llevar a buen término la rivalidad con su padre (y con personas sustitutas). En la última sesión del tratamiento, Víctor Y hace alarde de sus términos técnicos al describir un accidente en el turno de noche. Mi constatación de que al respecto puedo decir poco debido a mi falta de competencia, lo hace reír triunfalmente. Luego, le alegra mi acotación de que había sabido enfrentar decidida y flexiblemente una situación difícil, procediendo inmediatamente a efectuar la reparación requerida. Dice que sí, que se sentía más humano. Ya no era más el que era conocido por su descontento perpetuo. Sí, allá fuera ya no lo reconocen. Con la frase repetitiva de: "Por favor, ¡no vaya a tener miedo de que me vuelva loco!", me hace reír otra vez más. Hace un recuento de lo que ha cambiado, vuelve otra vez a lo del examen no aprobado. Riéndose a medias, dice: "Estoy conforme con seguir siendo mecánico, y con no haber sido aceptado inmediatamente en la escuela técnica." Replico haciendo un escueto resumen de las dificultades de las que se quejaba en un comienzo, y que ahora dejaba detrás suyo, como enfurecerse en contra de algo, ponerse furioso en el

momento no indicado, no encontrar las palabras adecuadas en el momento preciso, etc. No, él ya no estaba dispuesto a bailar a ese son. Interrumpiendo el relato por pausas reflexivas, dice que las fuerzas que tal vez tiene las debe vivir a fondo, sentirlas, y luego también hacerlas productivas, aunque no siempre tenga el temple necesario. Le digo que ésas son buenas palabras finales. Se levanta y dice "sí". Dice que también informará a su médico. Víctor Y me da su mano. "Gracias. No vuelvo más". Así, con picardía evita la fórmula habitual de un "hasta luego".

6.2.2 Delincuencia

De acuerdo con una postura flexible y adaptativa frente a la indicación, como fuera descrita y fundamentada en el tomo primero, es muy posible tratar psicoanalítica-mente con éxito a personas que sufren de un síndrome antisocial. En tales casos, queda muy pronto demostrado que la etiqueta engaña: de ningún modo son solamente el medio ambiente y la sociedad quienes sufren por los comportamientos antisociales y delictivos de este grupo bastante heterogéneo de personas. Un gran número de estos casos, dejados de lado y aparentemente sin esperanza, sin lugar a dudas sufre por su manera de ser y de comportarse incontroladamente. En base a una experiencia de aproximadamente 30 años, recolectada principalmente por las instituciones forenses y psiquiátricas de los Países Bajos, es posible justificar un cauteloso optimismo en relación con la tratabilidad (Goudsmit 1986, 1987). La aplicación modificada del método psicoanalítico es mucho menos heroica que en el proyecto Menninger. Refiriéndose a Ticho, Wallerstein (1986) comenta que, en su tiempo, era una empresa "heroica" atenerse a la técnica estándar en aquellos casos que hubieran necesitado, como se sabe actualmente, de una mayor flexibilidad en la combinación de los medios terapéuticos.

Las modificaciones, que en el entretanto han demostrado en todas partes su utilidad, se dirigen a la estructuración de una relación terapéutica. Muchos antisociales no experimentaron lazos familiares fiables en su niñez y juventud. Cuando se ha establecido una relación terapéutica con un paciente antisocial, es necesario mantener una especial precaución, porque de manera encubierta surge inquietud. El paciente ha experimentado demasiadas veces que, por un tiempo, se ha podido llevar bien con una persona, hasta que se produce el corte sorpresivo, corte que, desde el punto de vista del paciente, es prácticamente siempre producido por la culpa del otro. Conocidamente, la proyección en el mundo externo es el mecanismo de defensa privilegiado de estos pacientes.

Esta proyección conlleva la expectativa ansiosa del corte, lo que induce a ciertos pacientes a iniciar en ese momento el intento, manejado inconscientemente, de anticiparse al término provocándolo ellos mismos. De ser así, en el caso de tratamientos hospitalarios surge la tendencia a huir, mientras que en los tratamientos ambulatorios se puede llegar a mejoras aparentes, cuyo objetivo no es otro que apaciguar al terapeuta. Es importante no caer en la seducción de tales intentos de autoengaño, y esto porque de esta forma es posible separarse en buena forma, aunque, en general, se pueda prever la recaída (de ambos involucrados). Una apreciación objetiva de la duración necesaria de la terapia puede asegurar la continuidad de ella. Así, que el analista se mantenga a una distancia amable, a pesar de su comprensión por la situación momentánea del paciente, así como que tampoco se deje enganchar por el deseo momentáneo de éste en el sentido de una satisfacción a corto plazo, es algo que también va en interés del paciente.

A menudo, al principio se hace necesario dejarse llevar por las representaciones que el paciente tiene de la terapia, con el objeto de ganar su confianza y para no obligarlo a tener que rebelarse contra aquellas reglas que para su manera de sentir vienen de arriba. En el siguiente caso, y de acuerdo con el deseo del paciente, se procedió a hipnotizarlo algunas veces, y más tarde se efectuó una combinación con terapia de movimientos. En muchos casos de delincuentes se hace prácticamente indispensable la inclusión de un trabajador social en el plan terapéutico.

Ejemplo

Primera entrevista y datos del historial de vida

Seguimos las anotaciones detalladas del analista tratante, que hemos resumido con su consentimiento. Creemos hacer justicia al texto original, porque nos atenemos a la estructura dada y porque reproducimos ciertos pasajes, especialmente concisos, de la conversación personal, escogidos por el autor. El tratamiento de Simón X comenzó con una llamada telefónica, seguida por una primera entrevista al día siguiente. Este hombre, de 37 años, antisocial y con antecedentes penales, vino a ver de emergencia al analista quien le ofreció una atención de primeros auxilios. Fue decisivo que el analista aceptara el deseo de Simón Y de someterse a una terapia de hipnosis, unido a una amenaza de suicidio, no en primer lugar como señal de extorsión, sino como expresión de una situación de emergencia grave. De no haber sido así, todo hubiera quedado

en la llamada telefónica, que el paciente habría registrado como un rechazo más. La buena disposición del analista de entender el repertorio de ayudas terapéuticas en forma amplia y de tomar en serio el dictamen de Sandler (1983) de que el "psicoanálisis es lo que los psicoanalistas hacen", contribuyó esencialmente a afirmar la confianza. Son muchas las cosas que por ambos lados tienen que haberse juntado para que ya en la primera conversación se haya hecho sentir una relación útil, que sobrevivió los tres meses de espera hasta el comienzo de la terapia.

Sospechamos que el paciente pudo soportar tan bien el período de espera, porque vio en el ofrecimiento del analista su última oportunidad y porque pudo irse, después de la larga primera conversación, con la esperanza de encontrar apoyo y seguridad. El paciente había descrito sus experiencias anteriores, cuya repetición temía, de la siguiente manera: "Temo que ya nada se puede hacer conmigo, eso han dicho todos los demás médicos, y una y otra vez me botaron." Después de llorar un rato, le preguntó al analista: "Dígame, ¿por qué en realidad malgasta el tiempo conmigo? Así como lo ha hecho Ud., nadie ha hablado jamás tanto rato conmigo." En ese momento, el analista aseguró al paciente, de una manera digna de crédito, que había tomado la decisión de tratar de acompañarlo en su lucha por una vida nueva, pero sin saber si la hipnosis sería realmente el camino correcto, aunque estaba dispuesto a intentarla si es que él tenía muchas esperanzas puestas en ella.

De los pensamientos y sentimientos cuyo tenor a continuación se describe, resultaron algunos puntos de apoyo subjetivo para la decisión de este analista de intentar una terapia: "Es una mezcla de profunda compasión y rabia por la forma como lo han tratado y de un sentimiento de omnipotencia: ¿Qué puedo hacer aún por él? Con todo, a lo largo de la primera entrevista tuve la impresión de poder trabajar con el paciente y de que hasta ahora nunca se había hecho un intento serio de tratarlo ... Debo agregar con énfasis que no tengo la sensación de que este ofrecimiento haya sido obtenido por la fuerza."

El analista no conocía aún los detalles de la anamnesis y de las anotaciones de otras instituciones al momento de tomar una decisión positiva. Estos informes fueron solicitados y examinados con el consentimiento del paciente. En relación con los datos externos del tipo de trastorno antisocial y delincuencia, existía acuerdo con los datos ofrecidos por el paciente, que resumimos brevemente para hacer entendible el desarrollo del tratamiento.

El paciente, nacido de una relación extramarital, no había sido deseado y había sido llevado de un lado para otro a lo largo de su vida o, mejor dicho, se habían deshecho de él: luego de nacer, de la casa cuna fue mandado a la de los padres

de su madre, personas mojigatas que daban gracias a Dios de que su padre, miembro de la resistencia holandesa, hubiera sido tomado preso y ejecutado en un campo de concentración. En la escuela pública permaneció aislado e impedido por un tartamudeo que se fue agudizando a lo largo de los años. Siendo todavía un niño había llorado mucho, síntoma que más tarde irritaría a los ayudantes, quienes no sabrían qué hacer con él a causa de sus llantos. El consejo bienintencionado de un médico de escuela, de mandar al debilucho onceañero a un reformatorio en el oeste del país, condujo a nuevos y graves traumatismos. Por su dialecto, permaneció marginado de los demás jóvenes, que provenían de la ciudad. El recuerdo de la despedida de su madre en el andén, quien no escuchaba sus ruegos de poder quedarse y -como lo comprendiera más tarde- probablemente tampoco podía hacerlo, quedó vivo en su memoria como una fea traición. Simón describe los dos años en el reformatorio como una época atroz.

Luego de regresar a su pueblo natal, interrumpió dos aprendizajes como mecánico de automóviles a los pocos días de comenzarlos, debido al desánimo que le producían el aislamiento y sus vacíos de conocimientos. Luego de algunas actividades esporádicas como obrero no calificado, Simón Y aprobó el examen de conductor de automóviles y de camiones. Debido a un robo, fue condenado a seis meses de prisión con libertad vigilada. Durante el largo período de prisión preventiva, rechazó tanto la compañía de otros presos como la ejecución de las tareas encomendadas. Después de la excarcelación, trabajó en forma irregular como conductor. Era frecuente que presentara parte de enfermo a causa de dolores de cabeza y de espalda. La situación habitual de ser mandado de un lado a otro entre los servicios sociales y de psiquiatría social se intensificó. No supo qué hacer con la ayuda que se le ofrecía, de manera que por sí mismo interrumpió dos estadías en una clínica psiquiátrica. Con 22 años, Simón Y fue internado en un centro de intervención en crisis, a raíz de una pelea extremadamente violenta. Sus inclinaciones pedofílicas, que hasta entonces casi no había practicado, se le hicieron plenamente conscientes entonces. Vivía con un amigo más joven, abrigando la esperanza de llevar con él una vida más estable. Al cortar su amigo la relación, cayó en un comienzo en un estado de rabia desesperada y luego en una distimia depresiva con ideas suicidas. En la red de servicios de psiquiatría social y de interconsultas, Simón Y cayó en los vacíos de la responsabilidad y la idoneidad compartida. Una exploración psicométrica estableció un CI de 104. Sus dibujos tenían el nivel de un niño de 12 años. Sus capacidades de adaptación social fueron catalogadas como mínimas. Sin embargo, su MMPI era sorprendentemente normal. A lo largo de los años, se le había prescrito una gran cantidad de psicofármacos, que al

empezar la psicoterapia hacía un buen tiempo que no ingería. Finalmente, el resultado de otras exploraciones psiquiá-tricas ambulatorias informaba de que nada se le podía ofrecer a este paciente quien, al preguntar acerca de la posibilidad de ser liberado de su trastorno mediante hipno-sis, por primera vez informaba sobre sus inclinaciones pedofílicas. A Simón Y esto se le había ocurrido a raíz de una lectura sobre yoga. Nuevamente fue remitido al departamento de trabajo social, para que se encontrara otro acomodo para él. Desde ha-ce años vive en una casa ruिनosa y, desde la separación de su amigo, en total aisla-miento, acompañado sólo por un perro como único "interlocutor".

Simón Y ha reflexionado mucho sobre el sentido de su vida y sobre sus dificultades, buscando una solución en la creencia de la reencarnación. Tiene temor de no poder salir más de su aislamiento y no está seguro si de verdad tiene inclinaciones pedofílicas o no. Cortas relaciones sexuales con mujeres no lo habían tocado, mientras que los muchachos menores de 20 años lo entusiasmaban: "Tal vez busco en ellos el amor que nunca recibí". El que este pensamiento pudiera haberle sido sugerido en las numerosas conversaciones previas, cambia poco la precisión con que Simón Y describe, desde su punto de vista, su situación.

El analista tratante dividió la terapia en etapas de tratamiento, que se orientan en datos externos y en temas esenciales. Reproducimos textualmente y resumimos algunos pasajes especialmente precisos. Después de aproximadamente 9 meses, los esfuerzos por consolidar la relación terapéutica hicieron posible el paso hacia una psicoterapia analítica. Por razones didácticas, aquí nos interesa esta larga fase de preparación y la manera como ésta fue estructurada por el analista. Terminamos la reproducción en el momento en que comienza la transformación.

Primera fase del tratamiento

Durante los tres meses de espera la situación personal y social de Simón Y no ha empeorado. Llega puntual a la cita. Da la impresión de estar desconcertado y de haber llorado, solamente dice: "Aquí estoy." Debido a lo perjudicial que podría ser una pausa en este momento, le pregunto nuevamente cómo es que había llegado a la idea de la hipnosis y lo que espera de ésta. Relata experiencias anteriores de yo-ga. El profesor de yoga le habría contado que el ser humano tiene una vida in-consciente profunda y que con ayuda de la hipnosis se puede a veces mirar detrás de la máscara. Digo al paciente que eso es verdad, pero que no obstante, en muchos casos el mirar detrás de la máscara es insuficiente para poder de verdad trabajar in-teriormente lo oculto detrás de ella. También le señalo que detrás de la máscara es muy posible encontrar cosas verdaderamente

terribles. Propongo que una sesión de hipnosis podría ser grabada, con el objeto de que más tarde pueda oír él mismo lo que dijo durante esa sesión. El paciente replica que eso lo encuentra terrorífico. Re-chaza mi ofrecimiento de dejar de lado de la hipnosis ciertos ámbitos de su vida de-masiado abrumadores, "¡si ha de ser, que sea todo!" -que ya será capaz de tolerarlo.

Para probar su capacidad de entrar en trance, comenzamos con los ejercicios de entrenamiento de relajamiento autógeno. El intento fracasa porque no se puede concentrar.

Comentario: El analista tratante tiene la intención de llevar a la discusión consciente los recuerdos de vivencias cargadas afectivamente, olvidadas o reprimidas, obtenidos a través del hipnoanálisis; por esto, le propone al paciente grabar la con-versación llevada a cabo en estado de hipnosis. Con esto, la hipnosis pierde tam-bién su carácter misterioso y mágico, llegando a ser parte del procedimiento analí-tico, pudiéndose elaborar secundariamente los procesos transferenciales y contra-transferenciales que se llevan a cabo en ella. En este sentido, la introducción de la grabación en la situación terapéutica posibilita una ampliación de la indicación adaptativa. De este modo, el tratamiento preanalítico de un paciente llevado a cabo en una etapa introductoria flexible, más o menos larga, puede ser transformado, co-rrectamente desde el punto de vista del método, en un análisis de la transferencia y de la resistencia. Aquí, la utilización de la grabadora puede ser comentada de mane-ra complementaria respecto de nuestras presentaciones bajo el punto 7.9, en el sen-tido de que, en tales casos, los análisis se hacen posibles, no a pesar de la utiliza-ción de este medio auxiliar, sino precisamente a causa de éste. Así, aquellos pa-cientes cuya desconfianza sobre las misteriosas posibilidades del analista de ejercer influencia sobre ellos es tan grande que los lleva a traer en un comienzo su propia grabadora, pueden también recibir terapia en el marco de una indicación adaptativa.

Una semana más tarde, el paciente inicia la segunda conversación comunicando que no es mucho lo que ha cambiado. Luego se echa a reír y dice: "Curioso, uno espera eso, aunque tengo claro que es algo totalmente imposible." Quiere hacer nuevamente la prueba con los ejercicios de relajación. También esta vez fracasa el intento. El paciente pregunta si sería posible que yo grabara los ejercicios de rela-jación en una cinta que él pueda llevarse y ensayar en casa lo que se le está dicien-do. Con una pequeña sonrisa concluye: "Pero sí que seguiré adelante con estas con-versaciones. De eso puede Ud. estar seguro."

Como era de esperar, tampoco resultan los ejercicios con la grabadora en la casa. Ya que nos encontramos poco antes de la interrupción de Navidad, hablamos exten-samente sobre ésta. Le ofrezco al paciente poderme llamar a la

casa en caso de dificultades serias. Después de Navidad, Simón Y relata que pasó tres semanas muy malas, que se había sentido espantosamente solo, una y otra vez lo asaltaba el pensamiento de que su vida no tenía sentido y de que todo era inútil. A menudo se agregaban dolores de cabeza, que lo obligaban a permanecer tendido. El resto del tiempo se había ocupado de su perro: "Sin el perro y la perspectiva de venir acá, no hubiera logrado pasar esta semana." Simón Y no tiene muy claro lo que busca en la vida, lo que quiere o no quiere, y lo que en la jerarquía de lo que quiere tiene un lugar secundario o negativo. Por eso le aconsejo hacer una lista de lo que quiere y de lo que no quiere o quiere menos. Trae esta lista a la siguiente conversación. De su listado se puede concluir que no quiere lo que se relaciona con órdenes que le vienen de terceras personas y, ante todo, de la autoridad. Las cosas que sí quiere tienen que ver todas con el mejoramiento de su situación de vida, de sus dolores corporales y de sus limitadas posibilidades para tomar contacto. Sus inseguridades en la vida ocupan también un gran espacio en la conversación. En ella queda demostrado que no puede sentirse a gusto en ningún ambiente. Sólo con su perro no tiene problema alguno, siente que él lo comprende sin palabras.

Comentario: Al hacer proposiciones estructuradoras, el analista se hace cargo de las funciones auxiliares del yo. Al hacer una lista de sus propias metas, el paciente puede hacerse un cuadro más correcto de ellas, que son bastante vagas. Esta objetivación facilita también la conducción del diálogo, al permitir apoyarse retrospectivamente en algo tangible.

