

9 Cursos terapéuticos y resultados

Consideraciones previas

Los cursos terapéuticos que se presentan en este capítulo, aún se refieren, al menos parcialmente, a los historiales clínicos sistemáticos mencionados en la sección 1.3. No es por nostalgia que nos remontamos a tratamientos finalizados ya hace tiempo, sino porque los seguimientos prolongados asociados a éstos ofrecen una inmejorable base para la discusión de resultados terapéuticos. De la experiencia adquirida con historiales clínicos sistemáticos (Thomä 1978) y del estudio de las acciones interpretativas (véase 8.3), partió la investigación de curso y resultado, iniciada en Ulm, y que nos llevó a una nueva comprensión del proceso psicoanalítico (véase capítulo 9 del tomo primero). La investigación en proceso exige más de lo que desarrollaremos en este lugar. Por motivos didácticos, un texto debe apoyarse en una base clínica amplia e incluir un gran número de casos diferentes. La investigación combinada de curso y resultados en el caso único, que junto a otros revindicamos, está sólo en sus comienzos (Grawe 1988). Si presentáramos los casos estudiados por nosotros con la minuciosidad requerida, este libro comprendería un solo caso.

Junto con los resúmenes del curso de los tratamientos presentados en este capítulo, el lector puede seguir fácilmente los aspectos más relevantes de los desarrollos terapéuticos leyendo en forma continuada los ejemplos presentados y utilizando el registro de pacientes. Además, en las secciones 5.1 a 5.3 se presentan pasajes típicos de un análisis, a través de una serie de sueños. En la sección 6.3.1, se reproduce un psicoanálisis sobre la base del procedimiento de presentación de solicitudes de financiamiento a la mutua de salud.

El capítulo se introduce con la sección "Angustia y neurosis" (9.1). No sabríamos encontrar un mejor lugar para este tema central. El lector podrá echar una mirada sobre la teoría psicoanalítica de la angustia (9.2) antes de pasar a los historiales clínicos, donde la angustia ocupa un lugar central (9.3 a 9.5). Ya que

las angustias neuróticas desempeñan un papel importante en todos los tratamientos, también allí donde no se manifiesta abiertamente como síntoma primario, el criterio de la angustia es un importante indicador general en la evaluación de los resultados. Por lo demás, se ha demostrado como imprescindible que en este tomo abordemos algunos conceptos centrales de la teoría general y especial de las neurosis. De este modo, en este capítulo, y anexo a la presentación de un caso de neurodermitis (9.6), se discutirán los temas de la inespecificidad (9.7), de la regresión (9.8), de la alexitimia (9.9) y de la significación del cuerpo en el método psicoanalítico. Finalmente, invitamos al lector a examinar el problema de la catamnesis psicoanalítica sistemática (9.11).

9.1 Angustia y neurosis

Antes de dedicarnos a algunas formas específicas de angustia, echemos un corto vistazo a la teoría psicoanalítica de la angustia. En el tomo primero abordamos por un modo diferenciado de mirar los afectos. Ya que muchos afectos tienen un componente angustioso, se justifica poner la angustia en el centro de esta sección. Como lo afirmó Freud (1926d, p.136) en una frase lapidaria, "la angustia es el fenómeno fundamental y el principal problema de la neurosis". En las consideraciones diagnósticas, hay que partir del tipo de manifestación de las angustias. Un criterio importante de diferenciación lo constituye el que la ligazón con la situación sea más o menos circunscrita. La neurosis de angustia se caracteriza por la angustia libremente flotante que parece surgir sin razón aparente y que por ello es vivida como inevitable, incontrolable y con la cualidad de peligro de muerte. El concepto de neurosis de angustia y la primera descripción de la sintomatología, que aún sigue siendo válida, provienen de Freud, que distinguió diagnósticamente el síndrome neurosis de angustia de la neurastenia. También Strian (1983, p.120) se apoya en esta descripción clínica de Freud, quien llamó neurosis de angustia al complejo sintomático, "porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia" (1895b, p.92). En la lista de trastornos corporales que aparecen en el ataque de angustia, Freud describe, entre otros: alteraciones de la actividad cardíaca, palpitaciones con breves arritmias, taquicardia, trastornos de la respiración, disnea nerviosa, sudoración profusa, temblores y sacudimientos, diarreas bruscas, vértigo locomotor. A la neurosis de angustia pertenece la irrupción brusca en forma de ataque y una actitud expectante hipocondríaca.

Es frecuente que un componente del síndrome ocupe un lugar central en la vida del paciente y no es raro que la angustia se ligue principalmente a un síntoma, a la taquicardia, a la disnea nerviosa, a la diarrea, a la sudoración, etc.: correspondientemente, el síndrome de la neurosis de angustia con sus componentes multifacéticos está repartido en un gran número de nuestros pacientes. Beatriz X (9.2) sufre principalmente de un trastorno angustioso histérico de la respiración. En Cristián Y (9.3), las arritmias y la sudoración ocupan un lugar central; debido a la angustia, Rodolfo Y (7.8) presenta diarrea durante los ataques de pánico. Sin lugar a dudas, la angustia es el problema básico de toda neurosis y también el componente anímico en la génesis y en el curso de muchas enfermedades somáticas.

Es ilustrativo mostrar, a través del complejo sintomático de la neurosis de angustia, lo que ha cambiado a lo largo de 100 años. El conocimiento acerca de los correlatos somáticos de la angustia, acerca de la fisiología, la neuroendocrinología y la neurofisiología de la angustia, ha aumentado de manera considerable en los últimos años. Así, los resultados de estudios epidemiológicos, neuroquímicos y terapéuticos, en el terreno de los padecimientos angustiosos, han conducido a que en la nueva clasificación americana (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición, 1980, American Psychiatric Association, DSM-III), se agrupe bajo el término de "desórdenes de angustia" una serie de trastornos psíquicos, como trastorno de pánico, con o sin agorafobia, fobia social y simple, trastorno obsesivo y reacción de sobrecarga postraumática. En este sistema clasificatorio, se asigna a la crisis de pánico, como subgrupo separado, un papel dominante, también en la comprensión de otros trastornos de angustia. Así, en la última revisión de este sistema clasificatorio (DSM-III-R, 1987), ya no se ve la agorafobia como una subforma de las fobias, sino en primera línea como una consecuencia de crisis de pánico anteriores que llevaron a conductas de evitación fóbica. Para los psicoanalistas resulta aquí interesante que los criterios diagnósticos elaborados para este nuevo subgrupo, definido como "trastorno de pánico", coincidan ampliamente con el complejo sintomático que Freud describiera en 1895 para los ataques de angustia; ya en su primera descripción de la neurosis de angustia había visto la agorafobia como una consecuencia de los ataques de angustia. Por otro lado, el esquema fisiológico de la angustia, que Freud (1895b) puso en ese entonces en la base de la neurosis de angustia, incluyendo los ataques de pánico, hace tiempo que fue revisado en el psicoanálisis, pues se descubrió que la angustia libremente flotante surge sólo aparentemente sin motivo. En la neurosis de angustia, y en razón de una predisposición aumentada a la angustia, originada biográficamente, una serie de

señales inespecíficas de peligro percibidas inconscientemente pueden desencadenar un ataque de angustia. Estos descubrimientos llevaron a la revisión de la teoría psico-analítica de la angustia en el trabajo de Freud, que marcó una época, Inhibición, síntoma y angustia. Una afirmación central dice:

Peligro realista es uno del que tenemos noticia, y angustia realista es la que sentimos frente a tal peligro conocido. La angustia neurótica es la angustia ante un peligro del que no tenemos noticia. Por tanto, es preciso buscar primero el peligro neurótico; al análisis nos ha enseñado que es un peligro pulsional. Tan pronto como llevamos a la conciencia este peligro desconocido para el yo, borramos la diferencia entre angustia realista y angustia neurótica, y podemos tratar a ésta como a aquélla.

En el peligro realista desarrollamos dos reacciones: la afectiva, el estallido de angustia, y la acción protectora. Previsiblemente, lo mismo ocurrirá con el peligro pulsional (Freud 1926d, pp.154s).

El aporte del modelo explicativo de Freud consiste en referir la reacción de angustia a una situación de peligro.

¿Cuál es el núcleo, la significación, de la situación de peligro? Evidentemente, la apreciación de nuestras fuerzas en comparación con su magnitud, la admisión de nuestro desvalimiento frente a él, desvalimiento material en el caso del peligro realista, y desvalimiento psíquico en el del peligro pulsional. En esto, nuestro juicio es guiado por experiencias efectivamente hechas; que su estimación sea errónea es indiferente para el resultado. Llamamos traumática a una situación de desvalimiento vivenciada; tenemos entonces buenas razones para diferenciar la situación traumática de la situación de peligro (Freud 1926d, p.155; la cursiva es nuestra).

Ahora, Freud introduce en su análisis funcional un mecanismo orientador "teleológico", es decir, una función yoica anticipatoria.

Ahora bien, constituye un importante progreso en nuestra autopreservación no aguardar a que sobrevenga una de esas situaciones traumáticas de desvalimiento, sino preverla, estar a su espera. Llámese situación de peligro a aquella en que se contiene la condición de esa expectativa; en ella se da la señal de angustia. Esto quiere decir: yo espero que se produzca una situación de desvalimiento, o, la situación presente me recuerda una de las vivencias traumáticas que experimenté antes. Por eso anticipo ese trauma, quiero comportarme como si ya estuviera ahí, mientras es todavía tiempo de conjurarlo. La angustia es

entonces, por una parte, la expectativa del trauma y, por la otra, una repetición amenguada de él. Estos dos caracteres que nos han saltado a la vista en la angustia, tienen, a su vez, distinto origen. Su vínculo con la expectativa atañe a la situación de peligro; su indeterminación y ausencia de objeto, a la situación traumática del desvalimiento que es anticipada en la situación de peligro (pp.155s).

La angustia como fenómeno fundamental y como problema principal de la neurosis (1926d, p.136) demuestra así su posición central para la explicación psicogénica y psicodinámica de los síntomas. Estos aparecen para evitar situaciones de peligro específicas, asociadas a desvalimiento (trauma), que son señaladas a través del desarrollo de angustia.

Waelder (1963) ha criticado que el término "angustia-señal" no da cuenta exactamente del desarrollo del suceder intrapsíquico. Él afirma que el miedo o la angustia no son elementos imprescindibles en la secuencia "percepción del peligro – reacción adaptativa". Lo que en todo caso sería biológicamente necesario para desencadenar determinadas reacciones, sería una "señal de peligro". Esta señal no tendría por qué incluir una sensación de angustia. Waelder propone hablar más bien de señal de peligro que de angustia-señal, porque en esta secuencia la señal misma no contendría (por lo menos, no todavía) la sensación de angustia. El hecho de que la percepción de sensaciones psíquicas o físicas de angustia aumente en tal medida que la situación de peligro real o imaginada no pueda ser apartada, arroja una luz precisamente sobre los estados angustiosos crónicos; ya que en estos estados existe, por razones internas, una señalización de peligro permanente, simultáneamente con la incapacidad de superación activa. De otras publicaciones (por ejemplo, Greenacre 1952; Rangell 1955; Flescher 1955), también se puede concluir que la teoría psicoanalítica de la angustia, incluso después de su revisión, sigue conteniendo considerables problemas. Una aclaración adicional hace indispensable una discusión crítica de las teorías de la pulsión y de los afectos (véase tomo 1, 4.2 y Thomä 1990).

Expresado en términos de teoría conductual, el peligro (amenaza) suscita una "reacción de alarma" (Cannon 1920). La evaluación del peligro lleva a las tendencias conductuales de "ataque" o de "fuga", dependiendo de la relación de fuerzas anticipante entre amenaza y amenazado. Los correlatos emocionales de fuga y ataque son angustia y rabia (hostilidad), que a su vez tienen una función motivacional a través de circuitos de retroalimentación. Así, una señal de peligro puede convertirse en angustia-señal o en rabia-señal.

En los ataques de angustia se desdibujan las diferencias entre un desvalimiento real (material) y uno psíquico, de tal modo que se llega a un traumatismo continuo con efecto acumulativo. Las potencialidades de acción se encuentran inhibidas, bloqueadas, quedando en un estadio, por así decirlo, de esbozo inconsciente. En esto, la acción orientada a metas sufre un proceso de desdiferenciación. Al mismo tiempo, la repetición de fracasos estimula la agresividad inconsciente bloqueada que, como peligro pulsional en el sentido de Freud, aumenta aún más la angustia. No es entonces una casualidad que la angustia y la agresión se parezcan bastante, vistas desde una perspectiva de la fisiología de los afectos.

Si se parte de la fenomenología de las angustias, según las describen los pacientes, los peligros parecen claros. En el caso del miedo a volverse loco, se trata de un estado cuya descripción multifacética va desde la inclusión parcial de emociones y conductas que el enfermo mismo experimenta como pérdida de control irracional, hasta la vivencia de desintegración o aniquilación de la identidad o del sentimiento de sí mismo. Entonces, parece claro lo que el neurótico teme en último término: la destrucción de su existencia, que en su vivencia puede estar representada más como yo social o más como yo corporal, como imagen corporal.

Ahora bien, en la fenomenología del vivenciar de este gran número de pacientes y en sus descripciones claro que existen contradicciones y discrepancias, y es aquí donde se inserta el método psicoanalítico. Por un lado, hay que subrayar que el acontecimiento tan temido se caracteriza precisamente por el hecho de que no ocurre. Aquel que teme volverse loco o morir de un infarto al miocardio, no es alcanzado por este destino de manera más frecuente que lo que corresponde al promedio estadístico. Así, los temores descritos aparecen más bien hablando en contra de la posibilidad real de aparición de una psicosis o de un infarto. Pero estos datos estadísticos no tienen poder de convencimiento para el paciente afectado, o lo tranquilizarán sólo momentáneamente. La siguiente observación es esencial: los pacientes que sufren de neurosis de angustia están en buenas condiciones para tolerar peligros reales, no tienen, fuera de sus miedos imaginarios, mayor temor por su vida que las personas sanas. Tampoco es cierto que estos neuróticos se dan, por decirlo de manera simple, una importancia desmesurada, o que, a causa de un sentimiento de superioridad con respecto de la mayoría o por un narcisismo exagerado, no puedan familiarizarse con la idea segura de la muerte o con la certeza de que la vida tiene su fin. Como no es posible tener la experiencia de la propia muerte, como no sea por imágenes o analogías, el secreto del final de la vida del ser humano atrae sobre sí un cúmulo de fantasías y representaciones. En este sentido, del examen

cuidadoso de la neurosis de angustia del paciente resulta que el temor a la muerte y a la aniquilación expresa un oculto temor a la vida. De esta forma, se abre una vía de acceso psicoanalítico al origen del desvalimiento, en el sentido de la teoría de la angustia de Freud, y a su superación psicoterapéutica. El miedo a la muerte, o el miedo a la pérdida de la existencia corporal o psíquica, del mismo modo como el temor al paro cardíaco o al descontrol psicótico, se convierten en el curso de la terapia en situaciones biográficas de peligro o desamparo que no pudieron ser superadas y que ahora, en condiciones más favorables, son susceptibles de ser dominadas. Por regla general, en el tratamiento se da una evolución que permite sacar conclusiones acerca del origen de las angustias neuróticas: la angustia de muerte, que en sus múltiples formas se ha convertido en modelo de desamparo, de pérdida y de destrucción, a los que el enfermo se ha sometido en una inquietante pasividad, pueden ser descompuestos en elementos biográficos que luego se pueden recomponer. En general, en esto no se logra un decremento lineal de las angustias neuróticas con su consiguiente transformación en peligros reales mitigados que puedan ser experimentados y superados en la relación terapéutica. En la transferencia, la intensidad de las angustias, que se han potenciado hasta formar síntomas, puede alcanzar altos niveles. Al arte psicoterapéutico pertenece el utilizar las reglas técnicas de tal modo, que la transformación de angustias ligadas a síntomas en miedos en la interacción, esté al servicio del bienestar y de la curación del paciente. Como orientación, podría valer la siguiente regla general: mientras más grave sea la enfermedad angustiosa, y mientras más tiempo haya socavado la confianza en sí mismo, convirtiéndose en una penetrante angustia existencial, tanto más alto será el potencial actual de miedo interaccional en la relación terapéutica. En concordancia con Mentzos (1985), podemos afirmar que la angustia de muerte que experimenta el neurótico corresponde a desplazamientos y a otros procesos defensivos inconscientes que en la terapia deben ser seguidos en el sentido inverso.

En resumen, hay que destacar que la angustia como afecto se instala en relación con el desamparo que puede aparecer en típicas situaciones de peligro. En la teoría de Freud, la angustia ante la pérdida del objeto, o la pérdida del amor del objeto, en la forma de angustia de separación, ocupa un lugar preponderante, al que se subordina la angustia de castración, como un contenido de separación especial. En la pérdida de objeto, lo frecuente es que predomine la reacción depresiva (véase 9.3). El denominador común de la angustia y de la depresión es el desamparo frente a pérdidas reales o vividas anímicamente. Häfner describe estas observaciones, que pueden ser explicadas psicoanalíticamente, con las siguientes palabras:

Si se parte de enfermedades angustiosas evidentes, sean ataques de pánico, síndromes angustiosos generalizados o agorafobias, se encuentra, dependiendo de la gravedad del síndrome, un 40 a 90% de enfermos que han presentado o están presentando simultáneamente un estado depresivo (Häfner y Veiel 1986). Probablemente, la conexión es en parte de naturaleza constitutiva: la angustia, tal como lo he tratado de aclarar, tiene algo que ver con la amenaza por peligros. La depresión tiene que ver con pérdidas, abandono o amenazas más generales a la propia existencia y a lo que para ella es valioso. Una de las razones de la frecuente aparición conjunta de depresión y angustia reside probablemente en los elementos comunes, pero, a la vez, gradualmente diferentes, en relación a la amenaza existencial. La conexión entre ambos puede ser de tipo consecutivo: la transición entre graves estados de pánico y desamparo y depresión generalizados es un ejemplo de un proceso de curso rápido. Una transición más lenta de estados angustiosos en depresión, donde las angustias se extienden a diversos ámbitos de la vida, bloquean la actividad y la seguridad en sí mismo, pudiendo llevar a grados crecientes de vivencias de desamparo, se encuentra frecuentemente en la evolución de las enfermedades angustiosas graves (1987, p.198).

Desde un punto de vista terapéutico, es importante, no solamente reconocer las situaciones de peligro que corresponden a un desamparo específico, sino encontrar caminos de enseñoreamiento que saquen del desamparo y que amplíen el campo de acción. Para quien tantea en la oscuridad, puede ser ya una ayuda hablar en voz alta y así asegurarse a sí mismo.

Pensamos que la teoría psicoanalítica de la angustia no sólo aclara una fenomenología multifacética que va desde la angustia existencial aparentemente vacía hasta la angustia psicótica, sino que también hace comprensible el lugar que ocupan las diversas terapias. Es entonces tanto más sorprendente que, para decirlo en los términos de Hoffmann, una "irreflexiva biologización de la angustia humana" (1987, p.528), haya acarreado consigo una concepción de la enfermedad angustiosa basada en la biología, en la que no encuentran cabida los conocimientos adquiridos desde hace 100 años en psicoanálisis y en medicina psicosomática sobre la así llamada "angustia libremente flotante". Margraf y cols. (1986) mencionan que, hasta hace poco, no se le asignaba ninguna significación especial a la completa descripción clínica de Freud de los ataques de angustia. D.F. Klein (1981) y Sheehan y Sheehan (1983), han diseñado modelos biológicos para el ataque de angustia donde los argumentos biológicos confluyen en el concepto de "ataque de pánico". Según estos autores, la aparición aparentemente espontánea es lo que diferencia cualitativamente el ataque de angustia de la angustia anticipante, tal como se encuentra en las

fobias. Como criterio de delimitación adicional, para estos autores vale la diferente respuesta a los psicofármacos. Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa tienen un efecto más favorable sobre los ataques de pánico, mientras que los derivados benzodiazepínicos acarrearán una mejoría sintomática en la angustia anticipante. Los autores mencionados proponen así un modelo biológico endógeno de los ataques de angustia y de pánico, sin tomar en cuenta que estas angustias se refieren a reacciones frente a desencadenantes temidos inconscientes (por lo tanto inaccesibles para el enfermo) y que pueden ser tratadas psicoanalíticamente con éxito. También desde la perspectiva de la terapia conductual, una terapia medicamentosa que se limite a los síntomas corporales perdiendo de vista la eliminación de las causas psíquicas es acerbamente criticable, como lo demuestra la controversia entre Klein y cols. (1987), Klein (1987) y Lelliott y Marks (1987).

En este contexto, no deja de ser preocupante la influencia que hay que esperar ejerza el DSM-III, actualmente en difusión en todo el mundo. Precisamente en la investigación psiquiátrica moderna, se discuten de preferencia hipótesis biológicas respecto del origen de los ataques de pánico. De esto resulta que, también en el tratamiento de los desórdenes angustiosos, la terapia farmacológica tiene primacía frente al psicoanálisis, pero también frente a la terapia conductual. Se descuidan las situaciones psicodinámicas desencadenantes y los factores psicológicos de los ataques de angustia. De este modo, gran cantidad de pacientes son tratados sólo farmacológicamente, y con ello de manera insuficiente, a pesar de que en éstos se pueda demostrar un desencadenante psíquico de las crisis de angustia. Y hay que tomar en cuenta que las enfermedades angustiosas, expresen más o menos completamente el cuadro descrito por Freud, pertenecen, junto al alcoholismo y las depresiones, a las enfermedades psíquicas más frecuentes. Cuando se produce una situación desencadenante, en el ataque de angustia se hace manifiesto un modelo biológico base, en razón de una disposición reactiva personal. Desde el punto de vista de la historia de la medicina, es un hecho notable que la significación central de la descripción de Freud de la neurosis de angustia fuera redescubierta para el conjunto de la medicina como síndrome fisiopatológico, descuidándose, sin embargo, las condiciones psíquicas de su génesis y curso, en tanto que el tratamiento se limita primordialmente a la dación de tranquilizantes. También los bloqueadores beta alivian solamente los síntomas corporales, como parte importante de las desagradables manifestaciones que acompañan la angustia, como por ejemplo las palpitaciones. Con Häfner, destacamos que, de regla, los procesos anímicos que llevan a estados angustiosos no pueden ser suprimidos por una terapia medicamentosa.

A lo sumo, el bloqueo [farmacológico] de angustias graves puede colocar nuevamente al afectado en la posición de poder aprovechar sus propias capacidades para dominar con éxito la angustia. Los estados angustiosos que persisten por largo tiempo requieren de psicoterapia (1987, p.203).

El enorme peso que tienen los tranquilizantes en el tratamiento de los trastornos psíquicos se puede apreciar, por ejemplo, en el hecho de que, según estudios realizados en los Estados Unidos, éstos son ingeridos por cerca del 10% de la población y ocupan el tercer lugar entre todos los medicamentos prescritos; en Alemania Federal, el gasto anual total en este rubro alcanza los 240 millones de DM.

Por lo demás, es justamente en los trastornos neuróticos con molestias depresivo-angustiosas donde no se ha logrado demostrar convincentemente un efecto estadísticamente significativo sobre los síntomas, ya que en los estudios comparativos con pacientes tratados con placebo también se reconocen claros efectos en el curso de tratamientos prolongados. Aquí nos topamos con la importancia de efectos generales, que influyen el tratamiento a través de la relación médico-paciente y de la actitud psicológica y psicoterapéutica de los tratantes (Kächele 1988a).

La disposición a reacciones de angustia, que en los escritos angloamericanos es caracterizada como *trait* (rasgo), puede transformarse en un estado angustioso agudo (*state*) por una serie de señales de peligro (véase Spielberger 1980). En casos extremos, casi cualquier estímulo puede desencadenar un ataque de angustia y la angustia libremente flotante convertirse en un estado permanente. En el otro extremo del espectro se encuentran las fobias, en las que la angustia es desencadenada por un estímulo localizado, o bien por una situación específica que el paciente puede evitar. Por cierto, no es posible una demarcación estricta. Greenson (1959) ha descrito que en el comienzo de muchas fobias aparecen estados difusos de angustia, que recuerdan la neurosis de angustia, donde se establece secundariamente un nexo causal entre el ataque de angustia y la situación asociada a él. En tanto sea posible evitar los objetos fóbicos, como arañas, serpientes, ratones, espacios abiertos, puentes, aviones, etc., se está libre de angustia.

Mentzos (1984) destaca que la diferenciación en el lenguaje cotidiano alemán entre la angustia (*Angst*) difusa, no dirigida y sin objeto, y el miedo (*Furcht*), que se refiere a un peligro concreto, también

... ha perdido en significación en el uso corriente del lenguaje [alemán], pues la palabra angustia [Angst] también se usa en relación con un peligro concreto. Con todo, me parece que sí tiene sentido una diferenciación entre reacciones más difusas, menos organizadas, sin dirección y más físicas, por un lado, y formas de reacción más estructuradas, organizadas, desomatizadas y claramente dirigidas, por el otro, aun cuando en la práctica una diferenciación neta entre angustia y miedo a menudo no sea viable y tampoco buena: sólo en una minoría de los casos se puede partir de una clara exclusión mutua. Las más de las veces se da un sinnúmero de matices dentro de un continuo, que va desde la angustia difusa hasta el miedo concreto y dirigido (1984, p.14).

Una angustia que por primera vez aparece en una situación determinada, puede ser desencadenada más tarde por otras situaciones similares. Esta generalización de los estímulos aparece en la medida en que aumentan las conductas de evitación por re-fuerzo negativo. A su vez, la evitación aumenta la angustia frente a una situación de peligro, lo que puede ser una razón adicional para la desproporción entre el desencadenante observado y la intensidad del ataque de pánico.

Desproporción significa que el paciente reacciona psicósomáticamente como si se encontrara frente al más grave peligro real. Si se toman en serio las representaciones amenazantes, conscientes e inconscientes, de los pacientes neuróticos, existen buenas razones para la aparición de angustias sin objeto que, sólo aparentemente, "flotan libremente". Las amenazas que experimenta el neurótico son tan aplastantes, porque las condiciones que desencadenan las angustias no pueden ser evitadas: la destrucción es omnipresente. Desde la perspectiva del sentido común, el enfermo de angustia se imagina peligros que en la realidad, o no existen, o son percibidos de manera muy exagerada.

También el diagnóstico clínico moderno aporta algo a esta imputación equivocada, al encontrar con frecuencia desviaciones mínimas, que deben entenderse como equivalentes o correlatos de angustia, pero que de hecho se toman falsamente como su causa o como parte de la neurosis de angustia.

Médico y paciente creen tener la causa, y las medidas terapéuticas correspondientes pueden llevar a un alivio temporal. Tanto más grande será la decepción cuando la extirpación del nódulo tiroideo o cualquier otro tratamiento no conduzcan a nada. Difícilmente se puede encontrar en la medicina moderna un cuadro mórbido que tan a menudo se diagnostique erradamente como el multifacético cuadro de la neurosis de angustia.

Un sinnúmero de diagnósticos de presunción, hechos en base a síntomas como parpadeo, sudoración, temblor, etc., mantiene la intranquilidad y refuerza la

angus-tia. A menudo, es difícil encontrar en el diagnóstico los desencadenantes (psíqui-cos) de los equivalentes corporales de angustia. Correspondientemente, tampoco los pacientes pueden evitar las situaciones desencadenantes de angustia, algo que al fóbico le es, para su alivio, en gran medida posible. Ya que el paciente portador de una neurosis o de una fobia cardíaca no puede distanciarse de su corazón como de una araña, este cuadro pertenece a las neurosis de angustia en transición a las hipo-condriasis. Entonces, la denominación de "fobia cardíaca" es inexacta desde el punto de vista fenomenológico y dinámico. También Bowlby (1976) ha propuesto una diferenciación clínica convincente dentro del grupo de las fobias, sobre la cual hace poco, y con razón, Hoffmann (1986) llamó nuevamente la atención: el agorafóbico no teme al espacio abierto, sino que en esa situación echa de menos a la persona que le da seguridad como "objeto orientador" (König 1981). Del mismo modo, Richter y Beckmann (1969) llegan a una diferenciación en las neurosis cardíacas. Estos autores han descrito dos tipos que se diferencian entre sí en la reacción frente a angustias de separación. En correspondencia con esto, en la enfermedad angustio-sa y sus subformas existen diferencias notables en relación con las dificultades de técnica de tratamiento.

El psicoanálisis se dirige, mucho más que lo que lo hace la terapia somática, a los aspectos de la personalidad capaces de funcionar. Mientras más grave sea una enfermedad angustiosa, más estrecho ha llegado a ser el campo de acción para que el paciente, con la ayuda del analista, pueda dominar las condiciones de la angustia que, aunque caducas, se encuentran actualizadas en el presente. Cuando el paciente se encuentra en una inseguridad extrema, es esencial afirmar su posición mediante medidas de apoyo, para que siquiera pueda reflexionar sobre la situación y para que se puedan bosquejar tratamientos de prueba. En estados agudos de angustia o exci-tación, a menudo no bastan tranquilizaciones verbales, de modo que tienen que in-troducirse tranquilizantes, antidepresivos o bloqueadores de los receptores beta, para combatir los síntomas corporales acompañantes. Es esencial que la medicación de apoyo sea incorporada y subordinada al plan terapéutico psicoanalítico (véase Ben-kert y Hippus 1986; Strian 1983; Wurmser 1987).

Mientras más difusa y libremente flotante sea la angustia, tanto menos podrá ser dominada y tanto más importante resultará descubrir con el paciente dónde se puede convertir ésta en temores referidos a objetos. Además, con ello se ganará un mar-gen de manejo para la superación del desamparo. Este proceso psicodinámico va de la mano con una diferenciación fenomenológica entre angustia y miedo. Mientras más se objetivice y reconozca qué es lo que el

paciente teme, tanto mayores serán sus posibilidades de arreglárselas con la perfidia del objeto y, sobre todo, con la su-ya propia.

Esta diferenciación ha recibido gran peso en la teoría psicoanalítica del desarrollo, ya que la maduración es definida, entre otras cosas, a través de la transformación de la angustia difusa en miedo concreto. A pesar de sus reparos referentes a la diferenciación estricta entre angustia y miedo, Mentzos sostiene que

... desde el punto de vista de la psicología evolutiva, se puede partir de la base de una tendencia a la maduración y, con ello, entender, por ejemplo, los estados angustiosos difusos, con manifestaciones corporales y sin causa aparente del adulto, como una reactivación regresiva de modalidades de angustia ontogenéticamente más tempranas o, por lo menos, sospechar una desintegración del modelo tardío y más maduro de angustia (1984, p.15)

Como Mentzos, nosotros también vemos en la capacidad de controlar la angustia un indicio de la madurez del yo. Los conocimientos sobre las angustias básicas del niño facilitan el diagnóstico de las angustias neuróticas del adulto.

Finalmente, queremos mencionar algunos principios técnicos que han probado su eficacia en el tratamiento psicoanalítico de enfermedades angustiosas de cualquier gravedad. Es esencial estimular la capacidad de integración del paciente frente a estímulos que desencadenan angustia. La afirmación de que los enfermos con neurosis de angustia grave son justamente los que padecen de una debilidad del yo, no dice nada más que el umbral de tolerancia emocional está disminuido y que, por lo tanto, deseos aparentemente triviales desencadenan, en la forma de "angustia pulsional", una señal de peligro que desemboca en angustia. Esta descripción tiene la consecuencia técnica de que hay que poner en juego toda la función de yo auxiliar del analista. Las angustias llevan a una pérdida de confianza y de seguridad en sí mismo. En su función de yo auxiliar, el analista puede contribuir a que el paciente se sienta animado a ampliar su campo de acción, a través del reconocimiento precisamente de lo que todavía está en condiciones de hacer. Este apoyo directo e indirecto debe ser cimentado mediante el instrumento psicoanalítico especial de la interpretación. Por ejemplo, la seguridad y la confianza en sí mismo crecen en la medida en que se desarticulan las así llamadas "angustias superficiales", como Freud denominó las angustias sociales y superyoicas. La recomendación de mover-se técnicamente de la superficie a la profundidad, es una receta que ha probado su valor, tal como lo discutimos en las consideraciones previas al capítulo 4. Por cierto, tiene poco sentido seguir esta regla si al mismo tiempo se evita escrupulosamente

animar al paciente en razón de una regla de neutralidad y abstinencia mal entendida. La superación de angustias neuróticas se facilita, si se agotan todas las posibilidades derivadas de la teoría de la terapia del dominio, que sustentamos.