Segunda fase del tratamiento

Simón Y se extiende sobre sus sentimientos de inferioridad que habían comenzado ya en el jardín de infancia agudizándose en la escuela. La maestra terminó haciéndole más preguntas, porque lo consideraba medio tonto. Así había sido en todas partes. Convencido, le digo que él muestra una gran profundidad de pensamiento. Además, la investigación psicológica había atestiguado, sin dejar lugar a dudas, que él no era tonto. El problema consistía solamente en que a partir de todas sus experiencias había acumulado un complejo de inferioridad, y que ahora se trataba de llegar a superarlo. Junto a sus trastornos de concentración y sentimientos de inferioridad, habla sobre su estar y sentirse solo y sobre la pedofilia. Piensa que él puede significar algo para "los muchachos". Agrega, casi enrojando: "No estoy pensando en sexo a-hora". A continuación, me instruye diciendo que la pedofilia está determinada por una predisposición, asunto que no se puede modificar. Al ver

que no hago algún comentario, pregunta: "¿Cree Ud. que eso tenga que ver con todo aquello de mi juventud?" Respondo lisa y llanamente: "Yo creo que sí."

Reflexión: Tengo en mente el nítido carácter identificatorio de su amor por los muchachos. Es demasiado pronto para insinuar algo al respecto.

En la sesión siguiente, Simón Y habla de lo inseguro que se siente en todas sus relaciones. Pregunta nuevamente si todo eso no tuviera que ver con sus experiencias anteriores. Entonces le recuerdo de nuestra intención de tratar en esta sesión nuevamente con la hipnosis. Simón Y contesta aliviado: "Claro, por supuesto que había pensado en eso, pero no quería plantearlo para que Ud. no pensara que yo quiero imponer mis ideas a toda costa." Balbuceando de manera ininteligible, agrega: "Además, quería ver si Ud. no lo había olvidado."

Para iniciar el estado de trance escojo el método de fijar la atención, porque el paciente ha dicho una y otra vez que tiene dificultades para concentrarse. Pasa bastante tiempo hasta que Simón Y alcanza un estado de trance leve. Queda claro que no está satisfecho con lo alcanzado, ya que al final dice: "No noté nada." Se puede percibir que duda de mis capacidades. No alcanza a convencerlo que yo le diga lo difícil que es a menudo al comienzo.

No me extraña que Simón Y llegue a la siguiente sesión quejándose: "Una semana pésima, no hice nada, me sentí muy desganado y tuve muchos dolores de cabeza." No le digo que eso se debe a las desilusiones de la última sesión, más bien le propongo continuar con la hipnosis. Esta vez entra más rápido en trance, y éste es mucho más profundo: recuerda la despedida de su madre cuando se lo llevaron al hogar de menores en el oeste del país. Comienza inmediatamente a llorar y, entre sollozos, relata lo espantosamente abandonado que se sintió. En su dolor, está fuera de sí y se pregunta una y otra vez: "¿Cómo puede una madre hacer eso a un niño?" Recuerda cómo, al partir, vomitó de agitación y de susto en el andén, pero que su madre había sido inflexible. Está tan excitado, que lo sugestiono con que se va a sentir mejor y descansado al despertar. Llama la atención lo sereno y tranquilo que se encuentra después de la hipnosis.

Permanece en silencio un momento, diciendo a continuación que pudo acordarse de todo. Después de una pausa agrega: "De verdad, casi no me atrevo a creer que estoy en este tratamiento y de que siga adelante."

Reflexión: No le digo que teme que yo lo mande lejos, como lo hizo su madre. En ese momento, una interpretación de tal tipo lo hubiera abrumado demasiado.

Comentario: La angustia base del paciente de ser echado y dejado de lado, es decir, la angustia por no tener seguridad, un punto fijo en la vida, además del miedo de una repetición, induce al analista a fortalecer en un comienzo la relación de trabajo y a no ofrecer interpretaciones. Según nuestra opinión, es totalmente decisivo el contexto en que se plantea la interpretación de la angustia

de una repetición de situaciones de pérdida. La regla de interpretar la angustia en su punto de urgencia, a menudo se entiende en relación con el punto más bajo o más agudo de la génesis de la angustia. En cambio, si uno se orienta también por las angustias que pueden estar dominando en este momento al paciente, se alcanzan otros puntos de urgencia, con lo cual se hace posible moverse en un espectro afectivo más amplio. Desde este punto de vista, en nuestra opinión nada se opone a llamar la angustia del paciente por su nombre asegurándole, al mismo tiempo, que, de acuerdo con las previsiones, la continuidad de la terapia está asegurada por un buen tiempo más.

Llamativamente, a la siguiente sesión llega de bastante buen ánimo. Considerando su situación, había sido una buena semana. Después de sus frases iniciales le propongo continuar con la hipnosis. No puede concentrarse y transpira. Finalmente entra en trance y se vive estando en el jardín de infancia. En alguna parte hay otros niños -no tiene recuerdos muy precisos. La parvularia era simpática. Simón Y se ve en el cajón de arena y se siente a gusto. Nadie se burla de él.

Después de esta hipnosis, le pregunto si no se sentía muy solo, ahí, en el cajón de arena, mientras los demás niños jugaban juntos. Simón Y me mira extrañado y dice: "¿Es que Ud. aún no ha entendido el alivio que sentía cuando los demás niños no se ocupaban de mí? Pero si eso era justo lo lindo, que me dejaran tranquilo. Y la parvularia tampoco era mala."

Me cuenta que su madre le quitó su osito de juguete durante el período del reformatorio. "Ella no comprendió cuán importante era para mí." (Me quedo pensando que de este modo se le quitó un objeto de transición.)

Al final de la siguiente sesión le doy un paquetito con un pequeño osito de juguete y agrego: "Claro que no es el mismo de antes, pero tal vez también es amoroso." Simón Y está radiante de felicidad cuando le entrego el paquetito. No lo abre y se va silencioso a casa.

Esa semana le va muy bien, sus dolores de cabeza se le quitan después de descansar medio día; luego cuenta lo mucho que se alegró por el pequeño oso de juguete. "Qué gesto más simpático de su parte." A continuación, trabajamos nuevamente con hipnosis. Esta vez alcanza rápidamente un estado de trance, bastante profundo además: un regalo para mí. Permanece en silencio un rato, luego se pone progresivamente tenso, traga un par de veces, mira asustado, y dice que antes de que pasara no sabía que en esa ocasión sería enviado a Amsterdam. Solamente le habían dicho: "Es por tu bien, así podrás juntarte con otros niños." Ahora, cuenta que su madre y una trabajadora social de la fundación de asistencia para las víctimas de la guerra 1940/1945 que la apoyaba, lo habían llevado a Amsterdam. De nuevo llora un buen rato. "¿Cómo pudo

hacerme esto mi madre? Claro, ella no supo hacerlo mejor, pero como madre tendría que haberme comprendido." Cualquier preso lo pa-sa mejor que lo que él lo había pasado allá. Un recluso sabe por qué está en pri-sión. El no sabía por qué le habían hecho eso. En el reformatorio había aprendido a ser rebelde. Después de la hipnosis, durante la cual se había logrado una catarsis, le pregunto que si posteriormente había hablado con su madre sobre este período tan terrible para él. La respuesta es decisiva: "No. Era algo totalmente imposible. Mi madre se enojaba cuando yo quería decir algo al respecto." De ese momento en adelante ha-bía renunciado a hablar con su madre sobre aquello.

Al final de esta sesión, Simón Y pregunta si yo también no pienso que ya po-díamos seguir adelante sin hipnosis, puesto que no eran demasiadas las cosas nue-vas que aparecían, y porque en el entretanto él había aprendido a superar su timidez y podía hablar conmigo abiertamente. Le digo que estoy de acuerdo y agrego que, si lo llegara a desear, naturalmente podríamos volver a la hipnosis.

Reflexión: El regalo del osito es una intervención poco común. Evidentemente, pensé mucho tiempo si debía hacerlo y que si con ello no me estaba "comprando" la inclinación del paciente. Finalmente lo hice, porque opiné que era bueno que el paciente tuviera una señal evidente y clara de mi presencia y de mi compromiso por él, sobre todo porque el tratamiento se podía llevar a cabo sólo una vez a la se-mana. El desarrollo posterior del tratamiento mostró que mi modo de actuar había sido correcto: La relación terapéutica se afirmó mucho más con esto, influenciando también claramente el proceso terapéutico.

Tercera fase del tratamiento

En el último tiempo le va mejor; pregunta que si todo el llanto durante la hipnosis no fue una manera de revivir sus sufrimientos anteriores o sólo una manera de des-cargarse. Le contesto que seguramente ambas cosas.

Después de la interrupción de Semana Santa, habla nuevamente mucho sobre su juventud, esta vez ante todo sobre el hecho de no haber tenido padre, además de to-dos sus sentimientos de impotencia y humillación. En la próxima sesión habla so-bre su tendencia pedofílica. Los hombres mayores más bien le repugnan; con las mujeres no sabe qué hacer. La ventaja de los muchachos de 15-16 años consiste en que ese tipo de relación no es comprometedor. El no puede contraer

vínculos. A la vez se lamenta mucho de que los muchachos crezcan, dejando de ser interesantes, ya no lo excitan y a menudo le vuelven la espalda. Es un tipo de desilusión incorporada a la relación. A continuación, pregunta otra vez acerca del sentido de la vida "en esta estrella solitaria". Lo dejo que se explye largamente, no hago comentarios, y las preguntas que planteo son para incitarlo a seguir contando. El tema de la siguiente sesión es su pasividad. Durante días no puede hacer nada, se aburre terriblemente y se cansa muy pronto. Está enojadísimo consigo mismo, pero no sabe qué hacer con su rabia. Al menos, agrega, entretanto se ha inscrito como participante en un proyecto deportivo en el barrio donde vive. Sin embargo, lo hizo de tal modo que nada puede resultar de eso. Le cuento de la posibilidad de una terapia de movimiento y le pregunto qué opinaría si yo lo inscribiera para tal actividad. Inesperadamente reacciona de manera positiva, le parece una buena cosa.

En la semana siguiente averigua si hay alguna noticia respecto de la terapia de movimiento. Dice haber llegado a la convicción de que necesita organizar su vida de otra forma. De que así no puede seguir y que las cosas tampoco se las regalan. En una de las primeras sesiones le había dicho que le haría bien moverse más, seguramente su perro también lo encontraría bueno. Con sólo mirar al paciente se podía claramente deducir su mal estado físico. Ahora, cuenta que en las últimas semanas ha caminado y andado mucho en bicicleta y que a causa de eso tiene ahora dolores musculares. Está tan aislado, que de ningún modo podría tolerar una compañía permanente. Además, está nuevamente enojado porque su vida transcurre tan sin sentido. Luego se añade un nuevo factor: Tiene conflictos con el municipio. Encuentra totalmente injusta la segunda exhortación para pagar impuesto por el perro. Simón Y se queja amargamente de las injusticias de las autoridades. Entonces sucede el milagro. Sin que hubiese contado con ello, recibe una carta de la oficina municipal que dice que por motivos especiales se le libera del pago del impuesto sobre perro. Simón Y se alegra de su éxito, diciendo a la vez que en realidad no le importaba para nada lo del impuesto, sino sólo el hecho de salir con la suya.

Mi suposición de que esta pelea ganada lo fortalecería en sus sentimientos de sí, resulta ser una ilusión. En las siguientes dos sesiones, Simón Y se queja de lo sólo que se siente, de su situación sin esperanza y de que nada tiene sentido. Ha recibido la noticia de que puede mudarse a comienzos de julio a un pequeño departamento nuevo. También este ofrecimiento lo mira en forma ambivalente: "En realidad no tiene ningún objeto." Se siente cada vez más atraído por los muchachos. "Ya nada resulta, sólo miseria y disgustos." A pesar de haber recibido poco antes la noticia de que Simón Y puede empezar dentro de poco con la terapia de movimiento, en esta sesión no hago mención de ello.

Reflexión: Tengo la impresión de que si lo hiciera, si le anunciara lo de la terapia de movimiento, lo consolaría sólo superficialmente, pero que en el fondo lo per-turbaría en la resolución del conflicto. Además, nos encontramos poco antes de las vacaciones de verano, y me parece oportuno retener la buena noticia hasta poco an-tes de la interrupción.

En la siguiente sesión, le digo que puede comenzar con la terapia de movimiento después de la pausa del verano. Simón Y responde: "Si me hubieran dicho eso hace un año, no lo hubiera aceptado. No hubiera creído para nada en eso. Hoy, tengo la intención de seguir adelante." A continuación, relata un sueño: Estaba en prisión, se sentía de mal humor y totalmente indolente. Entonces, por primera vez, Simón Y me relata cómo llegó a cometer en aquel entonces el delito.

Reflexión: Pienso que este sueño refleja su realidad, solo, especialmente antes de las vacaciones, pero incluso ahora encuentro demasiado pronto interpretar algo so-bre esto, especialmente en vista de la inminente interrupción de verano. Simón Y pide información sobre lo que proyecto hacer en mis vacaciones: Se lo imaginó de la siguiente forma: Nepal, safari en un parque nacional del Africa o al menos las islas del Caribe. Le respondo que voy a pasar mis vacaciones en un pue-blito pequeño en el Tirol del sur, dándole mi dirección. El no tiene planes: ¿Cómo los habría de tener? Sólo algunas ideas vagas, partir con su perro en su viejo ca-mión repartidor, a alguna parte, bien lejos, ojalá al desierto africano. Luego dice: "No se preocupe por mí, ya podré superar bien este tiempo."

Cuarta fase del tratamiento

Después de la interrupción de verano, el paciente llega apático a la sesión. No tie-ne absolutamente ningunas ganas de mudarse al departamento nuevo. Después de un silencio, cuenta que hace aproximadamente 4 semanas conoció a un muchacho de 14 años. Este muchacho visita un colegio para niños con problemas de aprendi-zaje y trastornos del comportamiento. Simón Y lo describe como alguien cariñoso y apegado. El muchacho pasa a menudo días enteros con él, pero que aún no se ha llegado a tener contactos sexuales, a pesar de lo seductor que es el muchacho. Te-nemos una larga conversación sobre los pros y los contras de una relación de ese tipo con un menor de edad. Simón Y está convencido: "Pero si el muchacho mis-mo quiere esas cosas, entonces es un signo de que le hace falta, y por lo tanto ya no puede ser dañino." Por sí mismo enumera las dificultades en relación con las disposiciones legales: "Si el muchacho fuera un año mayor, la policía estaría más dispuesta a cerrar los ojos." Le pregunto, después de que él ha tocado este tema, si no lo asustan los riesgos de una relación de este tipo. Espontáneamente, Simón Y responde que por cierto

piensa en ellos, pero que en la vida hay que estar dispuesto a correr riesgos, además, este muchacho tiene ya experiencia y seguramente no va a decir nada. Que a él mismo no le importa tanto el contacto sexual, como el sentimiento amoroso que siente por este muchacho. "Pero si me induce tan inequívocamente a tener contactos sexuales, no sé si podré resistirlos", agrega.

Reflexión: Después de esta conversación me queda claro, que la relación terapéutica se encuentra ahora tan firme, que puede contarme estas cosas sin ningún miedo. A la vez me pregunto, aunque no lo digo, si el haber entablado la relación con el muchacho no es una consecuencia de la interrupción de verano. Unas sesiones más tarde, Simón Y llega muy alarmado a la consulta: Un grupo de muchachos mayores lo había amenazado en su casa. Había podido huir por la puerta trasera, frente a lo cual los muchachos se habían ido. Al interrogarlo más en detalle, queda claro que Simón Y había tenido contactos sexuales con uno de esos muchachos. El muchacho tiene ahora una amiga y odia profundamente a Simón Y. Hablamos detalladamente de que éste es uno de los riesgos de las relaciones sexuales con jóvenes, lo que resumo así: "Los muchachos quieren una aventura y sexo, mientras que tú deseas tener una relación, como la que aún no puedes tener con los de tu edad. Por esto tienen de verdad intereses totalmente distintos, y es así como una relación de tal tipo no puede darte lo que tú esperas. Además, tiene que durar sólo muy poco tiempo." Simón Y dice que precisamente esto último es para él especialmente importante, ya que le asusta tener una relación más larga. Además, ya que la pedofilia está condicionada por una predisposición, no puede hacer otra cosa. Respondo que más tarde seguiríamos hablando de esto, ya que las cosas no son tan sencillas como él se las imagina. Durante los dos años siguientes discutimos este tema una y otra vez desde distintos puntos de vista.

Tengo la impresión que, después de 9 meses de terapia, hemos concluido la fase de estructuración y que la relación terapéutica se ha consolidado hasta el punto de poder comenzar lentamente la fase de psicoterapia analítica. Habitualmente ambas etapas no se pueden diferenciar nítidamente una de otra, y eso sucede también en el caso de este paciente. Lo principal es que se ha logrado una relación terapéutica re-lativamente estable y que el paciente está motivado y dispuesto a trabajar. Lo importante es que la transición hacia una terapia analítica se desarrolle con la mayor continuidad posible, y que de pronto no irrumpen en el tratamiento cosas totalmente inesperadas para el paciente. No se necesita recalcar especialmente que las interpretaciones deben dirigirse siempre al vivenciar y a la comprensión del momento, y al insight del paciente.

La meta del tratamiento posterior estaba clara: dar al paciente la posibilidad de encontrar un sentido a su vida, que él experimentaba como absurda. En el

trasfondo, se mantiene siempre la pregunta de en qué medida tiene una "predisposición" a la pedofilia. Este caso ratifica nuestra experiencia de que un tratamiento efectivo de los trastornos psicosexuales manifiestos y fijos es sólo posible en el marco de un tratamiento psicoanalítico global. La motivación juega aquí, evidentemente, un rol muy especial.

Resumen del tratamiento hasta febrero de 19..

Aquí debemos distinguir 2 períodos: el primero, desde agosto de 19.. hasta comienzos de octubre de 19.. y, el segundo, desde febrero de 19.. hasta el término de este informe, en febrero de 19.. Desde ya, hay que decir que el tratamiento aún continúa.

Poco después de comenzar la primera fase, el paciente trae a la sesión un cuaderno con anotaciones personales. Me pregunta si estoy dispuesto a leerlo durante la próxima semana. Lo central de estas anotaciones es la historia de la eutanasia de su perro: Este había enfermado gravemente y estaba desahuciado. Para no hacerlo sufrir, Simón Y lo había alimentado con somníferos, que había recolectado "por si fuera necesario". Las anotaciones muestran la profundidad de sus sentimientos, sus aptitudes intelectuales normales y su abandono.

El tema que caracteriza el primer tiempo es su eterno llanto. Después de haber tenido un ataque de llanto en una sesión de terapia de movimiento, llora mucho en las sesiones. Ve en el llanto una expresión de su impotencia. Al mismo tiempo, siente dentro de sí violentas fuerzas agresivas que lo asustan. Una vez más, pide una hipnosis. Durante ésta, tiene un ataque de llanto extremadamente intenso, como no lo había tenido desde las primeras horas del tratamiento.

Llama la atención que el paciente casi no llora en lo que sigue, después de discutir este ataque de llanto sobre el trasfondo de las últimas experiencias.

Otros temas que una y otra vez se discuten, son su soledad y su incapacidad de establecer contactos sociales. Después, continúan algunos pequeños pasos independientes para entablar relaciones, al comienzo vacilantes: ayuda en un accidente callejero, se inscribe como ayudante en un hogar de animales. Sin embargo, allí lo rechazan, y mucho le extraña el poder tolerar sin más este rechazo, sin que esto lo saque fuera de sus casillas. En esta fase, el tema de la pedofilia se mantiene en un segundo plano; de vez en cuando, Simón Y se pregunta por qué sea precisamente él quien se interese tanto por estos muchachos. Pero aún no ha llegado el tiempo de hablar a fondo estas cosas.

En octubre de 19.., declara bastante sorprendentemente que quiere terminar con la terapia. Se siente suficientemente independiente y fortalecido para seguir

intentán-dolo sin terapia. En lo que sigue, cuenta que ha tomado contacto con una comuni-dad que está dispuesto a incorporarlo. Está muy impresionado de que aparte de nuestras conversaciones haya personas que lo acepten así, tal cual es; también le permiten llevar su perro. Pregunta si debe dar noticias suyas más adelante. Le res-pondo que me gustaría mucho que lo haga.

No es casualidad que algunos meses más tarde llame precisamente a la hora de sus sesiones. Cuenta que un conocido se ha quitado la vida de manera extremada-mente dramática. Llega al día siguiente dando una impresión tranquila, e inespera-damente seguro de sí mismo. Encuentra muy triste el suicidio de su conocido. Se lo puede imaginar todo muy bien, ya que antes, por tantos años, se había sentido agobiado por los mismos pensamientos. Al mismo tiempo, deja en claro que esos pensamientos ya no existen en él. Luego relata sobre la comunidad: que de vez en cuando tiene conflictos allí, pero que siempre han podido ser conversados. Me da la impresión que el jefe de la comunidad es una persona bastante autoritaria. En lo que sigue, deja caer el nombre de una muchacha que vive allí. Después de la con-versación, Simón Y vuelve satisfecho a la comunidad .

Es evidente que el tratamiento no ha terminado, sobre todo porque la comunidad promueve más la dependencia que su independecia. Después de algunos meses, vuelve. Al comienzo está deprimido, dice que se ha apartado de la comunidad, que en eso ve un fracaso y, sólo después de algunas semanas le queda claro que ello no significa un fracaso, sino una ganancia: él no se había doblegado frente a la pre-sión de someterse. La conciencia de sí mismo se ha fortalecido claramente, tam-bién en ciertas tristes horas de apremio. La pedofilia es ahora el punto central de la terapia. Ha llegado el tiempo de interpretar que en los muchachos se busca a sí mismo, que es un amor de identificación, que los admira porque ellos son -al me-nos exteriormente- así como a él le hubiera gustado ser antes, es decir, indepen-dientes, libres, sin lazos y temerarios. Los amigos jóvenes le evidencian cuán tras-tornados se encuentran psicosocialmente: reconoce que la conducta de estos mucha-chos está prácticamente al servicio exclusivo de la satisfacción directa de sus pul-siones y que ven en los demás solamente un objeto de satisfacción, pero que no son capaces, o todavía no lo son, de establecer una relación personal duradera.

Comentario final del analista tratante: Al terminar este informe, dos son las pre-guntas centrales en las conversaciones: ¿Por qué a Simón Y le es tan difícil libe-rarse interiormente de estos amigos juveniles, y por qué las mujeres le producen tanta angustia? El rechaza los contactos homosexuales. Queda por mencionar

que desde un tiempo a esta parte ya no mantiene relaciones sexuales con sus amigos de antes.

En el tratamiento han sucedido muchas cosas. El cambio de Simón Y llama la atención en muchos aspectos, y es algo que sus conocidos confirman con asombro. Ambos sabemos que el tratamiento no ha finalizado aún. La duración depende de la meta del tratamiento.

6.2.3 Adolescencia

Las crisis que aparecen en la adolescencia son expresión de reorganizaciones y reordenamientos (Freud 1905d, pp.189s), que hoy consideramos bajo el punto de vista de la formación de la identidad y del hallazgo de la identidad, en el sentido que les da Erikson. Blos (1962, 1970) describe otros aspectos, como son los procesos de separación y de individuación, mientras que Laufer (1984) pone la integración de la sexualidad en el centro de la atención. El joven hace experiencias cualitativamente nuevas consigo mismo, su cuerpo, sus padres y, no en último término, en la búsqueda de otros fuera de la familia. Dentro de la teoría psicoanalítica de la adolescencia, estos aspectos siguen siendo considerados de manera insuficiente. El joven intenta influenciar activamente, no sólo su medio ambiente, sino que ensaya nuevas estrategias a través del manejo de sus conflictos (véase Seiffge-Krenke 1985; Olbrich & Todt 1984). Es así como Lerner (1984) describe al joven como un "productor de su propio desarrollo". Estos hallazgos de psicología evolutiva son significativos para la conceptualización del proceso terapéutico en los jóvenes, porque tanto la técnica como la meta del tratamiento tienen que formularse en concordancia con la dinámica evolutiva.

Al evaluar diagnósticamente los trastornos neuróticos en la adolescencia, se debe considerar que, por las razones más diversas, las "reorganizaciones" pendientes pueden ser evitadas, bloqueadas o postergadas. La desaparición de los ritos de iniciación tradicionales en nuestra cultura, hace de los adolescentes seres más solitarios, y los lleva a nuevas formas de agrupación. Así, las tan conocidas ambivalencias, los cambios anímicos y las polarizaciones, se hacen especialmente evidentes. Junto a la desidealización del mundo de los adultos se encuentra la búsqueda de nuevos modelos. La rebelión y la admiración se alternan rápidamente, donde la mayoría de las veces se considera al terapeuta muy críticamente, como cómplice de las normas parentales y sociales. A menudo, los disparatados anhelos de autonomía dificultan aceptar los consejos y la ayuda de un adulto.

Los problemas técnicos del tratamiento comienzan con la tendencia aumentada hacia la observación de sí mismo que, como disposición hacia la reflexión, es en realidad una condición deseada del trabajo terapéutico. ¿No es natural que el joven -que aunque se autoobserva intensamente, a la vez también se cierra en sí mismo- oponga resistencia a nuestro ofrecimiento de investigar juntos su vida interior, y esto independientemente de la naturaleza de sus trastornos? Así, el escepticismo que trae el joven a la terapia no debe malentenderse de antemano como resistencia en el sentido tradicional, sobre todo porque las inseguridades de la pubertad, que anteriormente se conectaban especialmente con procesos de maduración sexual, hoy día pueden tener además otros contenidos y formas de expresión.

La otra cara de la ocupación del adolescente consigo mismo es su "hambre de experiencia". Ciertamente, ésta no está en primera línea al servicio del desinterés por la vida interior (también esto pertenece a las trampas técnicas: ¡cuidado! no desacreditar el "hambre de experiencia" como actuación), la meta es más bien aumentar el sentimiento de autoestima inmaduro a través de acciones y experiencias. La observación de sí mismo y el hambre de experiencia configuran, respectivamente, los dos polos de un deseo global hacia la experiencia de sí y hacia la experiencia del mundo. Ha sido Erikson (1968) quien ha descrito especialmente la significación de la experiencia en la solución de la crisis de desarrollo en la adolescencia.

La pregunta crucial es si puede utilizarse -y cómo- la relación con el analista como un "recurso" para facilitar los cambios, sin caer demasiado en las complicaciones de las repeticiones transferenciales. Blos (1983) considera la transferencia en la adolescencia como vehículo de un proceso evolutivo bloqueado y, de manera co-respondiente, califica los procesos de transferencia en la terapia de adolescentes como de "doble cariz". Al reactivarse las posiciones infantiles, se transfieren al analista aspectos de los representantes de sí mismo y de objeto y, para producir una edición nueva y revisada, las antiguas versiones son modeladas activamente a través de la transferencia. La pregunta consiste en el modo como debe ser interpretada la transferencia cuando el joven hace uso, por razones neuróticas, de tendencias regresivas para bloquear el proceso de desarrollo y de separación. Lo mismo vale también a la inversa: los deseos transferenciales dirigidos hacia el terapeuta son rechazados, porque esconden el peligro de una repetición de experiencias traumáticas. Por esto es importante que el analista -a diferencia de las terapias de adultos- en un comienzo y a veces también por un tiempo más largo, no se coloque al centro de la transferencia.

Al interpretar consecuentemente los aspectos regresivos de la transferencia, el analista se estaría colocando en el lugar de las figuras parentales reales, impidiendo en la práctica la separación. Una de las paradojas de la situación terapéutica es que bajo ciertas circunstancias aparecen muy rápidas reacciones emocionales violentas, que a menudo reflejan una angustia intensa, muchas veces justificada, por la re-activación de posiciones de dependencia infantiles. Por este motivo, es muy importante lograr una "formación-del-nosotros" ("Wir-Bildung") en el sentido de Stern (1929), como fuera propuesta, por ejemplo, por Aichhorn (1925) o por Zulliger (1957).

Para que en la terapia el joven pueda retomar nuevamente el proceso de desarrollo, se requiere algo más que el insight en los procesos de defensa. Su deseo de encontrar en el analista una persona que lo pueda ayudar a salir del callejón sin salida, debe ser entendido como expresión de afanes específicos de la etapa de desarrollo. De no ser así, se quedaría detenido en expectativas infantiles inconscientes. Es tarea del analista diferenciar, en la situación analítica, el pasado del presente, el mundo interior del exterior, la transferencia de la relación real. Al explorar los comentarios del paciente no sólo como expresión de deseos infantiles reprimidos sino que también como manifestación de los deseos específicos de la etapa de desarrollo, sus expresiones se ven de regla liberadas de añadidos infantiles (Bürgin 1980).

La situación analítica debe ser desde un comienzo configurada de modo que pueda ser utilizada por el joven como un espacio para hacer descubrimientos. De lo que se trata, es encontrar un equilibrio entre descubrir y revelar. No es sólo la angustia por la pasividad y la regresión lo que lleva a que los jóvenes quieran transformar la situación analítica, por ejemplo, en una situación real. Cuando hacen preguntas, los adolescentes quieren que se les dé un consejo o simplemente quieren saber lo que el analista piensa o siente; el intento de provocar al analista para que muestre reacciones emocionales, tiene también el sentido de otorgarle una existencia vívida y de este modo impedir que se transforme en una figura omnipotente y anónima. En primera línea, el joven no busca identificarse con el analista en el sentido de llegar a asemejarse a él, sino desea delimitarse, diferenciarse, y así llegar a conocer su propia identidad. En la fase inicial de un tratamiento se crean los requisitos para el desarrollo posterior. En ella se debe echar una primera mirada en las peculiaridades de la situación analítica como un espacio para el descubrimiento. Mucho depende de la capacidad del terapeuta para desarrollar desde un comienzo una comprensión por los temores existentes en su paciente juvenil, así como para no perder de vista su deseo de ayuda, razón por la que vino a la terapia. Mientras más joven sea el paciente, más adelante se encuentra la relación real, desde la que poco a

poco se desarrolla la transferencia, dependiendo del interés que el analista muestre por su paciente. Se podría decir que el joven debe descubrir en primer lugar cómo y para qué le puede servir el analista.

Ejemplo

Los padres de Otto Y, que tenía 18 años de edad, pidieron hora en nuestra consulta, debido a que su hijo "juntaba zapatos viejos" desde hacía aproximadamente 3 años. Por petición de sus padres, había participado en una terapia de grupo hacía un año y medio atrás. Esta terapia, que por razones externas había durado solamente alrededor de medio año, lo había vuelto más sociable y ya no se sentía tan abatido. Sin embargo, la terapia no había modificado en nada su "problema con los zapatos". Yo estaba al tanto de estas informaciones antes de la primera entrevista. Por esto, Otto Y podía tener buenas razones para creer que yo conocía el motivo de su venida. El joven, alto de estatura, me saluda con una reverencia, amablemente aunque algo cohibido. Para no aumentar su cohibición, le digo que posiblemente sabe que yo ya había sido informado de su problema con los zapatos y le pido que me diga qué piensa él de todo esto. Acto seguido, me planteó abiertamente su problema, algo así como: "Estoy enamorado de los zapatos". Frente a tal revelación no sólo no quedé perplejo, sino que, por el contrario, la encontré francamente magistral. Había podido sobreponerse hábilmente a lo delicado de la situación, poniéndome al mismo tiempo a prueba: quería descubrir si yo tenía la intención de quitarle los zapatos, como sus padres, y convertirlo en una persona normal. Le digo: "Me puedo imaginar que no es siempre fácil estar enamorado de zapatos."

A continuación, empieza a contarme la historia con los zapatos. Desde su niñez colecciona zapatos, a saber, exclusivamente zapatos sin cordones. Cada vez que su madre quiere botar sus zapatos él se defiende. Desde hace tres años se ha intensificado la colección de zapatos viejos, que incluso sale a buscar entre los enseres domésticos fuera de uso [que en Alemania Federal son arrojados a la calle en fechas preestablecidas y regularmente recogidos por los servicios municipales; nota de los traductores]. El significado sexual del coleccionar zapatos se mantiene en un comienzo en un segundo plano. Me cuenta que a veces cree ser homosexual, porque no siente nada por las chicas. Por otro lado, queda claro que los zapatos determinan en forma muy decisiva su mundo interior, y también el exterior. Al hacer las tareas, a menudo no puede

concentrarse por pensar en zapatos. Con todo, en numero-sos ámbitos funciona bien; por ejemplo, le gusta pintar en su tiempo libre.

Mientras más tiempo le escuchaba, más clara me quedaba la manera educada y servicial como relataba su historia. Si bien podía sospechar algo de su propia inquietud, a través de su informe, que aparentaba ser muy fluido, me mantenía también a distancia. Por este motivo, le digo que ha contado bastante sobre sí mismo, pero que sin embargo tengo la impresión de que hay algo que por el momento lo preocupa más que los problemas que ha relatado. Permanece callado un momento y luego me cuenta algo de su terapia anterior.

Retrospectivamente, es de la opinión de que esa terapia ciertamente le ayudó, puesto que ahora no es tan depresivo; pero que no cambió en nada su problema con los zapatos. En este momento, puedo señalarle que teme no poder hablar conmigo sobre los zapatos, mientras tenga la impresión de que también esta vez viene acá sólo para darle un gusto a su madre. Luego, hablo de las expectativas de sus padres; ellos, al pedir hora para su hijo, me habían hecho saber que a toda costa querían tener una entrevista conmigo. Yo suponía que él sabía de eso, por eso le digo que seguramente querría estar presente en esa conversación para saber si me dejaba influenciar por las expectativas de sus padres. Que probablemente también querría utilizar esa conversación para descubrir mi posición frente al problema de los zapatos. Dejo abierta la fecha de comienzo de la terapia, dejando en sus manos la decisión sobre conversaciones posteriores.

Comentario: La decisión de hablar con los padres de los adolescentes al comienzo de un tratamiento analítico, tiene que ser tomada en cada caso individual. Cuando el joven ha pedido la hora por su cuenta, la incorporación de los padres es problemática, ya que podría tener como consecuencia un quiebro en la confianza. En el caso de adolescentes mayores se puede renunciar a una conversación con los padres, siempre que éste haya alcanzado una cierta medida de independencia exterior. Si se ha tomado la decisión de ver a los padres, entonces la entrevista debería llevarse a cabo en presencia del paciente. En este caso, recomendamos no ofrecer interpretaciones de las relaciones que ofrece la dinámica familiar, sino restringirse a averiguar algo acerca de la situación presente y pasada de la familia.