En neurosis de angustia crónicas graves con ataques de pánico, las humillantes derrotas continuadas han aumentado en tal forma el potencial agresivo inconsciente, que casi ya no quedan deseos inofensivos. Así, la angustia a morir de un ataque cardíaco se asocia a menudo con agresiones justamente en contra de las personas de las que el paciente no puede prescindir. Naturalmente, el dilema resultante se vería reforzado antiterapéuticamente si, en base a la conexión recién mencionada, se procediera a interpretar rabia. Las interpretaciones útiles se orientan a la capacidad de integración del paciente en relación con los afectos. La confianza en sí mismo crece en la relación con el analista, si éste ofrece sus sugerencias desde una posición de yo auxiliar. Las ambivalencias tienen siempre un efecto aumentador de la angustia, y por esta razón deben ser llamadas por su nombre allí donde sean accesibles para el paciente. Con ello crece la capacidad del paciente de discriminar las fantasías inconscientes, las que vistas a la luz del día son menos siniestras que en la oscuridad de la noche.

En muchos ejemplos de este tomo nos topamos con la angustia y con su superación paulatina, como el problema básico de toda neurosis. Neurosis de angustia de gravedad mediana, es decir, todos los enfermos que padecen del síndrome descrito por Freud, incluyendo las neurosis cardíacas, son accesibles de buena forma a la terapia psicoanalítica con indicación adaptativa como la que proponemos. Catamnesis prolongadas atestiguan terapias psicoanalíticas exitosas también en neurosis de angustia graves (Thomä 1978).

9.2 Histeria de angustia

Angustias y representaciones corporales hipocondríacas son frecuentes síntomas acompañantes, por lo menos pasajeramente, de la histeria descrita por Charcot y Freud. Los contenidos angustiosos permiten un acceso seguro a las vivencias del paciente y también explican los trastornos funcionales como equivalentes de afectos. En este sentido, se debe prestar atención especial a las fantasías del paciente y a su teoría privada sobre la enfermedad; de otro modo, permanece oculto el que, por ejemplo, un síndrome respiratorio nervioso pueda ser un equivalente corporal de una neurosis de angustia.

Se esperarán síntomas histéricos como operaciones originalmente con sentido, como actos fragmentarios, cuando aspectos inconscientes de la imagen corporal sean mutuamente incompatibles o estén en contradicción con regulaciones fisiológicas. Esencial para el proceso de conversión es que las representaciones incompatibles dentro de la imagen corporal sean desplazadas. Con el concepto

de desplazamiento se designa un mecanismo que ocupa un lugar importante en relación con la génesis de síntomas histéricos y fóbicos, tanto en la teoría de la neurosis como en la teoría de formación de los sueños. A través del desplazamiento, en el sueño y en la génesis del sueño se alcanzan formaciones de compromiso, en cuya resolución terapéutica el psicoanálisis, como psicopatología del conflicto, ha probado su valor clínico. Destacamos aquí el desplazamiento, además porque este proceso nos será de ayuda para la comprensión de las representaciones inconscientes de la imagen corporal y también de la producción de síntomas y sueños en los pacientes que se describen a continuación. La supuesta transformación de energía que Freud relacionó con la teoría de la conversión, es prescindible como hipótesis. Si el lector quiere informarse primero sobre la teoría de la conversión y la imagen corporal, le recomendamos la lectura de la sección 9.2.1

Sintomatología

Beatriz X, quien al comenzar el tratamiento tenía 24 años de edad, y estaba casada sin hijos desde hace 2 años, padece desde hace 8 años de respiración espasmódica asociada a sensaciones de opresión e intenso desasosiego. Los síntomas habían aparecido por primera vez en el año de la muerte de su padre, fallecido a consecuencia de una enfermedad cardíaca crónica que se acompañaba de disnea. En los últimos dos años habían aumentado sus molestias, que fueron diagnosticadas por un internista como síndrome respiratorio nervioso. Beatriz X teme morir asfixiada, tose y carraspea incesantemente durante todo el día al modo de un tic (tos nerviosa). En su viaje de bodas aumentó tanto la angustia al comer en compañía de su marido o de otras personas, que desde entonces debe ingerir sus comidas a solas. Estas molestias se acompañan de representaciones corporales abstrusas: terribles vivencias de vacío, ella tendría sólo una caja torácica hueca donde no entraría el aire, sería demasiado débil para respirar, el aire se le escaparía como de un globo roto. Luego se le ocurre que es como un tubo rígido. El vaginismo ha hecho imposible el coito.

Es frecuente que Beatriz X se ponga de cuclillas. Agachada, cerca del suelo, de alguna manera se siente más segura. Se le hace intolerable sentirse "vacía por delante" de ella, por esto se afirma compulsivamente al viajar en automóvil. Innumerables "actos de turbación" delatan su inquietud interna. Siente que obtiene asidero cuando juguetea con cualquier objeto. Se controla a sí misma y a su entorno.

En relación con su historial clínico previo, hay que destacar los siguientes datos, que la paciente pudo entregar ya al comienzo del análisis:

Entre los 3 y los 16 años la paciente solía masturbarse mediante movimientos de deslizamiento y saltos, que la madre llamaba "brinquitos". Con la prohibición de la madre, los brinquitos se convirtieron en algo malo, y en la sintomática posterior volvió su antiguo temor de haberse dañado.

En la masturbación faltaban fantasías acompañantes referidas a objetos. Evitaba cabalgar en las rodillas de su padre ("hacer brinquitos"). La reactivación de los de-seos incestuosos en la pubertad acarrearón sueños repetitivos. En estos sueños, sucedía siempre algo espantoso entre ella y su padre, despertándose en medio de un orgasmo. Durante largo tiempo se repitió la placentera ensoñación diurna de que un médico le abría una ampolla que tenía en el antebrazo. Este procedimiento, que fantaseaba frecuentemente, se acompañaba de gran placer. Los deseos incestuosos edípicos se practicaban a través de juguetos con el hermano. Este quería que ella le acariciara el miembro mientras él se esmeraba en controlarse a sí mismo. El hecho de que él no moviera un pelo, "lo convertía en un modelo del autodomínio masculino", digno de imitar, y en un ejemplo de control. Después de este goce controlado, la paciente iba al baño a ducharse sucesivamente con agua fría y caliente, o a buscar otros modos de enfriarse. Alguna sospecha llevó a la madre a separar a los hermanos. Ya que los padres también dormían separados, más tarde la paciente cree que éstos no mantenían relaciones sexuales.

Retrospectivamente, la paciente fecha el comienzo de las molestias respiratorias a los 16 años de edad, cuando logró reprimir los "brinquitos", vale decir, la masturbación. El primer ataque serio de angustia le sobrevino durante el noviazgo con su futuro marido, amistad que se convirtió en íntima cerca de un año antes del matrimonio. Por angustia, no se atrevía a llegar a las relaciones sexuales. La estimulación recíproca y la satisfacción parcial con su novio fue retomada de una manera más intensa que con el hermano. Después del primer ataque de angustia, pero en especial después del viaje de bodas, se incrementaron las molestias corporales histéricas.

Beatriz X padece entonces de síntomas que en su conjunto pertenecen al síndrome de la neurosis de angustia. Los contenidos preponderantemente sexuales y edípicos fundamentan el diagnóstico adicional de histeria de angustia. Por el significado peyorativo que se da a la palabra "histérico", es recomendable no utilizarla en cartas o certificados médicos o en entrevistas con pacientes y familiares. Renunciar en la discusión científica al uso tradicional del término, significaría encubrimiento. Hoy como ayer, los mecanismos y los contenidos

históricos tienen en las neurosis de angustia frecuentemente una acción patógena.

En este informe de tratamiento, redactado hace más de 20 años atrás, los puntos focales se subordinan, desde el punto de vista técnico, a determinados supuestos sobre conexiones psicogenéticas.

La presentación sistemática de este tratamiento abarca más de cien páginas, en su mayoría escritas apretadamente. El psicoanálisis, que terminó exitosamente, tuvo una duración de 350 sesiones. Por razones externas, la paciente debió ser internada dos veces por tiempo prolongado. Durante estos períodos se realizaron 6 sesiones semanales. En el intervalo entre las internaciones, y después del alta de la segunda hospitalización, la paciente asistía ambulatoriamente a dos sesiones semanales, hasta su curación definitiva, asegurada por un seguimiento catamnóstico de 20 años. En lo esencial, Beatriz X ha permanecido libre de molestias, lleva una vida familiar armónica y tiene varios hijos. Ha llegado a arreglárselas bien con las cargas de la vida.

Para facilitar la comprensión de las secuencias que proceden de sesiones más bien tardías, queremos señalar que ya durante su primera internación la paciente había desarrollado una neurosis de transferencia multifacética. El lenguaje onírico de la paciente, pletórico de imágenes, permitió un acceso rápido a sus teorías sexuales infantiles asociadas con los trastornos histéricos de la imagen corporal y a sus angustias. La metafórica de los sueños se encontraba en una conexión desacomodadamente estrecha con la imagen corporal inconsciente y sus diferentes capas. El anulamiento de los desplazamientos, es decir, el llamar a las "transferencias" (el término griego *metapherein*, significa "transferir" o "trasladar") por su nombre, contribuyó de manera esencial en la reestructuración de las formas de expresión gobernadas inconscientemente.

El análisis de la imitación condujo a plantearse preguntas específicas sobre la psicogénesis; por ejemplo, a preguntarse sobre el significado del sentimiento de culpa inconsciente que era aplacado con el autocastigo que Beatriz X se imponía al padecer de los mismos síntomas que su padre. La agitación del diario vivir y la observación de accidentes callejeros alteraban intensamente a la paciente, porque le recordaban la enfermedad, agonía y muerte del padre. Después del fallecimiento de éste, la paciente continuó en sus molestias, en la disnea y la angustia, la enfermedad del padre, quien por años había estado enfermo del corazón y disneico. A través de sus síntomas, ella se mantuvo ligada a su padre. Al médico de familia ya le habían llamado la atención ciertas similitudes de la sintomática en relación con la característica común de la disnea, pero la paciente había desoído sus alusiones al respecto. A menudo, es necesario un largo trabajo preparatorio para lograr un insight terapéuticamente útil en estas imitaciones, en

cuya base se encuentran identificaciones inconscientes. Sin duda, el devenir cons-ciente de equivalencias inconscientes, que se pueden encontrar representadas simbó-licamente en los síntomas histéricos, se ve facilitado cuando los pacientes realizan la comunión en el propio cuerpo, a través de la imitación de alguna particularidad.

Después de un prolongado trabajo de preparación, en la sesión n.º 123 estuvieron echadas las bases para la comprensión de la imitación. Su anhelo de mantener-se ligada al padre empezó a manifestarse en fantasías conscientes. Reviven el dolor y la tristeza asociados a la separación del padre. Por medio de una fantasía transfe-rencial, la paciente ganó la certeza de que, a pesar de una separación definitiva, me-diante las molestias es posible mantener una relación a través del tiempo. Pidiendo muchas disculpas y con una mala conciencia que le parecía sospechosa a la propia paciente, habla de su aguda capacidad de observación. Después de asegurarse bien, Beatriz X logra finalmente hablar despectivamente de mi forma particular de cami-nar y de mis movimientos de brazos arrítmicos.

Fuera de la sesión, Beatriz X había representado a solas sus observaciones, como una pantomima. Este ensayo de imitación se convirtió en un acontecimiento sig-nificativo, al reconocer las identificaciones ancladas en el inconsciente y sus afec-tos asociados. Las observaciones despectivas acerca del analista pusieron el dedo en la llaga respecto de sus antiguos sentimientos de culpa con el padre. Por primera vez, lloró intensamente en esa sesión.

Por esta razón, son relevantes las siguientes observaciones posteriores: Beatriz X empieza a asociar con algo de la realidad externa, a saber, que poco antes me había acercado a ella en el pabellón donde se encontraba hospitalizada para asegurarme de que la sesión se iba a realizar a las 17 horas. Según ella, yo me veía cansado, por lo que quería sugerirme suspendiéramos la sesión por ese día. A esto se une la si-guiente serie de asociaciones esclarecedoras de la génesis de los síntomas e instruc-tivas para la comprensión de los mismos: su padre a menudo estaba cansado y du-rante los años de su enfermedad no estaba prácticamente nunca en condiciones de tomar sus comidas sentado en la mesa. Cuando se lo animaba a hacerlo, se esfuerza-ba. Le ofrezco la siguiente interpretación: al parecer, en aquella época había sentido temor de que a su padre le ocurriera algo durante la comida; corto de respiración co-mo era, podría morir al ingerir la comida que ella le había servido. Ahora, quería evitar cansarme demasiado, debilitarme o incluso asfixiarme con lo que me servía. Ya que en esa sesión se había referido a un sueño anterior sobre carne de erizo, in-cluyo en la interpretación esta referencia, diciéndole que ella temía darme algo

daño, que la carne de erizo con espinas me hiciera mal (en ese sueño anterior ella daba, con pesar, carne de erizo a alguien).

El tema de la identificación con el padre enfermo sigue resolviéndose. En un pequeño detalle, el problema se hizo evidente en la transferencia. Beatriz X pide que le cierre la ventana, y siente que ese deseo es algo horrible. El trabajo interpretativo nos lleva al padre con dificultad respiratoria, quien debía tener las ventanas abiertas de par en par, y a la tensión durante las comidas, que iba en aumento a medida que se agravaba la enfermedad. Retrospectivamente, la paciente tiene la sensación de que su padre simplemente no aguantaba más. Y ahora tenía miedo, así se lo interpreto, de que tampoco yo me podré aguantar con la ventana cerrada y que me siento agobiado.

La otra línea de interpretación es la rabia en contra del padre que sólo se preocupaba de su negocio. En la casa había que cuidarlo y tratarlo con consideración, pero justo en las comidas aparecían las discusiones. La paciente trataba de calmar las cosas, no podía tolerar las discusiones y conversaciones de los padres acerca de una separación. Anoche tuvo un sueño: la empresa estaba destruida, ella caminaba por el edificio medio derrumbado junto a su madre y comentaba acerca de que todo lo que había construido el padre estaba roto. En la transferencia aparecen sentimientos similares; aprehensiones respecto de mí y la crítica de que yo tampoco me preocupé de mi familia.

Sobre desplazamiento de abajo hacia arriba

En relación con nuestros comentarios teóricos sobre imagen corporal y desplazamiento, ofrecemos una ilustración clínica que tiene su punto de partida en los síntomas en la esfera respiratoria.

Dos sueños:

Con desesperación, angustia y miedo, la paciente se veía rodeada de pequeños hombrillos, como si fueran hombrillos de goma. Los hombrillos se reventaban unos a otros. La paciente buscaba apoyo y finalmente se sujetaba de una soga que de alguna manera colgaba desde el cielo.

En el segundo sueño, en la misma noche, se encontraba sobre un puente junto a muchos otros espectadores. En ese momento iba pasando un carro mortuorio. Pero el asunto más importante del sueño era una caza de tiburones. Desde el puente, veía cómo se trataba de subir a un pequeño bote a un tiburón que se defendía vio-lentamente. A pesar de que el tiburón golpeaba a diestra y siniestra con la cola, se lo mataba enterrándole una pica en el abdomen.

Ya que la paciente recordaba haber soñado antes con una soga de la cual colgaba en las profundidades, primero se estableció la relación con ese contenido manifiesto anterior. De hecho, en la última sesión saltaba de un sueño al otro, refiriéndose, sin mayores avances, a cosas conocidas. Los hombrecillos de goma los relacioné con su temor de que, mientras se esforzaba por controlar la natalidad, un condón reventara. Estas reflexiones llevaron a hablar nuevamente sobre su compulsión a controlar.

Calladamente, yo me hacía conjeturas sobre la angustia de reventar, que podría tener algún tipo de relación con la ansiedad de castración. Esto último, con tanta mayor razón, desde el momento que en la sesión se discutieron las extrañas posturas corporales que adoptaba, también sobre el diván. Siempre yacía algo torcida, porque en esa postura tenía la sensación de un mayor control.

Sus comentarios sobre su postura corporal, me sugirieron la fantasía de que obviamente ella había podido superar la angustia de castración utilizando, en el sentido de Lewin (1933), su cuerpo como falo. Es curioso que la paciente tenga miedo de que le falte más el aire en la posición extendida que si dobla algo el torso. Ella está consciente ahora de que el juego con su cuerpo cumple la función de descarga de excitación. Hablamos de su onanismo como de un intento de eliminar, mediante el tacto, la sensación de vacío.

El sueño del pez lo interpreté como expresión de impulsos vengativos respecto del analista, donde también resonaba el deseo de vengarse en el pez-pene, que pretendía introducirse dentro de ella como el cohete que aparecía en otro sueño. En este contexto, la paciente recordó un sueño anterior en el que caminaba por un canal muy angosto. Como se dijo, la sesión fue improductiva. Tanto el tema de la angustia de castración como el del deseo de castración no pudieron ser relacionados con recuerdos atinentes o con fantasías transferenciales.

Esa tarde, Beatriz X siguió reflexionando sobre la última sesión improductiva (130) y, como resultado de su trabajo reflexivo, me comunica que había callado una importante ocurrencia consciente asociada con sus sueños. Ahora se da un revelador trabajo interpretativo. La paciente piensa que el reventar de los hombrecillos debe interpretarse con seguridad de la siguiente manera: antes, durante y después de la desfloración había tenido una serie de fantasías.

Primero, Beatriz X me sorprende con un informe detallado de su viaje de bodas, de la primera noche y del día siguiente. Ese día había ido con su marido a nadar en el mar. Una vez ahí, había tenido la impresión, como dijo, de tener un hoyo, y de no poder controlar lo que entraba y salía de él. Después de esta descripción, yo agregué:

"Entonces, cuando se metió al mar tenía la fantasía de que podía entrar agua en su vagina o, fuera del agua, aire en ella." Digo que, en lenguaje onírico, a esto co-rresponde que un pez (miembro) puede penetrar en ella.

En el fondo, hasta el día de hoy Beatriz X cree que las cosas no quedaron en una muesca aislada, sino que el introito vaginal ha seguido desgarrándose. En este con-texto, se refiere a un sueño anterior. Dice que las entalladuras que aparecen en el sueño de las "alas de mosca", seguramente son también las desgarraduras que se originaron con la desfloración.

Luego, la paciente agrega que en ese entonces se originó el deseo –totalmente in-comprensible para ella– de no comer con los demás huéspedes. Por lo tanto, el trastorno del comer comienza poco después de la desfloración, al mismo tiempo que aumenta la dificultad respiratoria. Le salta inmediatamente a la vista de que aquí se trata de un desplazamiento de abajo hacia arriba. Después, empezó a tratar de ejercer control ahí donde la musculatura voluntaria lo permite, para, por lo menos allí, poder cerrar los "hoyos".

La interpretación del sueño del pez nos llevó aún más allá. La paciente habla sobre su asco por los pescados, un asco que siente también desde el viaje de bodas, igual que el rechazo por el olor a pescado, en razón de la analogía, ahora consciente, entre olor a pescado y olor a semen.

Le ofrezco una interpretación adicional sobre sus agresiones en contra de su marido, diciéndole: "Ud. tenía dolores, se sentía herida y por eso tomó venganza en su marido, en su miembro. En el sueño dejó que acuchillaran al tiburón, en la realidad a menudo achica a su marido."

El reventar de los hombrecillos, de los globos de goma (en una asociación había dicho de que todo el proceso era más o menos como el reventarse de pompas de jabón), me llevó en la última sesión a hacer una alusión, primero improductiva. Tu-ve la idea de que en el reventarse había una relación, todavía poco clara, con la fantasía placentera, descrita antes, en la que un médico le abría una ampolla en el antebrazo. La paciente no recuerda si en esa época se imaginaba que hubiera algo dentro de la ampolla. La alusión quedó aquí.

En la sesión n.º 131, la paciente vuelve a la "ampolla" sólo después de haber hablado sobre sus vacaciones, a propósito del sueño del pez y de recuerdos sobre comer pescado. Comienza sus reflexiones con el comentario de que, a pesar de que estaban en un buen hotel, una vez descubrió un ratón en el baño, que luego desapareció. Tuvo la fantasía de que el ratón se había ocultado en el excusado. Después de ese episodio, en la noche tuvo un sueño muy asqueroso.

P.: Iba a soltar el vientre. En los excrementos se encontraba un gran pescado.

La paciente había tenido sola la idea de que ella producía cosas para demostrar su independencia. Le interpreto que en el sueño tiene algo que, por lo demás, no sale de ella, sino que entra en ella.

Después de esta interpretación recuerda el sueño de la última noche.

P.: En la nariz tenía una ampolla. Viene un hombre que abre la ampolla con un lápiz, pero entonces resulta que yo misma había escondido el lápiz en la ampolla.

Este sueño parecía calzar con el sueño de expulsión del pene por el ano. Las asociaciones de la paciente pudieron ser resumidas en una interpretación transferencial. Ella dice de que con gusto leería el informe del analista, para finalmente saber lo que él pensaba sobre ella; que a menudo se quedaba pensando sobre lo que él escribía después de las sesiones. El trabajo interpretativo se desarrolló aproximadamente de la siguiente manera: lo que ella suponía como secreto en el informe, sería precisamente lo escondido –la suposición de que el analista no daba nada por ella como mujer–, y ahora ella cree que, por el hecho de estar oculto, es algo que tiene que apreciar mucho. Su venganza secreta es interpretada como el pensamiento inconsciente de que el analista –como su marido– dilapida sus hermosas ocurrencias, sus evacuaciones, su dinero y sus pensamientos, para hacer de ellos una hermosa obra y para así enaltecerse a sí mismo como hombre, analista y arquitecto, mientras ella siente que tiene que ofrendarlo todo, quedando cada vez más vacía (alusión al lápiz, con el cual el analista escribe informes, a su marido, cada vez más exitoso en arquitectura y, al mismo tiempo, al lápiz como símbolo del miembro).

Entretanto, el tic de la tos ha desaparecido casi totalmente. En las últimas semanas pudo comer con su marido, por primera vez desde el viaje de bodas. Las relaciones sexuales se han hecho más satisfactorias y se relajaron las medidas anticonceptivas; claro que con ello aumentaron los temores al embarazo y al parto.

A través del análisis realizado hasta el momento, se pudo anular parcialmente el desplazamiento de abajo hacia arriba. La angustia al embarazo apareció en el lugar de los síntomas anteriores. Los nuevos contenidos angustiosos están referidos a objetos.

Resumen: Con la reproducción de dos segmentos del análisis de una histeria de angustia, buscamos hacer participar al lector en una resolución parcial de síntomas, a través de una protocolización detallada. Tanto la imitación de los síntomas del padre, cimentada inconscientemente, como el desplazamiento de abajo hacia arriba, pudieron ser disueltos como causa parcial, de modo que la sintomática que dependía de ella mejoró sustancialmente. La persistencia de síntomas es un indicio de que ahora han aparecido nuevos contenidos

angustiosos. Las angustias de parto tomaron el lugar de algunos síntomas anteriores. Por lo tanto, se dio un reemplazo sin-tomático (véase 9.5). Hay que hacer notar la estructura aloplástica de las nuevas angustias, en comparación con las angustias hipocondríacas anteriores. Es siempre

un signo favorable el que se pueda aflojar la presentación aloplástica, vale decir, la profunda interiorización de los conflictos, algo que está implícito en la distinción entre procesos autoplásticos y aloplásticos hecha por Ferenczi (1921). En la sección 8.3 informamos sobre la resolución de estas angustias neuróticas. En esa sección también se presenta una protocolización secuencial.

9.2.1 Conversión e imagen corporal

Si nos atenemos a la descripción de las emociones hecha por Darwin, que sigue siendo ejemplar para la teoría moderna de los afectos (véase tomo primero 4.2), el problema de la conversión, es decir, de la hipótesis de la transformación de energía –mejor dicho, excitación– anímica en corporal, es improcedente. Para el diagnóstico y la comprensión terapéutica de muchos síntomas funcionales, basta que veamos en ellos una expresión inconsciente de emociones. Como introducción a la teoría psicoanalítica de la angustia recomendamos la lectura de la sección 9.1. El contenido expresivo de los síntomas histéricos no se restringe a la sexualidad. La conversión fue subordinada por Freud al principio darwiniano de la "derivación de la excitación" (Freud 1895d, p.110). Por ejemplo, así escribe en el historial clínico de Elisabeth von R.: "Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la 'expresión de las emociones', que, como nos lo ha enseñado Darwin, consiste en operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin" (Freud 1895d, p.193). Ya en los historiales clínicos de Freud se encuentran numerosos ejemplos de síntomas en los cuales, por ejemplo, se expresan tendencias agresivas inconscientes.

Sin tener que recurrir al supuesto de la transformación de energía anímica en corporal, podemos afirmar lo siguiente: según Freud, los síntomas histéricos no son otra cosa que fantasías inconscientes representadas (1895d, pp.148s). La afirmación causal de esta proposición se mantiene si se omite la expresión "por conversión" (en el sentido de una transformación de energía anímica en inervación corporal). Los síntomas histéricos y muchos síndromes funcionales son actos fragmentarios, sensoriales o motores que, a causa de procesos de defensa sólo pueden expresarse parcialmente y como pars pro toto. El paciente mismo ya no tiene más acceso al componente ideativo, es decir, a la representación e intencionalidad. De esto surgen criterios causales y pronósticos inequívocos para la terapia y para la validación, en el sentido de las exigencias de Grünbaum (1984).

El problema cuerpo-alma, con su correspondiente "enigmático salto desde lo anímico a lo corporal" (Freud 1916-17, p.236; 1926d, pp.106s), imposible de

ser re-suelto empíricamente de otra manera, se puede dar así por terminado. Pues los sín-tomas histéricos como operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin, no son en su psicofisiología más enigmáticas que las acciones intenciona-les (Rangell 1959). En la teoría de la conversión como transformación de una for-ma de energía en otra, se hacen especialmente evidentes los caminos equivocados por los que el principio económico ha conducido, por largos años, al psicoanálisis (véase tomo primero 1.1). Para entender el lenguaje de la histeria y para explicar la formación sintomática, el método psicoanalítico basado en la teoría psicológica profunda de Freud es totalmente suficiente:

Al hacer que lo inconsciente prosiga hasta lo consciente, cancelamos las represio-nes, eliminamos las condiciones para la formación de síntomas y mudamos el conflicto patógeno en un conflicto normal que tiene que hallar de alguna manera su solución. No otra cosa que esta transformación psíquica provocamos en el en-fermo: hasta donde ella alcanza, hasta ahí llega nuestro auxilio. Donde no hay ninguna represión ni otro proceso psíquico análogo que pueda ser deshecho, tam-poco nuestra terapia tiene nada que buscar (1916-17, pp.398s).

En los síntomas histéricos y en el grupo de síntomas funcionales, los afectos están inhibidos en su expresividad total. Una expresión parcial aparece en vez del to-do. En tales representaciones metonímicas, a los enfermos les falta el acceso a sus propias intenciones. Estas representaciones, para repetir las palabras de Freud, "son mantenidas fuera del procesamiento consciente". Es esencial que la interrupción de la conexión por represión, como condición causal necesaria, pueda ser anulada interpretativamente. Con los síntomas corporales sucede de otra manera. Ya en 1935, Alexander dijo que es "un error metodológico tratar de interpretar psicológi-camente un síntoma orgánico que es el resultado de una cadena intermediaria de procesos orgánicos" (Alexander 1934, p.505). Tal interpretación contradice las cla-ras directivas metodológicas de Freud en relación con la interpretabilidad de trastor-nos corporales (Freud 1910i, p.215). Con éstas se puede encontrar un acceso a las teorías modernas de la acción y de los afectos, y afirmar con Christian:

La sintomática histérica de conversión es, desde el punto de vista de la teoría de la acción, la génesis actual de una fantasía. Empero, también es importante la trami-tación de la fantasía: a saber, no precisamente la resolución de una acción natural y normal, sino la puesta en práctica de posibilidades de acción acortadas en sim-plificaciones escénicas determinadas. Quizás la siguiente comparación

aclare lo di-cho: la danza teatral es una realización escénica plena en lenguaje corporal; en ella se pone en escena el lenguaje corporal, pero de una manera artística. En con-traposición, la puesta en escena histórica es más primitiva y no tiene un carácter artístico, tiene algo de "teatral", y eso es justamente algo no artístico. Esta reduc-ción a una fantasía primitiva en la sintomática de conversión también llamó la atención de Freud. ... Los síntomas son tanto sustitutos de acciones no tramitadas completamente (acciones sustitutivas o fragmentos de acción) como también formas de expresión del conflicto inconsciente (formas de acción representativa) (1986, p.81).

Las grandes histerias e histerias de angustia del siglo pasado, cuya sintomática po-día reproducirse y ser puesta en escena bajo los efectos de la sugestión de Charcot en la Salpêtrière, han llegado a hacerse raras en nuestra sociedad actual, la verdad que no en último término como resultado de la revolución sexual y del esclareci-miento freudiano. Sin embargo, por otro lado los mismos síntomas histérico-an-gustiosos se continúan en los llamados síntomas funcionales, cuyo diagnóstico, cada vez más sutil, es mantenido por la medicina moderna en movimiento forzado. El inquieto paciente, que no puede saber que sus molestias pertenecen al campo de expresión de emociones inconscientes, induce al médico a repetir el proceso diag-nóstico hasta excluir una enfermedad oculta, quizás maligna. A menudo, durante tal procedimiento se encuentran algunas anomalías inofensivas que, a causa de su ambigüedad, pueden transformarse en fuente de nuevas inquietudes, o pueden con-ducir a tomar medidas que de ninguna manera son adecuadas para aliviar las angus-tias neuróticas. Este resultado surge de la estructura de estas angustias y del desa-rrollo de un círculo vicioso, en el que el desamparo, la desesperanza y la angustia se refuerzan mutuamente. En la sección 9.1 describimos estas conexiones en un excursio sobre la posición central de la angustia en el psicoanálisis. La idea de que las intenciones inconscientes se dirigen a un objeto externo, o a su imagen, donde esta última se puede grabar en el propio cuerpo (como imagen de sí mismo), perte-nece a los conocimientos básicos de Freud. Qué fantasías inconscientes pueden ser "imaginadas" –en el sentido profundo de la palabra–, es algo que varía en cada ca-so.

Con todo, es aconsejable sospechar en toda dismorfofobia –es decir, en todos los trastornos de la imagen corporal en los cuales se experimenta alguna deformidad que en la realidad no existe–, impulsos agresivos que han llegado a hacerse incons-cientes por efecto de procesos defensivos (5.5). Esta observación clínica habitual se hace comprensible si tomamos en cuenta que con las identificaciones, las som-bras del objeto abandonado caen también sobre la imagen corporal, para parafrasear la conocida metáfora de Freud. En esto, se representa en la propia imagen corporal una disputa agresiva, en la que se le

infiere al adversario (al "objeto") un daño real o imaginario, colocándose parcialmente en el lugar del otro. En la base de este proceso se pueden encontrar incluso imitaciones simples, como sucede, por ejemplo, en la participación mística en el dolor de Cristo, en el fenómeno del estigma (*Imitatio Christi*).

A causa de la significación fundamental del esquema corporal y de la imagen corporal en la teoría general de la patogenia, comentamos a continuación estos conceptos, a los que Joraschky (1983) les dedicó una extensa exposición. El concepto de esquema corporal fue acuñado por la neurología y sirvió a Pick y Head para sub-ordinar percepciones corporales bizarras en pacientes con lesiones cerebrales. Head hablaba del "esquema postural" como marco de referencia para las percepciones corporales o a propósito de la orientación y actitud espacial. El "esquema postural" de Head se define neurofisiológicamente: el uso que las personas hacen de los esquemas no es un fenómeno psicológico, sino que se realiza en el nivel fisiológico (Head 1920, citado por Joraschky 1983, p.35). También Schilder (1923) siguió al principio la definición de Head. Sin embargo, posteriormente este creativo autor contribuyó, de manera especial, a que el concepto se ampliara a la experiencia corporal subjetiva, es decir, también a la imagen espacial psíquica, que surge de las interacciones interpersonales. Orientándonos en Schilder, nos simplificamos el asunto; este autor integró consecuentemente en la teoría del esquema corporal hallazgos psicológicos y psicológicos profundos (dinámicos), de modo que en su libro tardío *The image and appearance of the human body*, habló de *image body* (Schilder 1935).