Durante la entrevista familiar, Otto Y se mantuvo en general pasivo, aunque observaba atentamente lo que sucedía. El padre aparentaba no estar especialmente molesto, en contraste con la madre, quien hablaba del "problema de los zapatos" con lágrimas en los ojos. Las raíces de la estrecha relación entre la madre y el hijo se remontaban hasta la niñez, ya que el padre había tenido que dedicarse de lleno a su profesión, desde el nacimiento de Otto Y hasta su entrada a la escuela. Obtuve una información significativa sobre el comienzo de la

recolección de zapatos. En aquel entonces, la madre había estado muy preocupada por una enfermedad grave de su hermana mayor, que hizo necesaria una operación con peligro de muerte. Sin lugar a dudas, la señora Y debió sentirse muy sola en sus preocupaciones. Se puede suponer que Otto Y, su hijo menor, tuvo una significación especial como consuelo. Por este motivo, era evidente que para ambos se había dificultado la mutua delimitación en la adolescencia. En ciertas ocasiones, el intercambio violento de palabras entre madre e hijo eran no sólo un índice de las dificultades de la delimitación; más allá de ello, parecían ofrecer una oculta satisfacción incestuosa, en la que Otto Y sentía que podía triunfar en secreto sobre el padre y su mundo. Al final de la conversación, indiqué que Otto Y se había creado un mundo propio con los zapatos, del que ellos, los padres, estaban excluidos. Para la terapia valía algo parecido. En el caso de que Otto Y se decidiera a comenzar la terapia, sería difícil para ellos, como padres, aceptar que no podían participar de ella. En las siguientes citas, Otto Y se comportaba como si la conversación familiar simplemente no hubiera existido. Con eso me señalaba la manera como podía hacer desaparecer hábilmente las situaciones desagradables, construyéndose dos mundos: el de los sucesos exteriores y su mundo interior, que trataba de proteger de la intervención de otros. De esta forma, podía evitar conflictos interiores y en el manejo exterior con sus personas de referencia. Sin embargo, quedaba claro que se había decidido a seguir el tratamiento. Pero, a pesar de todo, se mostraba reservado y cuidadoso. Su meta era seguir averiguando si después de todo yo no me inmiscuiría en sus asuntos interiores. Con este objeto eligió un tema especialmente apropiado. Comenzó a hablar conmigo de que quería ser objetor de conciencia, pero que aún no se había decidido del todo. Mirándome de alguna manera de reojo, insinuó que quería dejarse aconsejar por alguien que lo ayudara a decidirse. Se hacía perceptible su angustia de que saliera a luz que él fuera de verdad homosexual. Era fácil reconocer sus intenciones. Quería conocer mi reacción sobre el tema de la "homosexualidad", mencionando algunos detalles adicionales que me llevaran a preguntar más sobre eso, evidenciando así mi interés acerca de las experiencias homosexuales. Hacía dos años había conocido un estudiante en un campamento de verano. Ese encuentro lo había removido mucho. Por primera vez, había confesado su "problema de los zapatos" a ese estudiante y, también por su consejo, había empezado la búsqueda de una terapia de grupo. Era evidente su angustia frente a deseos transferenciales homosexuales. Esta presentaba dos aspectos: Por un lado, lo inquietaba que yo mantuviera abierta la posibilidad de que él descubriera que sí quería volverse homosexual y, por el otro, tenía miedo de que yo lo fuera a "normalizar", en el sentido de las

esperanzas paternas. Con el objeto de mantener la sesión analítica como un espacio abierto para sus propios descubrimientos, le dije que él quería saber si podía hablar aquí conmigo sobre todas las cosas, también sobre su homosexualidad, para así poder aclarar quién era y el modo como quería desarrollarse en el futuro. Ciertamente, con ello le estaba imponiendo una frustración. Se podía claramente percibir que buscaba ayuda inmediata para decidir tanto sobre su problema de ser objetor de conciencia como sobre su probable homosexualidad.

Además, con eso también quería señalarme lo inseguro que se sentía al tomar decisiones propias. Al parecer, quería asegurarse de que frente a sus miedos yo reaccionaría realmente distinto que su padre, frente al que se sentía abandonado, pero también distinto que su madre, la que se entrometía demasiado.

Después de esto, Otto Y me reveló sus conflictos más bien "normales". Tenía dificultades en el colegio, por ejemplo, tenía que tomar clases particulares, y también se sentía inferior a otros en su ramo predilecto, arte. El mundo de los zapatos le prestaba refugio. Al hacer las tareas, a menudo pensaba en cómo poder hacer su-yo el próximo par de zapatos. Al hacerlo, tenía miedo de ser descubierto por otros, o que los padres pudieran observar que estaba sentado en su escritorio con un par de zapatos viejos. En este punto, fue importante que le señalara cuánto sufría por ser distinto a sus compañeros de edad. Le interpreté sus ansias de poder vivir como los demás jóvenes que no necesitaban terapia, y conecté su lazo con los zapatos con su vínculo con sus padres, ante todo con su madre. Él temía herir la susceptibilidad de su madre al reconocer abiertamente, y ya no más a escondidas, su pasión por los zapatos. Por este motivo, le dije que él esperaba que yo viera ambos lados, tanto su lado de dependencia de los zapatos y su madre, pero también aquél de la búsqueda tras una vía para desprenderse y para seguir su propio camino.

Esta interpretación agudizó en un comienzo la tensión emocional en él. Mientras más se metía en la terapia, más difícil se le hacía hablar conmigo. En un primer plano se instaló su angustia de vergüenza. Frente a sus padres, sin embargo, se puso más franco. Por primera vez, se atrevió a expresar que salía a buscar zapatos entre la basura de trastos viejos. Me confesó que le gustaba meter los zapatos viejos dentro de su cama y que era precisamente esto lo que producía asco a sus padres. Al mismo tiempo, negaba cualquier tipo de significado sexual a su pasión por los zapatos, haciendo como que no sabía nada sobre eso. Era así como hacía sólo poco tiempo había escuchado la palabra masturbación, sin saber lo que significaba. Para mí, esto era también una advertencia para no que no

trajera a la conversación de-masiado rápido el significado sexual que tenían los zapatos para él.

Tan sólo mucho más tarde supe que por un tiempo había tratado de masturbarse con los zapatos, lo que había dejado porque una eyaculación retardada le impedía el orgasmo.

La aparición de un creciente silencio despertó en mí la tendencia a urgirlo con un preguntar curioso. Evidentemente, se desarrollaban representaciones muy intensas en relación a mí y, con ello, resistencia. Mi curiosidad por investigar los detalles de su fetichismo me aclaró que él no sólo quería provocar una extralimitación de mi parte, sino que al mismo tiempo parecía esperar que me hiciera cargo del trabajo difícil de este tema. Yo era el especialista, que no se dejaba asquear como sus padres, sino que escucha todo. Mi curiosidad en aumento me dejó en claro que yo debería caer en el rol de un fetichista secreto. A través de sus insinuaciones y titubeos intentaba provocar mi avidez por su mundo de los zapatos, pudiendo clara-mente manejar mejor su propia excitación y el control sobre la situación. A pesar de todo, era demasiado prematuro abordar esta dinámica de transferencia regresiva. Más bien importaba interpretar su ambivalencia frente a mí, en cuanto representaba una protección ante regresiones. Por este motivo, retomé su idea de que yo era un especialista que veía en él tan sólo un "caso" fuera de lo común, diciéndole que con esa idea intentaba proteger su mundo de los zapatos, que era lo más propio su-yo, y mantenerme a distancia.

La desilusión de mi parte, que sólo más tarde fui capaz de reconocer, hacía que esta interpretación estuviera llena de reproches. A pesar de que yo sabía lo sensible que él era frente a las reflexiones de los adultos, por muy bienintencionadas que fueran, a pesar de todo me sentí ofendido al recibir por contestación a mis interpretaciones de transferencia un "¡por Dios!" Cada vez que intentaba mostrarle la manera como vivía la situación terapéutica, se sentía arrinconado por "estas indirectas sobre la situación", como las llamaba. "En esa situación, no tengo idea de qué decir." De este modo, se desarrolló un juego mutuo. El manifestaba el miedo de que yo lo "destrozara" si me contaba más de sí mismo, para en la próxima ocasión contestar mis interpretaciones con un "¡por Dios!", ofendido y lleno de reproches.

Su "¡por Dios!" lo entendí como expresión de su miedo de que con las interpretaciones transferenciales yo lo obligara a ver las cosas de acuerdo con "mi punto de vista", y así socavar su independencia, ya de por sí inestable. El tener que reconocer su inseguridad e indecisión, debía ser para él aún más avergonzante que para otros jóvenes. Cuando pude mostrarle cómo me ponía a prueba con su "¡por Dios!" con el fin de averiguar si yo reaccionaba

ofendiéndome o si era capaz de captar su "¡por Dios!" como expresión de lo difícil que le era enfrentarse a sus contradicciones interiores, comenzó a hablar cada vez más de lo crítico que era consigo mismo.

En base a sus representaciones sobre valores condenaba su pasión por los zapatos y sólo podía mantenerla, escindiéndola de su vida cotidiana. Por ese motivo, también se defendía de las interpretaciones que ponían en relación lo que él intentaba mantener separado.

Otto Y temía ser comprometido por la terapia. Dio una lista de ejemplos de su angustia ante los compromisos. Así fue como al comienzo del tratamiento había esperado que yo lo aconsejara en la toma de decisión frente al servicio militar, porque interiormente no podía comprometerse de verdad. Lo mismo sucedió frente a la decisión de pintar con óleo o con acuarela. Al respecto, le dije: "Eso tiene dos lados. Ud. desea ser claro y decidido, pero eso también lo angustia. El mantener posibilidades abiertas y no tener que comprometerse, tiene algo de colosal. Por ese motivo se defiende en contra de mí, porque teme que yo quiera comprometerlo y con ello quitarle algo." Asintió, reparando eso sí que por otro lado deseaba de verdad consejos míos y que se sentía dejado en la estacada si yo no se los daba. El deseo de recibir consejos tenía por meta evitar una confrontación con su mundo interior y mantener a raya su angustia de vergüenza que se volvía cada vez más fuerte. Se puso rojo cuando le dije, después de una pausa de silencio más prolongada, que al parecer sentía que ahora yo le estaba exigiendo que desembuchara pensamientos que lo avergonzaban. Que lo angustiaba no saber en absoluto adónde lo podía llevar la terapia. Eso tenía un trasfondo concreto. Supe que las sesiones lo agitaban de tal modo, que después caminaba por las calles mirando zapatos. Hace un tiempo había visto unos zapatos que lo habían fascinado mucho.

Esto me pareció una alusión indirecta a mis zapatos y pensé que en el caso de que yo pusiera a descubierto esta relación, en vez de dejarle espacio para hacer el descubrimiento por sí mismo, se sentiría humillado y rechazaría la interpretación. La ocasión se presentó a raíz de un cambio de hora, que reproduciré resumidamente en base a protocolos de dos sesiones que escribí de memoria posteriormente.

La sesión, adelantada a petición mía, comenzó con un silencio de 10 minutos, algo inusitado para Otto Y.

P.: En casa se me traspapeló (verlegen) una lista de adverbios en inglés, anduve buscándola desesperadamente.

A.: Tal vez no sea casualidad que Ud. hable de esa lista, puesto que aquí le sucede a menudo que busca desesperadamente las palabras correctas.

P.: ¡Por Dios!, de nuevo interpretando de más. Eso cuadra justo con los clisés de los psicoterapeutas. Hago un comentario bien superficial y Ud. sospecha inmedia-tamente algo profundo.

A.: Ud. está convencido de que lo único que quiero es averiguar más sobre su pasión por los zapatos y que ni siquiera me percató que hoy se trata ante nada del cambio (verlegen) de hora, eso lo tiene posiblemente molesto, porque tuvo que atenerse a mi petición.

P.: Claro que me dio rabia, tenía la sensación de que Ud. me lo estaba ordenando. Aunque ahora ya todo está decidido.

A.: De manera que ya no tenemos que hablar más de su rabia.

P.: A veces, en casa ando bastante enrabiado con mis padres, a menudo sucede tan sólo en mis adentros, pero a veces ando desesperado y me pongo a llorar cuando, por ejemplo, mi madre me reprocha que se me haya traspapelado (verlegen) algo y, a decir verdad, eso pasa a menudo, y luego me echa en cara que no soy de fiar.

A.: También aquí para Ud. es para llorar cuando se siente arrinconado por mí.

P.: Sí, a veces es así. De lo que se trata, pues, es que Ud. no sea sólo mi psicoterapeuta, sino por así decir, una persona común y corriente, para que yo pueda man-tener así mi dignidad.

Me daba vueltas la ambigüedad del término usado para indicar tanto el cambio de hora como el traspapelamiento de la lista de adverbios [que en alemán se designan por un homónimo: "verlegen"; nota de los traductores]. Pensaba en la manera co-mo se defendía con su "¡por Dios!" de caer conmigo en la misma dependencia que con su madre. Por eso debía protestar también contra las interpretaciones de trans-ferencia que movilizaban sus deseos regresivos y que estaban en conflicto con su deseo de diferenciarse de mí. Me estaba ofreciendo la siguiente figura de relación: anda tras una lista de adverbios que ha traspapelado, la madre exige de él que sea or-denado y le hace reproches, porque mediante el traspapelamiento puede sustraerse a su control. Para la transferencia, esto significaba que teme que yo asuma el rol de una madre exigente que espera estar al tanto de todo y que lo compromete con in-terpretaciones, socavando así su iniciativa propia. Por otro lado, en el caso de lo-grar que yo asumiera ese rol, podría esquivar el enfrentamiento consigo mismo, con sus afectos y fantasías, al insistir en entender todo concretamente. Siendo así, cabía la amenaza de que nos enredáramos en un círculo vicioso de reproches por ambos lados. Por esta razón, era necesario aclararle su parte en la transferencia. El hecho de que recurriera a la idea de que yo fuese una persona común y corriente, ha-blaba en favor de su turbación frente a mí. Esa turbación tenía que ver con su per-manente

inseguridad frente a cuanto podía mostrar de sí mismo sin caer en sus deseos regresivos.

Por ese motivo era también importante para él poder fijar el momento en el cual abrirse. Por esto le señalé, al final de la sesión, que el cambio de hora había aumentado su angustia de perder el control sobre su persona y sobre mí. Eso lo turbaba de tal modo, que ya ni sabía si aún quería que yo entendiera lo que pasaba en sus adentros. En ese caso veía en mí a un psicoterapeuta que todo lo interpretaba de más.

A la sesión siguiente, Otto Y llega justo una hora adelantado. Debido a que nunca había esperado en la sala de espera, golpeando siempre muy puntual directamente a mi puerta, no pudo haberse dado cuenta de esta confusión.

Después de que permanece un rato en silencio, comienzo yo la sesión preguntándole si ha notado que hoy ha llegado muy temprano. Al comienzo está totalmente seguro de no haber confundido nada y luego titubea.

P.: ¡Por Dios!, entonces tuve que confundirme totalmente con la hora del viernes.

A.: Ese "¡Por Dios!" aparece normalmente cuando yo le digo algo frente a lo cual Ud. se está defendiendo.

P.: Sí. (Pausa más prolongada.)

A.: Antes de que Ud. siga adelante, tendríamos que descubrir qué cree Ud. que yo podría hacer para que Ud. de nuevo se sienta suficientemente seguro.

P. (vehemente): Bueno está, todo lo que yo le digo, desaparece en su cabeza y yo nunca sé lo que Ud. hace con ello. En segundo lugar, aquí no tenemos una meta, ni siquiera una meta parcial, y tercero, temo perder el último resto de dignidad y respeto por mí mismo si permanezco aquí, a pesar de querer que Ud. me ayude a conservar mi propia estimación. Pero si ya habíamos hablado la última sesión de eso.

A.: Justamente en la última sesión tuvo Ud., al parecer, la sensación de perder el respeto por sí mismo.

P.(desconcertado): ¿Qué fue lo que pasó realmente?, ya no lo recuerdo.

Entremedio pasaron tantas cosas, estuve invitado a una fiesta de cumpleaños, fue el encuentro de las "Juventudes Musicales" y, bueno, seguro que ahora Ud. va a empezar a pensar en el motivo de por qué no me puedo acordar de eso.

A.: Ahora me queda claro lo difícil que es para Ud. cambiar cada vez de un mundo a otro. Por un lado está la vida cotidiana, y por el otro la terapia que gira en torno de los zapatos. (El paciente me interrumpe antes de que pueda seguir hablando.)

P.: Y con ello siempre me acuerdo de sus zapatos. (Sonríe mientras lo dice.)

A.: Exacto, y con ello surge el deseo de poseerlos.

P.: Al fin y al cabo, sí, es decir, en algún momento, cuando Ud. ya no los use. (Pausa más prolongada.)

A.: En todo caso, queda claro que Ud. se resiste a que le recuerden una y otra vez esto.

P.: Porque con eso temo bajar a mi capacidad de trabajo más baja. Y ahí hay algo más, dos cosas que Ud. aún no sabe. Desde niño tengo el problema de que me re-pugna la idea de que se maten animales para apropiarse de su cuero. Y creo que esa es la razón por la que no puedo botar los zapatos. Además, me es inmensamente difícil hablar con las personas que llevan puestos los zapatos que me gustan. Se da una atracción corporal. Pero en el caso de que los zapatos no correspondan con mi gusto, se me hace aún más difícil poder entablar una conversación con quienes los llevan puestos. Sus zapatos tienen algo, algo que es muy importante, y que está en primerísimo lugar, a saber, que no tienen cordones.

A.: Pienso que Ud. no se refiere solamente a los zapatos, sino a un anhelo que está ligado a los zapatos. Se trata de estar muy cerca de alguien. Por eso, al usar zapatos que le gustan tanto a mí como a Ud., yo llego a intimar tanto con Ud., que es precisamente ese el motivo por el cual a Ud. se le hace tan difícil hablar conmigo.

P.: Cuando Ud. estaba diciendo eso, tuve una sensación desagradable-agradable, hasta bien adentro de mi cuerpo. (Al despedirse, agrega además lo siguiente:) En todo caso, no olvidaré jamás la sesión de hoy.

Con esta sesión se había logrado un paso importante en la consolidación de la alianza de trabajo. Otto Y hacía ya algún tiempo que me había incluido secretamente en su mundo de los zapatos, sin poder hablar sobre eso. Se había dejado excitar -y frustrar a la vez- a través de mis zapatos. Debido a que progresivamente lo fascinaban sólo mis zapatos, se sentía cada vez más dependiente, y eso lo avergonzaba. El cambio de hora y su venida adelantada le demostraban penosamente lo mucho que dependía de mí. Reconocer esto parecía significar para él que ya no habrían límites entre los dos y que estaría plenamente a mi merced. Frente a mi pregunta de que en primer lugar tendríamos que descubrir lo que yo tendría que hacer para que él se sintiera nuevamente seguro, le dio la posibilidad de atacarme, pudiéndose de tal modo delimitarse de mí. A medida que notaba que todo desaparecía en mi cabeza, y con ello también la meta de apartarlo de los zapatos, podía hablar nuevamente sobre su angustia de llegar a depender totalmente de mí y a través de eso perder su propia estimación. Por ese motivo, volvió a hablar sobre la última sesión, mostrándome que vivía en dos niveles y que había comenzado de nuevo a excluirme de su mundo de los zapatos. Pero eso significaba también que trazaba un

lí-mite al cambiar de un mundo a otro. Si bien de este modo se aislaba, a través del aislamiento podía seguir gozando de las satisfacciones que le ofrecían su mundo de los zapatos. Lo enfrenté comenzando a hablar sobre su desasosiego de tener que cambiar de un lado para otro entre estos dos mundos, el de los zapatos y el de la vida cotidiana. Esto le dio la oportunidad de hacerme participar directamente en su mundo de los zapatos, poder abrirlo por un instante y, de este modo, integrar algo del mundo escindido de los zapatos. No sólo me estaba confesando algo que me ha-bía retenido hasta ese instante, sino que se identificaba parcialmente conmigo. Cuando pude aclararle que yo usaba dichos zapatos porque a mí me gustaban, pudo enfrentarse en esta sesión al conflicto entre su ansiedad de cercanía corporal (por eso deseaba poseer mis zapatos) y su deseo de delimitación (por eso yo no debía darle mis zapatos y poner resistencia a sus deseos). Comenzó a permitir un insight dentro de sus conflictos inconscientes, íntimamente ligado a la experiencia que hi-zo en la sesión, consigo mismo y conmigo. En este sentido, esta sesión puede ser considerada como un primer momento crucial en la terapia. Comenzó a reconocer que no se trata de los zapatos concretos, sino de lo que éstos significan, por ejem-plo, su deseo de cercanía y su angustia de quedar a merced de otro. En lo que si-guió, su exclamación "¡por Dios!" dio paso a un "mh", como reacción frente a las interpretaciones en las que se sentía tocado. Con el "mh" dejaba abierta la posibilidad de decirme, por un lado, cómo y por qué veía las cosas de manera distinta a la mía, o de comenzar a trabajar con aquello que había escuchado de mí. Ya no sentía mis interpretaciones como una intrusión contra la que debía defenderse, sino como herramienta con la cual él mismo podía trabajar.