Con la frase: "del esquema corporal a la imagen corporal", queremos destacar los descubrimientos de Schilder, que se han demostrado extraordinariamente fructíferos en el psicoanálisis y en la medicina psicosomática, aun cuando el autor mismo, según Rapaport (1953, p.7) uno de los pensadores más amplios de la psiquiatría, sea citado raramente. Por esto queremos dar abundantemente la palabra al propio Schilder, reproduciendo algunos pasajes representativos de la publicación *La imagen corporal y la psicología social* (1933), hasta hoy bastante desconocida. En la forma de tesis, destacamos los conceptos de Schilder que tienen una especial relevancia técnica: cuerpo y mundo son conceptos correlativos.

La conciencia de la corporalidad, la imagen tridimensional de nosotros mismos que llevamos dentro de nosotros, debe ser construida de la misma manera como el conocimiento del mundo exterior. Está siendo constantemente creada y construida a partir de las materias primas táctiles, cinestésicas y ópticas ... La

imagen corpo-ral vivida llega a ser así un mapa de las mociones pulsionales (p.368).

Schilder describe brevemente a una paciente que sentía que su cuerpo se caía a pedruzcos. Con esto se correlacionaban impulsos de despedazar a otros. Del mismo modo, el deseo de ser visto es para Schilder originalmente igual al deseo de ver.

Entre la propia imagen corporal y la imagen corporal de los demás existe una profunda comunión. Cuando construimos la propia imagen corporal, una y otra vez sometemos a prueba lo que puede ser incorporado en el propio cuerpo. En relación con nuestro propio cuerpo no somos menos curiosos que frente al cuerpo ajeno. Cuando el ojo está satisfecho, deseamos la satisfacción del tacto. Metemos nuestros dedos en cada cavidad del cuerpo. Voyerismo y exhibicionismo tienen la misma raíz. La imagen corporal es un fenómeno social. Pero los cuerpos humanos no están nunca quietos. Están siempre en movimiento. El movimiento del cuerpo no es ni expresión ni acción, es el cuerpo de una persona con pasiones y motivos (p.371).

Después de la descripción de un síntoma neurótico, Schilder ofrece la interpretación resumen de que, en su actuar, el paciente desempeña el papel de muchas personas simultáneamente, y en ello ve un ejemplo

... de que las imágenes corporales de los demás están contenidas en la propia. Sin embargo, éstas tienen que ser primero dadas al paciente, antes de que él pueda fundirlas en su propia imagen corporal. El vive simultáneamente en su propio cuerpo y fuera de él. La imagen corporal propia y la ajena nos son dadas simultáneamente. La imagen corporal no es el producto de la apropiación personal de las imágenes corporales de otros, aunque incorporamos parte de ellas en nuestra imagen corporal. Tampoco es el producto de la identificación, aunque tales identificaciones pueden enriquecer nuestra propia imagen corporal (p.373) ... La imagen corporal no se está quieta. Cambia de acuerdo con la situación de vida. Es una construcción creativa. Se construye, se disuelve y se vuelve a construir. En este proceso permanente de construcción, reconstrucción y disolución, los fenómenos de identificación, apropiación personal y proyección, son de una significación especial (p.375) ... Pero la vida comunitaria no atañe sólo a las identificaciones, sino también a las acciones que presuponen las demás personas como personas con cuerpo propio. Existen dos tendencias contradictorias entre sí. Una incorpora al prójimo a través de identificación y

procesos similares en el propio yo, la otra, no menos fuerte y originaria, pone y acepta a los demás como una unidad independiente. Es-ta antinomia social es de la mayor trascendencia (p.375).

Con seguridad, el convincente lenguaje de Schilder ha traído al recuerdo del lector variados aspectos de su propia imagen corporal. Naturalmente, la ininterrumpida acción recíproca entre la propia imagen corporal y la ajena va más allá de la com-paración de acuerdo con puntos de vista estéticos. La relación entre cercanía y dis-tancia también pertenece a la antinomia social mencionada. Partiendo de observa-ciones clínicas, Schilder ofreció en pocas páginas un panorama que pone de relieve las dimensiones psicosociales del desarrollo de la imagen corporal. Las emociones

y los movimientos expresivos, tanto como los actos fragmentarios, en el sentido de los síntomas histéricos, están entonces permanentemente en una estrecha relación con algún aspecto de la imagen corporal, más o menos inconsciente. Mano a mano con la construcción del esquema corporal neurofisiológico se forma la imagen corporal, que reúne en sí un conjunto de representaciones y fantasías conscientes e inconscientes. Estas pueden congeniar entre sí, entrar en competencia mutua o incluso también llegar a hacer caso omiso de las funciones corporales, en el sentido de su cauce fisiológico. A causa de sus varias capas, la imagen corporal puede ser comparada con un palimpsesto, es decir, con un cuadro que ha sido varias veces repintado, de modo que en la misma tela se pueden encontrar cuadros que armonizan entre sí, o que no lo hacen. En esta analogía, la tela sería la base que sustenta el esquema corporal construido neurofisiológicamente o, de manera más general, el yo corporal de Freud. Por lo demás, en esa medida, la persona es y permanece, como pintor, parte de su imagen corporal, porque a lo largo de la vida está unido a lo que en ella está diseñado, y porque entre idea e imagen puede dominar una tensión productiva o una destructiva.

9.3 Neurosis de angustia

Cristián Y padecía de una neurosis de angustia, acompañada de una taquicardia paroxística de tal gravedad, que se había hecho necesario hospitalizarlo por largo tiempo en una unidad de medicina interna. En los años precedentes, su seguridad en sí mismo había disminuido considerablemente. Cualquier estímulo insignificante, incluso cambios sólo mínimos del clima, en el sentido literal o figurado, podían aumentar la angustia hasta provocarle una crisis cardíaca. El paciente es incapaz de trabajar y vive unido al hospital, de cuyo apoyo no puede prescindir.

Durante las entrevistas diagnósticas, sólo con esfuerzo puede mantener su compostura. Refiere que desde hace años lo atormenta la inseguridad y la angustia. Dice sentir una profunda angustia existencial, estar desanimado y deprimido, que solamente lo mantiene vivo un especial sentimiento de obligación para con los padres. Que hace tiempo planifica suicidarse. Que su seguridad es sólo aparente. Agrega que sólo en el hospital y en sus alrededores puede aguantar sus angustias y las manifestaciones físicas de ésta.

El diagnóstico fue de una neurosis de angustia en una estructura de personalidad narcisista.

Cronológicamente, la historia de los síntomas se pueden exponer de la siguiente manera:

El paciente creció junto a dos medios hermanos considerablemente mayores provenientes del primer matrimonio del padre, como el hijo mayor de una familia de muchos niños. La madre, muy ansiosa y sobreprotectora, se dedicó de manera especial a su primogénito y fue determinante para el clima de la relación. El padre, un físico muy exitoso, durante la infancia del paciente estuvo muchos años ausente por razones de trabajo y después tampoco fue una figura muy presente.

Infancia hasta la entrada a la escuela (0 a 6 años): Numerosas e intensas angustias infantiles. El paciente crece en ausencia de su padre y desarrolla una relación muy estrecha con la madre, relación que se hace más intensa a través de los años, debido a los temores del paciente a la obscuridad o a estar solo.

Cuando tenía alrededor de cuatro años, regresa el padre. Las angustias se intensifican, en conexión con sueños en los que el paciente se ve castigado por la mirada malvada de un hombre o por sus amenazas corporales (con tenazas).

De los 6 a los 12 años de edad: Una intensa fobia a la escuela mejora gracias a los cuidados sobreprotectores de la madre, quien durante mucho tiempo lo fue a dejar y a buscar al colegio.

De los 12 a los 22 años de edad: El abuelo, muy querido por el paciente, muere de un infarto cardíaco; exploraciones clínicas y tratamientos por "molestias cardíacas y circulatorias". El recuerdo del paciente del diagnóstico de tener "un corazón débil", se une con la indicación médica de que el joven debía ser tratado cuidadosamente. Con esto finalizó una corta fase de actividad física y deportiva, sumiéndose en una actitud de pasividad y dependencia. Desde los 12 años de edad, numerosos médicos trataron sus sensaciones de angustia y síntomas cardíacos.

Los mimos de la madre se unían a la observancia de sus ideales por parte del paciente. Así se desarrolló un joven formal y sobreadaptado que inhibía la curiosidad y la actividad por mantener el amor de la madre. La rivalidad con los dos hermanos menores fue reprimida. Sus rendimientos en la escuela eran muy inferiores a lo que era esperable por su inteligencia. El que el talentoso muchacho alcanzara cada vez las metas de la clase, ocultó el trastorno de concentración y de trabajo; mientras llegaba a la meta sin demasiado esfuerzo, se sentía bien. La más mínima presión lo llevaba a sensaciones de displacer o angustia que estremecían su frágil autoestima. Si bien por su buena educación se hacía querer en todas partes, el paciente no podía recordar ninguna fase de su

vida, o alguna actividad, en la que hubiera estado satisfecho consigo mismo o que hubiera ganado seguridad de una relación interpersonal. Durante la pubertad, intentó, con gran esfuerzo de voluntad, liberarse de su madre. Se mostró incapaz de soportar una competencia deportiva hasta el final. Propio de su modelo de comportamiento era renunciar justo antes de la victoria. Con decidida conciencia, el paciente trató de tirar por la borda los ideales mojigatos de la madre, sin poder alegrarse por sus éxitos con las muchachas. Sus amistades tenían un carácter narcisista. Igual que la masturbación, le acarreaban más sentimientos de culpa que satisfacción. Perdió el último resto de seguridad en sí mismo después de sufrir un rechazo de parte de una muchacha. Esta humillación lo descompensó, le trajo angustias cardíacas que eran experimentadas como un daño corporal irreparable. Cristián Y debió interrumpir sus estudios a causa de estos síntomas y está incapacitado laboralmente.

Retrospectivamente, podemos constatar que el analista tratante se equivocó al evaluar la gravedad de la enfermedad. En la estructuración de la terapia no se tomó en cuenta que Cristián Y se encontraba aún en una etapa de desarrollo correspondiente a la adolescencia tardía. Ya que en este grupo etario el problema potencia-impotencia es especialmente crítico, la técnica de tratamiento debió haber estado impregnada por una mayor "cooperación fraternal" (Bohleber 1972). A esto hay que agregar que la técnica de tratamiento de ese entonces –el análisis comenzó hace alrededor de 20 años–, llevó a errores inmanentes a ella que tuvieron un efecto desfavorable. Por ejemplo, se le sugirió al paciente muy tempranamente que redujera o que eliminara los medicamentos. Una mejor cooperación entre los médicos tratantes podría haber aportado en aumentar la seguridad del paciente y disminuir el número de recaídas que, a su vez, llevaban a una baja de la confianza en sí mismo y a una predisposición a la angustia. Respecto de la evolución externa de la terapia, hay que agregar las siguientes estaciones y momentos: el análisis comenzó hace 20 años y

finalizó después de 1400 sesiones, con una duración total de más de 10 años. Debido a la gravedad de la neurosis de angustia, Cristián Y debió estar en tratamiento en régimen de internación durante un año y medio. A partir de la sesión n.º 320, el paciente pudo continuar ambulatoriamente la terapia intensiva de 5 sesiones por semana, viniendo desde un hogar transitorio. Después de un tiempo, estuvo en condiciones de recorrer a pie el camino al consultorio y de renunciar a la protección del taxi que en caso de emergencia lo podía llevar rápidamente al hospital. Después de 3 años de tratamiento, y a pesar de la persistencia de restricciones, Cristián Y pudo comenzar en otra localidad su formación profesional, que logró concluir exitosamente después de algunos años. A partir del comienzo de la formación y después de la graduación, se fue reduciendo gradualmente la frecuencia de las sesiones, de tal forma que las primeras 600 se distribuyeron en 3 años y las 700 restantes, con una frecuencia más baja, se repartieron en muchos años de terapia. También contamos con una sinopsis del largo seguimiento catamnésico. Este hombre, que actualmente tiene más de 40 años, es desde hace años exitoso en lo laboral. Ha formado una familia y es feliz con su mujer y sus niños, a pesar de que aún manifiesta insatisfacción respecto de una disminuida confianza en sí mismo.

De este análisis extraemos 4 ejemplos. La sesión n.º 203, que se presenta en la sección que sigue (9.3.1), proviene de la fase de tratamiento en régimen de hospitalización. En la sesión n.º 503, que presentamos en la sección 4.3 bajo el título de "desgano como resistencia del ello", la falta de ánimo y la incapacidad para trabajar alcanzan su punto más bajo. Finalmente, reproducimos dos pasajes de la fase de terminación en las secciones 9.3.2 y 9.3.4, que fueron comentados de manera muy esclarecedora por el propio Cristián Y.

9.3.1 Angustia de separación

En el pasaje siguiente, y a propósito de una situación desencadenante, se hace manifiesta la intensidad de la problemática de separación subyacente. El ejemplo muestra el intento del analista de poner de relieve las necesidades y deseos contradictorios del paciente.

Poco antes de la sesión que reproducimos, el paciente había contado de su apego a sus padres, a propósito de una visita de fin de semana. Hasta ese momento, ese sentimiento nunca le había llamado la atención tan claramente. Los padres habían salido por unas horas con unos conocidos; el paciente había percibido el nítido deseo de que se quedaran, que estuvieran ahí para él y que lo cuidaran. En el hospital había tres médicos que se preocupaban intensivamente de él, entre

otras cosas, por-que la intensidad de las crisis de taquicardia era difícil de dominar con bloqueadores de receptores beta. Entretanto, el paciente tiene una actitud ambivalente frente al tratamiento medicamentoso, probablemente como consecuencia de la terapia analí-tica. Pareciera haberse identificado con el parecer manifestado por el analista, de que en lo posible debiera arreglárselas sin tratamiento medicamentoso. Al mismo tiempo, los cuidados médicos materializan la atención directa que no recibe del ana-lista.

El paciente llega a la sesión con molestias agudas.

P.: Me siento nuevamente débil, tengo esa ... inquietud tan espantosa, me asfixio. Que me asfixio es exagerado, pero me falta el aire y tengo molestias cardíacas. Hoy no he tomado ningún medicamento, porque Ud. no quiere, pero ... no sé que es, pero ... bah, donde se ha visto algo así. (Pausa.) Mientras tenía este malestar, surgió en mí varias veces el anhelo de tenerlo junto a mí, y luego pude comprobar que estaba furioso con Ud. ... por lo menos, pienso, pude constatar eso, pero no pude reconocer la intensidad de la rabia. De alguna manera estoy furioso con Ud. (Pausa.) Bah, qué raro, ahora de repente no estoy pensando en nada y las molestias también han desaparecido y lo que me queda es el enojo por haberme descontrolado y haber golpeado a la puerta y queda la angustia de haberlo indignado de alguna manera.

A.: Pero esa angustia es manifiestamente menor que las otras. ¿Realmente desaparecieron las molestias en este momento?

P.: Hm, sí.

A.: Esto muestra que existe una relación muy estrecha entre una rabia intensa y las molestias.

P.: Sí, entonces, siempre que me siento mal como me sentí hoy en la tarde, tengo deseos de gritar para que alguien venga. Ahí siempre tengo que controlarme para no gritar. De alguna manera no ser dejado solo, o algo así, es lo que se me ocurre al respecto.

A.: Sí, y ahí estaba justamente la puerta cerrada: "por favor no entrar"; y a lo me-jor hoy de nuevo me va hacer esperar un cuarto de hora.

P.: Bueno, esta vez no lo hubiera aguantado. Antes de eso pedí que viniera el mé-dico y le pregunté; me sentía tan mal. Ahora tengo de nuevo palpitaciones inten-sas, fuertes, no rápidas ... y estas sensaciones son las que me acompañan cuando me alejo de Ud. o de mi casa. Al parecer vierto sobre mí mismo todo el disgusto. Pero, ¿por qué no aprendo de que es una estupidez que no conduce a nada?

A.: Sí, porque en este sentido Ud. no grita, patalea o brama en contra mía, que es quien lo abandona. Al no hacerlo, se siente más seguro, porque piensa "si no, ahí sí que me abandonaría realmente".

P.: A lo mejor también me tranquiliza, o me sorprende, que Ud. no me ponga mala cara; no pensé que Ud. pudiera estar con alguien en su oficina, si no, no habría golpeado.

A.: Sí, Ud. experimentó que no estoy enojado; esto significa que la rabia que Ud. sentía antes de golpear la puerta no tuvo consecuencias graves; entonces retrocedió un poco la angustia; sí, no está enojado, todo se fue apaciguando, entonces desaparecieron las molestias, se fue la rabia, y realmente no pasó nada tan terrible.

Comentario: En el transcurso de los acontecimientos, se aclara lo siguiente: el paciente ya viene inquieto del pabellón y se hizo asegurar por el médico del pabellón de que no pasaría nada. Llega entonces a la oficina del analista, en cuya puerta cuelga el letrero: "Por favor no entrar." Este momento lo experimenta como un abandono abrupto, frente al que reacciona con rabia, cuyo desarrollo se queda pegado en las molestias porque ésta no puede alcanzar su meta.

Es decisivo que el mismo analista incluyera el momento desencadenante de la "puerta cerrada" y que haya bosquejado para el paciente las temidas consecuencias. En representación del paciente, asume la puesta en palabras de las fantasías agresivas y del motivo de por qué el paciente no puede hacer una pataleta y gritar. Naturalmente, con el primer paso de la demostración ad oculos el problema no está resuelto. Esto se aclara en el transcurso posterior de la sesión, cuando aparece la resistencia en contra de la asimilación del insight preparado por el analista.

P.: Ahora me viene la angustia de nuevo, porque no sé si es que alguna vez voy a poder entender que no va a pasar nada si me pongo realmente furioso.

A.: Bueno, pero ahora sí lo ha entendido.

P.: Sí, pero, hm ... pareciera que sólo lo sé, sin que esté convencido con todo mi cerebro.

A.: Sí, Ud. quisiera que lo asegurara minuto a minuto con mi presencia amistosa.

P.: Claro, cuando estaba abajo (en el pabellón) me decía eso mismo, que no me va a pasar nada si me pongo furioso. Pero eso no aporta nada a que me alivie.

A.: Si no estoy ahí, aumenta la rabia, y a Ud. le gustaría, lo que lo enfurece aún más, que yo le diera seguridad estando ahí; que a través de mi actitud y de mi expresión amistosa le mostrara de que así es realmente.

P.: Claro que de esta manera el asunto solamente se desplaza.

A.: ¿Qué quiere decir con "desplaza"?

P.: Bueno, ahora no es la rabia misma la que me da dolores de cabeza, sino la pregunta sobre la certeza de que no va a pasar realmente nada. Ud. me lo ha dicho y mostrado tantas veces: no pasa nada.

A.: Sí, ahora quizás hay otra cosa que entra en el juego: si bien Ud. no quiere que pase algo, con ello me convierto en ese que tiene siempre la razón, del que hablé-bamos ayer. Para Ud. sería intolerable que yo nunca me saliera de mis casillas, que nunca me saliera de mi rol, que nunca me saliera de quicio de un modo que revelara que también yo estoy afectado.

P.: Sí, ahí estoy frente a un terrible dilema.

En esto sólo podemos estar de acuerdo con el paciente. Se encuentra en un dilema que está en la base de los procesos neuróticos, y que Strupp (1985) ha llamado *maladaptative vicious circle* (en inglés en el original). La angustia se rige por el temor a ser abandonado si aparecen sentimientos negativos intensos frente a la per-sona de referencia primaria. Sin embargo, la satisfacción del deseo resultante —el otro debiera permanecer permanentemente amistoso y estable— confirma que la di-ferencia entre el niño y la madre es infranqueable. Esta humillación desencadena nuevas agresiones que a su vez deben ser nuevamente apaciguadas por anhelos de aferrarse. ¿Cómo se ayuda a un paciente a salir de este dilema? Primero que nada, el analista fundamenta una vez más el dilema.

A.: Cualquier cosa que yo haga va a estar mal hecha. Si me mostrara amistoso, se-ría terrible; si me mostrara incommovible y no tan amistoso, también sería terri-ble.

Luego sigue una proposición. El analista quiere informarse si el paciente siente alguna satisfacción indirecta en el encontrarse en este dilema y afirmarse en él pasi-vamente. Evidentemente, el analista piensa en la psicodinámica de la ganancia se-cundaria de la enfermedad y pone delante del paciente una lucha de poder, para su propio alivio. Si bien esta interpretación está bien fundada teóricamente, está muy lejana de la vivencia del paciente como para tocarlo de una manera útil. Es com-prensible que el paciente responda con un humor huraño. Aparecen largos silen-cios, que derivan a un diálogo entrecortado sólo difícilmente y sin que ello signifi-que un gran avance. El paciente se siente progresivamente más irritable y furioso, porque tampoco esta vez pasará algo nuevo.

Para anular la fantasía de que su agresividad conduce a la pérdida de objeto y al abandono, y para acortar la interrupción de fin de semana, al final de la sesión se le ofrece al paciente una hora adicional el sábado, que éste acepta con agrado. Después de una pausa prolongada, el analista carraspea.

A.: ¿Hm?

P.: En este momento no se me ocurre nada más fuera de lo que ya he dicho, que mientras no esté completamente convencido de que Ud. sigue estando ahí, de que la duda me va a seguir produciendo angustia. Yo tengo ...

A.: ... un medio poderoso para movilizarme a hacer, finalmente, algo más por Ud., algo más que estar aquí sentado y decir algo ... precisamente el viernes, cuando viene el fin de semana, realmente hacer algo más.

P.: Sí, pero en relación a eso, lo único que se me ocurre es sentir más rabia. Es lo mismo que hace un rato. La rabia por quedarme solo, ser siempre abandonado. O quizás no lo entiendo, a lo mejor quería mostrarme otra cosa.

A.: No, no es nada nuevo, pero éste es precisamente el punto. Que no sucede nada nuevo, nuevamente sólo palabras.

P.: Obviamente, no hay nada más que agregar. Soy un inútil, estoy furioso por eso, eso es todo.

A.: ¿Inútil? Eso no lo sé. Ud. está furioso.

P.: Sí, y ni siquiera lo puedo mostrar bien. Probablemente, incluso estoy bastante furioso, pero hablo de manera tan sospechosamente indiferente.

Comentario: El período difícil parece superado, el analista puede ahora fijar el afecto de la sesión en una categoría, aunque pensamos que establece una distinción de-masiado débil entre lo "inútil" y lo "furioso". El afecto de rabia está ahora dirigido directamente en contra del analista y puede ser aceptado por ambos. Un punto de giro importante en la hora es la inclusión de la situación de que se trata de un viernes, tomando en cuenta que el paciente viene a sesión 5 veces a la semana y que va a pasar el fin de semana solo en la clínica, un hecho digno de ser tomado en cuenta. Y esto es así, porque para la vivencia inconsciente del paciente es el analista quien lo abandona y contra quien se siente justificadamente furioso.

A.: Ud. está también contento de que haya desaparecido la angustia con la que entró acá. Estamos a viernes y quisiera separarse a buenas conmigo.

P.: Bueno, ya nos pusimos de acuerdo en que no era grave que yo tuviera un ataque de rabia.

A.: Sí.

P.: Al contrario, ¡sería bienvenido!

A.: No está muy convencido de eso.

P.: Vea Ud., pues de eso se trata. ¿Por qué no estoy convencido? y ¿cómo logro convencerme?

A.: Ud. no quisiera tener que convencerse a sí mismo. Soy yo quien tendría que convencerlo, ése es el punto.

Comentario: Con esta interpretación transferencial, el analista pone de relieve el motivo de la adhesión del paciente a su angustia; él evita la autonomía y lucha de esta forma por obtener los mimos diádicos: No es él mismo quien debe convencer-se, sino el otro debe hacerlo, con lo cual está en una posición en la que siempre gana, porque este trabajo de convencimiento nunca alcanzará su

consumación, co-mo un trabajo de Sísifo. Aquí se trata de movilizar al paciente para que renuncie, para que abandone sus exigencias infantiles. Esta posición es puesta nuevamente a prueba a propósito del rol del médico del pabellón, poco antes de la sesión:

A.: Entonces llamó al médico del pabellón para preguntarle si Ud. podría venir, si él pensaba que lo lograría, ¿o qué?

P.: No, ya no sabía qué hacer, si entrar o salir, así de simple. Ya no era capaz de andar ni siquiera hasta la mitad del pasillo, tanta era mi angustia y mis molestias cardíacas.

A.: ¿Y a pesar de eso Ud. no tomó nada?

P.: Sí, Ud. dijo que no debía tomar nada.

A.: Ud. sabe que yo no lo dije en forma tan absoluta.

P.: Sí, sí, seguro.

A.: Es importante que Ud. no haya tomado ningún medicamento por mi causa. Yo no sé si Ud. realmente no puede aguantarse. ¿No fue quizás también un test de si acaso podía confiar tanto en mí como para intentarlo?

Comentario: La idea de la prueba introduce en el juego la ambivalencia del paciente: ¿debe creerle más bien al médico del pabellón, o debe seguir ciegamente a su analista? Con la inclusión del médico del pabellón que lo tiene a su cargo, ¿se trata de una injustificada demostración de confianza, o está probando la reacción del analista? Aquí el analista parece introducir en el juego demasiado de la fe en sus palabras.

P.: Hm, a eso le tendría demasiado miedo. A lo mejor, pero me parece algo ajeno. Bueno, tenía realmente el temor de estropear algo. Pero ahora me estoy sintiendo de nuevo mal.

A.: Sí, se acerca el final de la hora, de tal modo que probablemente aparezca de nuevo la ...

P.: ... angustia.

A.: Y crece el anhelo de llevarse hoy día algo más.

Comentario: Sin duda, Cristián Y recibió una gratificación en la forma de una sesión extra el sábado, y en ese sentido hasta puede llevarse mucho consigo. No obstante, después de haber conversado con el analista tratante, surge la sospecha de que éste le hizo este ofrecimiento especial partiendo del sentimiento de no haber sido justo con el paciente en esta sesión. Por ejemplo, Cristián Y fue de hecho llevado a un conflicto de lealtad entre los médicos y su analista y, en el intento de reducir los medicamentos, para así complacer a este último, sufrió una derrota. Por lo tanto, se produjo un nuevo traumatismo como repetición del desamparo, en el sentido de la teoría psicoanalítica de la angustia. También la última frase, más que sacar al paciente del desamparo, lo estimula. Y esto porque cuando crece el anhelo de llevarse algo más, sin que el paciente pueda hacer algo para efectivamente obtener más, el sentimiento de impotencia aumenta. Algunos aspectos de la angustia de separación son elaborados convincentemente, pero por ambas partes parece dominar cierta perplejidad en relación a cómo el paciente puede salir del dilema.

9.3.2 Fase de terminación

Después de una duración de más de 10 años, la fase de terminación de este tratamiento sirvió, entre otras cosas, para corregir los errores que el analista había cometido en base a ideas diagnósticas y terapéuticas falsas. Si bien se trata de estimaciones erróneas específicas para este caso, aquí pretendemos dar cuenta de problemas típicos, que el analista tratante atribuye a la comprensión de la técnica que tenía 20 años atrás. Cristián Y no solamente corrigió algo de aquello que había marchado mal en su tratamiento, sino que abrió los ojos del analista respecto de sus errores sistemáticos.

Aquí no se trata de hacer una retrospectiva cuya meta sea una aclaración histórica. En un análisis en curso, el centro de la atención lo ocupan siempre el momento y la tarea de seguir logrando conocimientos terapéuticos eficaces a través de nuevas formas de intercambio y de reflexión.

Cristián Y manifestó la sospecha de que, mediante interpretaciones transferenciales positivas, yo no sólo trataba de cambiar su imagen y sus representaciones del pasado, sino que también lo invitaba a adornarme a través de deseos muy imaginativos y así, finalmente a tomarme por otro. Casi literalmente, el paciente dijo lo siguiente:

P.: Siempre tuve la sospecha de que Ud. intenta cambiar el pasado utilizando esta figura del "otro", que ha ido moldeando mediante distintas preguntas, es decir, de invertir el recuerdo de la madre, que es preponderantemente negativo, en algo positivo. Como paciente, se está en una situación de mierda. A causa de esta confusión, que Ud. probablemente llama transferencia, se está en una mala posición. Por ejemplo, él refiere las expectativas amorosas a Ud., y cuando Ud. empieza a hablar tan sin ton ni son, sé, por lo menos intelectualmente, que no voy a ser querido por Ud., pero que de todos modos corro el peligro de construir algo en la fantasía. Yo jamás he afirmado que nunca fui querido o que en el futuro nadie me querirá. Evidentemente Ud. comprendió mal eso. Al contrario, mi madre me cubrió de tanto amor que me alcanzaría para varias vidas. Pero quedó afuera lo que para mí habría sido importante y que sigue siéndolo todavía hoy. Ahí no tengo nada más fuera del viejo rechazo. Faltó la confirmación que yo esperaba en relación con la sexualidad y la agresividad, y por eso tengo miedo frente a todas las cosas que me importan.

Luego, se llega a un esclarecedor intercambio de ideas, que nos lleva a establecer que el paciente no es lo que quiere ser, sino una especie de simulacro de sí mismo. Pero sus angustias no le han permitido querer y ser algo más que lo diferenciara de lo que su madre había hecho de él.

Comentario: Este intercambio de ideas sugiere la idea del sí mismo falso y verda-dero de Winnicott. Hay que destacar que, a causa de sus angustias elementales, el paciente apenas era capaz de llevar a cabo movimientos espontáneos que pudiera vivir como acciones genuinamente propias.

Cristián Y habla entonces de la fase de la terapia en la que estábamos sentados frente a frente.

P. (retrospectivamente): Si lo veo, se evita, o se evitaba, que se me escurra, que se me escape la fantasía, entonces no se llega tan fácilmente a la confusión.

A.: No sólo que yo me escurra, sino que Ud. mismo lo haga.

P.: Es claro lo que quise decir.

Comentario: En etapas anteriores de la terapia, el analista se había dejado guiar por la idea de que la madre del paciente no podría haber tenido una posición puramente negativa respecto de su vitalidad, ya que éste, como primogénito, había sido el pre-ferido durante la larga ausencia del padre. La verdad es que ahora se muestra que las interpretaciones ofrecidas de acuerdo con esta idea, Cristián Y las había entendido como un intento de tergiversar el pasado, en el sentido de una ilusión re-trospectiva correctora, es decir, un tipo de autoengaño. Todas esas cuidadosas inter-pretaciones formuladas en el modo subjuntivo o potencial, y que buscaban estimu-lar la reflexión, como, por ejemplo, el que yo dijiera que sus impulsos agresivos y libidinosos, en uno u otro aspecto, quizás podrían ser tomados positivamente, esti-mulaban más bien su sospecha. El podría ser impulsado a la confusión y con ello a ser sanado a través de autoengaño y ficción.

Aquí se hace necesario hacer algunas observaciones sobre el significado del modo potencial y el subjuntivo (coniunctivus irrealis) en el lenguaje de la práctica psico-analítica, cuya aplicación tiene ventajas en muchos pacientes. Estos modos nos permiten nombrar lo que no es. Arno Schmidt califica esta peculiar forma verbal, de lo simplemente imaginado como posibilidad, como "una sublevación interna en contra de la realidad" o como "un voto de desconfianza lingüística contra Dios: si todo fuera inmejorablemente bueno, no sería necesario el subjuntivo" (ni el poten-cial).

Albrecht Schöne escribe sobre el papel del modo subjuntivo en Lichtenberg, diciendo que este modo ligaría la potencia destructiva con la energía productiva (cita-do por Schneider 1987, p.296). No es entonces sorprendente que en el lenguaje de la técnica psicoanalítica la forma verbal potencial o subjuntiva tenga tanta popula-ridad, y que se prefieran expresiones como "qué pasaría si ...", "no podría ser que ...", "yo pensaría que ..." o "no sería posible que ...", a expensas de la forma de expresión indicativa, con la que se establece lo que es o debe ser.

Utilizamos el modo potencial y subjuntivo de irrealidad con la intención de activar posibilidades inconscientes.

Las personas inhibidas y restringidas por formaciones superyoicas compulsivas sacan ánimo de sugerencias cuidadosas, sin que en lo demás dejen de tener un margen suficiente para la propia elección. Este cuidado está indicado para no despertar resistencia. Completamente distinta es la situación en aquel grupo grande de pacientes en los que los límites se difuminan fácilmente y que por eso buscan desesperadamente seguridad y también asidero verbal en afirmaciones claras. A este grupo pertenece Cristián Y, con quien su analista aprendió que la forma condicional de lo posible tiene una potencia destructiva si es que no se ofrece un fuerte contrapeso en el indicativo. En este contexto, hay que mencionar que durante un largo tiempo el paciente aprendió de memoria las afirmaciones del analista, lo que por éste fue entendido erradamente como idealización.

Sólo lentamente resultó que para el paciente eran muy sospechosos los sentimientos positivos, por la extrema sensibilización emocional provocada por la madre. Por esto, él buscaba un lenguaje sobrio y claro y una confirmación de su pensar y actuar desde una cierta distancia, para poder lograr una identificación parcial con el analista.

Con enfado, el paciente dice ahora que a menudo ha intentado convencerme de lo importante que son para él la confirmación y el reconocimiento claro y unívoco, para remediar la catastrófica carencia en los sentimientos de sí mismo. A lo largo de diálogos ulteriores se desarrolla un buen acuerdo entre los dos participantes en el proceso analítico. El diálogo deja de transcurrir en argumento y réplica.

P.: Sus frases estaban conscientemente hechas para que no se pudiera agarrarlo. De hecho, el paciente no se interesaba casi nada por mi situación personal de vida, sin embargo, sí le interesaba saber lo que yo pensaba de él y como lo consideraba. Cristián Y señala lo importante que para él es conocer el contexto de las interpretaciones, para así conocer mi sentir y mi pensar sobre él.

P.: Siempre le reproché estar sentado detrás mío y pensar mucho más que lo que me daba a conocer, y esto nos lleva a otro punto. Siempre me ha interesado infinitamente más lo que Ud. piensa y no dice. Lo que Ud. dice son interpretaciones cualesquiera, Ud. teje cualquier tipo de fantasía sobre mí, o desarrolla las propias, utiliza alguna imagen. Eso no lo quiero, nunca lo he querido, y he tratado de aclararle que eso no le está permitido. Por así decirlo, yo quiero saber cuáles son sus notas al margen. Estas sí que abren una conversación directa sobre mí. Yo no sé lo que está confundido o transferido. Soy de la opinión de que eso se diferencia claramente de lo que normalmente

hace una persona sana, y ahí entonces tengo miedo cuando a Ud. le tomo por otro, cuando toma vida en las fantasías al estimular alguna fantasía, eso no es realidad, y yo quiero lo real. Cuando Ud. usa imágenes, tengo también una sospecha fea. Me imagino que Ud. quiere sugerirme que se trata de un pedazo de vida vivida.

Doy la razón al paciente de que las miradas en las conexiones que subyacen a las interpretaciones permiten realmente una revisión crítica, especialmente cuando en el diálogo se ponderan con argumentos los pros y los contras. Del mundo de ideas que se pueden discutir con precisión, al paciente le interesan en especial mis opiniones positivas sobre su sexualidad y agresividad.

De hecho, muchas de las interpretaciones entregadas a lo largo de este tratamiento tenían el trasfondo teórico de que las angustias neuróticas del paciente provenían principalmente de la angustia de pérdida de objeto y del amor del objeto. Ahora, Cristián Y critica violentamente esta línea interpretativa.

P.: Estoy furioso. Con eso, Ud. dice que yo tendría miedo de perder el amor de mi madre y que por ese miedo no sería capaz de imaginarme que, a pesar de la rabia, podría quedar algo de cariño y que no todo está perdido. Eso lo entendí como un estímulo para que cambiara justamente la imagen de mi madre que tengo en mi cabeza, el viejo monumento tendría que variar para que justamente ahora emergiera una mejor madre. Antes, siempre le eché en cara de que no dejaría que cambiara mi pasado, sin importar si ahora mi madre fue de hecho tan malvada o si sólo aparecía tan mala debido a mi propia rabia. Para mí es algo claro, y que tampoco dejaré que me lo cambien, que ella rechazó muchas cosas.

A.: Es decir, si algo de eso variara, entonces se estaría mintiendo a sí mismo.

P.: Sí, me estaría mintiendo, siempre le enrostré el que me estaba estimulando al autoengaño.

A.: Pero, ¿no podría ser que a pesar de su ira siga siendo querido y que no sobrevenga una pérdida total? Aunque sea pedir demasiado, que en el mismo instante en el que Ud. causa dolor, perciba cariño de parte del otro.

A continuación, se le explica al paciente el sentido de la teoría del temor a la pérdida de objeto como consecuencia de la eficaz rabia inconsciente.

A.: Ud. tenía, así me pareció, el temor de que su rabia fuera tan gigantesca, tan violenta, que todo llegara a destruirse y también que termine todo el cariño, porque generalmente en la vida el agredido pega realmente de vuelta y se origina una lucha, donde Ud. teme ser aniquilado, y que también sea demasiado para mí y que yo abandone y que deje de tratarlo.

P.: ¿Sabe? Yo tengo un concepto totalmente distinto y es que yo no padezco de algún enredo entre miedo y rabia, etc., sino que mi enfermedad es una

enfermedad por carencia. Si bien es verdad que la angustia ha disminuido desde que se me hizo más clara la rabia ilimitada que existe en mí. Se me aclaró que la rabia que existe en mí no alcanza por sí sola para desencadenar una catástrofe, y que aquí tengo la libertad de hablar, digamos, en el sentido de una fantasía más amplia sobre la rabia y también la libertad de poder enojarme. Yo sé que no pasa nada, pero lo que no aprendo en todo eso es a sentirme bien con la rabia. Entre tanto, he ido deponiendo mi mayor o menor rabia, o por lo menos ésta ha disminuido enormemente, y en su lugar ha aparecido tristeza y con la tristeza yo mismo me he aserrado la rama en la que estoy sentado.

Cristián Y continúa hablando del placer y agrega que se trataría de construir una nueva rama con el placer. Pregunto: "¿Cómo piensa Ud. que la carencia, que ha traído nuevamente a colación, puede ser compensada?"

Cristián Y rechaza la pregunta con el comentario de que esa es mi especialidad, que él no sabe de eso. Agrega que es claro que no se lo puede lograr mediante un cambio de los recuerdos. Después de un largo silencio, reconozco mi perplejidad acerca de cómo compensar hoy la carencia. Luego llamo su atención sobre el hecho de que él ha corregido algo, a saber, el pensar y el actuar terapéuticos.

A.: Mi reconocimiento sobre la claridad de su crítica de hoy, ¿podría aportar en la compensación de la carencia? Porque frente a mí, Ud. ha experimentado un aumento efectivo de la seguridad en sí mismo.

Inmediatamente, el paciente quita importancia al asunto.

P.: Lo que me importa siempre, es la relación con el mundo exterior.

A.: Sí, y sobre todo le importa el reconocimiento y algo de él le di hoy.

Comentario: En las sesiones siguientes, y en la larga fase de terminación, se continúa con la elaboración de los errores pasados. Para este paciente inteligente e interesado en el pensar del analista, resultó ser especialmente desventajoso el que este último lo desalentara a poner en marcha también reflexiones abstractas, por ejemplo, cuando en la discusión en la sesión había tratado de aclarar el significado del término ambivalencia. De ello, Cristián Y había sacado la conclusión de que todo lo que tiene que ver con reflexiones abstractas y con el pensar analítico era para él precisamente un tabú. Y él tenía miedo de romper los tabúes, de hacer algo que no estuviera permitido.

A.: Fue simplemente un error no haberlo dejado participar más en mis pensamientos.

P. (también para aliviarme): Bueno, a menudo no se prevén las consecuencias.

A.: Sí, pero la consecuencia fue dificultar que Ud., en sus esfuerzos, pudiera acercarse a mis razonamientos y así comprender las conexiones.

P.: Una consecuencia adicional fue, digamos, que yo lo tomé como alguien poco honesto, porque supuse que Ud. sí dice lo que piensa pero que piensa muchas cosas que no dice.

Comentario: La permanente desconfianza del paciente encuentra aquí su fundamen-tación. Calidez, tolerancia y empatía se le hacían sospechosas. El paciente conce-de que, por motivos prácticos y terapéuticos, es inevitable que el analista elija, de una serie de ideas posibles, sólo algunas expresiones. El tema de la seguridad en sí mismo y de su bajo sentimiento de autoestima como base de sus angustias vuelve a ocupar el centro de la atención.

P.: Yo traté de decirle que la tolerancia y cosas parecidas en realidad no me sirven. El tomarlo por otra persona no tiene nada de auténtico. Para mí, eso es solamente una fantasía aumentada, pero nada real. Lo auténtico sería alcanzar la realidad de afuera o alcanzar lo que Ud. piensa, con ello sí que tengo una relación verdadera. Así se puede evitar el peligro la equivocación, o se pueden aclarar las confusiones. Sí, de eso estoy enormemente curioso, eso es lo que quiero saber.

A.: Sí, mis puntos de vista, mi parecer, mi manera de pensar, se diferencian de la de sus padres. Eso es lo nuevo, lo distinto.

Cristián Y vuelve al tema de las dificultades que resultaron del confundirme, vale decir, de la transferencia. Recuerda vívidamente una sesión de hace mucho tiempo atrás en la que él estaba furioso y yo le había contestado con un tono de irritación.

P.: Eso fue una violenta desilusión, al fin estaba furioso y recibí una de vuelta. Hasta el día de hoy no llego a entender cómo algo que hace que lo tome por otro, tenga que ver con algo que viene de Ud., sin que Ud. sea tocado en absoluto por ello. No veo el puente entre lo que aquí hago al confundirle y lo que posiblemente viene de Ud. En todo caso, las características de su persona, de las que Ud. hace aquí uso, las he entendido siempre como cabezas de puente, desde las cuales Ud. opera, aun cuando como persona se encuentre atrás muy lejos, de modo que para mí Ud. sigue siendo alguien impredecible. En el fondo, no tiene ninguna impor-tancia lo que yo sepa de Ud. Lo esencial es la pregunta por la confianza y por la posibilidad de entendimiento.

A.: Sí, sí, porque –dicho brevemente– yo soy yo y Ud. es Ud. No hay por qué ocultar cuáles son mis metas y cuáles son las suyas.

P.: La comunión hay que buscarla en otra parte. Desde que me ocupó con la pre-gunta de la confirmación, me he esforzado, digamos, por empujarlo a una posición excéntrica, de modo que ya no sea más el que es tomado por otro, pero que al mis-mo tiempo pueda decir algo sobre lo que yo hago, de lo que yo pudiera sacar algún tipo de corroboración. Pero Ud. evitó eso, por razones que

desconozco. Cuando hablo de rabia, Ud. sigue pareciéndose mucho a alguien a quien le piso los callos. Me es claro que es un problema difícil de resolver. Pero si Ud. dijera algo en esa tercera posición, quizás yo podría ganar algo, si yo me pudiera identificar con lo que escucho de Ud. Eso presupone que Ud. tome una posición y que no hable flotando libremente, como yo digo, y que cargue al paciente el imaginarse cuál es punto de vista de él (del paciente). Lo que afirmo es que en aquello que Ud. dice nunca se expresa Ud. mismo, porque siempre está referido al horizonte del paciente.

Abordo la "posición excéntrica", reconociéndola como creación del paciente, y menciono sus ventajas.

A.: Esa posición hace las cosas más fáciles, para Ud. y para mí; no esas grandes angustias de la confusión, que de hecho estuvieron presentes cuando Ud. temía y esperaba que yo reaccionara igual como su madre, su padre, un profesor o cualquier otro. Una y otra vez, las repeticiones han desempeñado un papel en su vida, es decir, el confundir una persona con otra.

P.: Ahora, vea Ud., si ese temor se elimina, el temor al castigo y cosas parecidas, quedan siempre las consecuencias de los castigos.

Comentario: Con ello, el paciente se refiere a los efectos de las experiencias interiorizadas en angustias superyoicas y sociales permanentes, y a las dificultades conductuales que resultan de ello, con un grave desmedro de la seguridad en sí mismo y de la autoestima.

Entonces, se trata de saber si una posición excéntrica del analista lo preserva, por ejemplo, de ser susceptible frente a agresiones y humillaciones. El paciente, como observador muy agudo, había deducido mucho del rostro del analista, sobre todo en los tiempos de la terapia sentada, lo que servía como confirmación de la maldad de su agresividad.

A.: La posición excéntrica permitió que aguantara el dolor y que sus acciones quedaran en un nivel tolerable.

P.: Sí, pero vea Ud., yo no tengo ningún motivo razonable para pisarle los callos o para herirlo de alguna forma.

A.: Pero yo sí le hice algo al omitir muchas cosas, desaproveché ocasiones, cometí errores, su recuperación no evolucionó de manera óptima. Aún no está en condiciones de seguir su propio camino con total satisfacción.

P.: Ahora bien, depende de lo que se entienda por error, eso ya lo dije antes y, en segundo lugar, Ud. no me puede dañar más que lo dañado que llegué. Tampoco entonces le hice reproches, ahora se trata de la posición excéntrica, le prometo que no recibo nada (que no tenga una claridad racional), eso desata inmediatamente un montón de angustias, porque no veo la confusión como algo auténtico. Se trata de que en materia de rabia no se puede producir ningún

sentimiento original y bueno. La angustia y la rabia se pueden disminuir y los sentimientos positivos hacen el miedo real más tolerable. Esa es una cuestión del balance interior, pero lo que trato es de producir un sentimiento positivo. Un sentimiento positivo, Ud. una vez lo mencionó, pero en el tratamiento emerge muy poco. Desde entonces hablo sola-mente de eso.

El paciente critica al analista el que no asuma la posición excéntrica de una manera suficientemente clara y que se comporte más bien como un Winkelried, que atrae hacia sí las lanzas y hace como si lo tolerara, algo que a decir verdad le facili-ta a él, al paciente, el estar furioso durante las sesiones. [Se cuenta que en la bata-lla de Sempach (1386), Arnold Winkelried habría abierto un callejón a sus confede-rados a través de la caballería austríaca, abrazando un haz de lanzas contra su pe-cho.] En vez de eso, el paciente exige de parte del analista declaraciones unívocas de que aprueba explícitamente su sexualidad y agresividad y que se llegue a un con-senso en este nivel. El paciente sintetiza una conclusión.

P.: Entonces me podría identificar con lo que Ud. dice; pero no porque Ud. mismo sea el objeto que además aparentemente es también buscado. Eso lo sentí como al-go deshonesto.

A.: Entonces, yo me convertí en un objeto para ser confundido con otro. A través de ofrecerme como un objeto ilusorio desde una posición excéntrica, no le pude mostrar mucho que Ud. también tiene una posición excéntrica respecto de este ob-jeto ilusorio.

P.: Sí, quizás se puede decir así.

A.: A través de la posición excéntrica estamos ligados e identificados mutuamente, y esto nos puede a lo mejor llevar a conocer mejor lo individual, o conducir a una mayor seguridad y autenticidad interior.

P.: Puede ser, sí, en la medida en que se mantenga estrictamente separado lo que es equivocación y lo que es real.

A.: En todo caso, hoy me ha quedado algo más claro lo esencial que es la posición excéntrica si se quiere lograr una distancia de las confusiones, de las repeticiones y de las equivocaciones y con ello encontrar reconocimiento y seguridad.

Toma de posición de Cristián Y

Como una manera de agradecer, Cristián Y entregó su posición detallada frente a los informes que aparecen en las secciones 9.3.2 y 9.3.3. En el momento de la

lectura, los protocolos de las sesiones naturalmente no estaban comentados, de modo que las esclarecedoras observaciones de Cristián Y se apoyan en las transcripciones originales, que se convirtieron en el punto de partida de la retrospectiva crítica de su análisis. El escribe con una perspectiva que da un período largo de tiempo:

Lo que todo estos años llamé confusión, al comienzo del tratamiento le di la bien-venida, porque lo consideré como la manera de funcionar aquí. Sólo más tarde to-mó un acento negativo. Además de mi torpeza, esto tuvo que ver con el trato que Ud. le dio. En ese entonces yo tenía la impresión de que la confusión no había aparecido necesariamente por sí sola, sino que había sido intensamente estimulada por Ud. Por su parte, Ud. hablaba de "relación". Yo siempre rechazaba esto con fuerza, porque una relación la entiendo como algo recíproco, y en la confusión no lograba imaginarme algo así, aunque pusiera mi mejor voluntad en ello. Cuando Ud. decía: "... eso sería algo real", a lo sumo me confundía. Para mí, la confusión terminaba precisamente en el borde posterior del diván. Las frases como "... por qué no pensar que Ud. sigue siendo querido si ...," o "... Ud. no puede en absoluto creer que podrá ser querido si ..." y "... quizás el otro no está tan definido como Ud. cree", etc. las entendía básicamente como meras sugerencias para pensar "más positivamente". Ahora, sucedía como si racionalmente yo no desvalorizara tanto mis expectativas como estaría obligado a hacerlo por mis experiencias anteriores. Como meras reflexiones, sus expresiones, que en el fondo no aportaban nada especial a mis propios pensamientos, no eran muy eficaces. Eso no podía ser. Entonces desarrollé una reflexión comparativa. Me imaginé que una persona "más sana" que hablara sobre sí mismo en el diván, probablemente le confundiría en un sentido "positivo". Seguí pensando que la figura del "otro", la sintaxis en potencial y subjuntivo y la voz pasiva que Ud. usaba, tenían por objeto simplemente cambiar el signo de mis ideas y expectativas negativas en la equivocación, de tomarlo por alguien mucho más "positivo". Dicho plásticamente, pensé que Ud. que-ría moverse en la pantalla en la que yo proyectaba todo equivocado, para producir cambios. Antes, Ud. siempre hablaba de los ensayos generales que yo emprendía frente a Ud. Yo no lo puedo entender así. Considero que las acciones verbales son simples reproducciones de la imagen que el paciente se creó de Ud., aun cuando estén acompañadas por todas las emociones protagónicas. Eso no alcanza a ser una acción de reemplazo. Ya esta razón bastaba para que estuviera constantemente escéptico cuando Ud. se refería a lo que yo emprendía frente a Ud. Así, me parecía algo sospechoso que cuando yo estaba furioso, Ud. me quería sugerir que Ud. toleraba mi rabia. Cuando se trataba de amor o

sexualidad transferidos, Ud. tendía a las reacciones más extrañas. Para lo auténtico quiero una respuesta auténtica.

Por cierto que la posición excéntrica no debe estar en la periferia, porque entonces el analista no podría asumir esa significación humana que es indispensable para que su aprobación pueda compensar la influencia de las figuras antiguas. Por lo tanto, se trata de un tipo de distanciamiento crítico, que facilita lo nuevo y al mis-mo tiempo impide que se llegue a una confusión impenetrable en los sentimientos, a una mezclanza sin demarcación.

9.3.3 Reconocimiento y sentimiento de autoestima

El analista tuvo dos razones para omitir reconocimientos directos en el tratamiento de Cristián Y. Primero, para no influenciar al paciente y, segundo, basado en el supuesto de que la actitud positiva del analista en relación a la sexualidad y a la agresividad del paciente se entendería por sí sola y que no necesitaría ninguna men-ción expresa.

Cristián Y demostró convincentemente que a través de las formas condicionales y subjuntivas muchas cosas habían quedado en la incertidumbre y que de este modo no había podido encontrar asidero. Después de esto, el paciente informa sobre su ascenso en el trabajo.

A.: Naturalmente que siempre me alegro por sus éxitos, pero no es algo que yo le haya comunicado de forma que Ud. lo perciba claramente.

P.: Sí, por esta razón no pudo ayudarme plenamente, porque Ud. solamente descri-bía el estado de cosas y partía de la base de que el nuevo sentimiento de autoestima se iba a desarrollar por sí solo. Pero, de qué me sirven los cambios en las imáge-nes de mí mismo si no puedo anclarlas de alguna manera. (Pausa larga.) Una vez, Ud. contó un chiste de psiquiatras sobre un paciente que se creía ratón y que le te-nía miedo a los gatos. Este llega a un acuerdo con su psiquiatra de que estaba equi-vocado. Pero: Si los gatos no saben que ya no soy un ratón, voy a seguir teniendo miedo a los gatos. La gracia del chiste salta a la vista: ¿De qué sirve el acuerdo en-tre aquí y afuera? Lo que aquí he llamado confusión (Cristián Y ha acuñado el tér-mino "confusión" [Verwechslung; en el sentido de tomar a uno por otro] para la transferencia), no se restringe a los enfermos y a lo que pasa aquí, sino que es un principio de vida absolutamente general. El ser humano percibe su entorno desde una perspectiva. (El paciente explica esto mediante fotografías que muestran la nie-ve en colores totalmente diferentes.) La nieve es blanca, pero no siempre es blan-ca. El color depende de la iluminación. En mí, todo lo que vivo es negro, porque mis padres embarraron lo que veo. Me cuesta mucho vivir situaciones nuevas sin apoyo externo, porque éstas son modeladas por las imágenes antiguas que no pue-do cambiar tan fácilmente.

Le señalo que está muy agitado mientras describe los diferentes colores de la nie-ve.

A.: En eso Ud. es el fotógrafo que mediante fotografías muestra al observador que Ud. lo hace mejor. Es decir, Ud. me muestra algo que Ud. ve de manera más exacta y nítida o, en todo caso, que su visión de las cosas es la que da la pauta.

P.: No, me puse inseguro porque pensé que era una comparación boba.

Atribuye sus dificultades para tener más aplomo a la falta de imágenes positivas.

P.: Vea Ud., yo tengo dificultades para tener conciencia de mi propia valía porque me faltan imágenes positivas de mí mismo. Quien muestra una buena conciencia de sí mismo tiene imágenes favorables de sí mismo y es un ingenuo. Cuando se ve expuesto a una situación en la que sale mal parado, de todas maneras se mide más por la imagen positiva de sí mismo. Pero yo no puedo hacer eso; eso lo había pensado anteriormente, pero no lo había dicho. Cuando estoy sometido a cualquier tipo de dificultad, para mí es una cansadora actividad en mi cabeza, un esfuerzo pa-ra mantener las cosas reunidas. (Pausa.) Por ejemplo, cuando no puedo ser directa-mente agresivo y estoy horrorizado por la agresividad del otro, entonces tengo difi-cultades con el colega que se muestra como es.

La última vez, Cristián Y había contado que quería hacer una formación profesional complementaria y que ahora sí que tiene un objetivo. El representarse metas es para él algo inmensamente importante. El paciente demuestra su alegría de que yo haya aprobado explícitamente este plan; al mismo tiempo, está desilusionado de que yo no haya encontrado positivas, ya antes, sus ideas sobre los objetivos a lograr.

P.: Generalmente, Ud. se queda en una posición neutral, y eso es algo que ya antes me producía una irritación enorme. Yo me imagino que por razones científicas Ud. no quería ofrecer ningún punto fijo.

A. (confirmando): Para mí era claro que las personas, en especial los enfermos, ne-cesitan metas, pero no atendí suficientemente a que no sólo es importante dejar que el paciente fije sus metas, sino que es igualmente importante confirmarlas, o sea, una estimulación que facilite la consolidación de éstas. Entre tanto, veo la necesi-dad. Es esencial manifestar una opinión clara que después Ud. pueda dar por supera-do.

P.: Esto es lo que yo siempre digo. Si no, la libertad se convierte en un senti-miento de desorientación, sólo así se podría también disfrutar la libertad. Y hones-tamente yo no podría bosquejar una imagen de mí mismo, como yo quisiera ser; al contrario, sólo el pensar en eso me desencadena tanta angustia que debo abandonar el esfuerzo de inmediato. Todos estos años he pasado lamentándome por esto; que tengo temor a la sexualidad y a la agresión y a muchas otras cosas, temor al movi-miento; pero, cómo yo quiero ser, eso no lo sé. Una persona normal llega a ser lo que es, no en base a lo que trae, sino en el enfrentamiento con el medio ambiente, ¿o no?

A.: Sí, justo.

P.: Si Ud. se comporta en forma neutral, más falta me hace el entorno que no tuve en las figuras antiguas, o no como lo hubiera querido.

A.: A pesar de todos los roces y agresiones, falta el contrafuerte contra el cual poder delimitarse.

P.: Los recuerdos del tiempo en que yo era tan agresivo aquí no me son muy queridos, me desagradan. Yo me quiero imponer, quiero verdaderamente poder enojarme afuera y ponerme agresivo con fundamento, y lo que espero de Ud. es ... perdí el hilo. Quiero recibir una ayuda que pueda concretar cuando esté afuera en alguna situación. (Pausa.) Hace algunos días alguien habló de psicoanálisis y dijo que los neuróticos tienen una limitada capacidad de acción, pero a mí no me falla eso, yo tengo a mi disposición muchas formas de reaccionar, pero lo que me hace sufrir es que nadie me dice cuál es la adecuada para mí, la que yo podría considerar como ajustada para mí. Esa descripción parece que se aplica mejor a las personas obsesivas.

El diálogo vuelve a tema de la fotografía.

A.: Ud. es un fotógrafo apasionado y muy bueno, seguramente de ahí viene el que sea buen observador. Claro que esto no debe ser muy consciente, más bien debe ser algo subliminal. Ud. es en su profesión muy capaz, porque tiene una mente crítica y es un observador agudo. Ahí está también la fuente de sus angustias, que se nota lo agudo que puede ser. Por eso retrospectivamente le es tan desagradable recordar haber sido conmigo tan agudo y agresivo, quisiera no ser tan descontrolado. Quisiera que fuese una agresividad bien fundamentada, con pies y cabeza. Por eso es un proceso de clarificación tan importante el que ahora yo le pueda decir, y que también le deba decir de una manera honesta, que su crítica tiene pies y cabeza. Por lo tanto, es importante que su crítica sea reconocida como válida y adecuada, pero no existe nadie que no reaccione de una manera descontrolada.

Comentario: Cristián Y hizo muchas observaciones sagaces y agudas respecto del analista, especialmente en la época en que el tratamiento había sido conducido, a petición del paciente, en la posición sentada. En ese entonces había observado expresiones mímicas de tristeza y de agravio, que él después contabilizaba como nuevos rechazos de su agresividad, como lo contrario del estímulo y la satisfacción, un tema que llenó las últimas fases del tratamiento. Sin duda, el cambio de posición y las posibilidades que se derivaron de ésta contribuyeron a que aumentara el sentimiento de autoestima del paciente.

P.: Lo recuerdo como un tiempo espantoso, aquella época, cuando era tan agresivo, pero entonces Ud. también ponía esa cara tan triste. Es que siendo niño yo no podía mirar a mi padre en la cara. Mi padre era un espanto para los niños, los niños lloraban cuando lo veían. Yo también le temía, tenía un rostro muy oscuro, cabellos oscuros y ojos verdes luminosos, era como un espectro. Tampoco a Ud. lo podía mirar a los ojos. Con el tiempo fue sucediendo que al

despedirme hacía como si lo mirara a la cara, pero la verdad es que no veía nada, porque tenía muchísimo miedo de su rostro. Lo segundo es que a Ud. le reconozco aquí una cierta posición destacada, para que afuera no haya nada que me llegue a afectar, algo que alcance a meter el dedo en la llaga. Es que yo no puedo discutir con Ud. todo lo que quiero hacer afuera.

A.: Como Ud. con razón dice, uno se puede identificar más fácilmente si al mismo tiempo existe una distancia clara y no se mezclan las cosas.

P.: Cuando Ud. dice que se alegra, eso es más de lo que yo le he pedido. Nunca he dicho que quiero algo espectacular. La verdad es que me basta el signo positivo. No se trata de una suma absoluta que traspase todo límite; cuando me he referido a la distancia entre Ud. y yo, no quise decir que tengo miedo a la cercanía. Sólo que no quería una mezcla primitiva. Quise decir que cuando se trata de identificarse, eso es posible si existe distancia. También se puede desde la lejanía, no es necesario que haya algo personal, y cuando Ud. dice que se alegra, eso no es decoración, simplemente me toca. Sin que me avasalle, cuando se trataba de confirmación, siempre hice hincapié en que la actitud de mi madre fue para mí precisamente tan negativa, porque en ese punto me coartaba, y no solamente con sentimientos avasalladores. Mi ratificación debe entonces recibir un peso, pero no un exceso de peso. Hace un par de semanas que dije que yo tenía temor de lo que pudiera recibir de Ud. Pero esa era justamente mi incertidumbre. Cuando Ud. dice que se alegra, eso me toca, pero no me angustia.

Comentario: La satisfacción compartida no se remite a una homosexualidad latente, la que en fases anteriores del tratamiento había intranquilizado al paciente.

Se hace más fácil cambiar cuando se trata de asuntos concretos y de trabajos referidos a objetivos. El contacto con las personas es más difícil, porque afuera sigue sintiéndose a menudo no bienvenido. Cristián Y ilustra esto haciendo una analogía con el problema de jugar al tenis. Cuando él gana, llega casi a disculparse con el contendiente. Cuando tira la pelota a su adversario, lo hace tenso, porque teme que su juego agresivo no sea bienvenido. Con razón, supone que su capacidad de concentración sería mejor si pudiera ser más agresivo. Sus angustias dificultan el que sus intenciones desemboquen en acciones dirigidas a objetivos.

A.: Ahora bien, quizá puede derivar algunas vivencias de éxito del hecho de que me convenció con sus argumentos y con ello también alcanzó un objetivo. Lo que yo también lamento es haber provocado estos desvíos y haberle hecho difícil algunas cosas. ¿Quién se alegra de sus errores?

P.: Ud. ya sabe que yo no quiero acercarme a esas reflexiones. Ud. debe alegrarse si yo puedo hacer algo, pero Ud. no debe ser alguien con quien yo comparta algo, porque eso me recuerda demasiado la confusión de antes. Además, tengo un panorama demasiado estrecho como para poder decir si fueron errores suyos o desvíos con los que me exigió demasiado. Simplemente digo lo que no me calza y me defiendo, sin poder decir si tengo o no razón. Algunas sesiones más tarde, Cristián Y trae un sueño que simboliza con precisión su estado. Se encontraba en un avión en los aires. La angustia que empezaba a emerger en él desaparecía bajo la certeza progresiva de que podía confiar en el piso que lo sostenía. Ya había interpretado su sueño. Su confianza en el piso que lo sostenía había crecido. Resume sus identificaciones conmigo, y acentúa que yo he asumido una actitud positiva frente a su sexualidad y su agresividad. No basta una confirmación atmosférica y no explícita. Él necesita afirmaciones claras de reconocimiento. Luego, vuelve a tratar largamente sobre la dificultad de convertir afuera en realidad los conocimientos logrados. En el curso de la sesión, interpreto su pasividad como un intento de defenderse y de protegerse en contra de su madre, quien, por una parte sufría de agitaciones histéricas y, por la otra, exigía de su hijo comportamientos de mucha compostura; es decir, le imponía una especie de "falso self". Este supuesto permite entender que se retrajera y se sometiera al sistema de valores de ella. Al mismo tiempo, el paciente sentía que en el fondo era muy distinto y de hecho constantemente quería ser distinto de lo que mostraba hacia afuera. En relación con mi actitud frente a su sexualidad, el paciente sigue siendo desconfiado. De nuevo, no puede seguir hablando porque siente vergüenza; más tarde supera la vergüenza. Manifiestamente esto está en relación con recuerdos de sesiones anteriores.

P.: Justamente quiero, ahora no lo puedo decir, es extraño, quiero ... (pausa), tengo que hacerlo al revés, quizás así logre llegar adonde quiero, que aquí lo que le pido es reconocimiento. Esto es una situación modelo de algo que quiero lograr afuera. De la gente quiero algo, y este querer tener es enormemente problemático para mí, porque ... En casa aprendí que en lo posible no hay que pedir nada a nadie, no ejercer influencia sobre los demás. Y afuera, lo que justamente me importa es encontrar reconocimiento en los demás, y eso es algo que para mí es muy difícil.