Comentario: Para poder descubrir las condiciones bajo las cuales ocurrió la fijación al fetiche, hay que volver a transformar la fascinación por el "mundo de los zapatos" en la historia llena de conflictos de sus fantasías inconscientes y de sus deseos gozosos, que habían correspondido originalmente a las personas significativas y que trataba de hacerlas realidad ahora en el presente. Al hacerlo, hay que partir del hecho de su historial de vida, de que este paciente vive aproximadamente desde su tercer año de vida en dos mundos, a saber, dentro, y con, el fascinante fetiche como símbolo, que puede llegar a ser el contenido de todas sus fantasías, imaginaciones e ilusiones y que surgió, probablemente, desde diversos objetos de transición. Son precisamente los objetos inanimados, que no interfieren a causa de ninguna actividad propia, los que se prestan, debido a su disponibilidad casi ilimitada, como pantalla de proyección para cualquier tipo imaginable de fantasías conscientes e inconscientes. El fetiche, desligado del desarrollo vital y de las relaciones interpersonales, se transforma finalmente también en objeto sexual, en el sentido más estricto de la palabra.

En la fascinación emergente de determinados zapatos, se manifiesta lo maravilloso de la imaginación humana. Ciertamente, ésta no puede echar en saco roto la existencia de zapatos bellos y feos, atractivos y repugnantes. Sin embargo, es notable que el paciente sufra por el conocimiento de que su amor se dirige sobre un objeto que sólo le es disponible por la muerte de un animal. El cuero le recuerda, una y otra vez, el aniquilamiento de la vida, es decir, la agresividad y la destructividad. Es revelador el hecho de que la fascinación emane sólo de aquellos zapatos que son cerrados, mientras que todos los zapatos con ojettos caigan en un grupo valorado negativamente, que incluso despierta cierto desasosiego. Es posible que el paciente experimente inconscientemente los ojettos como una imperfección que le recuerda, en el sentido de un desplazamiento en la percepción, en el detalle más pequeño, todo tipo de deterioro y destrucción. Los zapatos cerrados vuelven a reestablecer la perfección, que sin embargo está también cargada de culpa por la matanza de animales.

Respecto de la psicodinámica, hay que agregar además que el temor del paciente de llegar a ser homosexual -desencadenado a raíz de una estrecha amistad con un estudiante, a quien le hizo confidencias-, es una expresión adicional de su atadura al fetiche, que inhibe su desarrollo. Como vemos, esta atadura coartó totalmente el espacio de desarrollo heterosexual, conduciendo a una ausencia, inquietante para él y para los demás, del empujón puberal.

La descripción psicodinámica ofrecida, intencionalmente muy general, integra muchos aspectos esenciales de la teoría psicoanalítica del fetichismo, permaneciendo a la vez abierta a todos los detalles que puedan irse dando a lo largo de la terapia con este paciente. La formación de síntomas permite, a través de una determinada forma de desmentida de la diferencia entre los sexos, defenderse tanto frente a los conflictos de la fase de desarrollo edípico como también preedípico (Freud 1927e, 1940a, pp.204s; Greenacre 1953; Stoller 1985).

Si se intenta colocar bajo un denominador común los puntos de vista de los diversos autores respecto de la psicodinámica del fetichismo, vemos que las reflexiones se concentran, por un lado, en la satisfacción pregenital y andrógena y, por el otro, en la temática del control y del ejercicio del poder. A menudo, el fetiche posteriormente sexualizado emerge de un objeto de transición, con lo que también se relaciona la intensa satisfacción y seguridad que éste transmite. Correspondientemente, la terapia conduce a un estado de desasosiego, ya que el paciente se angustia con la idea de que le quiten el objeto del que depende toda su dicha y seguridad. De este modo, el analista tratante se encuentra en un dilema, a pesar de que está consciente del problema, y a pesar de que hace

esfuerzos por no actuar como una pro-longación de los padres, quitando el fetiche y normalizando al paciente, casi como por encargo de ellos. Este dilema está íntimamente entrelazado con el desarrollo de la transferencia.

Especialmente en sintomatologías de este tipo, la revelación de las prácticas perversas está unida a profundas vergüenzas. A pesar de grandes dificultades internas, el paciente logra abrirse paso a paso. Sin embargo, en algunas partes queda de manifiesto que el analista interpreta las estrategias de delimitación del paciente en un tono lleno de reproches, aunque su intención sea la contraria. Es así como el paciente debe haber sentido la interpretación del analista como un reproche tácito, cuando éste le dijo que no quería comprometerse y que deseaba dejar posibilidades abiertas, y que se defendía por el miedo a que le quitaran algo. Este tipo de interpretación, ofrecida con la buena intención de que los pacientes entiendan por sí mismos que naturalmente no se les quitará nada, y que sólo tienen la angustia irracional de que pase algo así, es bastante común. En vez de tratar de hacer que el paciente comprenda que debe renunciar a su resistencia transferencial injustificada, re-comendamos investigar, en conjunto con el paciente, la génesis actual de ella, es decir, el origen de la resistencia en el aquí y ahora, partiendo de la base de que el paciente tiene buenas razones para intranquilizarse. Un buen ejemplo de esto se encuentra en aquella sección del tratamiento en la que cede la confusión del paciente. Después de que el analista pregunta al paciente por su opinión sobre lo que tendría que pasar para que él pudiera sentirse de nuevo suficientemente seguro, éste responde con tres puntos. Estos deben ser cumplidos paso a paso en todo análisis, si es que se quiere llegar a un buen término, es decir, para lograr cambios terapéuticos. Todo paciente depende de la opinión que el analista tenga de él; y de la estructuración de la relación con el analista dependerá también la regulación del respeto del paciente por sí mismo. Bastó el comentario apoyador del analista sobre lo difícil que debe ser para el paciente cambiar de un mundo al otro, para que éste pusiera en palabras una fantasía transferencial sobre los zapatos del analista. Esta sesión inolvidable puso de manifiesto el fetiche en la neurosis de transferencia. En este punto, el analista pudo ser suficientemente eficaz como para que la alianza de trabajo se consolidara. La verdad es que ésta fue la primera vez que entre ambos se estableció algo en común, a saber, una afinidad en el gusto por los zapatos. Ahora, la tarea será establecer con el paciente posiciones en otros niveles, que conduzcan más allá del mundo del fetiche. De este tipo de "zapato chino", sólo se puede salir si se está con un pie adentro y con el otro afuera.

6.3 Los familiares

Como lo expusimos en la sección 6.5 del tomo primero, la conducta del analista frente a los parientes debe subordinarse al principio de la ética médica y con ello al secreto profesional. Suena menos riguroso si decimos, manteniendo esta misma orientación, que el analista está obligado a servir al bienestar del paciente. Todo tratamiento psicoanalítico tiene por meta promover la autonomía del paciente. Es-to afecta los vínculos preexistentes, razón por la cual los psicoanálisis tienen siempre también grandes efectos sobre el compañero de vida y sobre la pareja como conjunto (Freud 1912e). En situaciones de excepción, es decir, cuando se está frente a una enfermedad psicótica o una amenaza seria de suicidio, desde el punto de vista médico es necesario (y desde el punto de vista jurídico recomendable) informar a los familiares y lograr una decisión que en lo posible sea apoyada por todos los miembros. Pero, existen formas indirectas mediante las que paciente y analista pueden incluir o excluir en la terapia a los terceros ausentes.

Antes de ocuparnos de algunos problemas típicos, queremos referirnos a los tratamientos que se llevan a cabo con la satisfacción de todos los involucrados. Elegimos este punto de partida por diversas razones. Por una parte, en los últimos decenios se ha tomado demasiado poco en cuenta que, por lo general, la mejoría o curación de una enfermedad neurótica o psicósomática es un proceso que encierra muchos más momentos agradables que agobiantes para los que participan o son afectados por él. Si consideramos las experiencias que hemos hecho en este sentido, después de la publicación de Thomä y Thomä (1968), nuestros tratamientos se caracterizan por la ausencia de complicaciones para los parientes, desde el momento en que los cambios que tienen lugar en el paciente han ampliado el espacio vital común y enriquecido la vida en común. Una importante condición previa es que se dé una base sólida, agobiada predominantemente por la sintomatología neurótica de sólo uno de los miembros de la pareja. En el caso de existir otras condiciones, por ejemplo, que la formación de la pareja se haya llevado a cabo -o que se mantenga- por entrelazamientos neuróticos recíprocos, el cambio en el equilibrio neurótico conduce a considerables complicaciones. El miembro de la pareja que no está en tratamiento obviamente registra los cambios en forma negativa. Por ejemplo, uno de los dos sufre, porque el otro, que hasta ahora había sido muy dependiente, se hace más independiente, al liberarse de una dependencia neurótica.

Examinemos ahora los tratamientos con menos complicaciones en más detalle, y desde un punto de vista que, pensamos, es el único indicado. Para esto, partamos

de una psicología de tres personas en el sentido de Balint, que en la situación psi-coanalítica real se encuentra reducida a una díada, hablando por eso de una "tríada menos uno". La ausencia real y la presencia sólo virtual del tercero tiene efectos profundos y el modo como se solucionen los conflictos diádicos y triádicos emergentes dependerá de los tres participantes. Al tener la mira puesta en el bienestar del paciente, se puede, sin más, prestar oído a la pareja, en alusión al certero título de Neumann ("Un oído para la pareja", 1987). Estas metáforas no nos debieran distraer de los compromisos que resultan del inequívoco contrato de tratamiento. Para nosotros, tener oídos para la pareja significa ante todo aplicar el conocimiento psi-coanalítico sobre los conflictos triádicos (edípicos) y diádicos (madre-hijo) de modo que el paciente, tratado de manera individual, alcance una autonomía que sea compatible con una unión feliz. La meta de alcanzar una relación postedípica heterosexual es una fantasía utópica que marca el camino. Probablemente, en esta utopía se refleja un profundo anhelo humano, que pareciera representarse en la pareja psicoanalítica. Así, la envidia y los celos externos se dirigen sobre ésta. Por otro lado, para el despliegue de la transferencia el analista tiene también necesidad de las voces externas, si bien por lo general las escuche sólo indirectamente, por boca del paciente. Por este motivo, los parientes a menudo suponen que el analista no puede llegar a tener un cuadro cabal sobre la verdadera manera de ser del paciente y sobre cómo de hecho éste se comporta. De aquí surgen tensiones que, dependiendo de lo que se haga, pueden ser atenuadas o agudizadas. Cualquiera de los tres participantes puede contribuir en la atenuación o agudización de las tensiones, de manera que la tipología de las complicaciones depende de la actitud y del comportamiento de cada uno y de las mutuas interacciones. Ya en el tomo primero (6.5) nos ocupamos de las constelaciones recurrentes más típicas, aquí nos restringiremos a presentar un ejemplo de la inclusión del otro miembro de la pareja. Nuestra atención frente a los efectos del análisis sobre el otro, nos ha llevado a considerar especialmente si, por ejemplo, los pacientes utilizan a su pareja para una transferencia negativa. Si se atiende a la distribución de las transferencias, los análisis se desarrollan con menos complicaciones y el deseo de los familiares de hablar con el analista surge muchísimo menos. Sin embargo, por razones terapéuticas preferimos que sea el paciente mismo quien proporcione a su pareja la información suficiente para que a ésta le sea más fácil renunciar al deseo de hablar con el analista. El asunto es más serio cuando el paciente no le permite a su pareja tener parte en sus vivencias. Por este motivo, desaconsejamos que, al comunicar la regla fundamental, se recomiende al paciente no hablar del análisis fuera de éste. Este tipo de recomendación, que antiguamente se llegó a

considerar casi como un mandamiento, conduce a situaciones de agobio innecesarias y, por lo demás, se cumple sólo de forma selectiva. Es mucho más importante poner la atención en lo que los pacientes cuentan, afuera, de lo que han vivido dentro del análisis, y qué opiniones del analista repiten. Es esencial prestar atención a la forma en que se impide o se posibilita la participación de la pareja, también a causa de los componentes masoquistas de muchos trastornos neuróticos, con su tendencia inconsciente a dañarse a sí mismo.

Ejemplo: tendencias suicidas

En el análisis de Martín Y, que sufría de síntomas obsesivos, el peligro de suicidio se había limitado a situaciones matrimoniales conflictivas, que se desarrollaban casi exclusivamente en forma subliminal. El equilibrio que se había establecido en el matrimonio había llevado a que mutuamente evitaran los problemas emocionales. Los pensamientos suicidas del paciente, que ocultaba frente a su mujer, se hicieron más intensos, como resultado de un típico giro de los afectos en contra de la propia persona. En el análisis de la transferencia no fue posible interrumpir esta evolución. En el matrimonio, que ya duraba 5 años, se repetían modelos de relación que se habían formado en la infancia en el paciente. La esposa había tomado parcialmente el lugar de la madre. Al igual que entonces, el paciente se retiraba en una pasividad testaruda y su mujer no tenía idea que su conducta tranquilizadora, que consistía en no aclarar las situaciones, tenía por efecto la agudización de sus síntomas. Yo veía con cierto temor la próxima interrupción de vacaciones. Al no haber terapia, era de temer que se agudizaran las tensiones no expresadas entre los esposos, y con ello también la tendencia suicida. Frente a esta situación, propuse tener una conversación entre los tres. El paciente se sintió aliviado. Resultó que la esposa, preocupada por el aislamiento de su marido, había querido comunicarse con la analista, pero pensaba que no debía interferir en el análisis.

Para la mejor comprensión de los conflictos de pareja que reforzaban los síntomas, y también la consulta que presentaremos más tarde, describiremos a continuación algunas características especialmente notorias de su personalidad, determinantes para la sintomatología y la conducta en la vida privada y profesional del paciente. Desde la época escolar, Martín Y se esfuerza por funcionar lo menos emocionalmente posible, y por esto cree que causa la impresión de ser frío, arrogante y extraño. Dice vivir apretado y aislado, como en una jaula. Recuerda que de niño a menudo se decía: "¡Pero si esto no es vida!" Curiosamente, es sólo a través de la emoción de otras personas como

surge en él algo vivo. La mayoría de las veces, estas situaciones tienen que ver con peligro de muerte y con la muerte misma. Sueña con arrancarse, con irse lejos, tomar su mochila y emigrar a un país extranjero, para exponerse a peligros mortales. Su mujer lo disuade de tales planes recordándole situaciones ejemplares intimidatorias. Entonces, piensa en otras posibilidades de arrancarse. Dice que, a propósito, comete fallas burdas en la empresa, donde se le considera ejemplo de orden y escrupulosidad, para poner en peligro su puesto de trabajo. Le gustaría ser echado.

En los primeros meses de la terapia provoca, por su culpa, un accidente automovilístico. Falta a sesiones de análisis o llega atrasado. Cuando siente que yo me preocupo, se podría decir que renace. Describe cómo creció, blindado en contra de cualquier expresión de sentimientos. Después de la muerte de su hermana menor, sus padres se habían retraído. Durante muchísimos años se había sentido culpable de haber provocado la muerte de su hermana. No le había sido posible aclarar esto conversando con sus padres. Así, en él se había afirmado la idea de que era culpable, de haber dado vuelta una vez el coche con su hermana dentro. Mucho más tarde había sabido que su hermana había muerto a causa de una dolencia congénita. El día del entierro había salido, lleno de felicidad, al encuentro de un tío muy querido, quien había viajado desde lejos para la ocasión. Frente a eso, su padre había reaccionado castigándolo físicamente. Durante un tiempo había tartamudeado.

El paciente llora y se siente liberado al permitir que estos recuerdos de la niñez puedan aflorar y de poder hablar sobre ellos. La frase siguiente es un ejemplo de lo mucho que se acerca a su agresividad reprimida: "Lo único que quiero aquí es inspirar, porque temo que, al soltar el aire, pudieran salir cosas malas fuera de mí." Ahora, el paciente es capaz de comunicar uno de sus pensamientos más terribles: que desde hace tiempo no puede tener relaciones sexuales con su mujer, porque teme que, al hacerlo, podría hacerla morir. Su mujer lo consuela respecto de muchas cosas. Describe su infinita paciencia, sus frases de aliento de que ya llegará el día en que todo mejorará.

Martín Y nota una disminución en sus ideas obsesivas, sus temores e impulsos. La mejoría puede atribuirse a la incipiente aclaración de la historia de sus sentimientos de culpa. Con el nacimiento de la hermana, gravemente impedida, y con la muerte de ésta, las mociones pulsionales agresivas habían sido reprimidas. Las imputaciones de culpa declaradas y fantaseadas, sin conexión con las vivencias con la hermana, lo habían llevado a esperar ser castigado. Todo esto, que aparecía una y otra vez, lo mortificaba y le parecía incomprensible. En este asunto se trata de los efectos de los sentimientos de culpa inconsciente, como Freud (1916d) lo describiera para algunos tipos caracterológicos.