A.: Sí, entonces también se aclara precisamente en qué momento apareció la confusión. En el momento en que Ud. me exigió de una manera particularmente intensa que me dedicara a Ud. de una manera muy determinada. Yo satisfací su deseo, sus expectativas, sus anhelos, su intensa exigencia, al decir: "sí, depende

de eso", de que lo que diera no fuera algo general, sino muy circunscrito. Entonces satisfice algo.

P.: Eso me produce angustia, porque yo ...

A.: Ud. estaba confundido, porque eso podría satisfacerlo, finalmente.

P.: Otra idea me sigue atormentando. Quisiera recurrir a la imagen de Jacob con el ángel que una vez Ud. utilizó. En mi fantasía soy, por así decirlo, muy poca cosa como para recibir esa bendición.

A.: Hmhm.

P.: ¿No es cierto?

A.: Hmhm. (Pausa.) Yo creo que con ese pensamiento se protege de la avasalladora liberación que significa ser bendecido.

P.: Sí, la verdad que también eso.

A.: Hmhm.

P.: Precisamente porque faltó el reconocimiento y yo tuve la impresión de que Ud. lo evitaba o algo así, de alguna manera tuve la impresión de que eso no era para mí, y que debía arreglármelas con las limitaciones. Es como era antes, cuando se dijo que yo era muy pequeño para ello o para lo que fuera.

A.: Hmhm.

P.: No sé, en este momento no veo nada. Ud. posee lo que yo busco –siempre le he imputado eso– pero algo ha impedido que Ud. me lo comunique.

Cristián Y recuerda que en la primera sesión me preguntó sobre mi actitud frente a la sexualidad. En ese momento yo le contesté que se trataba menos de qué posición tuviera yo al respecto, que de que él pudiera llegar a una posición propia. Cristián Y había experimentado esta observación como un rechazo, como una falta de reconocimiento.

Mi actitud terapéutica de entonces era exactamente como la describió el paciente. En esa época, pertenecía a mi estilo de tratamiento el dar respuestas evasivas de ese tipo. Sólo la corrección posterior de mi actitud analítica trajo consigo los cambios que ahora el paciente expresa en el sueño de la sesión de hoy, del mismo modo como en otras sesiones del último tiempo, y que le han permitido una vida exitosa y totalmente libre de angustias en la familia y en la profesión. Es muy probable que el análisis hubiera tomado un curso totalmente distinto si ya desde las primeras sesiones yo hubiera posibilitado la identificación con mi reconocimiento.

Por lo demás, sería un error pensar que el paciente tenía una especial curiosidad por mi sexualidad, en ese tiempo o después. Mi vida privada le importaba sólo marginalmente, mucho más se trataba de mi manera de ver las cosas, en la medida en que ésta estuviera al servicio de una identificación con un sistema de valores independiente del de su madre. Al mismo tiempo quería distancia.

Como supuesto teórico, esta sospecha se puede demostrar con muchas expresiones del paciente. También en la sesión de hoy menciona nuevamente la vergüenza que había resultado de las confusiones, es decir, de las fantasías transferenciales.

De la toma de posición del paciente anteriormente mencionada, tomamos el siguiente pasaje:

Al principio yo partí de una reflexión simple, que en el fondo mantengo hasta ahora. En aquella época Ud. me explicó cómo yo había adoptado las actitudes de antiguas figuras, es decir, como me había identificado con ellas de una manera que me dañaba. Primero estaba furioso conmigo mismo por haber sido tan tonto. Ahora debo agregar que estoy convencido de que existen personas con distinta aptitud y tendencia a la identificación; yo mismo me veo como alguien que, por lo menos al principio, está expuesto y dispuesto a ello. Luego, esa disposición de ánimo cambió bruscamente y dio lugar a una esperanza que en el fondo duró hasta el final: esta cualidad que yo suponía tener, la entendí como la gran oportunidad para identificarme con modelos adecuados y para lograr un sentimiento de autoestima definitivo. De Ud. esperaba reacciones correspondientes, las que ciertamente se dejaron esperar. Por la falta de posibilidades de identificación, siempre definí mi daño como una enfermedad carencial. En ese contexto, seguramente lo más que hablé fue de querer ser amado y de no serlo; con ello naturalmente no pensaba en un deseo actual, sino en el antiguo, que tocaba a la niñez. El no ser querido fue entonces el punto de cristalización para la identificación con mi madre. Repetidamente detallé esta posición de partida, para tratar de encontrar salidas. Es claro que en los últimos tiempos no necesito "amor". Se trata de la "otra solución". Las carencias no se pueden anular con sólo contarlas. Sobre todo, el despedirse de las figuras antiguas, liberarse de ellas, no reemplaza las carencias. Afuera, mis metas de vida están completamente diseminadas. La ganancia para mí es infinitamente mayor si estas metas concretas se valorizan con su apoyo. No veo por qué la conversión sobre mis metas, o la significación que Ud. le reconoce, tendría que ser algo menos actual que las "acciones verbales directas". No se pierde nada de la intensidad: la conversación no se hace por eso menos personal. Sus posibilidades no están limitadas: la agresión y la sexualidad pueden ser incluidas sin dificultad, sin necesidad de disimulos, interpretaciones artificiales o evitaciones torpes. Si se logra "acuerdo" a este nivel, será siempre claro qué y de quién se está hablando. El transmitir una actitud general positiva no es en sí mismo "mutativo". Me parece necesario que Ud. reconozca bandera y que tome partido. Creo que en esto se necesita muy poco, el mero mostrar una tendencia

es ya una ayuda, si se cumplen ciertas condiciones. Calidez, tolerancia y una actitud positiva, se refieren simplemente a la existencia misma de la sexualidad, agresividad, etc. Por cierto, también la empatía se refiere al "cómo" de sexualidad y agresividad. Si a la comprensión se agrega una pizca, una dosis mínima de identificación con el médico por parte del paciente –que ciertamente no debe cambiar al médico–, entonces se favorecen cambios masivos en el paciente. Cae lo viejo y lo nuevo ocupa su lugar. La mera compasión me aporta poco, así Ud. está "extinguido"; al contrario, un poquito de "vivir en conjunto" es decisivo. Con ello la liberación de las antiguas figuras se convierte en un proceso libre de duelo, ya que sus posiciones vuelven a ser ocupadas placenteramente. También la despedida de ellas se hace más fácil como consecuencia de los objetivos alcanzados. Las dificultades están ciertamente en otra parte. A aquello que uno es, con seguridad no se llega sólo en base de las predisposiciones, sino también en la confrontación con el medio ambiente. Por mi falta de experiencia, yo siempre me vivía y me describía como "lisiado", "subdesarrollado" o "atrofiado". Me faltaba una confrontación adecuada con el medio ambiente. En tanto existan "puntos ciegos en mi psique", en el análisis se hará difícilísimo lograr avances. Eso presupone en alguna medida intervenciones estructurantes por parte del analista. Probablemente esto contradice la comprensión tradicional del tratamiento. Yo no logré convencerlo totalmente de la necesidad de ir en esa dirección. Con todo, me doy cuenta que venía de muy abajo y que con su ayuda he alcanzado algunas cosas. Con el estado alcanzado puedo vivir. No necesito muchas palabras para agradecerle su actitud flexible con este paciente tan exigente y a veces ciertamente incómodo. Comentario: Debido a la significación fundamental de la toma de posición de Cristián Y frente a los protocolos literales de la fase de terminación de su análisis, quisiéramos agregar algunas observaciones. Quisiéramos extendernos en relación con los errores técnicos de las primeras fases del tratamiento, por los que el paciente reclama. En la medida que este hombre joven y muy enfermo, durante años atado al hospital, espiritual y corporalmente totalmente inmóvil, pudo durante la terapia construir una vida privada y profesional, podemos afirmar que estos errores pudieron ser nuevamente compensados. La crítica de Cristián Y proviene del último período, en el cual frecuentemente hacía un balance del tratamiento. Parece natural que justamente un paciente que, a pesar de las muchas gratificaciones, sufre de una enfermedad carencial –en aparente paradoja, a causa del exceso de amor materno–, vuelva a constatar, precisamente al final, lo que le fue insuficiente durante el tratamiento. Este argumento reclama otro, y en un santiamén nos encontraríamos en una extensa discusión, que sólo podría ser conducida de manera equilibrada y fundamentada en base a

un estudio empírico de caso único, como investigación combinada de curso y resultado, del modo como lo ha hecho Leuzinger-Bohleber (1988). Por lo tanto, tenemos que atenernos a lo que nos dice el analista tratante, a saber, que los errores técnicos en este tratamiento no se reducen solamente a fallos diagnósticos o a algún aspecto de su ecuación personal. Dejemos hablar al analista mismo:

Hace 20 años, comencé el análisis de Cristián Y con la comprensión de la técnica psicoanalítica que tenía entonces, es decir, con la manera de entender la teoría y la práctica de la transferencia, contratransferencia, resistencia y regresión. Respecto de los temas hablados en ambos pasajes, es mucho lo que he aprendido de Cristián Y y de otros pacientes con trastornos semejantes, algo a lo que atribuyo una importancia de primer orden para mi comprensión actual de la técnica psicoanalítica. A lo largo del tiempo, me he convencido que las teorías filosóficas y de psicología social sobre el papel del reconocimiento en el desarrollo de la autoconciencia, del aplomo y de la seguridad en sí mismo, en el espacio intersubjetivo, son muy productivas para la técnica psicoanalítica. En relación con este problema, Düring (1986) ha destacado el valor de Fichte, Hegel, Mead y Schütz. Sin que la autora misma establezca relaciones con la teoría de la técnica, es evidente que las distintas concepciones sobre el desarrollo de la autoconciencia y el papel del reconocimiento, están profundamente enraizadas en la historia espiritual. Los conocimientos sobre el ser humano logrados por la filosofía no sólo se tocan con las afirmaciones empíricas sobre la intersubjetividad entre madre e hijo desde el momento del parto. En el primer tomo llamamos la atención sobre las convergencias con la comprensión interaccional de transferencia y contratransferencia.

Ciertamente no se trata, por ejemplo, de convertir en tema de interpretaciones terapéuticas la famosa interpretación de Hegel sobre la relación entre el amo y el esclavo, o sus enunciados filosóficos sobre la lucha a muerte por el reconocimiento. Tampoco se puede adoptar técnicamente la interpretación psicológico-social de Mead del papel que desempeña "el otro significativo" en la constitución del sentimiento de sí (véase Cheshire y Thomä 1987), así simplemente. Los caminos por los cuales los seres humanos buscan reconocimiento son demasiado variados y a la vez tienen un gran espectro de significados. Así, Cristián Y no buscaba precisamente un reconocimiento transmitido, por ejemplo, a través del reflejo narcisista o, de acuerdo con la metáfora de Kohut, a través del brillo en los ojos de la madre (o del analista). Mediante la ayuda de una posición excéntrica, él quería justamente lo contrario; salir de la confusión para poder ser él mismo otra persona. Cristián Y busca un reconocimiento recíproco, que en la neutralidad psicoanalítica habitual es

evitado, pero que es mantenido en cualquier forma de empatía que confirme el círculo narcisista. Mi aceptación de las críticas del paciente en la fase de terminación, y también antes, brotó de mi convicción, que felizmente también tuvo una función terapéutica. Los diálogos aquí reproducidos son también desacostumbrados para mi práctica terapéutica. Son momentos estelares, en tanto apuntan más allá del caso individual y podrían contribuir en la solución de problemas fundamentales de la técnica psicoanalítica. No hay que dejarse engañar por el lenguaje pulido y por el alto nivel de abstracción: aquí se juegan valores emocionales y existenciales altamente significativos. Cristián Y los puso en conceptos y los definió –con

mi reconocimiento—, con la ayuda de su lenguaje, de su mundo y de él mismo. Probablemente podría haber sucedido mucho antes. Pero al comienzo de la terapia yo no sabía hacerlo mejor.

9.4 Depresión

Una paciente de 50 años sufría de una depresión acompañada de estados angustiosos, y durante largos años se había sometido sin resultados a un tratamiento farmacológico. La sintomática había seguido a una reacción de duelo en relación con la muerte del marido, después de una corta enfermedad. Dorotea X desarrolló angustias hipocondríacas de tener, como su marido, un carcinoma que fuera descubierto demasiado tarde. El vínculo identificatorio con el fallecido idealizado y la continuación de la relación ambivalente con él, interiorizada en la forma de autorreproches, seguía el típico modelo de las reacciones depresivas. Dorotea X vivía retirada y se mantenía literalmente escondida: para justificar el constante uso de lentes para el sol, detrás de los cuales se ocultaba, decía protegerse de una hipersensibilidad de los ojos. Debido a la enfermedad crónica de una nuera, creía que algún día tendría que hacerse cargo de 2 nietos, pero temía ser incapaz de eso a causa de su padecimiento. Esta preocupación reforzaba sus sufrimientos, y al mismo tiempo la obligaba a permanecer viva y a no ceder frente a sus ideas suicidas.

El psicoanalista como objeto transferencial

La elaboración analítica de la identificación depresiva con el marido fallecido condujo a una cierta mejoría de las molestias y a una recuperación de su capacidad de relacionarse, en primer término con el psicoanalista, es decir, con el "objeto transferencial".

En la transferencia, Dorotea X tendía a cuidarme amablemente, como lo haría una madre. Al mismo tiempo, me idealizaba por mi tranquilidad y serenidad: "Me gustaría ser así siempre." El punto de ruptura, que cambió bruscamente la transferencia positiva moderada, sucedió por casualidad: en una sesión que excepcionalmente se llevó a efecto en las últimas horas de la tarde, Dorotea X encontró un analista tenso y cansado. Su observación de mi cansancio, que fue confirmada por mí, desencadenó en ella una preocupación irracional, motivada por la siguiente inquietud: debajo de mi tensión sospechaba una enfermedad grave, de modo que no se me podrían exigir nuevas cargas. Sus amistosas

tendencias maternas anteriores tomaron formas exageradas. Si bien se dio una mejoría sintomática casi total, ésta estuvo asociada con la queja de que ella no podría abandonar nunca más el tratamiento, porque no podría estar permanentemente convenciéndose de que no me sucedería algo malo; por lo menos tendría que estar siempre preparada para el rescate. Al mismo tiempo, se acusaba de haberse convertido en una carga con la continuación de la terapia, de modo que mientras iba desenterrando antiguos sentimientos de culpa, se iba sintiendo nuevamente culpable.

La irracional preocupación por mí como objeto transferencial facilitó la elaboración terapéutica de sus relaciones ambivalentes inconscientes, que se remontaban biográficamente al hecho de haber causado una grave hipocondría en su madre: cuando la madre tuvo a la paciente, sufrió una hemorragia que casi le costó la vida, episodio al que durante años se atribuyeron diversas molestias de la madre. Estas fantasías de muerte y rescate, como idea rectora de su infancia, se entienden sobre este trasfondo familiar. Bajo el alero de la transferencia positiva, fue posible aclarar los aspectos agresivos y negativos de su pensar y obrar. Se fue haciendo cada vez más presente el carácter defensivo de sus idealizaciones. Así, se perfiló que el asumir el papel de madre –algo que también había hecho con su dependiente marido muerto–, le era especialmente útil para ocultar sus necesidades sexuales y para satisfacerlas regresivamente. Al proteger maternalmente a su marido tenía, debajo de sus faldas, al mismo tiempo "los pantalones bien puestos", obteniendo de esto también gratificaciones. Después de todo, ella había aportado de manera considerable al éxito laboral de su marido.

En las ocasiones adecuadas, con mis interpretaciones intenté poner en la mira, sin éxito, los aspectos humanos del analista. Si bien la paciente podía ver intelectualmente que yo tendría que tener aspectos débiles, ella no quería saber realmente nada de eso.

Idealización y desvalorización aparecieron, también aquí, en su típica reciprocidad. Por un lado, reconocía indicios de que yo utilizaba mi saber en el bien de ella, pero, por otro, desvalorizaba mis observaciones como autoafirmaciones interesadas de mi parte. La paciente completaba este razonamiento con una disculpa, que buscaba aliviarme, y que consistía en remitir la falta de cariño que me atribuía a supuestas experiencias de vida terribles. Los pensamientos peyorativos latentes, así como las idealizaciones, permanecieron durante largo tiempo inaccesibles a las interpretaciones terapéuticas.

La desidealización y la percepción de la persona real

Un segundo momento crucial de esta terapia llegó después de que Dorotea X me vio pasar conduciendo mi automóvil a alta velocidad. Su descripción de las circunstancias, así como el lugar y la hora, no dejaron lugar a dudas de que Dorotea X había hecho una observación atingente. Sin embargo, se esforzaba por no tomar conciencia de su percepción y evitaba asegurarse de que era mi vehículo, manteniendo la costumbre de pasar "con los ojos cerrados" junto a mi auto estacionado. La gran potencia del auto deportivo no correspondía con la imagen del psicoanalista sereno y aparentemente adinámico.

Su atingente observación en la calle condujo a una conmoción duradera de su idealización. Después de intensas luchas interiores, que se orientaban a decidir si ella se permitiría la confirmación de su observación, o sea, si tenía o no permiso para mirar directamente al automóvil estacionado, Dorotea X finalmente descartó toda duda: también su analista pertenecía a aquellos hombres que al elegir sus auto-móviles se dejaban llevar por tendencias irracionales. Los intentos de justificarme y de disculparme llevaron sólo a alivios pasajeros y llenos de compromisos. La realidad que introdujo el automóvil adquirió significados múltiples. El coche representaba y simbolizaba fuerza y dinamismo, hasta el extremo de la falta de consideración y el despilfarro. Finalmente, el auto se convirtió en un símbolo sexual en el sentido más estricto. El desasosiego de la paciente creció en la medida en que reconocía la idealización del objeto transferencial. En el objeto transferencial ella buscaba no solamente la satisfacción de sus propias necesidades, sino que, entre otras cosas, se buscaba a sí misma, es decir, buscaba su propio dinamismo que había desaparecido en la idealización y en su actitud maternal.

Entre otras cosas, mi trabajo interpretativo tenía la meta de mostrarle a qué aspectos esenciales de su propia vida había renunciado, deponiéndolos en mí y en el automóvil. Debido a que durante su largo tiempo de casada había tenido que cohibir en muchos sentidos su temperamento, la vuelta de su vitalidad estaba ligada, por de pronto, a intensas inquietudes. Con el avance de la elaboración de los temas de su renuncia, la paciente pudo recuperar e integrar, cada vez más, su propia energía y actividad. A partir de entonces, el tratamiento tomó un curso claro en la re-elaboración de los contenidos inconscientes mencionados.

Los dos momentos cruciales de esta terapia fueron producidos por observaciones realistas que Dorotea X había hecho de la situación del analista. Sólo la confirmación de sus percepciones dieron a mis interpretaciones substancia y fuerza de convicción. En el primer episodio, la preocupación desmedida por mi cansancio pudo remitirse a los aspectos agresivos de la transferencia. Resulta cuestionable si la sola interpretación de las fantasías inconscientes, que por

cierto también estaban con-tenidas en esas observaciones, hubiera producido el mismo efecto. Una interpreta-ción de ese tipo, ¿no hubiera contribuido más bien a cuestionar la capacidad de per-cepción de la paciente, en el sentido que el analista realmente no estaba cansado y que por eso no era vulnerable?

En el segundo episodio, fue nuevamente una observación realista la que dio la ocasión para abandonar el juego recíproco entre idealización y desvalorización, y la que llevó a Dorotea X a concederme cualidades "masculinas" –hasta el momento desmentidas– y a integrar en su concepto de sí misma sus propias fuerzas proyec-tadas.

Epicrisis

Alrededor de 3 años después de la terminación de la terapia, Dorotea X llenó un cuestionario especialmente construido para investigar los efectos de las interrupcio-nes durante la terapia, con las siguientes palabras:

"Después de recibir el cuestionario, respondí inmediatamente todas las preguntas, para mí un signo seguro de lo mucho que todavía me siento unida a mi psicoterapia y a mi psicoterapeuta. Mientras más largo se hace el lapso que me separa de la última sesión de terapia, mayores son los beneficios que extraigo del tiempo de tratamiento. Por ejemplo, sólo ahora entiendo muchos de los estímulos para pen-sar que me dio el terapeuta en aquel tiempo y sé utilizarlos. Estoy agradecida por cada sesión de terapia, en la cual aprendí a vivir de manera un poco más liviana y feliz.

"Ya algún tiempo antes del término de mi psicoterapia ensayaba, para mí sola, con risas y llanto, la 'sesión de despedida'. Este "juego" se me hizo tan insopor-table, que le pedí al terapeuta fijar lo antes posible la fecha de la última sesión; fuera de eso, percibí claramente que la fecha estaba cerca. Después me sentí libre, ni feliz ni triste, sólo expectante. Seguí viviendo como hasta ese momento, y en mis pensamientos tenía conversaciones con mi terapeuta. Nunca he pensado en volver a terapia: con ella se cerró un círculo. Supe que había sido una época buena

y productiva. Tanto en la terapia como en la persona de mi terapeuta, aprendí y en-sayé una vida más libre y mejor; ahora tengo la fuerte voluntad y un sentimiento bastante seguro de poder dominar la vida de 'afuera'."

9.5 Anorexia nerviosa

Reconstrucción de la génesis

De este historial clínico, publicado íntegramente en otra parte, bajo el seudónimo de Enriqueta A o Enriqueta B (Thomä 1961, 1981), extraemos la reconstrucción de la génesis de una anorexia nerviosa puberal. Aunque no deje de ser importante que después de casi 30 años todavía se pueda echar una mirada en la reconstrucción de una anorexia nerviosa puberal y que los problemas de identificación y de identidad en la anorexia nerviosa hayan sido entretanto reconocidos por todas las orientaciones psicoterapéuticas, lo que aquí nos importa es algo diferente. Queremos familiarizar al lector con la fase de terminación de un psicoanálisis, porque en los períodos octavo y noveno del tratamiento se encuentran ocultos indicios, que posteriormente se demostraron como significativos en la aparición de una mutación sintomática.

Enriqueta X, de 19 años de edad, enfermó cuando tenía 16. Su peso corporal pre-mórbido, de 50 a 52 kilos, cayó a cerca de los 40 kilos. Al comienzo del psicoanálisis, tres años después, la paciente, de 172 centímetros, pesaba 46,3 kilos. Desde el comienzo de la enfermedad presentaba amenorrea y constipación.

En el curso del psicoanálisis –289 sesiones en total, a lo largo de 2 años–, la paciente subió a 55 kilos de peso. La menstruación apareció en forma espontánea, después de una ausencia de 4 años, y la constipación mejoró.

Para ofrecer una visión panorámica sobre algunos de los procesos psicodinámicos más importantes de esta historia clínica, vamos a partir de la situación desencadenante, que tiene una estrecha conexión con el ascetismo puberal descrito por A. Freud (1936).

Enriqueta X se sonrojaba cuando la observaban los muchachos o cuando en el colegio se discutían temas que tuvieran algo que ver con el amor. La eritrofobia que desarrolló era vivida por ella como un síntoma martirizante. Hasta entonces, la paciente se había sentido como el "amo en su propia casa" (Freud 1916/17, p.261), y ahora sucedía algo que no podía dominar. Descubrió que podía hacer

de-saparecer su angustia de sonrojarse si ayunaba por las mañanas. El ruborizarse desapareció con la pérdida de peso. En el curso del psicoanálisis este proceso re-trocedió. Con la reaparición de la eritrofobia pudieron reconocerse, y en parte im-portante superarse, los viejos conflictos que habían llevado al ascetismo.

Se mostró que Enriqueta X se sonrojaba porque le incomodaba que la miraran co-mo "muchacha". Como punto central, consideraremos la angustia y los mecanis-mos defensivos del yo que acompañaban este hecho involuntario. La pregunta es: ¿por qué frente a un sonrojarse inofensivo, visible externamente, la angustia cobra-ba una intensidad tan alta, que las consecuencias fueron una restricción en la ali-mentación durante varios años y una repulsa pulsional general con aislamiento? En lo que sigue, se intentará ofrecer un panorama de la psicodinámica.

1) La descripción de que hasta antes de los episodios de sonrojo la paciente se sen-tía como el "amo en su propia casa" remite, expresado en términos tópicos y diná-micos, a un "ideal del yo" articulado en forma especial: ella quería ser un mucha-cho y no ser mirada como una niña. El deseo de ser un muchacho estaba especial-mente enraizado por influencias biográficas. Había crecido sin padre y vivido como hija única con su madre. La madre, una viuda que vivía sola, proyectaba la imagen de su marido en la hija, y encontraba en ella una consejera intelectual precozmente madura, y una compañera. Dicho en forma general, la paciente fue así empujada a asumir un papel masculino. Desde un punto de vista psicoanalítico, no se había llegado a los conflictos edípicos normales de una situación triangular padre-madre-niño, sino a una identificación masculina. Características como independencia, fir-meza y eficacia, que como tales no son características "masculinas" o "femeninas", pero que en nuestra cultura son representadas más bien por el sexo masculino, fue-ron reforzadas en la paciente por las circunstancias familiares. La paciente estaba acostumbrada a llevar el compás y la madre siempre se dejaba guiar por ella. Estas circunstancias pueden haber sido en parte responsables de que la paciente quedara fuertemente fijada a la creencia en la "omnipotencia del pensamiento" (Freud). Tan-to más intensamente le afectaba el que, en ocasión de pequeñas transgresiones –por ejemplo, tomar algo sin preguntar en casa de parientes–, fuera severamente castiga-da y súbitamente tratada como una niña mala.

También en una amistad con otra niña, que se prolongó por años, la paciente de-semeñaba el papel activo. Mientras pudo representar sin restricciones el rol de muchacho y todo le resultó sin esfuerzo –era buena deportista y una estudiante des-tacada, sin que tuviera que trabajar por ello– el ideal del yo se mantuvo incólume. El equilibrio interno se perturbó sólo en la pubertad.

- 2) En el conflicto entre no poder ser un muchacho y no querer ser una muchacha (lo que entretanto correspondía al "ideal del yo" enraizado inconscientemente), se alcanzó una nueva seguridad a través de un ideal asexuado. Con ello, apareció aquella enemistad primitiva e indiferenciada entre "yo" y "pulsión" de la que A. Freud habla en relación con el ascetismo puberal. Las consecuencias de una repulsa generalizada de las pulsiones se podía reconocer en los cambios conductuales, en general, y en los trastornos del comer, en particular. A través de la desmentida (Ver-leugnung) de los aspectos peligrosos del mundo externo y de la represión de la impulsividad, el "yo" logró liberarse de la angustia.
- 3) La vivencia del hambre representaba el prototipo de la impulsividad, y el ascetismo estaba al servicio de la superación del temor a la fuerza de las pulsiones.
- 4) Observado más de cerca, el "temor a la fuerza de las pulsiones" se disocia en componentes pulsionales inconscientes, cuya represión perturbaba tanto el pensar como el actuar. De ello resultaba a) una restricción de la capacidad de la paciente de establecer relaciones interpersonales, b) un trastorno para trabajar y de concentración, c) trastornos funcionales. Estos efectos surgen de los diferentes destinos de los representantes afectivos y cognitivos de las mociones pulsionales. Las represiones fueron aseguradas a través de "contrainvestiduras", a través de "cambios yoi-cos". Estos podían ser deducidos de sus conductas.
- 5) En la anorexia nerviosa se pueden distinguir los siguientes procesos psicodinámicos:
- a) Evitación de una satisfacción pulsional real, retirada de la pulsión del objeto y satisfacción de los deseos en la fantasía (sueños diurnos sobre el comer). Aquí se trata de un intento de evitar el peligro que existiría con la gratificación real e ilimitada del impulso.
- b) Se mostró que la actitud "de amazona", en general, y la anorexia, en particular, representaban una consecuencia de la defensa en contra de la receptividad ("algo entra en mí"), porque inconscientemente se relacionaba "alimentación" con "fecundación". Asco y vómitos estaban conectados con una defensa sexual.
- c) La satisfacción oral se conectaba inconscientemente con destruir y matar. Por eso se limitaba el comer, o se lo vivía como algo que producía culpa.
- 6) El miedo de que todos los límites pudieran desaparecer remite a un anhelo por una relación sin contradicciones y que lo abarque todo. Debido a que tenía temor por su ambivalencia y por su exigencia de totalidad oral destructiva, este anhelo fue reprimido y satisfecho regresivamente. Desde un punto de vista económico-energético, la tensión del impulso a alimentarse frenado era descargada en una compulsión a moverse (paseos excesivos). Representado tópicamente, aquí se

trata de una investidura regresiva de procesos alejados de la conciencia, aparejada a un placer de movimiento, sin que el "yo" los pudiera rechazar por "pulsionales". Al contrario: el impulso a moverse y otras formas de actividad están al mismo tiempo al servicio de la "desintoxicación", y así también al servicio de la defensa.

Biografía

Prácticamente, Enriqueta X creció como hija única y huérfana de padre. Sus dos hermanos, mucho mayores, estaban ya haciendo sus estudios profesionales cuando ella nació, al comenzar la guerra en la que su padre perdió la vida. Hay que destacar que se desarrolló un vínculo muy estrecho entre la solitaria madre y la niña que era querida sobre todas las cosas. La hija dormía con su madre en la cama matrimonial, porque de no ser así presentaba estados angustiosos nocturnos. Desde el punto de vista de la madre y de todos los parientes –un tío lejano que tenía una familia grande asumió el rol de padre idealizado–, Enriqueta X fue una niña normal, alegre, frecuentemente testaruda que con gusto jugaba en el jardín con muñecas. Mostraba una mente despierta y una fantasía muy viva. Desde la primera infancia tuvo una estrecha relación con su amiga Gusti. La unidad Enriqueta-Gusti permitió un rico juego de roles, en el que Enriqueta no sólo aparecía como más creativa, sino que frecuentemente asumía el rol activo "masculino".

Sin mayor esfuerzo, hizo la transición entre la escuela primaria y el colegio de educación secundaria. Junto a su amiga Gusti, acudía al colegio a pie, hasta la pequeña ciudad vecina. También en el colegio se puso a la cabeza de su clase con toda naturalidad. Todo parecía resultarle fácil. Era una deportista destacada, una buena pianista y talentosa para el alemán y los idiomas extranjeros. En el curso, mixto, estaba entre los líderes de los muchachos y daba el tono del quehacer de la muchachada. La relación con Gusti la llenaba y la protegía de contactos más estrechos con sus compañeras y compañeros de curso. Con los demás sólo se metía como competidora en las clases de deporte. Se aferraba rígidamente a este estado y aborrecía la menstruación que la excluía por algunos días de las competencias.

Con la reagrupación de la clase en la época de la pubertad, fue perdiendo cada vez más su rol de líder y cambió su conducta. Se convirtió en una niña callada, emocionalmente lábil, perdió el placer de vagabundear. Si antes comía con placer junto a Gusti, ahora redujo la ingestión de alimentos y en ocasiones vomitaba. Sus rendimientos deportivos empeoraron de tal modo, que no pudo

seguir participando en competiciones. Con la terminación de la enseñanza que su colegio ofrecía, tuvo que cambiar de colegio y movilizarse diariamente con medios públicos de transporte. Esto la obligó a separarse de su amiga Gusti. En la nueva clase, a la que asistió durante dos años hasta que comenzó el tratamiento, no hubo cambios corporales ni psicopatológicos en la enfermedad que apareció a los 16 años de edad.

De la fase de terminación de la terapia

Octavo período de tratamiento, sesiones n.º 215 a 254

Con cierta inquietud, pero a la vez con alegría, Enriqueta X notó que con el aumento de peso, logrado ya hace bastante tiempo, se producía también un cambio en sus sensaciones corporales y que sus músculos se hacían más blandos. La inquietud la provocaban percepciones físicas tales como una sensación de opresión en el abdomen al usar vestidos ajustados o cinturones. Una serie de otras sensaciones corporales curiosas podían ser sólo parcialmente comprendidas. Sin embargo, nos parecen significativas para la comprensión de la relación entre función y forma en el trastorno de la función alimenticia y de la imagen corporal. En todo caso, es un hecho notable que muchas anorécticas mantengan a través de años su peso corporal constante con mínimas fluctuaciones. Tendríamos que asumir que la ingestión de alimentos se regula automáticamente a través de percepciones corporales que dan señales inconscientes.