Un domingo, poco antes de una interrupción por vacaciones de verano, el paciente se quedó todo el día en cama. Su mujer estaba de viaje. Cuenta que había estado soñando despierto. Poco a poco, resultó que había estado incubando planes de suicidio. Con sus razonamientos había terminado una y otra vez en un callejón sin salida: no se había podido decidir entre divorciarse primero y quitarse a continuación la vida, o hacerse algo "antes". La mujer, que había vuelto esa tarde, se había asustado por su estado; todo indicaba que ella se había podido recobrar pronto y encontrado la manera de distraerlo y animarlo. De nuevo, todo había sido vuelto a ser tapado provisoriamente. Otra vez no habían podido aclarar y conversar las cosas, después de esas horas de tanto sufrimiento.

Después de este suceso, se ponen de acuerdo en pedir consejo profesional. La mujer dice que su marido se ha vuelto cada vez más silencioso. Que a menudo ella no sabe qué hacer. Que si le pregunta algo, él no le contesta. Que él hace que ella se sienta "varada". Que él quiera tirar la toalla en el trabajo, y que al hacer-lo incluso dé la impresión de estar contento, es algo incomprensible. Que, al igual que ella, él es una persona muy escrupulosa.

Le planteo que en este momento se trata de aclarar aquellas situaciones que ninguno de los dos comprende, por ejemplo, la razón de ese tironeo: por un lado, "querer tirar la esponja" o, mejor dicho, "desear que lo echen del trabajo" y, por el otro, "tener que hacer todo de manera especialmente perfecta".

Sorpresivamente, el paciente, que hasta ese momento había permanecido en silencio, se pone muy vivaz. Alega que sí, sí, que se debería encontrar una nueva solución. Que todo se aclararía si él se retirara de su profesión y alguna vez hiciera otra cosa. Inmediatamente, la mujer intenta disuadirlo de esta promesa de alivio. De ese modo, dice, no se puede aclarar nada. Ella solamente piensa en tantos amigos chalados, en las dificultades catastróficas que se dieron con ellos. Que él debería hablar de una vez por todas con esos tipos, e informarse sobre lo que les pasa. Pero no, no lo hace. Eso la tiene totalmente desesperada. Que él no hable nunca. Comienza a llorar.

El paciente está sentado, hundido en la silla y con expresión apartada e inconmovible. Después de un rato, dice que encuentra ridículo que ella hable así y que decida sobre él. Ella dice por dónde hay que ir, ella dice lo que él debe decir y hacer. Que a veces llega incluso a recibir puntapiés por debajo de la mesa, con el afán de estimularlo.

La mujer, adicionalmente desesperada por esta manera distante de acusarla, vuelve a los reproches. Dice que en la casa de sus padres es la misma cosa. Que allá tampoco habla. Sobre todo, frente a las preguntas de su madre él sencillamente no contesta. Entonces es ella quien habla por él, porque a su

madre le duele mucho. Ante esto, el paciente se vuelve a indignar. Si ella empieza con esas cosas, él no puede hacer absolutamente nada. Lo mismo sucede cuando hacen un paseo, y ella está permanentemente diciendo: "Mira, ¿es que no ves? ... ahí ... allá ... ¡qué lin-do!" Pero si él también tiene ojos en la cara. Ahora, los dos comienzan a reírse.

Aprovechando el momento de relajación, hago un resumen de la conversación de hoy, explicando que se desarrolló de igual forma. Ella habla, ella contesta, es la primera en mostrar un sentimiento, en llorar. Pareciera que fuera ella la que tiene que hablar, contestar, sentir, llorar, por él. Con cierta vehemencia, la mujer me interrumpe diciendo que no, que ese no es para nada su estilo, pero que con el tiempo, ella se ha ido "acostumbrando" a él. Que ella no quisiera de ninguna manera ser así. Que ella no puede ser así, porque a veces ni siquiera sabe lo que pasa dentro de él. En especial cuando su marido explota y lanza palabras terribles. Le digo que eso la tiene que atemorizar, especialmente cuando él declara que quiere quitarse la vida, como lo ha hecho en estos días. Que es comprensible que ella reaccione rápido, tranquilizándolo y desviando su atención con todas sus fuerzas. Bueno, contesta ella, claro que ella preferiría que él dijese algo y no que se quedara callado. Naturalmente que sería mejor que saliera más de sí mismo. Hacía pocos días le había caído muy bien cuando por la mañana la había despertado con un: "¡Arriba, arriba, no podemos llegar atrasados!" El había actuado de manera tan decidida, tomando al fin la iniciativa, realmente se había puesto muy contenta. Ella no querría tener que arriarlo todo el tiempo, tenerlo bajo su tutela, tener que estar diciéndole todo, hasta lo que debía ponerse al día siguiente. El paciente, muy alterado, la interrumpe diciendo que él sabe muy bien lo que tiene que ponerse. Ahora lo interrumpe ella, diciendo que él es igual a su madre. Cuando a la madre de él se le dice: "¡Ponte ese vestido nuevo que te sienta tan bien!", empieza inmediatamente con los "peros", que esto que lo otro, que después de todo debería haberse comprado un vestido totalmente distinto, que éste es muy caluroso, que es muy caro, etc. Frente a esto, el padre no decía nada respecto de si el vestido le asentaba o no. Nada se decidía. Algo parecido sucedía con la comida. Cada cual sabía muy bien lo que le gustaría comer, pero nunca se decidían. Nunca se dejaba suficientemente en claro lo que cada uno apetecía en ese momento. El paciente se molesta diciendo que es típico de ella el que siempre sepa tomar una decisión rápida. Que en este momento se trataba de no pasar por encima de los demás, de explayarse sobre indecisiones. Pregunta que si no sería posible intentar entender alguna vez lo que había detrás de todo eso. Este tema es ilustrado en base a otros ejemplos tomados de la vida diaria.

Por primera vez después de mucho tiempo, los esposos pueden hablar abiertamente y reflexionar sobre sus desilusiones. Ambos se proponen intentar romper en las vacaciones el círculo vicioso del callar y dejar que el otro se haga cargo del rol propio, para luego sentirse incomprendido y retirarse en forma indignada. Después de las vacaciones, queda claro que esta conversación entre los tres posibilitó entre los esposos una mayor disposición para enfrentar los conflictos. Otro resultado de esta conversación fue que el paciente sentía que yo había tomado partido por su mujer, es decir, que había mostrado demasiada comprensión por las angustias de ella, en vez de ayudarlo a él a aclarar las suyas. En la transferencia, yo había salido en defensa de su hermana impedida. La transferencia materna negativa entró ahora en el trabajo terapéutico. ¡Cuántas veces se habían aliado su madre y su hermana en contra él! El paciente podía ahora indignarse y sentir su agresividad. En lo que siguió, la tendencia al aislamiento y al suicidio disminuyó. La relación matrimonial se liberó parcialmente de la actuación del paciente.

6.4 Financiamiento ajeno

Bajo el abarcativo encabezamiento de financiamiento ajeno, en el tomo primero (6.6) expusimos los fundamentos de la asunción de los costos de las psicoterapias analíticas por las mutuas de salud. En el entretanto, también en las compañías de seguros privadas, y en las cajas de seguro de los empleados estatales respecto del otorgamiento de subvenciones adicionales, han entrado a operar disposiciones similares. Por tanto, el analista tratante tiene que presentar prácticamente para todos sus pacientes una solicitud de costos de atención, o, según el caso, de subvención, en las correspondientes mutuas o compañías de seguro de salud de los distintos estados federales, solicitudes que son revisadas por un perito en relación con la indicación de una psicoterapia dinámica o analítica. En relación con la duración del tratamiento, las disposiciones del 01.10.87, de las mutuas de salud, no son las mismas que las normas que rigen el otorgamiento de las subvenciones adicionales. Las diferentes compañías privadas de seguro tienen también diversas disposiciones.

A nivel internacional, el problema del "third party payment" despierta cada vez más interés (Krueger 1986). Del panorama general que presentamos en el primer tomo, se puede concluir que, actualmente, los psicoanalistas alemanes deben presentar solicitudes para fundamentar los procedimientos terapéuticos de acuerdo con los principios etiológicos de la teoría psicoanalítica para casi todos sus pacientes. Así, el terapeuta debe poder hacer plausible al analista que hace

de perito de que el tratamiento previsto puede conducir al alivio, a la mejoría o a la curación de la enfermedad neurótica o psicosomática en cuestión, o de que fomentará la rehabilitación del paciente. También deben evaluarse las posibilidades de cambio, es decir, el pronóstico. En las solicitudes a los psicoanalistas que hacen de peritos, quienes eventualmente podrán recomendar a la mutua de salud la aprobación para empezar, o para continuar, una psicoterapia analítica, se trata, al igual que en los seminarios técnicos, de hacer concordar las apreciaciones psicodinámicas con los pasos técnicos. Por otro lado, se debe poder mostrar, en base al proceso, la manera como el paciente reacciona frente a la terapia, es decir, poder fundamentar el cambio de los síntomas en relación con la transferencia y la resistencia. De manera expresa, las normas consideran importante el enjuiciamiento de las regresiones en cuanto a su utilidad terapéutica. El pasaje correspondiente de las normas vigentes a partir del 01.10.1987, reza del siguiente modo:

La psicoterapia analítica abarca aquellas formas terapéuticas que tratan los síntomas neuróticos conjuntamente con el conflicto neurótico y con la estructura neurótica básica del paciente. En ellas, el suceso terapéutico se pone en marcha, y se promueve, con ayuda del análisis de la transferencia, de la contratransferencia y de la resistencia, haciendo uso de procesos regresivos.

En este pasaje se puede reconocer que las normas se basan en la teoría de la terapia de la psicología del yo. Las solicitudes de continuación de tratamiento no presentan problemas si es que se puede demostrar que el dominio de los conflictos psíquicos y el cambio sintomático hacen necesaria una "regresión al servicio del yo". Sin embargo, sí que es difícil para muchos solicitantes fundamentar solicitudes de prolongación -en especial aquellas que van más allá de las duraciones reglamentadas-, del modo como lo exige Freud (1918b, p.14) para la conducción de análisis especialmente profundos. En este pasaje, Freud relaciona reflexiones etiológicas y terapéuticas, y fundamenta las diferentes duraciones de los tratamientos en que algunos problemas y síntomas pueden ser solucionados terapéuticamente como "configuraciones" posteriores del historial de vida, tan sólo cuando se han encontrado las causas en las capas más profundas del desarrollo psíquico. En este mismo sentido, para asumir los costos de la psicoterapia analítica, las normas exigen una fundamentación causal. Las regresiones por sí mismas no corresponden a las metas etiológicas ni tampoco a las metas terapéuticas de Freud. En este sentido, Baranger y cols. (1983) hablan de un prejuicio generalizado, que sacrificó el punto de vista fundamental de Freud sobre la Nachträglichkeit (véase 3.3), es decir, sobre la significación

retroactiva. Si una causa recibe sólo retroactivamente, y bajo la impresión de sucesos posteriores, su fuerza determinante, las teorías que sitúan el origen de síntomas psíquicos y psicosomáticos tardíos en las etapas de desarrollo más tempranas se hacen problemáticas. En este sentido, Baranger y cols. critican especialmente las teorías de Melanie Klein. La muy difundida tendencia de ver el factor terapéutico decisivo en las regresiones por sí mismas, se relaciona con el descuido del significado causal de los sucesos de efecto retrógrado. Esta idea conduce al enfoque terapéutico de llevar la situación analítica a formas cada vez más profundas de regresión y de animar al paciente a revivir vivencias traumáticas tempranas, y lo más tempranas posibles. Baranger y cols. hablan de la ilusión, refutada una y otra vez por la experiencia, de que las situaciones arcaicas alcanzadas -sea a través de drogas o por regresiones analíticas promovidas sistemáticamente- bastan para lograr progresos. Como ejemplos de tales experiencias, estos autores mencionan el resurgimiento de la simbiosis inicial con la madre, el trauma de nacimiento, la relación primitiva con el padre, las posiciones esquizo-paranoide y depresiva del lactante y la salida del así llamado núcleo psicótico. Baranger y cols. acentúan expresamente

... que es inútil revivir un trauma si es que esto no se complementa con la reelaboración, si el trauma no es reintegrado en el curso de una historia o si las situaciones traumáticas iniciales de la vida del sujeto no son diferenciadas del mito histórico de sus orígenes (1983, p.6).

La responsabilidad médica y científica exige considerar los movimientos regresivos dentro del campo tensional entre la resistencia y la transferencia bajo el punto de vista del dominio de los conflictos, bajo el que, pensamos, también debe subordinarse el concepto de la reelaboración. De otra forma, se despiertan falsas ilusiones y se establecen iatrogénicamente dependencias que, en ciertas circunstancias, llegan hasta las regresiones malignas. De acuerdo con nuestra propia experiencia como peritos, un frecuente indicio de tales evoluciones es la inquietante constatación, en solicitudes de prolongación más allá de 160 o 240 sesiones, de que si la terapia se termina en ese momento, existe una amenaza de recaída o incluso de suicidio. Sin querer poner en duda de que también en tratamientos llevados correctamente a cabo se pueda llegar a tales situaciones, queremos exponer nuestras experiencias en este sentido, como analistas tratantes y como peritos. Desde un punto de vista terapéutico es decisivo evitar al máximo las regresiones malignas. En nuestra opinión, del entendimiento de la regresión desde el punto de vista de la psicología del yo, se deriva la necesidad de crear en la sesión analítica las mejores condiciones posibles para poner al

paciente en una situación tal que pueda dominar sus conflictos. A es-to también pertenece llegar a evaluar realísimamente la propia situación de vida. Para limitar las regresiones malignas, es recomendable no perder de vista, en medio del análisis de la transferencia y de la resistencia, las circunstancias económicas y de financiamiento y, con ello, un aspecto esencial del sentido de realidad. En este sen-tido, las limitaciones temporales en la prestación de los servicios financiados por las mutuas, y que el paciente conoce, pueden colaborar en la evitación de las regre-siones malignas. Por otro lado, también existen pacientes graves que se sienten tan considerablemente presionados por las limitaciones temporales, que muestran un reforzamiento de las angustias neuróticas. Los problemas que surgen de esta situación han sido hasta el momento solucionados por nosotros de manera satisfac-toria. Como peritos, sin embargo, tenemos frecuentemente la impresión de que existe una discrepancia entre la inquietante constatación de que podría pasar algo grave si la terapia fuera interrumpida dentro de los plazos fijados por las normas, y la fundamentación psicodinámica de este estado de cosas en base a criterios causa-les y pronósticos comprensibles.

Procedimiento de solicitud

Una serie de razones nos llevaron a la elección del ejemplo siguiente. El informe del médico tratante al perito para la solicitud de declaración de prestaciones obliga-torias para psicoterapia, como también las solicitudes de prolongación, fueron re-dactadas antes de que proyectáramos escribir un libro de técnica o, mejor dicho, an-tes de que nos propusiéramos reproducir en este segundo tomo el procedimiento de solicitud de prolongaciones más allá de los límites habituales. Por lo tanto, las so-licitudes no fueron fabricadas con este propósito. Por lo demás, su extensión no es representativa. El analista solicitante recurrió a anotaciones para un seminario téc-nico, por eso la solicitud de prolongación resultó tan minuciosa. El largo no ha-bitual nos es aquí muy ventajoso, pues así el lector puede orientarse en detalle en el proceso.

En este caso se pudo fundamentar que, desde un punto de vista etiológico, la continuación del tratamiento, más allá de los límites habituales para las presta-ciones, se justificaba en términos de la relación entre medios y fines (Zweckmäs-sigkeit), en términos económicos (relación costo-beneficio) y en términos de nece-sidad.

Finalmente, en este ejemplo podemos demostrar bastante bien los efectos del procedimiento pericial sobre el proceso analítico, es decir, sobre la transferencia

y la resistencia. A este importante problema le dedicamos una sección (6.5). Además, con la elección de este ejemplo ahorramos espacio y evitamos repeticiones, pues en la sección 8.2.1 el lector puede encontrar la anamnesis cifrada que se expone en detalle en el punto 4 del formulario de solicitud. También podemos re-nunciar a responder aquí la pregunta por la información ofrecida espontáneamente por el paciente, pues el lector puede encontrar las quejas sintomáticas de Arturo Y dispersas en varios ejemplos, que con la ayuda del registro de pacientes son fácilmente accesibles. Por lo demás, la reproducción, en lo posible literal, de la información que el paciente ofrece de manera espontánea es especialmente importante, porque en la quejas del paciente el perito puede también ganar una impresión de su padecimiento y así ponerlas en relación con los puntos restantes, en especial con la explicación psicodinámica de su enfermedad.

En el tomo primero describimos en detalle las modalidades de financiamiento ajeno. El paciente asegurado por ley no cancela los honorarios por sí mismo y no recibe factura. Los honorarios son transferidos al analista a través de la agrupación gremial médica correspondiente, de acuerdo con determinados procedimientos. La cuantía del honorario por sesión es fija. Por lo tanto, en la atención médica a través de mutuas no se pueden acordar honorarios libremente. Distinta es la situación para un grupo relativamente pequeño de pacientes que están asegurados de manera voluntaria en una compañía de seguros y que llegan al médico con el deseo de ser tratados en forma privada. En ese caso, el tratamiento es acordado libremente y los honorarios pueden ser pactados de manera individual. Luego, el paciente podrá dirigirse a su compañía de seguro para una devolución de los costos. Por lo tanto, por la atención a través de mutuas, el analista no se encuentra en una relación contractual con éstas. En este caso también es necesaria la presentación de una solicitud, para verificar la indicación y la calidad de enfermedad del padecimiento, en el marco de las normas generales para la asunción de los costos.

Arturo Y estaba asegurado voluntariamente en una compañía privada y había contratado un seguro adicional para cubrir eventuales diferencias en los importes. Como paciente privado, fue tratado en base a honorarios pactados libremente. Estos fueron fijados en 138 DM por sesión. El tratamiento fue financiado por ambos seguros hasta que la calidad mórbida de los síntomas no pudo seguir siendo documentada con seguridad. Después de la expiración del financiamiento por la compañía de seguros, Arturo Y pagó por medios propios 120 sesiones más, claro que con honorarios de 90 DM por sesión. A partir de ese momento, el análisis estuvo básicamente al servicio del despliegue de su

personalidad y del enriquecimiento de su vida personal. Si bien existen transiciones fluidas entre las dificultades de vida y los síntomas de enfermedad, es posible hacer distinciones. Sobre todo bajo el punto de vista analítico, es esencial que a lo largo de una terapia el paciente llegue a reconocer su participación en la configuración de la propia vida y su influencia en los síntomas.