Enriqueta X estaba tan afectada por la inquietud que la empujaba a comer como por la percepción de sus formas corporales. En sus estados angustiosos temía ser avasallada tanto desde dentro, por peligrosos impulsos desconocidos, como desde afuera. La mezcla entre adentro y afuera, tal como se da en el acto sexual y en el acto de comer, fue el tema de los sueños siguientes.

En la sesión n.º 237, Enriqueta mencionó un sueño en la que ella primero había buscado protección con su madre y luego yacía con su analista en la cama. Se llegaba a una lucha libre, a heridas y hemorragia. En este sentido, un detalle importante era que Enriqueta X era sofocada por gruesas vigas del techo de la pieza, pero que en el sueño eran barras de galletas de mantequilla.

En sueños posteriores (sesión n.º 240), Enriqueta X tuvo nuevamente la sensación de ahogo y al mismo tiempo soñaba que estaba con la regla. Finalmente, en

la sesión n.º 245 soñó que había tenido la menstruación, pero que ésta era en parte de color blanco. En el sueño, la hemorragia menstrual junto con los elementos blancos se mezclaban con la comida y Enriqueta X los consumía. En el curso posterior del sueño, yacía debajo de una muchacha muy bella y tenía relaciones sexuales con ella. Al hacerlo, no sentía ningún pene, pero sí sentía el hermoso cuerpo de la muchacha y veía sus pechos bien formados.

Así se aclaraba el significado del "estar casada con la comida", como Enriqueta X a veces describía su estado de ese momento. Y es que en este sueño de la sangre menstrual con elementos blancos mezclada con comida, se consuma un hecho, cuyo contenido es al mismo tiempo una partenogénesis (autofecundación oral) como también un autoabastecimiento parcial. Por lo tanto, interpretamos este sueño en dos planos al –dicho brevemente– clasificar en el contexto psíquico los elementos blancos por un lado como semen y por otro como leche. Ahora se podía entender mejor un sueño anterior en el que un bebé mamaba de los genitales de la paciente: ésta igualaba inconscientemente esta secreción con la alimentación. Junto con la interpretación del contenido, llamé la atención de la paciente sobre el aspecto narcisista del sueño: "soy autárquica y lo puedo todo, incluso generar nueva vida y vivir de mi propia sustancia".

Por una parte, la autarquía apunta al temor a la pérdida y a la muerte (no debe perderse nada) y, a la vez, representa un intento de superar esta angustia. Cuando este proceso se desarrolla no sólo en el nivel de los sueños, sino que también determina el actuar, se origina una situación que es característica para muchos de los que rehúsan alimentarse. Desde el momento en que los procesos defensivos del yo fuerzan un retraimiento extremo, ya no cambia más nada, y la persona se aferra de una manera casi delirante a la creencia de la inmortalidad –en un caso extremo hasta se puede llegar a una extinción real de la vida–. Trataríamos entonces de entender el languidecer de algunas anorécticas con la ayuda de ciertas ideas sacadas de la psicología del yo. Desde un punto de vista formal, podríamos describir esta paradoja como sigue: "Vivo de mi propia sustancia inagotable y no estoy sometida a los peligros del intercambio que finalmente llevan a la muerte. Nada me amenaza, ni siquiera la muerte." Esta desmentida (*Verleugnung*) permite al enfermo vivir libre del miedo a la muerte. (Inconscientemente, la propia sustancia es idéntica a la sustancia materna, de tal modo que en la muerte aparentemente se eterniza la simbiosis inconsciente.) Felizmente, Enriqueta X en realidad no vivía en ese tipo de autarquía, y con la ayuda de otros sueños pudimos también entender por qué se había retirado al círculo narcisista. Ella tenía que defenderse de las relaciones peligrosas –el ser aplastada por barras de galleta de mantequilla (desplazamiento de abajo hacia

arriba) y las relaciones homosexuales— y de las mociones pulsionales correspondientes. El desplazamiento de objeto en la imagen onírica —el ser asfixiado por barras de galleta— se correspondía con una percepción corporal peculiar durante la asociación libre. Enriqueta X tenía la sensación de que su lengua se hinchaba y reproducía el sentimiento de asfixia experimentado en el sueño. La hinchazón de la lengua fue entendida como un desplazamiento de la excitación sexual. En relación con esto, Enriqueta X temía no poder nunca más hablar en forma normal y tener que tartamudear. Este temor cesó bruscamente después de que fueron interpretadas las tendencias libidinosas asociadas con la boca como órgano de la articulación. En esto también se retomó el sueño homosexual. Enriqueta X dijo que habría interrumpido el tratamiento si hubiera estado con una doctora, porque para ella sería insoportable hablar sobre sus necesidades de ternura con una mujer.

Era reconfortante ver cómo Enriqueta X era capaz de aceptar las interpretaciones y cómo estaba en condiciones de establecer conexiones e integraciones entre sus estados angustiosos, al principio aparentemente inmotivados, y sus vivencias. Le atormentaban sobre todo las agresiones dirigidas en contra de su madre que, por un lado, estaban al servicio de la defensa en contra de sus deseos de apoyo y, por el otro, era consecuencia de frustraciones. A causa de sentimientos de culpa, llegaba ocasionalmente a descuidos extremos en el tráfico urbano, momentos donde también contaba el ponerse a prueba respecto de su capacidad y destreza, al pasar con su bicicleta, en el último momento, por delante de un auto en marcha.

Para su propia sorpresa, su rendimiento escolar mejoró, incluso en los ramos científicos naturales, a pesar de que en comparación con sus compañeras de clase trabajaba todavía demasiado poco, con menor constancia, aunque sí con mayor intensidad. La decisión respecto de la elección de trabajo llevó nuevamente a dificultades. También en este asunto Enriqueta X quería dejar todas las posibilidades abiertas y, como lo reconoció finalmente, quería buscarse un trabajo que pudiera suplirle todo lo otro, matrimonio y familia. A propósito de una orientación laboral, se le certificó una pareja capacidad para todo y en general sobre el promedio. La dificultad en la constancia era reemplazada por una mayor flexibilidad. Ella misma ya había pensado en ser traductora y con los progresos posteriores esta posibilidad resultó naturalmente.

Noveno período de tratamiento, sesiones n.º 255 a 289

Enriqueta X quería utilizar las vacaciones de Navidad, antes del examen del bachi-llerato, para trabajar intensamente, lo que finalmente no sucedió. Por primera vez lo había pasado bien en una fiesta que había preparado con su amiga Gusti. Había estado relajada, se toleraba bien a sí misma y no necesitaba controlarse. Tuvo éxi-to, fue admirada por los muchachos y fue solicitada con camaradería. Ya no la ator-mentaban sus impulsos asesinos. Sin embargo, aún no se atrevía a dar paseos de-masiado largos y ocasionalmente tenía sensaciones de asfixia.

La relación con su madre había cambiado y Enriqueta X lamentaba haber tomado una mayor distancia interior de su casa. Claro que no se podía dejar de reconocer que, hoy como ayer, desvalorizaba sus vivas necesidades de apoyo. Esto tenía un efecto particular en su relación con los niños. Le gustaba jugar con sus sobrinos, pero padecía por la sensación de no sentirse interiormente libre y suelta; sentía que no podía establecer, en absoluto, un buen contacto con los niños. Enriqueta X pensaba: "si ya no siento nada por mi madre, por lo menos podría sentir algo por los niños". Le parecía natural el deseo de tener alguna vez una relación amorosa, pero impensable la idea de parir hijos, de alimentarlos y educarlos. Sin utilizar los términos técnicos, le fue dada la siguiente interpretación: ella no podía sentir nada hacia los niños, porque se identificaba en parte con ellos y justamente al identifi-carse con su propio niño experimentaría sentimientos infantiles de dependencia. Esta interpretación pudo ser profundizada con el sueño mencionado antes, que tenía por contenido el tema de mamar y lamer. En el fondo, en las palabras de la pacien-te y en mis interpretaciones está contenido el problema, en principio no tan fácil de resolver, del entrelazamiento entre relación objetal e identificación.

En la fase final del tratamiento, Enriqueta X soñó que había estrangulado a su médico. De algún modo, en el sueño se hablaba de amor y de voracidad. Se acordó de una historia fantástica sobre un demonio que acechaba a sus víctimas para tra-gárselas vorazmente. A continuación, se le vino el recuerdo de que una vez su so-brino de 4 años de edad durante un juego le había susurrado inmotivadamente al oí-do: "Te voy a decir algo especialmente lindo: te voy a matar." La violencia des-tructiva de su demanda de amor había conducido a la represión de sus deseos de apoyo, ya que en este estado estaría expuesta e indefensa frente a sus propios im-pulsos. Por lo demás, no debe olvidarse que la frustrante "regla de abstinencia" muestra en una luz especialmente nítida la agresividad reactiva, sobre todo en la fa-se terminal de un tratamiento.

Además, debe anotarse lo siguiente: entre las sesiones n.º 258 y 259, había un fin de semana. Enriqueta X salió a bailar y, por primera vez, se había enamorado

intensamente. Una amiga de escuela había comentado con satisfacción: "Me tranquiliza que llegues a ser una persona normal."

La paciente rindió su bachillerato sin angustia ni nerviosismo. Tampoco dejó pasar la oportunidad de celebrar el carnaval. El primer enamoramiento intenso fue rápidamente reemplazado por una nueva fascinación. Durante la noche de carnaval se sintió encantada por un joven "existencialista", en quien de alguna manera encontró a su doble. La mitad de la noche discutieron sobre el bien y el mal, cuya existencia era negada. Al mismo tiempo, ambos se decidieron por ideales ascéticos y calificaron cualquier dependencia corporal como indigna del ser humano. Estos argumentos no impidieron que intercambiaron apasionadas demostraciones de ternura. Durante el corto tiempo que durmió esa noche, Enriqueta X soñó que estaba tendida con un joven en la cama, el que se ocultaba debajo de la ropa cada vez que entraba la madre a la habitación. Después sufrió de insomnio de conciliación, causado parcialmente por excitación sexual nocturna. Ahora, Enriqueta X es capaz de recordar que antes había sentido excitación sexual, pero que no la había dejado ser, ni tampoco se había masturbado.

Las experiencias de carnaval provocaron un sueño que permitió reconocer una importante raíz de sus sentimientos de inferioridad como mujer. Enriqueta X soñó que de sus pechos tensos y turgentes salía una gran cantidad de escarabajos negros. La excitación sexual que había percibido al bailar con su pareja había motivado este sueño, de tal modo que este hecho se manifestó autoplásticamente como una igualdad entre pecho y pene. Los escarabajos negros simbolizaban el semen que era de ese modo desvalorizado como algo asqueroso. Enriqueta X había llegado prácticamente por sí sola a esta interpretación, sobre todo que ahora también se había aclarado que se consideraba incapaz de alguna vez cumplir con la función de madre: los pechos estaban hechos para engendrar y no para amamantar.

Durante la fase final del tratamiento apareció un insomnio de conciliación que inquietaba mucho a la paciente. Antes, podía recurrir a una fantasía muy efectiva para conciliar el sueño, pero que ahora no surtía mayor efecto: era la imagen de estar cayendo en un pozo profundo. Se demostró que el insomnio de conciliación era posible de entender de la siguiente forma: el caerse dentro del sueño era experimentado, por una parte, como un sentirse avasallada y, por la otra, como una regresión a un ansiado estado de protección. Era muy característico que la paciente tuviera temor de dormirse durante la sesión. Este pensamiento le era especialmente desagradable, porque lo que ella justamente no quería era quedarse junto a su médico, sino que aspiraba a separarse de él. Un sueño pudo mostrar hasta qué punto esto de dejarse caer se encontraba cargado

con una ligazón inconsciente entre la entrega y un peligroso acto agresivo. En este sueño, un hombre la inmovilizaba con una pistola con veneno y caía. El trabajo interpretativo logró una mejoría sustancial de este síntoma.

Poco después, y después de aprobar su bachillerato, Enriqueta X fue dada de alta en buen estado. Sus menstruaciones eran regulares desde hacía dos meses. El peso corporal era de 55 kilos y la constipación había mejorado esencialmente. En general, se había dado una evolución favorable. En relación con los síntomas, hay que destacar que la paciente no había vuelto a lograr una total despreocupación en el comer y que aún se privaba gustosa del último bocado. Apareció como justificado dejar hacer su parte a la *vis medicatrix naturae*, es decir, a la fuerza curativa de la naturaleza, y terminar el tratamiento. La paciente quería seguir su formación en otra parte. Se llegó a un acuerdo sobre un tratamiento complementario durante las próximas vacaciones estudiantiles. Este se desarrolló en 15 sesiones algunos meses más tarde. En general, el desarrollo de la paciente había tomado un curso favorable.

El problema de la mutación sintomática

Han pasado casi 30 años desde el término del tratamiento. El psicoanálisis de Enriqueta X permitió un acceso importante a la patogénesis de la anorexia nerviosa. Del conocimiento de las condiciones interaccionales e intrapsíquicas del historial de la enfermedad y de su curso, se pueden derivar estrategias técnicas que son generalizables. La terapia llevó a cambios permanentes y estables. Con perfecto derecho, en este caso se puede hablar de una curación, porque después del término del tratamiento, Enriqueta X pudo llevar una vida exitosa y plena en lo personal y en lo laboral, sin que existieran síntomas residuales de la anorexia nerviosa. Luego de terminar sus estudios y después de elegir una profesión que la llevó al extranjero, Enriqueta X se casó con su novio de muchos años.

Hace alrededor de 20 años, se instaló un síntoma inquietante que la llevó nuevamente a consultarme: paralelo a un intenso deseo de tener hijos, la paciente rechazaba un embarazo debido a la angustia neurótica de que a sus indefensos niños podría pasarles algo, más aún, que ella podría hacerles algo. Enriqueta X, que guardaba un vivo recuerdo de mí, asoció este síntoma con el hecho de que el psicoanálisis la habría alejado demasiado rápidamente del lado de su madre. Si bien se sentía en todo sentido feliz con su pareja, y agradecía al psicoanálisis haberle dado la posibilidad de llegar a tener una relación heterosexual, criticaba, desde su perspectiva, la intensidad "existencial" del tratamiento y los

cambios demasiado profundos, en el ejemplo de la resolución demasiado rápida de la estrecha relación con su madre. Además, la paciente se quejaba de otra limitación adicional en su vida –por lo de-más bastante libre–, que atribuía a los cambios de la terapia: sólo después de superar cierto tipo de angustia podía volar sin compañía. Enriqueta X cargaba esta limitación a mi cuenta, porque yo habría contribuido en que ella reconociera su dependencia y, por lo tanto, en que hubiera perdido la absoluta seguridad en sí misma que tenía en la época de su enfermedad.

El que yo reconociera sus reproches y que los pusiera como tema tanto en el plano de la relación como de la transferencia, derivó en una terapia focal intensiva que por razones externas fue llevada a cabo con una frecuencia alta durante un tiempo corto. En el análisis de la transferencia, la paciente, con una alta capacidad para fantasear, pudo experimentar sentimientos muy agresivos en contra de su madre y reflexionar sobre ellos críticamente. Ya que estos sentimientos agresivos aparecían dentro de una relación vivida inconscientemente como marcadamente simbiótica, la paciente no podía estar segura si no iba a encontrarse a ella misma dentro de su madre o dentro de sus hijos aún no nacidos. Tenía temor por sus hijos todavía no nacidos, porque con ellos se podrían repetir los problemas de la relación simbiótica. El miedo a volar sin compañía pudo ser incorporado sin dificultad en el foco, sobre todo porque el aspecto transferencial estaba aquí bien claro: ella no podía entregarse libremente al "espacio vacío", porque tenía una vieja cuenta pendiente conmigo ; el tener una gran confianza trae consigo también un alto grado de dependencia y los correspondientes desengaños. Los espacios abiertos representaban un "objeto transferencial" cuya lealtad la paciente había cuestionado a través de sus propias agresiones inconscientes.

El anhelo por una madre omnisciente y omnipotente lleva inevitablemente a desengaños y, con esto, a agresiones que socavan la seguridad buscada.

Finalmente, de este modo se perpetúa el proceso inconsciente por el cual el síntoma motiva la angustia, algo que se puede observar de regla en este tipo de síntomas. Las "confirmaciones" externas también actúan como reforzamientos. Por la intensidad del vivir en la transferencia y por el insight, mejoran los síntomas en poco tiempo.

Enriqueta X es actualmente madre de una familia de varios niños. Varias veces me ha informado por carta sobre la situación familiar.

Hace cerca de 10 años, y en ocasión de un estudio catamnésico emprendido por mí, resultaron varias entrevistas que facilitaron a la paciente la tarea de arreglárselas mejor con un problema actual. Enriqueta X tenía una relación

especialmente estrecha con sus hijos, de modo que toleraba con dificultad las aspiraciones de autonomía de ellos en la edad escolar y en la pubertad. Debido a la aparición de los síntomas fóbicos mencionados antes, alrededor de 20 años después de la terminación del tratamiento, se hace necesario discutir aquí el problema de la mutación sintomática. En una revisión posterior del detallado informe de tratamiento ya publicado (Thomä 1961, p.130), tropezamos con un indicio que podría estar en relación temática con el síntoma ulterior. En aquel entonces, la paciente había hecho la siguiente reflexión: "Si ya no siento nada por mi madre, por lo menos debería sentir algo por los niños", pero le parecía impensable parir hijos, alimentarlos y educarlos. A partir del conocimiento logrado en el transcurso posterior, podemos ahora decir que se mantuvo una constelación inconsciente que permitió el surgimiento de un síntoma emparentado temáticamente.

Estas observaciones han hecho contribuciones a la teoría de la mutación o desplazamiento sintomático, que Freud (1937c) discutió en su trabajo tardío *Análisis terminable e interminable*. En relación con el problema del cambio sintomático, existe una controversia entre las psicoterapias dinámicas y las terapias conductuales (Perrez y Otto 1978). Aquí es adecuado hacer algunos comentarios en relación con la evolución de la enfermedad de esta paciente. Si se tiene presente el efecto de los llamados factores inespecíficos de la psicoterapia, la tesis de un tratamiento efectivo sólo sintomáticamente debe ser cuestionada, ya que las motivaciones –que parten del síntoma de un modo tal que se refuerzan a sí mismas–, permanecen unidas a las condiciones patogénicas primitivas, por lo cual estas últimas también podrían ser de alguna manera tocadas en terapias sintomáticas aparentemente no causales. En la práctica psicoanalítica se han descuidado las dimensiones del curso y de la "ganancia secundaria de la enfermedad" con sus efectos retroactivos sobre la patogénesis primaria. No sólo en vista de la neurosis de transferencia, la enfermedad "... no es algo terminado, congelado, sino que sigue creciendo, y su desarrollo prosigue como el de un ser viviente" (Freud 1916/17, p.404). De acuerdo con la teoría psicoanalítica, se debe esperar un desplazamiento sintomático cuando condiciones esenciales de la génesis de estos síntomas no pudieron ser neutralizadas psicoterapéuticamente y siguen siendo activas. En el caso de Enriqueta X, una constelación inconsciente que seguía activa fue desencadenada y reactivada por una situación de vida. A propósito de un desencadenante temáticamente pertinente se manifestó un estado latente. Ya que todos los síntomas neuróticos están sobredeterminados, a menudo basta apartar sólo una u otra condición, de modo que el problema del cambio sintomático nos lleva a la pregunta de si es empíricamente posible predecir las

condiciones bajo las cuales se reactivará una configuración desde un estado de latencia, o cuándo una cadena de condiciones puede considerarse como definitivamente interrumpida en sus eslabones relevantes. Evidentemente, tales predicciones no son fáciles de hacer.

El que no sean pocas las dificultades que se encuentran en el intento de especificar las relaciones entre las disposiciones latentes y las condiciones futuras probables de su manifestación, parece haber contribuido en el surgimiento de la pretensión utópica de neutralizar todas las constelaciones patológicas inconscientes que tengan la probabilidad de reactivarse en el futuro. Si bien Freud (1937c) mostró que la meta aquí pretendida está en el infinito, es decir, que tal tarea es interminable, esta utopía ejerce un gran atractivo. La idea de Paul Ehrlich de algún día llegar a encontrar la *therapia magna sterilisans*, es decir, la panacea universal que pueda curar todas las enfermedades infecciosas mediante la aplicación única de un sólo medio quimioterapéutico, se corresponde con la utopía de que un análisis "interminable" llegue a resolver la disposición a presentar reacciones psicopatológicas.

Quisiéramos ahora abocarnos a la pregunta de hasta qué punto la constelación familiar ha contribuido causalmente en la génesis de la anorexia nerviosa en Enriqueta X. Lo que nos interesa aquí es llevar a cabo una discusión ejemplar de la que se puedan sacar conclusiones de tipo general.

Debemos ahora resumir algunas particularidades de la familia de Enriqueta X que tuvieron efecto sobre la configuración de su mundo interno. Ya dijimos que en cierto sentido ella había ocupado el lugar del padre al lado de su madre. Con ello, resultó un vínculo muy estrecho entre la madre y la hija: en su soledad, la madre podía consolarse con su hija, y la hija debió tener el sentimiento de ser muy importante para la madre. En la literatura referente a dinámica familiar, la asignación de un rol paterno a un hijo, o la asunción de éste por él, se denomina *parentalización* (Boszormenyi-Nagy 1965). Se trata de una forma de inversión de roles, en la que la madre, o el padre, colocan en el hijo deseos que no pudieron ser satisfechos en la relación con los propios padres o que permanecen sin cumplir en la relación de pareja. Los niños así "parentalizados" son sobreexigidos y precozmente forzados a asumir el papel de adultos y de este modo maduran antes de tiempo. Sobre todo lo demás, Enriqueta X reemplazaba al marido desaparecido. También hemos descrito las dificultades en el hallazgo de la identidad que resultaron de estas circunstancias.

Cuando apareció en Enriqueta X, ya estando casada, el deseo de tener niños, se desarrolló la angustia neurótica que tenía sus raíces en la simbiosis. En los hechos, ella más tarde percibió cómo la agobiaba la autonomía de sus niños. La tarea terapéutica se dirigió entonces a superar la "parentalización" de sus propios

niños. En su estrecha relación con sus propios hijos intentaba colocar sus deseos "infanti-les" de apoyo que no había podido satisfacer con su propia madre. Sus ansias de autonomía y su adultez precoz lo habían impedido.

Cuando Enriqueta X se fue liberando progresivamente de su madre a través del trabajo analítico, reconoció sus anhelos de dependencia y se puso descuidada en el tráfico callejero debido a los sentimientos de culpa por su agresión, la madre acu-dió a mí.

Esta estaba preocupada de que la hija se pudiera causar algún daño. Desde un punto de vista de la dinámica familiar, se transfirió al terapeuta el rol del padre. La paciente estaba manifiestamente aliviada: ahora podía traspasar la preocupación por la madre al terapeuta. Al mismo tiempo, con la madre se pudo trabajar cómo la pa-ciente buscaba inconscientemente asegurarse la solicitud de la madre para así poder controlar las intensas tendencias propias de autonomía. La consideración de la dinámica familiar es especialmente necesaria cuando a tra-vés del cambio del paciente protagonista no se puede interrumpir el suceder circu-lar.

Sin embargo, junto con Petzold (1974), nos oponemos a declarar la anorexia nerviosa como "un síntoma de una neurosis familiar". La presunción de que existe una constelación familiar patológica, cuyas diferencias para la "génesis" de la ano-rexia nerviosa, de otras enfermedades psicósomáticas, de la esquizofrenia o de la ci-clotimia, serían específicas, debería demostrarse tan falsa como la suposición de la especificidad en los padecimientos psicósomáticos (véase 9.7). Desde que se inven-tó la "madre esquizofrenógena" se conocen los efectos desfavorables que puede te-ner tal apreciación errónea. Además, en el nivel de las vivencias, la culpa, en el sentido de "causa", se relaciona fácilmente con culpa moral o, al menos, con res-ponsabilidad. Entonces, se dificulta, o hasta se llega a hacer imposible, la incorpo-ración de la familia en la terapia, porque los demás miembros de ella se sienten no entendidos, o se retraen realmente.

El diagnóstico familiar está todavía en sus comienzos. Las investigaciones acerca de la tipología familiar de pacientes psicósomáticos, esquizofrénicos y maníaco-depresivos (Wirsching y Stierlin 1982; Stierlin 1975; Stierlin y cols. 1986), muestran tantos problemas metodológicos, que la afirmación sobre conexiones causales es problemática. De manera ejemplar, Anderson (1986) ha discutido los problemas metodológicos en el modelo de los "juegos familiares psicóticos", co-mo fueron bosquejados por Palazzoli Selvini (1986). También por razones de plau-sibilidad teórica, se debería tender a una meta más modesta, a saber, a tomar la cri-sis familiar que desencadena toda enfermedad crónica –y aquí hacemos una generali-zación– e incorporarla en el plan de la terapia. Aun

cuando por la muerte del padre la familia de Enriqueta X debe ser calificada como incompleta, es evidente el "en-trelazamiento" entre madre e hija descrito por Minuchin (1977). Con ello se quiere describir una forma extremadamente estrecha e intensa de interacción. Otras descripciones de "típicas familias de anorécticas" (Sperling y Massing 1972) remiten también a particularidades estructurales que fueron registradas en un corte transver-sal.

En esto se piensa en modelos de interacción que son constatados después de la aparición de la enfermedad. Sobre todo cuando crean para el individuo enfermo el espacio de libertad necesario para la separación del hogar y para la necesaria auto-

nomía, los enfoques de terapia de familia complementan la terapia individual (Gur-man y cols. 1986).

Por lo tanto, no se puede hacer como si no existiera una predisposición congénita a reaccionar de determinada manera, ni tampoco como si el niño no tuviera un margen de libertad o de decisión, o como si no existiera la participación del niño mismo, quien, a pesar de su dependencia, de ninguna manera reacciona de forma totalmente pasiva frente a su medio ambiente, sino que también lo estructura activamente. En especial, esto vale para las anorécticas púberes, que son altamente voluntariosas.

9.6 Neurodermitis

Cuando en el curso de las enfermedades crónicas se emprende una psicoterapia, el repertorio de tratamientos somáticos está ya de regla agotado. Este hecho, y la larga evolución, facilitan, por medio de la comparación del caso consigo mismo, la evaluación de la eficacia terapéutica de nuevos medios, ahora, psicoterapéuticos. Presupuestando que todas las condiciones restantes, en especial la situación de vida, permanecen constantes y que simplemente se agrega una terapia psicoanalítica, tenemos un ordenamiento experimental clínicamente utilizable. Aquí se aplica el clásico método de la diferencia de John Stuart Mill en la investigación clínica (véase Eimer 1987).

Primero, hay que nombrar algunos criterios que deben considerarse en los estudios de caso único de este tipo. Aquí, la "comparación del caso consigo mismo" (P. Martini 1953; Schaumburg y cols. 1974) es el fundamento más importante de la investigación en terapia. Idealmente, de acuerdo con los supuestos etiológicos, las intervenciones terapéuticas debieran variar con la meta, y los factores patógenos y síntomas debieran ser en lo posible eliminados. Entonces, se trata precisamente de observar el curso a través de un largo tiempo y de registrar los cambios conseguidos en el cuadro mórbido.

En vista de la evaluación de la eficacia terapéutica del psicoanálisis en un enfermo que padecía de neurodermitis, cuyo caso presentamos a continuación, deben distinguirse 3 fases:

a) Al inicio de la psicoterapia, la duración de la enfermedad era de alrededor de 8 años. Durante ese tiempo, el paciente había estado en tratamiento dermatológico permanente y a menudo incapacitado laboralmente. A causa de empeoramientos de la enfermedad cutánea, en 4 oportunidades había tenido que ser tratado en régimen de hospitalización (con una estadía promedio de hospitalización de cerca de 6 meses).

b) Con el comienzo del análisis, que duró 2 años y medio, y durante su desarrollo, las condiciones de vida externas del paciente permanecieron constantes. La terapia dermatológica local fue continuada de la manera habitual. Los medios terapéuticos nuevos consistieron en la especial "influencia" que puede ejercer un psicoanálisis. Los cambios aparecidos durante el psicoanálisis, mejorías o empeoramientos, pudieron ser reconocidos como correlatos de procesos anímicos. No fueron las condiciones de vida externa las que cambiaron, sino probablemente fue la actitud del paciente frente a la vida, la que cambió en aspectos esenciales. Por lo tanto, ya que todas las demás condiciones permanecieron constantes, los cambios psicoterapéuticos alcanzados pueden ser calificados como causa de la mejoría y de la curación duradera.

c) Esta tesis se ve confirmada a través del curso ulterior, pues durante los casi 30 años de seguimiento catamnésico, el paciente sigue sano. Inmediatamente después de la terminación de la terapia (1959), la piel aún tenía necesidad de ser cuidada; y aparecieron ocasionalmente ligeras eflorescencias que cedieron nuevamente sin tratamiento dermatológico.

Extractos de la historia clínica

Los cambios en la piel, que Bernardo Y calificó de eczema crónico, había recibido a través de los años distintos diagnósticos dermatológicos, tales como dermatitis seborreica, dermatitis eczematoide exudativa tardía y neurodermitis atópica. El paciente había llamado a los médicos su perturbación sexual –una impotencia– y su trastorno neurótico (pensamientos obsesivos). Los acontecimientos desencadenantes de la enfermedad tampoco aparecían mencionados en el historial clínico de la clínica dermatológica. Sólo después de 10 años de enfermedad el paciente encontró un médico general con orientación psicosomática que sospechó una concausalidad anímica y que lo refirió a una psicoterapia.

Curso de la enfermedad

Es digno de hacer notar que el paciente había sufrido desde la niñez de piel áspera y agrietada y que entre los 10 y los 17 años de edad había tenido un exantema en la región bucal, pero que estas manifestaciones desaparecieron cuando entró al servicio militar, después de la separación de la casa paterna.

(Los padres y hermanos son sanos, en la familia no se conocen antecedentes de enfermedades dermatológicas o de cargas constitucionales.)

Teniendo 20 años de edad, Bernardo Y cayó enfermo, con vómitos y falta de apetito. Inmediatamente después de la cesación de estas molestias apareció una inflamación cutánea pruriginosa. Las manifestaciones cutáneas se extendieron a los brazos, el pecho y la espalda, de modo que el paciente no pudo seguir trabajando y fue hospitalizado por primera vez en septiembre de 1948 en la clínica dermatológica de la universidad. Allí se confirmó una dermatitis seborreica y los tests dieron como causa desencadenante una hipersensibilidad al jabón marca Palmolive. Tratamientos locales e irradiaciones Röntgen mejoraron la sintomática, al menos como para que el paciente pudiera ser dado de alta. Desde entonces, Bernardo Y sufrió de una neurodermitis, y en razón de intensas exacerbaciones tuvo que ser tratado en 1950, 1951 y 1956 en la clínica dermatológica de la ciudad, cada vez durante muchas semanas. Durante estos tratamientos en clínica también se llevaron a cabo minuciosos tests y exámenes alérgicos que arrojaron una hipersensibilidad al huevo. Esta hipersensibilidad ya había sido constatada por el paciente mismo en base a parestesias orales.

Biografía

Bernardo Y creció en una pequeña ciudad, con una educación estrictamente católica, y asistió a la escuela primaria entre 1934 y 1941. Sus rendimientos estuvieron sobre el promedio. Abandonó su primer deseo profesional –ser pastelero–, porque este oficio le pareció demasiado agotador. Después de asistir hasta 1943 a una escuela de comercio, aprendió el oficio de ventas y hasta el día de hoy trabaja en la misma firma, descontando una corta interrupción durante los últimos años de la guerra. Desde siempre fue un hombre especialmente escrupuloso, que había recibido de su madre un rígido código moral. Hasta donde alcanzan sus recuerdos y especialmente desde su pubertad, el paciente era una persona tímida, inhibida, que sufría interiormente de intensos sentimientos de culpa. La amistad con quien posteriormente sería su mujer, a la que dio largas durante años, ocurrió predominantemente en la época en que apareció la enfermedad, la que trajo consigo aún más aislamiento. Bajo los efectos de las máximas pedagógicas de su madre, quien había advertido al hijo ya mayor en contra de las posibles consecuencias de las relaciones íntimas, el paciente se había sentido frente a su novia, tanto en el intercambio de caricias,

como también en general, inhibido e inseguro. A causa de su enfermedad de la piel, había pospuesto los contactos sexuales a un futuro lejano o, mejor dicho, lle-vaba consigo el pensamiento de no casarse nunca. También temía que su enferme-dad a la piel fuera heredable. El paciente se defendió hasta el último en contra del casamiento, y sólo cuando su mujer le aseguró que por su parte no quería tener hi-jos, pudo decidirse por el matrimonio.

A pesar de que el paciente faltaba frecuentemente al trabajo, y aunque tuvo que restringir el contacto con los clientes y con las personas en general a causa de su exantema pruriginoso, era un trabajador apreciado por su eficiencia.

Situación conflictiva desencadenante

La reciente formación sintomática fue precedida inmediatamente por un conflicto laboral. Su antiguo jefe y anterior maestro de formación era un hombre especial-mente inaccesible y estricto, que mantenía a sus empleados en la incertidumbre respecto de cuánto podían esperar de las mejoras de sueldo, de los cambios en las tarifas, etc. Una nueva reglamentación en las tarifas había sido negociada, sin que el jefe informara al paciente sobre las mejoras en el sueldo que se podían esperar. Un día, después de la hora de término de la jornada de trabajo, el paciente trató de encontrar sobre el escritorio del jefe la tabla salarial correspondiente y de echar un vistazo en ella. Al hacerlo, fue sorprendido por el jefe e inventó rápidamente una excusa, que era una verdad a medias: dijo que buscaba una carta para llevarla al co-rreo antes del cierre de éste. A partir de ese día, el paciente primero no fue al traba-jo por varias semanas a causa de vómitos y falta de apetito y, más tarde, lo hizo sólo con la duda torturante de si acaso su jefe alguna vez podría recuperar la con-fianza hacia él. Finalmente, el paciente pudo hablarlo todo con el jefe y decirle la verdad, sin que la antigua relación pudiera ser restablecida. Cuando luego la enfer-medad de la piel no curó, el paciente vio en ello un castigo por sus masturbacio-nes. Si antes de su enfermedad actual, el paciente era aún capaz, a pesar de las gra-ves inhibiciones e inseguridades internas, de mantener contactos sociales, ahora se había aislado bastante, y ése es un efecto secundario de su enfermedad. El paciente acaricia la idea de postular una pensión de invalidez adelantada.

Sobre la iniciación del tratamiento

El paciente era extremadamente inhibido, y después de 10 años de enfermedad y de tratamientos somáticos se había convertido aparentemente en un alexitímico (véase 9.9). El que el tratamiento no se malograra desde el principio frente a la resistencia inicial descrita por V. v. Weizsäcker (1950), se debió a que el paciente buscaba ayuda, por su difícil situación de vida y a pesar de todo su escepticismo, y porque, por otro lado, manifestó confianza tanto frente a la institución como también frente a mí, un signo de pronóstico favorable.

En aquel tiempo, mi técnica era francamente no directiva. Intervenciones activas en el sentido de interpretaciones eran más bien escasas; con estímulos indirectos buscaba alentar sueños y asociaciones del mismo modo como la autorreflexión. El estilo de protocolización refleja la técnica no directiva. En los protocolos de las sesiones, que cada vez eran dictados después de la hora, se resumen casi exclusivamente los pensamientos del paciente. Mis sentimientos contratransferenciales, reflexiones e interpretaciones, se hacen constar sólo escasamente. Este tipo de conducción de tratamiento y su protocolización ha probado ser insuficiente, tanto por razones clínicas como científicas. A lo largo del tiempo cambió esencialmente (véase Thomä 1967, 1976; Kächele y cols. 1973). Sin poder entrar aquí en las múltiples razones conscientes e inconscientes de ello, quisiera llamar la atención sobre algunos puntos que determinaban mi técnica de aquel entonces, y que son importantes para la evaluación de los segmentos de tratamiento expuestos. Sin tomar en cuenta la propia inseguridad, la preocupación de no influir demasiado en los pacientes a través de interpretaciones contribuía a mi actitud circunspecta. En aquel tiempo, me encontraba todavía en un estadio de entendimiento equívoco respecto de las diferencias en la sugestión dentro del espectro de las técnicas psicoterapéuticas y analíticas (véase Thomä 1977).

Un largo período inicial estuvo al servicio del establecimiento de una relación terapéutica sólida, que el paciente vivía como peligrosa debido a una intensa ambivalencia y a una profunda angustia de castigo. A causa de un empeoramiento sintomático, el paciente no fue al trabajo por alrededor de 2 meses, con la debida certificación del médico de cabecera. Probó mi fiabilidad y tolerancia frente a la crítica y a la agresividad, en cuanto buscó opiniones peyorativas entre médicos y homeópatas frente a la psicoterapia recién empezada. Con la retirada en la incapacidad laboral y en el hogar, el paciente pasó de las llamas a las brasas. Si bien evitó con ello pesadas cargas anímicas en su lugar de trabajo, éstas fueron cambiadas por un aumento en las tensiones matrimoniales, de las que buscaba liberarse a través de una mayor retirada en el cuidado autoerótico y autodestructivo de la piel. La situación conflictiva desencadenante, al principio aparentemente trivial, cobró una dimensión

profunda a través de los complementos y correcciones del paciente, los que también hicieron entendibles las cargas en el trabajo: allí, el paciente vivía en la angustia constante de ser un día descubierto en el robo cleptománico de los céntimos en las rendiciones de cuentas, miedo que reforzaba el desplazamiento de su angustia neurótica: él temía que por el estado de su piel se transparentara todo.

Ya en el sueño inicial el paciente fue hecho responsable de la pérdida de una llave. Sólo mucho más tarde pudo hablar sobre los robos y sobre su impotencia, que al principio también calló. De ningún modo había sido por su enfermedad dermatológica que había pospuesto constantemente el matrimonio y llegado a acariciar la idea de no casarse nunca, como primero lo había afirmado. Después de muchas vacilaciones habló sobre sus problemas sexuales, de los que hasta el momento nunca había informado a los médicos. Como ya se dijo, el paciente había decidido casarse sólo cuando su mujer le aseguró que no quería tener hijos, porque era muy estrecha de caderas y tenía miedo de verse obligada a parir por cesárea, como sus dos hermanas. Por ambos lados se había acordado llevar un matrimonio abstinentes. El temía haberse dañado por la masturbación hasta el punto de ser infértil e impotente. Debido a que en los intentos de penetración su mujer se quejaba de dolores, las relaciones no pudieron ser nunca consumadas. Después de que el paciente pudo reconocer la racionalización de la evitación de relaciones sexuales con su mujer, pudo vivir plenamente la aversión, el miedo y el asco, frente a los genitales de su mujer y, por otro lado, los sentimientos de culpa y el miedo por su propia agresividad. En suma, se hizo claro que el paciente sufría bajo graves representaciones hipocóndricas sobre defectos corporales y que trataba de compensar sus defectos mediante medios mágicos (contar obsesivo), de manera regresiva y sobrecompensada.

El empeoramiento sintomático inicial debe remitirse a la inquietante exposición en la situación analítica. Ya antes del tratamiento, el paciente mismo había comprobado que mejorías o empeoramientos no tenían mucho que ver con la terapia somática, sino con el ser dejado en paz o con la posibilidad de encontrar tranquilidad. El creía que la máxima tranquilidad la habría encontrado si, junto con una pensión anticipada por incapacidad laboral, hubiera permanecido soltero en casa y no se hubiera expuesto a las tensiones en la relación con una esposa.

Su grave neurosis sexual se acompañaba con fantasías diurnas en las cuales mantenía relaciones sexuales con una mujer mucho más vieja. Sus ocurrencias permanecieron bastante tiempo demasiado exiguas como para que se hicieran visibles las raíces edípicas, las inhibiciones y los deseos desplazados. Algunos pocos recuerdos de sueños, poco claros, mostraban al paciente, por ejemplo, en

la calle y tomado del brazo de una mujer extraña. En la realidad, como me enteré a propósito de esta ocasión, en la calle estaba ocupado con pensamientos obsesivos, con un contar obsesivo, especialmente de los automóviles que pasaban o de otros vehículos. Generalmente en las mañanas, o cuando salía a la calle en otros momentos, el paciente decidía cuáles vehículos contar y cómo interpretar el resultado. Al hacerlo, casi siempre se las arreglaba para obtener una cuenta favorable, aun cuando antes hubiera fijado otras reglas; por ejemplo, si una cuenta impar se suponía desfavorable para una curación rápida de la piel, manipulaba la cifra hasta que el resultado desfavorable fuera corregido. Las más de las veces consultaba la cifra con la vista puesta en una rápida curación de su exantema o en ventajas financieras, el monto de una eventual pensión, ganancias de dinero sorpresivas, o cosas semejantes.

Con su contar mágico, soñaba con ventajas financieras para llevar una vida de pensionado en casa y poder dejarse mimar por su mujer. Mientras su madre se mantuvo en vida, aprovechó la ganancia secundaria de la enfermedad sobre todo para ser tratado bien en casa, para ser preferido frente a sus hermanos y el padre, y para lograr la atención de ella.

El cuidado de la piel como regresión

El cuidado diario de la piel duraba varias horas y no quería que su esposa lo molestara durante este procedimiento. Cuando ella entraba al baño, él no decía nada, pero se enojaba y desplazaba su crítica a alguna otra cosa, por ejemplo, a que su camisa no estaba lista o algo semejante.

También las sesiones estaban rellenas de descripciones repetitivas del estado de su piel, de manera muy monótona. En este sentido, el paciente había desarrollado un rico vocabulario, con el que describía los diferentes estados de su piel. Donde el experto no podía reconocer ninguna diferencia, para el paciente existían finas distinciones cualitativas, una vez la piel estaba más agrietada, otra vez más enrojecida, ocasionalmente más descamada. Así, encontraba muchos matices que describía en detalle.

El paciente se había retirado –él mismo lo decía– de su mujer hacia la piel; la sintomática estaba al servicio de sus disputas interpersonales. Lo dicho, se mostraba de distintas maneras y en distintos niveles: hablaba sobre el "espantoso pensamiento" de que su esposa podría ser culpable de su padecimiento, ya que, desde la boda, realmente nunca más había estado libre de manifestaciones cutáneas y repetidas veces había observado –por ejemplo, durante las vacaciones– que la piel estaba muy bien hasta el día en que llegaba su mujer. Pensaba que de su mujer salía algo venenoso, que producía escozor

—él pensaba en una secreción vaginal. En lo demás, la piel servía como objeto para todo tipo de estados de ánimo que, por así decirlo, encontraban en ella su órgano de choque. Cuando tenía rabia se rascaba y, por otro lado, cuidaba su piel como si fuera un objeto amoroso.

De esta observación, se desprende que la regresión al yo (sí mismo) corporal aquí descrita, depende, en contenido y forma, de la regresión del yo. En nuestra opinión, esta regresión yoica, con sus múltiples aspectos, está en el centro de todo psico-análisis. A causa del entrelazamiento de sujeto y objeto, y de su significación para el tratamiento del paciente, la concentración en este tema se dio en ese entonces por sí misma. Sus autoobservaciones ponían de manifiesto que los estados de me-joría o empeoramiento de la piel estaban estrechamente conectados con el untar, el escocer y el rascar, que, inadvertidamente, acompañaban casi reflejamente el cuidado de su piel, que duraba horas. El análisis de su retirada a la pieza de baño, sobre todo en las tardes, estuvo en el centro de todo el tratamiento.

La presentación se puede dividir de acuerdo con lo que el paciente tenía que evitar por razones inconscientes, por qué había llegado a ser impotente, por qué debía eludir las satisfacciones sexuales y qué buscaba en la retirada autoerótica. El hecho de que con ello dañara su piel, lentamente le fue siendo consciente, sin que al principio fuera capaz de interrumpir el círculo vicioso.

Tanto por razones teóricas como técnicas, es insuficiente ver en el rascarse sólo una manifestación de autoagresión. Sobre ello ha llamado la atención en especial Schur (1974; véase Thomä 1981, p.421), y mostrado que, en el rascarse, el paciente busca inconscientemente objetos en sí mismo, objetos a los cuales permanece unido. A través del suceder circular autorreforzado, en las regresiones de este tipo se intensifican las identificaciones primarias y se debilitan los límites entre sujeto y objeto. Por esto, a lo largo de la reelaboración analítica la piel toma para estos pacientes las cualidades más diversas de objeto, o de su representación (incluyendo la relación transferencial). Ya que estas representaciones objetales inconscientes eran extremadamente angustiosas y siniestras para la percepción consciente, el paciente lograba control sobre sí mismo retirándose, es decir, amando y odiando al objeto en su propio cuerpo, y al mismo tiempo evitando un contacto real, una fusión efectiva pero enormemente inquietante.

Al paciente le era totalmente consciente que se retiraba en la sala de baño, generalmente en las tardes, a causa de sus angustias sexuales, que se manifestaban sin-tomáticamente en la impotencia. En razón de los conocimientos sobre su historia vital y sobre el tipo de síntomas, era natural suponer que la situación edípica constituía una barrera que conducía a la regresión.

El análisis se movía pendularmente entre la elaboración de la regresión y sus desencadenantes edípicos. Una primera mejoría fundamental de los síntomas se dio cuando el paciente recuperó su potencia, después de la disminución de los sentimientos de culpa edípicos y después de la superación parcial de sus angustias de castración, proceso en que se manifestó nuevamente su fuerte fijación anal. Sus sentimientos de culpa le eran conscientes; él mismo los remitía a sus prácticas masturbatorias, ininterrumpidas hasta la desaparición de su impotencia. Los auto-rreproches eran tan intensos, que deseaba conscientemente encontrar la muerte como soldado.

Siendo púber, muchas veces se sintió inquieto por fantasías incestuosas y durante años se empeñó en una lucha, finalmente exitosa, en contra de impulsos sádicos. La inmensa angustia de castración lo condujo a cubrir la región genital con un capuchón protector. También después de recuperar su potencia, en los acercamientos a su mujer sentía profundo espanto. Desarrolló fantasías de cómo poder anular la pérdida de semen y el daño que vivía en relación con ella. Como ejemplo, valga la siguiente cita del protocolo de una sesión:

El paciente habla sobre su hipersensibilidad; dice que, a pesar de todo, tiene reservas acerca de si verdaderamente todo va ser para mejor. El huevo es vida, semen de hombre, castigo para el onanismo; los huevos son los testículos; un pensamiento peculiar es que la piel puede ser estimulada por los propios testículos; fantasea con tragar el propio semen para que no se pierda, para no perder fuerzas; él ya ha pensado en hacerlo de verdad, pero se detiene frente a la barrera del asco. Otra fantasía es exprimir las glándulas sebáceas como tratamiento para la piel. Ahora lo único que quisiera es cubrir sus genitales, tiene un enorme miedo de perderlos; ya las solas miradas lo hacen sentir un posible ataque, una intervención; su cuerpo debería pertenecer sólo a él.

En un largo período de transición, describe su inaguantable tensión cuando no podía lavarse y cuidar su piel en el momento preciso: cuando no podía retirarse, la inquietud aumentaba de tal modo, que no era raro que tuviera ideas suicidas.

P.: Si bien me es posible aplazar por un tiempo el cuidado de la piel, quizás por 1 o 2 horas, la tensión me es tan grande que lo único que quisiera es matarme. Es como una adicción, cuidar la piel de manera exagerada, y en esos momentos podría echar en cara de mi mujer las ordinarietas más grandes, algo que también he hecho.

Con la desligadura de las emociones y fantasías anteriormente unidas a los síntomas, sus múltiples angustias cobraron un contenido tangible e interpretable. Sus pensamientos mágicos, los rituales compulsivos anales, adoptaron contenidos fálicos.

Su narcisismo fálico estaba al servicio, entre otras cosas, de la defensa de angustias de castración, lo que, por ejemplo, quedó claro en el sueño siguiente:

P.: Estaba en una fiesta deportiva, y tanto en salto alto como en salto largo participaba con 7,80 metros. Uwe Seeler [jugador estrella del fútbol] hablaba por la radio, sólo con su voz las mujeres en el estadio estaban totalmente fascinadas. Una mujer junto a mí hacía movimientos de cohabitación; sólo con la voz de Uwe Seeler llegaba al orgasmo.

Ocurrencias: Sería estupendo si fuera sólo con palabras, sin cohabitación. Le gustaría ser un deportista importante y saltar tan lejos que no volviera a tocar el suelo. Tener un miembro enorme sería la riqueza más grande, ser una puta masculina, he-rir a las mujeres. En la juventud se había entrenado para reprimir la sexualidad, pe-ro también para hacer realidad sus fantasías de omnipotencia, para fascinar a las mujeres como Uwe Seeler en el sueño. Luego, el paciente se siente intranquilo y desarrolla una angustia de envenenamiento momentánea, que inmediatamente relaciona con la inflamación cutánea: la secreción vaginal podría envenenarlo.

Dicho sea de paso, en otro período del tratamiento el paciente había tenido el deseo de escuchar su voz grabada en el aparato que yo usaba. Nunca había oído su propia voz. (En la actualidad, con el consentimiento del paciente probablemente habría grabado este tratamiento y con seguridad no le habría denegado este deseo.)

El insight de que él buscaba objetos en la piel y que en el escocer y el rascar que-ría depositar, en sus múltiples matices, los sentimientos referidos a objetos, fue facilitado por un sueño que volvió a repetirse con modificaciones. En este impresionante sueño, sujeto y objeto estaban trocados, rascador y rascado, untador y un-gido. El paciente era él mismo, pero después no lo era, y la silueta del otro no tenía contornos claros. En la relación transferencial fui incorporado en este juego de roles fantaseado del trueque de sujeto y objeto. Genéticamente, se acordó de toca-mientos y juguetes homosexuales con sus hermanos. El intercambio fantaseado ocupó el espacio más grande de las acciones ambivalentes y referidas a la piel. En otro sueño, su piel dañada, transformada y eccematosa fue traspuesta a un pecho femenino. Esta transformación reforzó transitoriamente su angustia frente a una excreción venenosa de su mujer. Después de considerar la proyección de su propia agresividad, que transformó el objeto en un objeto malo, disminuyó su angustia.

Marty (1974, p.421) explicó que las proyecciones de este tipo "representan sólo un elemento de una identificación total con el objeto" y las colocó sobre un fundamento antropológico: "En el fondo, este intenso movimiento de la identificación total de los pacientes alérgicos con su objeto es sólo una fijación

invariable, que en alguna medida está viva en cada uno de nosotros: ser el otro" (p.445). Sin embargo, considerar este proceso como típico de los pacientes alérgicos es con seguridad falso, aun cuando consideremos posible que, en pacientes con alergias previas, el cuidado especial de la piel y su retraining condicionado por la enfermedad lle-guen a reforzar la confusión inconsciente sujeto-objeto, haciéndola activa dinámi-camente.

Por lo tanto, aquí se trata de una reactivación retrógrada de aquella fase indiferen-ciada que Freud describió con las siguientes palabras:

La oposición entre subjetivo y objetivo no se da desde el comienzo. Sólo se establece porque el pensar posee la capacidad de volver a hacer presente, reproducién-dolo en la representación, algo que una vez fue percibido, para lo cual no hace fal-ta que el objeto siga estando ahí afuera (Freud 1925h, p.255). En este contexto, se puede detallar el desarrollo de la hipersensibilidad a las albu-minas. Aun cuando existía una alergia, al paciente le había llamado la atención, ya antes del tratamiento, que la acción del alérgeno en el órgano de choque era total-mente dependiente de otras condiciones. Como ya lo insinuamos, el paciente había desarrollado su propia teoría psicossomática sobre su hipersensibilidad, en la que al-gunas excreciones o transpiraciones de su mujer desempeñaban un rol central. La intranquilidad frente a algunas sustancias corporales se había extendido a la alimen-tación.

El paciente describe, por ejemplo, su repugnancia cuando se acerca corporalmen-te a su mujer. Dice que a veces tiene un leve mal aliento y entonces protege su piel, para evitar que ella se acerque. Abiertamente, él siente temor frente al mal aliento. Contiene la respiración cuando pasa junto a otra persona, se mantiene muy atrás o la sobrepasa, para no recibir el aliento; el aire expirado podría ser con-tagioso.

Sus angustias paranoides disminuyeron y finalmente se disolvieron totalmente, en la medida en que se pudo retrotraer sus proyecciones a impulsos inconscientes propios, como era de esperar, de acuerdo con las teorías de M. Klein (1946). El sueño mencionado del trueque entre objeto y sujeto mantuvo en esto una función indicativa. En conexión con éste, el paciente asoció lo siguiente: "Infectar a la gente con mi enfermedad, sí, eso es lo que quisiera, producirles una herida y luego infectarlos." Sus angustias de daño, en relación con sí mismo y con el objeto, se llenaban con contenidos de las fases de desarrollo oral, anal, uretral y fálica. Los diferentes contenidos, primero se mezclaban en la vivencia inconsciente del pacien-te, lo que lo llevaba a sentirse

intranquilo y a un empeoramiento de los síntomas; luego, la mezcla se hizo consciente, y le fue posible diferenciar y liberarse de sus angustias.

Quería ganar fuerza sexual ingiriendo un preparado en base a testículos u hormonas; luego tuvo miedo de que la piel pudiera reaccionar en contra y empeorar. "Podría exterminar a todas las gallinas para no tener más albúmina en la alimentación." Ahora, el asco y el odio estaban dirigidos hacia los huevos. Más tarde, el paciente siguió asociando con el miedo a que sus testículos se dañaran. Terminó con rabia, cuando pensó que su mujer podría ser tierna con él, pero que, súbitamente, en un movimiento inesperado podría "tocar mis genitales". "Es un miedo que casi siento como un dolor."

Por lo demás, la hipersensibilidad se había desarrollado sólo en 1949, es decir, alrededor de 2 años después de la aparición de la enfermedad, y también la sensación quemante en la boca al degustar un huevo había llamado la atención del paciente sólo más tarde (los tests de alergia habían sido practicados en 1950).

Cualesquiera sean las condiciones que en este caso hayan hecho manifiesta una disposición latente, del curso del tratamiento y de la catamnesis se puede deducir que la hipersensibilidad desempeñó un papel secundario en la cronificación de la neurodermitis. Las atribuciones de significado fueron mucho más graves y, como consecuencia de ellas, el paciente llegó a ser "hipersensible" en relación con determinados "objetos", por ejemplo, frente a su mujer. Esta hipersensibilidad permaneció así hasta que el asco se pudo retrotraer a la satisfacción indirecta que estaba escondida en él, reconocerla como un placer e integrarla.

El paciente pudo abandonar su retirada polifacética en favor de una relación más libre con su mujer y con su entorno. En la última etapa del análisis, las exacerbaciones de la neurodermitis fueron siendo cada vez más raras, en la misma medida en que la piel perdía su carácter de objeto sustitutivo autoerótico y autodestructivo.

Comentarios epicríticos sobre la psicodinámica y sobre el curso del tratamiento

La restricción temática a la regresión plantea varias preguntas. Aunque la vida diaria del paciente estaba llena de las correspondientes vivencias y comportamientos, existían algunos ámbitos que aparecían poco en la terapia y en la descripción selectiva. Yo me orientaba por los procesos psicoanalíticos que mostraban una especial relación circunstancial con los movimientos

sintomáticos. Ya que no se trataba de reconstruir las condiciones especiales de la regresión y de remitirlas a fijaciones, yo acentuaba las circunstancias que, en la situación diaria, determinaban el curso de la enfermedad. La verdad es que en la compulsión a la repetición, es decir, a través del tiempo, las causas eficaces tempranas se conservan y, desde un punto de vista terapéutico, el autorreforzamiento circular con sus efectos sobre las condiciones primarias de la génesis sintomática merece una atención muy especial. Angustias y sentimientos de culpa (edípicos) múltiples, que podían desencadenarse circuns-tancialmente en cualquier momento, intensificaban la regresión e, indirectamente, contribuían en el empeoramiento sintomático.

Si los procesos regresivos de este tipo subsisten un tiempo suficientemente largo –y el paciente había sido tratado dermatológicamente sin éxito durante 8 años–, las intenciones dirigidas hacia el exterior pueden hacerse inconscientes y tener efectos sobre el sentimiento corporal. Para no correr el riesgo de ser malentendidos, digámoslo brevemente: la vida de este paciente se extinguía en la piel. Esta formula-ción simplificadora permite entender por qué tesis psicoanalíticas y psicoterapéuti-cas heterogéneas sobre la neurodermitis y otras dermatosis pueden ser igualmente acertadas y útiles para el tratamiento. Esto es así, porque en las regresiones se ma-nifiestan aquellos eslabones débiles que –de acuerdo con la terminología de moda y dependiendo de los desarrollos de la técnica y de las teorías–, pertenecen a la psico-dinámica de la neurodermitis y que, como lo pudimos mostrar en el ejemplo de la agresión (Thomä 1981), se encuentran en una relación inespecífica con ella: sean éstos los rasgos sadomasoquistas y exhibicionistas destacados especialmente por Alexander, u otras tendencias inconscientes no verbales.

En la exposición hemos puesto en el centro de la atención una forma de regre-sión, y con ello ganamos una perspectiva ordenadora. Tales perspectivas ordenado-ras encierran peligros, pues pueden ser entendidas como mecanismos patogénicos especiales o totalmente específicos del cuadro mórbido en cuestión. Sin embargo, en base a nuestras experiencias terapéuticas con este paciente no podemos sustentar esa tesis. En este sentido, son relevantes las siguientes observaciones sobre el cur-so de la enfermedad, hechas durante el análisis. Desde un punto de vista tanto clínico como científico, dirigimos nuestra aten-ción en especial sobre el curso de la enfermedad, en su correlación con los procesos psicodinámicos y sus modificaciones (véase Thomä 1978), de acuerdo con la hipó-tesis de trabajo de A. Mitscherlich. En este sentido, primero, en razón de su retira-da, de sus angustias y de sus sentimientos de culpa, al paciente se le convirtió todo en carga, y su piel reaccionaba casi siempre ante ello. El aislamiento terapéutico

de los conflictos solucionables disminuyó el número y la cualidad de los "desenca-denantes". La secuencia de los conflictos solucionables que se pudieron destacar, seguía otras reglas que las de una ponderación de acuerdo con el valor patógeno. Debido a estas dificultades y también a causa de las insuficiencias del tipo de toma de protocolos, la correlación clínica no puede ser examinada a posteriori con mayor detalle.

En el momento de la terminación del análisis, los motivos que habían empujado al paciente hacia la regresión ya no existían. Los síntomas principales habían desa-parecido o mejorado esencialmente. La relación con su mujer era –y permanece–, satisfactoria para ambos. El paciente confiaba por primera vez en su capacidad para dar un sentido a su vida. En un lapso catamnésico que ya lleva 30 años, la neuro-dermitis no ha vuelto a aparecer. Es digno de hacer notar que la hipersensibilidad a los huevos se mantiene, sin que por ello la piel se vea afectada.

Epicrisis

Pensamos que la significación clínica y científica de la comparación del caso con-sigo mismo ha quedado de manifiesto. Ella refuerza la importancia originaria de la psicogénesis, sin que por ello se plantee la exigencia de que los datos biográficos y las visiones interiores ganadas durante la psicoterapia en las formas conscientes e inconscientes de las vivencias de este enfermo sean, sin más, típicas para la neuro-dermitis.

Se expusieron algunas condiciones esenciales del historial clínico. Pareció lógico partir de la regresión sintomática y colocar en el centro de la atención los efectos cronificantes del escozer y del rascar, como un suceder circular que se refuerza a sí mismo.

En relación con la catamnesis, se puede decir que la psicoterapia removió las causas esenciales de la neurodermitis. El paciente conservó una piel áspera y necesitada de cuidados, pero sin que alguna vez volviera a necesitar tratamiento derma-tológico o de otro tipo.

En cambio, después de 5 años de terminado el tratamiento, el paciente debió someterse a una operación a causa de una catarata dermatógena derecha (el cristalino izquierdo no estuvo comprometido). Ya que, al igual que la piel, el cristalino proviene del ectodermo, la aparición de cataratas habla en favor del fundamento consti-tucional de la neurodermitis. Además, hace unos años se le practicó una operación plástica exitosa a causa de una oclusión de la arteria femoral derecha.

La vida familiar y profesional del paciente se ha desarrollado de manera favorable y satisfactoria; el matrimonio tiene un hijo y el paciente mismo ha hecho una carrera profesional exitosa. El paciente atribuye la curación total de la neurodermitis y su desarrollo vital positivo al haberse liberado de los graves sentimientos de culpa y de las angustias que lo oprimían.

9.7 Inespecificidad

La investigación psicosomática inspirada por el psicoanálisis, que encontró su base metodológica en las investigaciones pioneras de Alexander en los años 30, se consagró a la hipótesis de la especificidad. El resultado de esfuerzos científicos que duraron décadas, apoya la siguiente concepción: No importando lo significativos que puedan ser los factores psicosociales en la génesis y en el curso de las enfermedades corporales, una causalidad específica es más bien improbable. En cambio, la hipótesis alternativa, es decir, el supuesto de la participación inespecífica de factores anímicos en un sistema multifactorial de condiciones, puede ser conciliada con los hallazgos existentes.

Del concepto de especificidad depende una teoría de la causalidad que tiene su origen en la doctrina de la infección. Al agente específico –al germen patógeno de la difteria, de la tifoidea o de la tuberculosis–, corresponde un cambio tisular anatómo-patológico específico. Igualmente, los medicamentos curativos eficaces que actúan en contra del agente patógeno se califican de específicos. Entonces, si bien en este sentido también existen causas específicas, para poder hacer justicia al sistema de condiciones, debe considerarse, ya en las enfermedades infecciosas, la acción conjunta de la disposición. En la teoría de las series complementarias, Freud tomó para el psicoanálisis un esquema explicativo, aún válido en la medicina, que se adecua a las relaciones especiales del sufrimiento anímico (véase 1.1).

Desde un punto de vista actual, fue equivocado abrumar con el concepto de especificidad los esfuerzos científicos de delimitación entre causas necesarias y suficientes. En esto, como explicación quedan cortos los efectos somatopsíquicos, que a su vez tienen efectos retroactivos causales sobre el estado anímico general. Aun cuando entonces haya sido un error cargar la investigación clínica con la búsqueda de una tipología conflictiva específica para las enfermedades corporales, el planteamiento metodológico tiene una importancia histórica, lo que se puede comprobar a través de su ininterrumpida actualidad. El planteamiento multifactorial sustentado por Alexander sigue constituyendo para la medicina psicosomática un punto esencial en relación con

las variables investigadas, a pesar de todos los cambios ocurridos. La escuela de Alexander postuló que las enfermedades están determinadas por 3 grupos de variables, en lo que a génesis y curso se refiere. Un grupo de variables consiste en la configuración psicodinámica, formada en la niñez por los procesos defensivos correspondientes. El segundo grupo de variables lo constituye la situación de vida desencadenante, sea ésta una vivencia o una serie de acontecimientos que preceden inmediatamente la aparición de la enfermedad, que tienen una significación emocional especial para el paciente y que por lo demás son apropiados para reactivar dinámicamente el conflicto inconsciente central. Finalmente, el tercer grupo de variables abarca el conjunto de condiciones corporales, que Freud entendía como "facilitación somática" o Adler como "minusvalía de órgano" (Adler 1927; véase también Stepansky 1977) constitucional o disposicional. Con la denominación de factor X, la verdad es que la llamada vulnerabilidad de órgano o de sistema permanece demasiado oscura, sobre todo porque son precisamente los procesos fisiopatológicos y morfológicos los que debieran poder actuar de manera determinante en la patogenia.

En una publicación retrospectiva de resumen, Alexander y cols. (1968) formularon su hipótesis de trabajo de la siguiente manera: un paciente que presenta una vulnerabilidad de un órgano específico o de un sistema de órganos, como asimismo una configuración psicodinámica característica, desarrolla la enfermedad correspondiente cuando las situaciones de vida son apropiadas para movilizar un conflicto central temprano, no resuelto, y cuando estas cargas conducen a una quiebra de los procesos defensivos primarios. Las investigaciones de correlaciones llevadas a cabo en base de esta hipótesis de trabajo, arrojaron una coincidencia relativamente alta entre el diagnóstico ciego y los cuadros mórbidos, y esto sólo sobre la base del conocimiento de las variables psicodinámicas. Las investigaciones de Alexander y su escuela parecieron confirmar que los modos de vivenciar y de comportamiento, que pueden ser referidos a conflictos intrapsíquicos centrales, aparecían en una frecuencia no debida al azar, y de manera diferente, en las 7 enfermedades estudiadas. Alexander y su escuela escogieron como paradigma de investigación el asma bronquial, la artritis reumatoide, la colitis ulcerosa, la hipertensión arterial esencial, la tirotoxicosis, la úlcera péptica y la neurodermitis. Estas enfermedades ocuparon, como las "7 de Chicago", un lugar de honor en la historia de la psicología y atrajeron tanta atención sobre sí, que muchos médicos creyeron por largo tiempo que la psicología y las investigaciones de Alexander se limitaron a las "7 de Chicago".