Como ya lo dijimos, el análisis de Arturo Y fue financiado por la compañía de seguros más allá de la sesión n.º 300. Por lo tanto, estamos en condiciones de familiarizar al lector con los argumentos que fundamentamos de manera general en la sección 6.6 del primer tomo y de ilustrarlos ahora casuísticamente.

Además, la casualidad ha querido que Arturo Y pertenezca a aquel pequeño grupo de pacientes que estiman importante leer el informe del analista. En la sección 6.6.2 del primer tomo recomendamos redactar las solicitudes de tal forma que el paciente pueda, si lo quiere, leerlas y comprenderlas. Por cierto, con pacientes psiquiátricos el examen de la historia de la enfermedad o del informe del perito puede ser, bajo ciertas circunstancias, denegada (Tölle 1983; Pribilla 1980). Sin embargo, denegar a pacientes en análisis el examen del informe entregado, puede conducir a sobrecargas extraordinariamente importantes. Y esto, también porque desde el punto de vista legal, los informes no recaen dentro de las anotaciones personales del analista que, en relación con la contratransferencia, tienen un carácter privado. Sea como fuere, volvemos a recomendar lo mismo y ofrecemos además un ejemplo de ello. A petición de él, Arturo Y leyó la segunda solicitud de prolongación, posteriormente a su presentación. Por lo demás, durante su redacción, el analista tratante no contaba con tal posibilidad, ni en general, ni tampoco en este caso en particular. Es sorprendente que sólo pocos pacientes quieran echar un vistazo en el informe que los afecta. Mucho tiempo después de que la continuación del financiamiento había sido aprobada por la compañía de seguros, Arturo Y leyó la segunda solicitud de prolongación en la sala de espera. Quería descubrir si acaso su analista estaba a sus espaldas negociando con el perito algo a lo que él no tenía acceso. El hecho de que en la solicitud de prolongación el paciente encontrara descritas experiencias que le eran familiares, fortaleció la relación terapéutica. También la fundamentación psi-codinámica para continuar el tratamiento le pareció iluminadora y correspondiente con nuestras reflexiones en común. Para Arturo Y fue especialmente tranquilizador que el compromiso para la continuación del tratamiento, más allá de la expiración del financiamiento ajeno, haya sido planteado por mí en base a honorarios razonables para él.

En el formulario PT 3a/E de informe del médico al perito se da una importancia especial al punto 6, esto es, a la descripción de la psicodinámica de la

enfermedad neurótica. De ésta surge la fundamentación para el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico de la psicoterapia, de los que tratan los puntos 7, 8 y 9, respectivamente.

Con la advertencia: "¡Sin una contestación suficiente de esta pregunta, la solicitud no puede ser elaborada por el perito!" se llama especialmente la atención del analista tratante sobre la importancia del punto 6 -psicodinámica de la enfermedad neurótica-. Y, ¿cuáles son los puntos de vista a considerar? Se deben exponer los factores condicionantes actuantes en la génesis de los síntomas neuróticos o psico-somáticos, o las causas desencadenantes continuas que mantienen la sintomatología. En el centro de esto se encuentra la presentación de los conflictos anímicos, en especial respecto de sus aspectos inconscientes, con las formaciones de compromiso y sintomáticas neuróticas consiguientes.

Fuera de esto, se deben describir la aparición de los síntomas y los factores desencadenantes remontándose hasta la psicogénesis previa. En nuestro ejemplo, al re-producir la descripción del proceso terapéutico, según cristaliza en la solicitud, nos restringimos básicamente a este punto. Para una mejor comprensión, extraemos el siguiente pasaje de la descripción de los hallazgos psíquicos (5a):

En la consulta de urgencia, Arturo Y se muestra movido por la angustia y necesitado de apoyo. Se desarrolla una transferencia positiva, que promuevo conscientemente, con la intención de construir para el paciente un puente que le permita pasar las vacaciones de Navidad. Le receto un preparado benzodiazepínico.

Comentario: La prescripción despertó la confianza del paciente en el analista. En base al conocimiento de su historia previa y del comportamiento ulterior del paciente, es incluso probable que sin la prescripción del medicamento no se habría llegado a comenzar el análisis. Los problemas generales relacionados con esto se-rán discutidos en la sección 9.10.

Para no hacerse dependiente, el paciente ingirió sólo 4 tabletas hasta la presentación de la solicitud, es decir, en alrededor de 4 semanas. El ánimo depresivo des-perado se debe entender como una reacción a los síntomas obsesivos. Ciertas oscilaciones de las molestias durante los últimos 10 años se entienden en relación con las circunstancias y, de acuerdo con su curso, con seguridad no remiten a una depresión fásica.

En la solicitud inicial se puede leer el siguiente resumen psicodinámico:

El paciente no se equivoca al ver en la enfermedad cancerosa de su hermano menor la situación desencadenante del empeoramiento de la sintomatología obsesiva y angustiosa, preexistente desde hace ya muchos años. Con motivo de esta enfermedad mortal en la familia, se activaron antiguas ambivalencias, que, en lo tocante a su intensidad, permanecieron inconscientes y que volvieron de la represión en numerosos síntomas. El paciente está en los límites de su capacidad de integración, y teme volverse loco como su madre. Para preservarse el mismo y a los demás de lo peor, piensa en quitarse la vida. Se trata de un trastorno que lo defiende de intensas tendencias pasivo-femeninas. En general, el carácter del paciente está marcado por una fuerte ambivalencia respecto del padre. Saltan a la vista algunas fijaciones y conflictos anales. Aún no se puede juzgar la significación de la estructura depresiva de la madre. En la fase edípica, se le denegó la necesaria confirmación fálico-narcisista, debido a las exageradas exigencias de sus padres. La consecuencia es una fuerte susceptibilidad narcisista. El llamamiento del padre a las filas trajo consigo primero un cumplimiento de deseo. El conflicto del paciente reside fundamentalmente en que asumió sobre sí el exigente y duro yo ideal del padre, combatiendo desde entonces con todas sus fuerzas sus deseos pasivos de apoyo. Sospecho que su miedo consciente por una siniestra "perversión" es más una defensa en contra de sus tendencias pasivas. Por ejemplo, cuando acaricia a su hijo en la cabeza -es decir, cuando es tierno y se identifica con el acariciado-, ambos se transforman en "demonio": del acariciar se llega al "quitar la vida". En sus variadas angustias, que aparecen en forma compulsiva, hay placer omnipotente: "Si estuviera libre de angustias, sería espantosamente arrogante."

En relación con el pronóstico (pregunta 9), en la solicitud inicial se expone lo siguiente:

A pesar de la larga duración, es favorable, por lo menos en relación con el empeoramiento. Es de esperar un mejoramiento esencial, de modo que la capacidad laboral pueda mantenerse. Lo que hasta ahora se sabe de la psicogénesis, en especial del curso de psicoterapias anteriores, permite incluso suponer que es posible una mejoría sustancial o hasta una curación, pues el paciente es flexible y no es un neurótico obsesivo reseco, y porque en las psicoterapias anteriores las fantasías grandiosas narcisistas y la transferencia negativa fueron claramente descuidadas, de modo que su fuerza motivadora de la formación sintomática permaneció incólume.

Fundamentación de la primera solicitud de prolongación (sesiones 80.^a a 160.^a)

Para todas las solicitudes de prolongación de psicoterapia son especialmente importantes las preguntas 4, 5, 6, 7 y 8, que también pueden ser respondidas de manera resumida. El analista tratante debe entregar información sobre los conocimientos logrados hasta el momento sobre la psicodinámica de la enfermedad neurótica (pregunta 4), como también sobre los complementos relativos al diagnóstico (5). Especialmente importante es el resumen del proceso terapéutico desplegado hasta el momento y la apreciación del pronóstico, con un juicio sobre la capacidad del paciente para regresar, la fuerza de la fijación, la flexibilidad y las posibilidades de desarrollo del paciente.

De la primera solicitud de prolongación tomamos el siguiente resumen:

El contexto biográfico y psicogenético o, mejor dicho, los precursores de la neurosis obsesiva, son: experiencias sadomasoquistas en la niñez - a causa de la encopresis, duros castigos físicos en el lavadero, donde también se sacrificaban animales domésticos (ahora: angustias neuróticas obsesivas frente al color rojo y a la sangre, con rituales defensivos). Los pensamientos obsesivos aparecen por primera vez en el internado: por un lado educadores brutales, por el otro seductores homo-sexuales. Como niño, había colocado sus ideas grandiosas en la identificación con Hitler, y su impotencia y su sentirse repulsivo, en la identificación con los "asquerosos judíos". (Se sentía como un niño judío porque no correspondía a la imagen deseada por sus padres y por su medio.) El hecho de que el padre cayera en la guerra sin haberse reconciliado con él, hizo que la ambivalencia y la idealización escaparan a todo control. La relación con su madre depresiva determinó toda su vida. Cuando quería sentirse satisfecho, se convertía en lo que la madre había sido: un ser sin impulso y depresivo. Los sentimientos de culpa frente al odio inconsciente por la madre desvalida reforzaron la identificación con ella. No podía alegrarse por sus éxitos. Hace sólo poco tiempo que surgió el recuerdo de un aspecto positivo de la madre: ella tuvo una pequeña tienda que le procuró alegría y éxito. Pero eso no calzaba con las ideas de prestigio de la línea paterna.

La relación transferencial y de trabajo se desarrolló de la siguiente manera: pronto se hizo claro de que él seguía servilmente la regla fundamental, pero evitaba mis susceptibilidades reales o imaginarias. De la primera vez que había consultado, hacía más de 15 años atrás, le quedaba un solo recuerdo: en aquel tiempo yo le habría dicho, con acento checo, "Venga al hospital universitario". El profesor y director interino de la clínica psicosomática de Heidelberg, ¡un alemán refugiado de la región de los sudetes! ¡Desprecio y aprecio a la vez! El

miedo a ofender, y esto al descubrir susceptibilidades reales o al observar peculiaridades personales, es mucho mayor que la angustia por las fantasías de omnipotencia o de impotencia que se establecieron a través de decenios de retirarse de este tipo de disputas personales.

Parto de la base que el aumento en los sentimientos positivos de sí mismo puede convertirse de tal modo en amenaza -en identificación con Hitler en Obersalz-berg-, que él llegue a desplazar todo hacia afuera, es decir, lo escinda de él y lo sienta como ajeno, ajeno en la apercpción neurótico obsesiva de los silbidos. Los silbidos se relacionan con el silbo que produce un cuchillo al ser desenvainado para proceder al degüello ritual de un cordero en la "situación desencadenante". Después, los silbidos se relacionaron con el desenvainar de un cuchillo y finalmente con asesinatos y fantasías de homicidio. El paciente toma positivamente mis observaciones sobre la proyección de su omnipotencia/impotencia en los silbidos y en el cordero víctima, destacando que estas reflexiones le dan por primera vez la posibilidad de superar lo ajeno de tales pensamientos y de aprender a verlos, aunque a regaña-dientes, como partes de sí mismo.

Arturo Y vuelve a retomar la analogía del viejo encino, preguntándose si éste resistirá todo el veneno que él pueda salpicar en la forma de dudas. Hermoseando la imagen, continúa diciendo que naturalmente no quisiera cortar la rama en la que está sentado. Se trata entonces de sus reflexiones en torno a que yo podría enfermar y morir y así no podría continuar o terminar su tratamiento. Para él, estar nuevamente solo significa ser abandonado. Mi pensamiento de que él no es totalmente dependiente, es decir, no como un niño pequeño sentado sobre una rama que se cae al suelo, le es nuevo. Por consiguiente, se sorprende cuando le llamo su atención sobre el hecho de que él ya ha adquirido cierta autonomía y que por lo tanto tiene músculos suficientes para sujetarse de alguna otra rama. Le vuelve a sorprender que yo formule como problema la pregunta de hasta dónde él se reprocha, cuando está solo, de haberme abrumado demasiado. Establezco un paralelo con la enfermedad de su hermana y, sobre todo, con la larga enfermedad de la madre, que le impidió ser abierto y criticar. Se siente responsable del suicidio de la madre, como si a través de la resolución que él un día mostró, la hubiera empujado hacia la muerte.

Arturo Y había tenido la esperanza de mejorarse después de 20 a 30 sesiones. En los hechos, él nota el enorme trabajo que queda por hacer. Dice que ya no realiza algunos ritos obsesivos. Que si esta vez no mejora no le queda más que quitarse la vida. Suena como si yo le echara la "culpa" de eso. Por eso retomo mis explicaciones previas a la terapia y recalco mi participación emocional y mi parte en la responsabilidad. Su idea de que yo permanezco intangible como un

médico en la unidad de tratamientos intensivos, a quien la agonía no lo debe tocar, la interpreto como su deseo de convertirme en un objeto atemporal e inmortal. Agregó que el que le echen la culpa tiene que por debajo producirle rabia.

Los contenidos sadomasoquistas se relacionan sintomáticamente en especial con el crucifijo y con el sacrificio de Isaac por Abraham. En la transferencia se aclara, además, que su imagen de Dios es una defensa en contra de sus ansias de amor y de sus angustias homosexuales. Pudimos trabajar que su ambivalencia lo lleva a de-fenderse de las ansias por su padre.

Segunda solicitud de prolongación (sesiones 160.^a a 240.^a)

Después de la descripción detallada de la anamnesis, en esta solicitud de prolongación me limito a la presentación del curso resumiendo algunos puntos esenciales.

Ha tenido efectos muy favorables el que yo, en especial a causa de las experiencias terapéuticas anteriores del paciente, haya dirigido toda mi atención sobre el análisis de la psicodinámica en el aquí y en el ahora. La elaboración analítica de las oscilaciones sintomáticas en conexión con los procesos transferenciales y su elaboración, es reveladora en el siguiente sentido: éstas deben entenderse como reacciones terapéuticas negativas. Están siempre al servicio del autocastigo, en especial cuando el paciente logra, o tiene el deseo de, liberarse un poco más del sometimiento y del masoquismo. Entonces se produce un vuelco hacia el sadismo y la re-vuelta, en lo cual, cada éxito, cada actividad, es relacionada inconscientemente por Arturo Y con su gran miedo por la agresividad y sus consecuencias. Este problema se remonta a la relación con su madre depresiva, que restringió su expansividad. Básicamente, se identificó con las prohibiciones superyoicas restrictivas de la madre y de la abuela. Para el paciente y para mí fue una gran sorpresa comprobar que mis interpretaciones, que contenían palabras como "placer", "satisfacción", etc., las recibía con admiración, mejor dicho con espanto. Al mismo tiempo, se fue dando poco a poco una identificación con el placer transmitido verbalmente por mí, en el sentido de la interpretación mutativa de Strachey. Naturalmente, en tales ocasiones se manifestaron nuevamente las angustias por la cercanía, por la sexualidad, finalmente por los componentes homosexuales que el paciente había vivido trau-

máticamente en la relación con un maestro. En general, estas dos imágenes, la de un maestro sádico y la de un maestro homosexual, son las figuras centrales, en relación con las cuales se puede tratar algo, y las que emergen en la transferencia. Por supuesto, las variables del encuadre son especialmente apropiadas para colgar esta constelación transferencial. Con la liberación en aumento, salen también a colación los problemas sexuales que tiene con su esposa a causa de su regresión anal y de la mezcla entre placer y suciedad. En las terapias anteriores, cualquier interpretación con contenidos sexuales la había sentido como una humillación. Al parecer, en esas terapias las interpretaciones de contenido estaban tan en el centro de la atención, que el aspecto del autocastigo había sido aludido de manera insuficiente.

Otro campo importante es el de los esfuerzos del paciente por recuperar terreno perdido a través de la identificación con sus hijos, que él mismo consiente. Estos procesos han contribuido a que se restrinja enormemente y a que limite su propio margen de libertad, en el sentido de que basta que llegue algo más tarde a casa para tener mala conciencia.

El curso favorable de esta terapia se puede reconocer no sólo en la buena elaboración de los problemas recién esquematizados y en otros más, sino también en una mejoría sintomática importante. En ésta, hay que destacar que Arturo Y pudo abandonar su dependencia de la considerable ingestión vespertina de alcohol, sin ninguna elaboración especial. Ha bajado 15 kg. de peso y ha empezado a practicar bastante deporte. Durante años y decenios dependía del alcohol, en la creencia de que sólo mediante este medio tranquilizador podría soportar el día siguiente. No se podía sentar sin un vaso en la mano. Esta dependencia lo abrumaba mucho, y debe remitirse ante todo al hecho de que el sentarse tranquilamente le traía inmediatamente al recuerdo su madre depresiva, quien había permanecido años en una total pasividad, ocasionalmente en estado estuporoso. Su mayor libertad se expresa también en que en relación con las interrupciones del tratamiento prácticamente no surgen problemas de separación y en que durante mi ausencia tampoco ingiere tranquilizantes.

Solicitud complementaria (sesiones 240.^a a 300.^a)

Arturo Y leyó esta solicitud, posteriormente a su presentación. Le sorprendió poder entender el texto. Le tranquilizó que la continuación de la terapia hubiera sido solicitada dentro del marco de lo conversado entre nosotros.

A petición del paciente, a causa de la intensidad del proceso terapéutico y para dar al paciente la posibilidad de reelaborar el trasfondo inconsciente de sus síntomas, la frecuencia de la terapia fue aumentada de 3 a 4 sesiones por semana. Este aumento de la frecuencia tuvo efectos terapéuticos positivos, pues ahora las oscilaciones sintomáticas emergentes ad hoc y en conexión con la transferencia, pueden ser elaboradas inmediatamente.

El anuncio de mis vacaciones de verano, es decir, de la interrupción inminente, dio término a un desarrollo positivo. Durante las vacaciones se produjo una reaparición de los síntomas obsesivos en sus diversas manifestaciones (angustia, miedo de llegar a hacer daño a su hijo o a algún otro miembro de la familia, ver en el hijo un demonio, poner una atención obsesiva en los propios ruidos sibilantes al hablar, y sufrir a causa de todo eso). Desgraciadamente, el contexto psicodinámico pudo ser sólo posteriormente reconocido plenamente y consecuentemente elaborado: cada vez que el paciente siente impulsos agresivos, se experimenta a sí mismo como un demonio, lo que aparta de sí depositándolo en la figura de su hijo, a través del rodeo de la formación sintomática. En la transferencia, estos impulsos se convirtieron en palabras claves, en las cuales también se puede señalar el trabajo temático: la falta de consideración del analista, que el paciente sintió en relación con la interrupción de vacaciones, contiene su propia desconsideración. Desconsideración y arbitrariedad, como fantasías propias de poder y omnipotencia, fueron siendo cada vez más conscientes para el paciente, y en la misma medida los síntomas volvieron a retirarse al segundo plano. Naturalmente, también hay que agregar las medidas de control neurótico obsesivas anteriores, con las que él a su vez podía alcanzar un cierto equilibrio. A través de la palabra clave "diabluras", que en nuestro idioma común adquirió una relevancia especial, al paciente le fueron siendo conscientes sus trucos inconscientes, sus insidias anales y su gozo en intrigar. Naturalmente, estas mociones las veía a través de un lente de aumento y sus medidas de castigo y autocastigo eran correspondientemente grandes. Mientras mayor era su placer de vivir, mayor era el masoquismo pasajero. Se demostró que anteriormente había habido sólo una época en la que se había sentido bien: durante las vacaciones, cuando resultaban bien después de intensas preparaciones. Por así decirlo, el tiempo de vacaciones era el único en que, "por razones de salud", podía gozar. Tanto más abrumador fue para él una vez que creyó no poder salir de vacaciones a causa de la supuesta ligereza de su mujer, que había dejado en descubierto la cuenta bancaria. En cambio, yo me transformé en el pudiente, en el "rey" enormemente rico, que se puede permitir todo. En esta operación, el paciente se había achicado a sí mismo considerablemente, había exagerado la ligereza de su mujer y no había tomado

en cuenta sus reservas financieras secretas. Aidez y envidia se hacen ahora presentes en el análisis. Especialmente impresionante es la inmediata mejoría sin-tomática que sigue a un insight con intenso compromiso afectivo en el paciente. El mismo saca esperanzas de ello y aunque por el momento parece estar totalmente destrozado y en el suelo por la reaparición de los síntomas, no se puede dejar de ver un movimiento en espiral.

A pesar de la grave sintomatología, el pronóstico es bueno, porque el paciente se encuentra en condiciones de reelaborar y de liberarse paso a paso.

Solicitud complementaria (sesiones 300.^a a 360.^a)

Esta solicitud, que va más allá de la norma de 300 sesiones de tratamiento, dio al perito la oportunidad de hacer una recomendación positiva. A las tareas del perito también pertenece el interpretar las normas de modo que las reglas puedan ser aplicadas a un caso especial.

El analista solicitante escribe:

La excepción debe verse en el hecho 1) de que se trata de una sintomatología severa que 2) hasta el momento ha podido ser influida favorablemente por la terapia y 3) que de la continuación del análisis se puede esperar una mayor mejoría y que incluso se puede finalmente alcanzar la curación. Este optimismo es justificado, porque la fundamentación psicodinámica subsiguiente no sólo ofrece una explicación suficiente para la sintomatología residual, sino también aclara que el paciente se esfuerza intensamente en la superación de sus resistencias. El trabajo conjunto en la integración de los aspectos de la personalidad hasta ahora escindidos es bueno. Mi pronóstico se apoya en el acuerdo con el paciente de que después de la suspensión de pagos por la mutua él está preparado para seguir la terapia con medios propios, del mismo modo como yo lo estoy para reducir por mi parte considerablemente los honorarios. Estos ya han sido convenidos con el paciente. Desde un punto de vista social, encuentro justificada una nueva prolongación, pues el paciente con seguridad necesitará de mucho tiempo más para lograr la integración de los aspectos yóicos inconscientes que, a causa de su escisión, mantienen la sintomatología residual.

Retomo el punto de vista central que debe ser trabajado en este período de tratamiento.

Del mismo modo como el paciente había recalcado al principio de la terapia que la sexualidad era el único terreno en que no tenía problemas, ahora llegó a un

importante insight, cuya fuerza transformadora no es despreciable. Aquí, debo agregar que nunca compartí la concepción del paciente, aunque me mantuve por mi parte muy reservado. Mi suposición dictaba que, por la conexión entre analidad y sexualidad, cualquier esfuerzo activo en esta dirección tendría que conducir a un reba-jamiento del paciente, que sería sólo una repetición de lo que él ya sabía, a saber, que había hundido la nariz en sus propios excrementos. Con ello, la sexualidad se asociaría con castigo y humillación. Después de que hubo asegurado suficiente-mente sus sentimientos de sí en muchas luchas transferenciales, el paciente arries-gó una ruptura con el autocastigo y con los ejecutores, con quienes hasta el mo-mento se había identificado, en contra del placer de la vida y de la alegría de vivir.

Descubrió que en el sometimiento a una figura sádica de su niñez buscaba apartar, en todos y cada uno de sus síntomas angustiosos y obsesivos, todo placer y sen-sualidad. Por lo tanto, muerte y destrucción en sometimiento a un Dios omnipo-tente y sus representantes en la tierra (Hitler, sacerdote, alguacil de la SS, etc.), a los cuales simultáneamente se ofrecía como objeto amoroso.

Las profundas dimensiones de esta identificación se pueden también deducir de las angustias y síntomas más inofensivos, que desaparecieron después de que el pa-ciente se identificó conmigo como una figura paterna más amable.

No hace falta mencionar que el paciente tiene a la vez profundas angustias a cau-sa de sus propias agresiones que también se dirigen en contra de las figuras de po-der. La reestructuración permitió al paciente salir al encuentro de sus impulsos li-bidinosos y agresivos con muchísima más tolerancia. Un síntoma aún se mantiene pertinaz, a saber, la gran susceptibilidad frente a los silbidos, cada vez que sube el nivel de su angustia debido a procesos inconscientes.

En base a esta fundamentación psicodinámica, solicito, como excepción, 60 se-siones más de tratamiento.

Después de la cesación de los pagos por la mutua, la terapia continuó con una re-ducción en los honorarios y en la frecuencia. Entre el paciente y yo existía el a-cuerdo de que el análisis servía en primera línea al levantamiento de las dificultades de vida, cuyo carácter de enfermedad fue siempre problemático. La continuación exitosa del análisis de baja frecuencia, que Arturo Y financió con sus propios me-dios a razón de 90 DM por sesión, sirvió para la estabilización de su autoestima. El juicio de un resultado exitoso se apoya en diferentes criterios. En nuestra opi-nión, en esto es decisivo que la mejoría sintomática se pueda relacionar con un proceso psicoanalítico que permite la realización de cambios estructurales profun-dos. Recomendamos al lector compenetrarse de

este proceso mediante los pasajes del análisis de Arturo Y reproducidos en este libro (véase registro de pacientes).

6.5 Peritaje y transferencia

Todas las acciones del analista deben ser investigadas en relación con sus efectos sobre la relación y la transferencia. Si acaso se debe o no extender una receta o un certificado, todo influye en la relación entre paciente y analista. En conexión con un empeoramiento considerable de los síntomas de Arturo Y, el manejo de un certificado que tendría que extender el analista se convirtió en un torno de reelaboración de la transferencia negativa. La elaboración de este tema se prolongó por varias sesiones. Situaciones semejantes se habían repetido muchas veces a lo largo del análisis.

Arturo Y está asegurado voluntariamente en una compañía de seguros y es tratado como paciente privado. Como lo adelantamos en la sección anterior, había con-tratado un seguro adicional para cubrir eventuales diferencias en los importes. Aho-ra, este seguro le ha comunicado que los costos para una psicoterapia ambulatoria no están cubiertos por el contrato. Con buena voluntad, se tenía en vista disponer una participación en los costos, siempre que existiera una enfermedad cuyo trata-miento psicoanalítico fuera recomendado por el médico tratante en un informe deta-llado, en el sentido de su utilidad, economía y necesidad.

A continuación presentamos algunos pasajes de 2 sesiones en que se discutió el tema.

P.: Sí, Ud. vuelve una y otra vez al asunto del seguro y del certificado que necesito de Ud. Tengo la impresión de que Ud. piensa que yo no debiera dejarle todo a Ud. y que debiera considerar la realidad.

A.: No, no pensé en una realidad determinada, sino en desilusiones. Hace quizás ya 8 días que Ud. espera el certificado.

P.: Tengo la sensación de que Ud. lo retiene adrede, porque todavía no he dicho to-do lo que tendría que decir al respecto.

A.: No, pero Ud. ve que evidentemente ese es un punto muy importante.

P.: La verdad es que me sorprende que Ud. considere el asunto del seguro como más importante que lo que yo lo hago, aunque me afecta enormemente.

Encuentro que es una sinvergüencería que el seguro me niegue algo a lo que tengo legítimo derecho.

A.: Y ahora se le ocurre que yo le niego algo para enfadarlo.

P.: Sí y no.

A.: Hm.

P.: Para provocarme a decir más sobre eso.

A.: Creo que sí tiene el sentimiento de que sólo no puede hacer nada más, y yo le hablé del anhelo, de lo lindo que es cuando alguien toma todo en sus manos y hace por uno todo lo que hay que hacer.

P.: Una persona.

A.: Y en lo posible alguien que sea fuerte. Sería extraño que Ud. no tuviera este anhelo.

P.: Sí.

A.: ¿Quiere decir que sí lo tiene?

P.: Naturalmente.

A.: Tal anhelo puede conducir además a que no se ponga en juego el propio poder. Sobre eso le llamé la atención, y quizás de eso sacó la conclusión de que yo le he retenido el certificado, o quizás tuvo también la idea de que yo no estoy dispuesto a hacer mucho por Ud. ¿Anhelo, desilusión o rechazo?

P.: Sí, cuando uno está tan metido como yo lo estoy, claro que se tiene un enorme deseo de que alguien venga y ponga orden.

A.: Sí, sí, y no sólo el asunto del seguro, ahora, sino también las angustias y todo, la verdad.

P.: Que en eso existe un cierto peligro de no poner en juego las fuerzas propias, es algo que tengo claro.

A.: Probablemente con ello se relaciona el que Ud. sea cuidadoso y no diga que es una canallada que yo demore tanto tiempo el certificado.

P.: Sí, y la verdad que tuve el sentimiento que Ud. lo retendría hasta que yo de alguna manera reaccionara con todo, masivamente.

A.: Entonces, por un lado se siente rechazado, pero no ha reaccionado masivamente en contra mía o de la mutua. No es Ud. quien ha reaccionado masivamente, sino sus angustias y pensamientos.

P.: Seguro, si pienso en ello, me surge naturalmente preguntar si el certificado está listo y si me lo puedo llevar. Claro.

El paciente pone término a un silencio más largo con la comunicación de que sus pensamientos se desviaron al conflicto con su jefe.

Mi demora en entregarle el certificado inmediatamente ha conducido a un desplazamiento. Con todo, el paciente retoma el tema.

P.: Ud. me debe una respuesta.

A.: Sí, estaba pensando en lo que podría decirle ahora y no se me ocurrió nada. Pero el asunto no está terminado. Ud. quiere saber si va a recibir el certificado ahora, en este momento.

P.: Exacto.

A.: Y Ud. planteó además otro punto que también sigue en suspenso.

P.: Todavía no me responde si voy a recibir el certificado. Ahora, sí, si no cuándo, le pregunto de nuevo.

A.: Tendría que estar ya escrito o estar siendo escrito en este momento (durante la sesión), porque ya está dictado.

P.: Supongo entonces que me lo pasará la próxima vez.

Le pregunto si él piensa que no lo recibirá en absoluto., lo que niega. Entonces se despliega el sentimiento subliminal de que el certificado le podría ser denegado.

P.: Ahora sí que tocamos el punto: Ud. podría decir que yo no he puesto todas mis fuerzas en juego, y mientras no lo haga ... claro que para eso puedo esperar 10 años, si Ud. dice que no he puesto todas mis fuerzas en tensión. Ahora tengo el impulso de decir: a la mierda con el certificado.

Al paciente se le ocurre que la negativa de la mutua, recibida después de la vuelta de vacaciones (igual que la demora en la extensión del certificado) había conducido a un empeoramiento en los síntomas y que desde ese momento todo está nueva-mente muy lábil.

Al final de la hora, resumo lo sucedido: bajo la impresión de estar expuesto a una vejación, se ha acumulado rabia, que por desplazamiento se impuso como em-peoramiento sintomático.

Comentario: El analista necesitó de algunos días para redactar el texto que ahora está listo en la secretaría. Durante este tiempo, en el paciente se desarrolló gran in-certidumbre y enfado, que se expresó en los síntomas a través de la vuelta de lo re-primido. Para poder reconstruir esta operación, en esta sesión el analista dejó al pa-ciente intencionalmente en suspenso. Aunque el dejar el asunto abierto tuvo efec-tos productivos, este proceder no deja de ser problemático, pues es riesgoso apo-yarse en el dicho de que el fin justifica los medios.

El analista entrega al paciente un certificado aún no firmado, llamándole la aten-ción sobre el hecho de que los puntos incluidos ya fueron aclarados en la declara-ción por la cual la compañía de seguros asumió los costos. Agrega que un informe exhaustivo sería expedido, en el caso de que siguiera siendo necesario, sólo para el enjuiciamiento de un médico competente en materias de psicoterapia.

En la sesión siguiente, se pone de manifiesto que Arturo Y se ha ocupado inten-samente con el asunto del certificado.

P.: En su lugar, yo habría cedido más a las pretensiones de la mutua ... Habría probado más con sometimiento. Quizás hubiera alcanzado lo mismo. Si la compa-ñía hubiera pagado el resto, se habría visto confirmada mi tesis de que si uno se somete se llega a la meta. Ud. ve las cosas de otra manera, y yo no estoy

muy se-guro sobre cómo formular mi propia carta, si acaso debo pedirlo como favor o re-clarar un derecho. Pienso que tengo derecho a un pago compensatorio.

El paciente menciona otras posibilidades de formulación para el texto que debe escribir a la compañía de seguros en causa propia. Está impresionado por mi toma de posición clara y concisa, y en ello ve una actitud ejemplar y valiente frente a una institución.

A.: Hmhm. Claro que son dos mundos, tiene miedo de que si exige algo, el seguro podría reaccionar desafiadamente.

P.: Si uso una formulación de sometimiento, podrían tener compasión conmigo y decir: ah, pobre diablo. De nuevo sería el pobre diablo. Nosotros, el poderoso se-guro, ayudemos pues a este pobre diablo. Qué son un par de marcos.

Tirémoselos como limosna. Sí, esta historia aquí, es enormemente cansadora.

A.: Ud. sabe que aún no he firmado el certificado.

P.: Sí, quiero el certificado como redactado por Ud.

A.: Entonces lo puede enviar Ud. mismo, con una carta adjunta.

P.: La quiero como está redactada, la encuentro bien, absolutamente en orden.

A continuación, teniendo especialmente en vista el procedimiento general de pre-sentación de solicitudes, le ofrezco algunas explicaciones sobre los conceptos de necesidad, economía y utilidad, así como sobre el concepto de enfermedad, en base a los cuales las mutuas de salud reconocen la obligación de prestaciones o, mejor dicho, a los que el perito médico se atiene para la confección de su informe a la compañía de seguros. Llamo la atención sobre el sigilo profesional y sobre el hecho de que las solicitudes son anónimas.

El redondea entonces el tema:

P.: Aún no tengo clara mi formulación. Quizás pueda meter las dos cosas.

Ahora, ya se me ocurrirá algo. Sólo que me sorprende que estas cosas estremezcan tanto mi estado de ánimo, de modo que casi estoy destruido. ¿Qué pasaría si llegara a caer en una crisis de verdad, si quedara cesante, si perdiera mi puesto de trabajo o si tuviera dificultades con mi mujer?

A.: A veces es más fácil pelear en contra de un enemigo real que luchar en contra de un enemigo que no se puede agarrar, con el cual uno no sabe a qué atenerse.

P.: Hoy día Ud. vuelve una y otra vez sobre su propia persona. Bueno, si en mis sentimientos yo lo siento como ese maestro, si eso fuera así, ¿qué saco con saberlo? Aún no soy capaz, me falta, y eso me pone inseguro.

Arturo Y vuelve a colocar en primer plano el tema de la dependencia y pondera sus esfuerzos en granjearse mis simpatías.

Menciona la grabadora. "Aún no me las puedo arreglar con ella. Me siento desvalido, indefenso y violado [véase 7.5]. Quizás eso viene de que temo se establezcan ciertos paralelos. Quizás avanzaría un poco si pudiera confesarme plenamente a mí mismo que la experiencia de entonces fue verdaderamente mala para mí, en vez de estar constantemente apartándola. Como si no hubiese existido nunca, como si con ella sólo quisiera hacerme el importante." (Arturo Y se refiere a las experiencias con el maestro homosexual en el internado.)

A.: Es difícil tener tales ansias no satisfechas, y sentir que se hace mal uso de ellas, sin que uno se pueda defender y cuando uno está simplemente desamparado.

P.: Y que a uno le dé además una enorme rabia, es muy comprensible.

A.: Y también es comprensible que más bien quiera quitarle importancia.

P.: Y ahora quisiera preguntarle si acaso esas experiencias con el profesor contribuyeron sustancialmente a las angustias que tuve posteriormente.

A.: Sí.

P.: Esta respuesta me ayuda - una información clara ... Todo este fango. Se me ocurre que es así. Se me ocurre una comparación. Estoy caminando con el lodo hasta la cintura y me hundo cada vez más y de alguna manera alcanzo siempre de nuevo a topar fondo, pero eso es algo más o menos casual. No sé si al dar el próximo paso caeré en el vacío ... Pero ahora sí que tengo una cierta orientación, para seguir caminado en alguna dirección a través del fango ... Todo es muy difícil. En las palabras abnegación y confianza veo por todas partes el peligro de la sensible-ría.

La sesión termina con el tema del ansia por el padre, después de que el paciente hace mención a la primera aparición de los síntomas angustiosos neuróticos en la prepubertad.