Las influencias anímicas son pensables y posibles en relación con todas las enfermedades humanas. Por esta razón, la medicina psicosomática nunca estuvo limitada a la investigación de las 7 enfermedades mencionadas. Sin embargo, en especial por razones metodológicas y por restricciones prácticas, la hipótesis de la "especificidad" se propuso y se probó primero en relación con estas 7 enfermedades. Aun cuando actualmente suponemos en estas enfermedades más bien una "inespecificidad" o, lo que es lo mismo, una variabilidad en las constelaciones conflictivas influyentes, éstas quedaron como paradigmas esenciales de la medicina psicosomática, por lo menos, en la medida en que ésta se esfuerza en la validación de correlaciones como fundamento para otras formaciones hipotéticas y teóricas. Por lo demás, en la hipótesis de la especificidad de Alexander quedó siempre abierto el asunto de a cuál lado del modelo tripartito debe atribuirse la causa determinante específica en el sistema de condiciones patógeno. En el fondo, los 3 grupos están compuestos de una variedad de características singulares, de modo que se tiene que hablar de un modelo multifactorial y trabajar con el planteamiento investigativo correspondiente. Sólo en un caso límite improbable algún factor podría cobrar un peso "específico". En la postulación de las variables queda abierto el grupo en que recae el peso decisivo respecto de la "elección de órgano": perfectamente puede residir en el factor X, es decir, en la vulnerabilidad de órgano especial (Pollock 1977).

Así como en las enfermedades corporales era desde el principio improbable encontrar la causa específica en determinadas constelaciones conflictivas, desde el punto de vista científico, el restringirse primero a algunos cuadros mórbidos, ha tenido en la investigación psicosomática efectos fructíferos. En una brillante revisión, que se refirió a las 6 enfermedades de medicina interna (excluida la neurodermitis) investigadas en su tiempo en Chicago, Weiner (1977) describió de manera ejemplar los problemas clínicos y metodológicos relevantes de la medicina psico-somática de la década de los 80. En mirada retrospectiva, hay que decir que en la investigación inaugurada por Alexander, en el fondo se trata de un planteamiento multivariado, que sólo satisface las exigencias de un suceso etiológico multifactorial cuando se registran todas las variables esenciales. La puesta en práctica de un planteamiento psicosomático general como idea directriz para el actuar médico, trae consigo la necesidad metodológica de investigar en el mayor detalle posible las influencias en la génesis y evolución de las dolencias corporales y, especialmente, de tratar psicoterapéuticamente a los pacientes teniendo en vista las consecuencias de tales influencias. De la revisión crítica de Weiner (1977) y del tratado enciclopédico de v. Uexküll (1986), se puede concluir que actualmente el alcance de los factores

psicosociales sobre el suceder mórbido de aquellas enfermedades que en su tiempo sirvieron de paradigma, pueden ser apreciados de mejor manera. A pesar de todas las quejas sobre el dualismo cuerpo-alma, también la medicina psicosomática está ligada a una metodología pluralista, frecuentemente ontologizada por monismos materialistas y espiritualistas, y elevada así al nivel de una concepción global de mundo (Weltanschauung). En tal caso, el dualismo se convierte en una des-ventaja (Meyer 1987).

Como ejemplos, nombramos el espiritualismo de Groddeck, que lo abarca todo, y aquellos materialismos que identifican el sustrato neurofisiológico con los procesos espirituales y anímicos. En las especulaciones de Groddeck se pasaron por alto las autonomías corporales, mientras que en algunos campos de la psicosomática moderna la fenomenología anímica y su psicodinámica parecen disolverse en la fisiología. Una variación del supuesto de Groddeck es hablar de "símbolos específicos" (Chiozza 1987) y atribuir a las enfermedades corporales un sentido inconsciente determinado. En la historia de la influencia del concepto de conversión se puede ver lo grande que es la confusión. En su influyente informe panorámico sobre la situación de la medicina psicosomática, Lipowski (1976) sustentó la tesis de que mediante los crecientes conocimientos "de las vías y procesos neurofisiológicos, endocrinos e inmunológicos interrelacionados, a través de los cuales los estímulos simbólicos pueden afectar cualquiera de las funciones somáticas ..., el enigmático salto de lo anímico en lo corporal puede ser franqueado" y que, de hecho, mediante la investigación éste podría ser reconstruido incluso en detalle. "Sin un claro conocimiento de estos procesos", así continúa Lipowski, "no nos queda otra cosa que constatar correlaciones entre eventos específicos y características psicológicas de las personas expuestas a ellos, por un lado, y las disfunciones corporales dadas o enfermedades, por el otro" (1976, p.11s; la cursiva es nuestra).

Cualquier médico con orientación psicosomática acentuará la autonomía cualitativa de los procesos simbólicos frente a los monistas que hacen equivaler los fenómenos anímicos con el sustrato cerebral. En relación con su alcance, se puede pensar que las actividades simbólicas del ser humano, unidas a estructuras y funciones cerebrales, influyen todos los procesos orgánicos hasta el nivel celular mismo. Con todo, es un camino equivocado y lleno de consecuencias, que se basa en un error de categorías, querer llegar a las vivencias anímicas y a la formación de símbolos, a partir de los conocimientos logrados sobre los procesos de transmisión fisiológicos.

Desde un punto de vista psicoterapéutico, las investigaciones de Alexander y de su escuela se han demostrado extraordinariamente fructíferas.

No es casualidad que French (1952), como miembro del grupo de investigación de Chicago, haya sido el primero en introducir el concepto de foco en la teoría de la técnica; también allí la significación de la relación en el aquí y ahora fue puesta de manera especial en el centro de la atención. En razón de diferentes consecuencias condicionadas por la enfermedad, parece lógico que, por ejemplo, los enfermos de la piel tiendan a hablar más bien sobre temas que tengan que ver con problemas de exhibición. Después de todo, constituye una experiencia clínica cotidiana el que a lo largo de la evolución se manifiesten o refuercen disposiciones reactivas mórbidas latentes. Así, con la piel se asocian otros ámbitos del vivenciar, más allá del ámbito de la oralidad o de la motilidad y sus respectivas limitaciones. Acentuamos el curso y sus repercusiones circulares, en el sentido de un proceso circular que se refuerza a sí mismo, porque aquí pueden, y deben, ponerse en juego esfuerzos psi-coterapéuticos focales. Partiendo de las repercusiones somatopsíquicas, se llega al vivenciar del paciente, sin que aparezcan las resistencias especiales que parecieran justificar "estructuras psicósomáticas" típicas (véase 9.9). Si en cambio, los enfermos corporales son confrontados primariamente con la búsqueda de conflictos anímicos, es decir, con la psicogénesis de sus molestias, en un sentido amplio del término, se desencadenan aquellas comprensibles reacciones que transmitiera un enfermo ulceroso: "Tengo problemas en el estómago doctor, no en la cabeza." Si se parte de las molestias corporales y se toman en serio tanto los conceptos somáticos científicos como los descubrimientos psicoanalíticos sobre la imagen corporal (v. Uexküll 1985), se llega de modo totalmente natural a la forma como los pacientes dominan su padecimiento. Desde aquí se abre un acceso a las influencias psico-sociales sobre la génesis de las enfermedades corporales. Es siempre recomendable permanecer largo tiempo en el curso actual de la enfermedad, como lo hemos descrito de manera ejemplar en el capítulo 5, a propósito de un caso de tortícolis. Es raro que las conversaciones psicoanalíticas fracasen si el analista se orienta de acuerdo con la idea de que las diferentes molestias corporales conducen al menos a una complicación secundaria de las necesidades subordinadas a ellas. Por ejemplo, los temores relacionados con el corazón limitan la libertad de movimientos y los malestares en el ámbito del tracto gastrointestinal conducen a una sensibilización de la oralidad, no importando cuán significativa haya sido la influencia de ésta en la génesis misma. En la construcción de una relación terapéutica con pacientes que tienen malestares corporales, es decisivo reconocer el primado del cuerpo, en cuanto no es posible hacer simultáneamente justicia a la restricción metodológica a la imagen corporal y al "cuerpo" como objeto de las ciencias naturales. La verdad es que hay que estar de acuerdo con v. Uexküll en que el

método psicoanalítico, en cuanto también puede moverse en la esfera inconsciente del yo corporal, sólo puede alcanzar los distintos reflejos o representantes del cuerpo, sin conseguir "mirar el cuerpo en su dimensión profunda, por principio inconsciente y nunca capaz de conciencia" (1985, p.100). De ello depende el alcance terapéutico del psicoanálisis en las enfermedades corporales, que tiene que ocuparse del problema de hasta qué punto los esfuerzos terapéuticos en torno a la imagen corporal subjetiva actúan eficazmente sobre los hallazgos somáticos objetivables. Por lo menos en relación con el bienestar, o malestar, subjetivo, son relevantes las observaciones psicoanalíticas que Rangell resumiera del modo siguiente:

No hay informe clínico psicoanalítico extenso sobre un paciente ulceroso que no contenga observaciones sobre el significado oral de las contracciones o tensiones gástricas, ni sobre un caso de colitis ulcerosa sin una referencia abundante a las luchas incesantes en torno a la analidad expresada en términos físicos, ni tampoco sobre un asmático o una neurodermatitis sin reconstrucciones similares de distorsiones simbólicas en varios niveles inherentes a la multitud de alteraciones físicas y funcionales (1959, p.647).

No es casualidad que Rangell haya hablado sólo de aquellos casos que a través de su sintomática se pueden conectar de alguna manera con la persona doliente y pensante, que siente y actúa. Por ejemplo, con la piel y con las cavidades corporales

se conectan vivencias que pueden ser correlacionadas con funciones. La tarea pendiente es entender la génesis de los síntomas a partir de la correlación con conflictos. Así, la verdad es que Alexander no le dio al cambio orgánico mismo un "sentido", sino que supuso un "silogismo emocional" muy estrecho entre función y vivencia. Ya en los primeros trabajos (Alexander 1935) sobre enfermedades psicósomáticas del tracto digestivo se encontraron configuraciones conflictivas en el campo del vector "tomar" y "dar", que luego se calificaron de "específicas". Alexander observó que el ambicioso enfermo ulceroso hace equivaler inconscientemente su anhelo reprimido de amor y de ayuda, con la necesidad de alimento ("silogismo emocional"). En razón de esta equivalencia, se pone en movimiento la inervación del estómago, que reacciona como si fuera a recibir alimentos o como si el comer fuera inminente. Los conflictos de dependencia destacados por Alexander están reprimidos. Sin embargo, la úlcera misma no tiene ningún contenido expresivo. De este modo, no se puede ver en la úlcera duodenal la agresión oral de la imago materna (interiorizada) al tracto digestivo, como Garma (1950, 1952) cree poder interpretarlo. La crítica de Kubie a la hipótesis de la especificidad (1953), se impuso. Si se reemplaza "específico" por "típico", la importancia de las observaciones de Alexander no disminuye. En los esquemas de Alexander, las constelaciones conflictivas típicas no representan a priori el factor específico de la etiología, en el sentido de la teoría de la infección, y esto, porque otros factores etiológicos, por ejemplo, la disposición orgánica, son llamados, igualmente, "específicos". En la revisión crítica anteriormente citada, Weiner detalló esta disposición en las enfermedades investigadas por Alexander desde un punto de vista fisiopatológico actual. Lo fructífero del planteamiento multifactorial puede verse de manera convincente en la etiología de la úlcera gástrica y duodenal (Schüffel y von Uexküll 1986).

Desde un punto de vista terapéutico, al comienzo es irrelevante la cercanía o distancia en que el foco –como tema de la conversación–, se encuentra del proceso mórbido corporal. Es mucho más decisivo que el paciente gane confianza en el diálogo como medio terapéutico. Qué cambios corporales sean en principio aún reversibles –y a cuya génesis puedan haber una vez contribuido factores anímicos–, es una pregunta que permanece absolutamente abierta. Quien se esfuerce en deshacer síntomas corporales crónicos con medios psicoterapéuticos, chocará con su teoría con el suelo de la realidad.

9.8 Regresión

En el tomo primero, sobre los fundamentos (8.3.4), tratamos el tema de la regresión en relación con el nuevo comienzo de Balint. En la conceptualización de la terapia del paciente con neurodermitis, la regresión ocupó un lugar destacado. Precisamente por eso, nos parece esencial llamar la atención sobre el hecho de que rechazamos la ampliación permanente de la teoría de la regresión como modelo explicativo para las enfermedades anímicas, corporales y psicósomáticas.

Ya en una breve consideración de los procesos de regresión, se puede ver que aquí se trata de una generalización descriptiva. En un sentido general, el concepto de regresión contiene un "retroceso desde una etapa más alta del desarrollo a una más baja; entonces, también la represión se subordina a la regresión, pues debe describirse como el retroceso de un acto psíquico a un estadio más profundo y anterior del desarrollo" (Freud 1916-17, p.312). Ya en la Interpretación de los sueños (1900a), Freud distingue en la regresión un aspecto tópico, uno temporal y uno formal. Freud primero introdujo la doctrina de Jackson sobre la evolución y disolución en la investigación de las afasias, y luego dio con el concepto de regresión un sentido psicoanalítico a las ideas de Jackson sobre la formación funcional retró-grada. Más tarde, supuso que "determinadas regresiones son características de determinadas formas de enfermedad" (1933a, p.92). Más allá de la generalización descriptiva dentro de la teoría explicativa del psicoanálisis, el concepto de regresión mantiene su vasta significación en conexión con los conceptos de conflicto desencadenante y de fijación. En nuestra opinión, ésta última debe entenderse como disposición adquirida, en el sentido de una disposición reactiva cimentada inconscientemente (Thomä y Kächele 1973). Lo que queda firmemente en pie, es que el concepto de regresión se refiere exclusivamente a la explicación de procesos anímicos.

Si, al contrario, la fijación y la regresión se traducen de acuerdo con un alfabeto psicofisiológico ficticio, el retroceso a una etapa temprana inconsciente parece explicar, de la misma manera, la génesis de enfermedades psíquicas y somáticas. De hecho, desde los tiempos de Groddeck, muchas teorías en medicina psicósomática siguen este supuesto, aunque ello no sea visible a primera vista.

Sin embargo, al ojo del experto no le es difícil reconocer, a pesar del impresionante colorido del lenguaje, algunos pocos patrones básicos en esta ampliación ilimitada del concepto de regresión. El hilo conductor que los une surge de la teoría psicoanalítica de la defensa, de la que se pueden deducir dos tesis etiológicas. De acuerdo con una de éstas, se llega al surgimiento de enfermedades corporales cuando la "coraza caracteriológica" de Reich se ve

reforzada y se manifiesta corporal-mente. La represión en dos fases de Mitscherlich se basa en el supuesto de una neurosis del carácter que, por así decirlo, se refuerza en la patogénesis psicósomática. Con gran ingenuidad, Thomä (1953, 1953/54) publicó un caso ejemplar, sin pensar que los procesos de defensa deben entenderse como proceso y que ya Freud, a propósito de la represión, habló de la "posrepresión". (Los autores hacen alusión a la segunda fase del proceso de represión, en la doctrina de la represión en tres fases de Freud: represión propiamente tal [Verdrängung], represión "posterior" [Nachdrängen o 'Nachverdrängung'] y vuelta de lo reprimido, doctrina cuya versión más tardía se encuentra parcialmente en la siguiente cita: "Todas las represiones acontecen en la primera infancia; son unas medidas de defensa primitivas del yo in-maduro, endeble. En años posteriores no se consuman represiones nuevas, pero son conservadas las antiguas, y el yo recurre en vasta medida a sus servicios para gobernar las pulsiones. En nuestra terminología, los conflictos nuevos son tramitados por una 'posrepresión'"; Freud 1937c, p.230. Nota de J.P. Jiménez).

La segunda idea, muy extendida, que se deriva de la teoría psicoanalítica de la psicósomática, se basa en el concepto de regresión. Prototípica de ésta es la concepción de Schur (1955) sobre la conexión entre los trastornos psicósomáticos y los fenómenos de maduración y regresión, según la cual el desarrollo de un niño sano es entendido como un proceso de "desomatización". A partir de la estructura indiferenciada y no desarrollada del recién nacido, en quien lo psíquico y lo somático estaría inseparablemente unido, y quien, en razón de su estado evolutivo, reaccionaría de manera predominantemente inconsciente y corporal, se desarrollaría, por la maduración, un tipo de reacción más bien consciente y anímica. Las formas reactivas somáticas se desplazan entonces a un segundo plano, el niño aprende a reaccionar cognitiva y psíquicamente en vez de hacerlo mediante estados de excitación corporal. Schur conecta este proceso de desomatización con el logro yoico de la neutralización de la energía pulsional. En el caso de un padecimiento psicósomático, las situaciones conflictivas no pueden ser dominadas por el yo con energías neutralizadas, libres y disponibles. Por la angustia acompañante, se llega a una regresión hasta la etapa de modelos conductuales tempranos, es decir, hasta la etapa de la forma de reacción somática (regresión psicofisiológica o psicósomática). Las energías que antes estaban ligadas por los procesos de defensa, son ahora dejadas en libertad a través del particular colapso del yo, y se manifiestan en correspondencia con el estadio de regresión somático indiferenciado. La forma que toma la resomatización, es decir, la elección de órgano, y el alcance del espectro reactivo somático, está determinado por los traumatismos infantiles

tempranos y sus fijaciones consiguientes en los procesos de descarga corporales. Schur parte de la base de que, en el curso de la diferenciación yoica a lo largo del proceso de maduración fisiológica, se integran, cognitiva y psíquicamente, procesos somáticos des-coordinados y, con ello, el reaccionar somático en proceso primario es reemplazado por acciones pensadas en el nivel del proceso secundario. La regresión psicósomática la ve como un retroceso a la preservada etapa original de la unidad de reacción cuerpo-alma, con su tendencia a descargas tensionales somáticas.

La concepción básica de este planteamiento explicativo prototípico, que se vuelve a encontrar posteriormente en Mitscherlich (1967, 1983) y en otros autores, se apoya en la analogía o, mejor dicho, en la igualdad, entre los modos reactivos infantiles tempranos y las formas reactivas psicósomáticas. Schur cumple con el modelo psicológico de las neurosis hasta el punto de ver en la regresión, incorporando procesos corporales adicionales, el modo determinante de la patogénesis. El modelo de la regresión simplemente se amplía más allá del nivel psíquico, hasta el nivel fisiológico. Mediante la antigua hipótesis de la fijación, se satisface el postulado de la especificidad. Para la formación teórica de algunas orientaciones psico-somáticas psicoanalíticas es típico que el alcance de los planteamientos correspondientes sea más afirmado, recurriendo a una retrodatación de las causas en la infancia cada vez más temprana, que probado desde un punto de vista metodológico. Si no nos dejamos desorientar por la riqueza inventiva en la creación de nuevas denominaciones, muy pronto se reconoce el modelo global en la afirmación de la génesis temprana (preedípica) de las enfermedades psicósomáticas, en el que no se toman en cuenta las leyes de la fisiología. No deja de sorprender la manera como supuestos falsos, con contenido de realidad dudoso, o absolutamente sin contenido, se mantienen vivos mediante el recurso al empeñoso citarse mutuo, o como modificaciones terminológicas secundarias aparentan nuevos logros de conocimiento. Así por ejemplo, Kutter (1981) elevó la falla básica de Balint, ya problemática en la etiología de las neurosis, a la categoría de conflicto básico de las psicósomatosis, contraponiendo éstas a las neurosis. Con ello, y a modo de ejemplo, los pacientes que sufren de alguna de las 7 enfermedades psicósomáticas clásicas se convierten en graves casos borderline, lo que no se compadece con los hallazgos de Alexander ni tampoco con nuestros conocimientos actuales. Kutter, y muchos otros, reducen la teoría de la patogénesis psicósomática a una condición básica cuyo primado etiológico es improbable, incluso en la teoría de las neurosis. Desde entonces, la teoría etiológica, bosquejada por Freud en el modelo de las series complementarias, ha tomado una forma compleja, a causa de la multiplicidad de los procesos anímicos y corporales en la génesis y

evolución de todas las enfermedades. No se puede afirmar que la condición necesaria de las neurosis –a partir de la cual ésta se desarrollaría con la misma necesidad natural con que lo hace el huevo después de la fecundación–, reside en la falla básica. De este hecho se origina también nuestra crítica a la comprensión de Balint del "nuevo comienzo", que resumimos en la sección 8.3.4 del tomo primero.

Con la ayuda del supuesto de una "regresión psicofisiológica o psicosomática" y la especulación adicional de que los traumas tempranos afectan la unidad psique-soma, pareciera poder explicarse desde un mismo punto cualquier enfermedad corporal o psíquica grave, desde el cáncer hasta la esquizofrenia. De la llamada "estructura psicosomática", se puede derivar aparentemente todo. En su "hipótesis de la complementariedad", Bahnson afirma lo siguiente: En el terreno somático se despliegan fenómenos semejantes a los de la regresión psíquica (en neurosis y psicosis). Cuando la represión debe reemplazar a la proyección en la carga principal de los mecanismos de defensa, se produce un desplazamiento de energía pulsional al terreno somático. Entonces encontramos una secuencia de regresiones somáticas cada vez más profundas, comenzando por la histeria de conversión hasta la más profunda regresión en el terreno de la mitosis celular ... (1986, p.894).

Bahnson coloca la génesis de los malignomas en el punto más profundo de la regresión por represión; en el punto más profundo de la regresión causada por proyección se llega, complementariamente, a la psicosis.

Es sorprendente la fascinación que nace de la idea de la regresión psicofisiológica propagada por Margolin (1953) y sostenida últimamente en especial por McDougall (1974, 1987), como principio explicativo universal para las enfermedades anímicas y corporales. El concepto de regresión psicofisiológica, hace tiempo criticado por Mendelson y cols. (1956) como insostenible, parece ser, en su contenido, tan inmortal como la esperanza de una vida eterna y, probablemente, tiene precisamente su origen en esta última. El hallazgo de sentido determina la vida humana mucho más que las verdades científicas. A éste pertenece también la búsqueda de suplencias mutuas entre cuerpo y alma, vinculada con la idea del ocultamiento inconsciente, surgida del psicoanálisis. En base a este supuesto, se llegó al principio de la equivalencia y de la mutua sustitución entre la sintomatología orgánica y psíquica de Viktor von Weizsäcker, que en la tesis: "No hay nada orgánico que no tenga un sentido", va a parar igualmente en un pansiquismo. En una discusión a propósito de la celebración del centenario del nacimiento del fundador de la medicina antropológica, el filósofo C.F. v. Weizsäcker afirmó, de manera inequívoca, que "no se trata de atribuir a las enfermedades somáticas sendas interpretaciones

psíquicas, que después puedan fundamentar científicamente el trato del médico con el paciente" (1987, p.109). Por lo tanto, la afirmación de que las enfermedades somáticas pueden ser descifradas a través de la "lectura de símbolos específicos" (Chiozza 1987) carece de fundamento. En ese mismo simposio, von Rad (1987, p.163) llamó la atención sobre el pansiquismo de la medicina antropológica implícito en las ideas de la suplencia y ocultamiento recíproco de alma y cuerpo, y advirtió en contra de los peligros que se conectan con éstas. Mediante numerosas citas de la obra del fundador de la medicina antropológica (por ejemplo, 1950, p.259; 1951, p.110), v. Rad demostró que el pensamiento filosófico natural de V. v. Weizsäcker está realmente dominado por la idea del pansiquismo. La realización de esta idea fracasa frente a la carencia de indicaciones para la práctica de la medicina psicosomática. También en su metodología científica la medicina psico-somática se encuentra en los comienzos. Si la bipersonalidad se toma en serio, tanto científica como terapéuticamente, se tocan los problemas que caracterizan el paradigma del psicoanálisis. Desde la "revolución cognitiva" (Bruner 1986) del conductismo, también la psicología clínica se ha visto confrontada con un cambio de paradigma. Intentos de integración actuales, como el presentado por Wyss (1982, 1985), no hacen justicia al extenso saber clínico que el psicoanálisis ha acumulado en este siglo.

En sus diferentes versiones –la verdad sólo aparentemente distintas entre sí–, la idea de la regresión psicosomática como explicación básica y universal para las enfermedades corporales conduce a diagnósticos errados y dificulta el desarrollo de teorías más sostenibles.

La analogía entre los modos reactivos sómato-psíquicos infantiles tempranos de curso global y los trastornos somáticos, no resiste la crítica, como lo hemos mostrado en el ejemplo del movimiento de la tortícolis en el capítulo 5. Como Meyer lo destaca, la fisiología del lactante se diferencia considerablemente de la del adulto:

Dentro de la multitud de diferencias, recordemos sólo una: la homeostasis precaria. Lactantes y niños pequeños presentan alzas de temperatura corporal de hasta 39° o 40° con las infecciones más pequeñas, vomitan con ligeras sobrecargas [de alimentos], se deshidratan en horas. Por separado, en niños pequeños de regla no encontramos manifestaciones de tipo asmático o parecidas a la colitis, a las que los adultos pudieran regresar. Al contrario, rara vez encontramos fiebre psicosomática. Los 2 casos que he podido observar en 30 años no provenían de una regresión fisiológica, sino que eran una recidiva de herpes debida al estrés (1985, p.54).

La descarga tensional infantil temprana se realiza sobre la base de la unidad cuerpo-alma, debido a la carencia de formas de dominio cognitivo. En estas formas globales de reacción de tipo proceso primario, el niño pequeño o, mejor dicho, el lactante, se encuentra en una fase de maduración animal. Es digno de hacer notar que en los animales que viven en la libertad de la naturaleza no aparecen enfermedades psicósomáticas, sino que éstas sólo se originan mediante estímulos colocados artificialmente. A diferencia del estadio de desarrollo infantil temprano, en los enfermos psicósomáticos las cosas no transcurren de modo global, es decir, en la forma de una unidad cuerpo-alma, sino que la característica de esta forma de trastorno reside precisamente en la falta de tal relación. Una concepción de la descompensación psicósomática que recurre a las formas infantiles tempranas de descarga tensional no puede explicar el elemento destructivo de las enfermedades corporales.

La tendencia de muchos psicoanalistas de "psicologizar lo fisiológico" (P.B. Schneider 1976) y la tendencia complementaria de no tomar en cuenta las leyes fisiológicas en el examen de los trastornos psicósomáticos, ha conducido a un estancamiento fatal. Ya no se habla de diferenciaciones entre las enfermedades individuales, sino que se mantiene una pretensión explicatoria holística, válida para "la enfermedad psicósomática"; tampoco se habla de diferenciar entre enfermedades agudas y crónicas. ¡Después de todo, muchas de las características psíquicas descritas en las formas de evolución crónica, como por ejemplo el "complejo desamparo-

desesperanza" de Engel y Schmale (1969), también podrían ser una reacción del enfermo frente al aspecto corporal de su enfermedad!

9.9 Alexitimia

Ya llamamos la atención sobre la alexitimia, cuando, a propósito de la descripción del paciente que padecía de una neurodermitis dijimos que éste se comportaba como si fuera alexitímico. El término alexitimia (a = alfa privativa, lexis = palabra, thy-mos = sentimiento) describe la incapacidad de "leer", de percibir o de expresar, los sentimientos.

La idea de la regresión psicofisiológica, ajena al pensamiento de Freud, consciente de su método, también hace de madrina en el bautizo de la alexitimia, o del concepto de *pensée opératoire* (Sifneos 1973, de M'Uzan 1977). Esta idea vincula las innumerables fantasías que trasladan todas las penurias de las enfermedades corporales y anímicas, de la psicosis hasta el cáncer, a la niñez temprana, y que las hacen originarse en una etapa que estaría antes de la diferenciación entre alma y cuerpo. De ese modo, entonces, presumiblemente se desarrollarían las personas con la llamada "estructura psicósomática", que se caracterizarían por una falta especial de fantasía y cuyo pensamiento estaría mecanizado (*pensée opératoire* o alexitimia).

Los autores que se cuentan dentro de la así llamada escuela francesa de psicósomática no son de ningún modo homogéneos en su concepción del "pensamiento operatorio", como lo podría sugerir el concepto de escuela. Sin embargo, los procesos de regresión y fijación son puntos claves de sus reflexiones teóricas. De M'Uzan ve en una falla en la posibilidad de satisfacción alucinatoria en la infancia una causa esencial de las carencias, constatadas por él, en la estructura psíquica de enfermos psicósomáticos. Fain (1966) postula una regresión a un sistema de defensa primitivo como motor de la formación de síntomas somáticos en las enfermedades psicósomáticas. Marty (1968) concibe procesos regresivos específicos (desorganización progresiva, regresión parcial y global). La formación sintomática que acompaña a estas diversas formas de regresión son remitidas por el autor a fijaciones que se habrían originado en la interacción humoral entre el feto y la madre, es decir, en la fase intrauterina (Marty 1969). Desde esa fase, los autores deducen los fenómenos clínicos descritos por ellos: el pensar operativo como "expresión de una traducción de lo más palpable, lo más concreto y lo más práctico en la realidad" (de M'Uzan 1977) que no permite que el paciente tenga acceso a los niveles relacionados con los afectos y la fantasía, quien crea sólo copias de relaciones temporales y espaciales y con

ello desarrolla una "relación blanda" con el interlocutor. Esta sería la forma de relación característica de los enfermos psicossomáticos. Con el nombre de "reduplicación", los autores franceses destacan una tendencia del enfermo psicossomático a identificarse superficialmente con las características del objeto, de convertirse a sí mismo en una persona interminablemente reproducible, que capta a los demás sólo desde su propio modelo y que no muestra ninguna comprensión para su carácter personal.

Después de haber fundado sus ideas sobre la base del supuesto de fijaciones intra-uterinas, Marty debe más tarde introducir una concepción en la que la génesis de los mecanismos primarios de fijación, responsables del desarrollo de un trastorno psicossomático, se entienden como resultado de la interacción patológica entre la pulsión de muerte y el proceso de evolución. En este concepto, Marty (1969) trata de relacionar las características observadas del pensar operativo y el desarrollo psicofisiológico del individuo. El ve el desarrollo humano como evolución que se realiza bajo la influencia de las pulsiones de vida y muerte. Es evidente la cercanía a la concepción de Schur de la "desomatización", aun cuando ésta esté incorporada en un marco teórico diferente. En el curso del desarrollo infantil de los enfermos psicossomáticos (proceso evolutivo influido por Eros), aparece, por influencias anti-evolutivas (de Tánatos, surgidas de la pulsión de muerte) un trastorno de la economía biológica, cuya superación, si bien elimina la disfunción patológica, no puede impedir que esta fase del desarrollo continúe existiendo como punto de fijación. En el ejemplo de los autores franceses se puede ver cómo se yuxtaponen sin mediación fragmentos de teorías y cómo se fuerzan contradicciones inherentes a las teorías, sin que se haga el intento de concebir un modelo teórico lógico intermedio que pueda ser probado mediante investigación. Así, los autores franceses subordinan el pensamiento operativo al proceso primario y, por otro lado lo discuten como una modalidad del proceso secundario, destacándose la orientación a la realidad, la causalidad, la lógica y la continuidad de los procesos de pensar (Marty y de M'Uzan 1963). Queda sin responder la pregunta de cómo se puede producir una integración social tan llamativamente buena, como la que los pacientes psicossomáticos de regla exhiben. Tampoco la concepción de la "reduplicación" es puesta de relieve de un modo tal que este aspecto de los enfermos psicossomáticos pueda ser colocado en el mismo marco que las múltiples observaciones de normalidad conductual.

También los autores americanos que acuñaron el manejable término de alexitimia se guiaron por un supuesto de especificidad renovado. Estos postularon una estructura de personalidad específica para los enfermos psicossomáticos que, en contraste con los pacientes neuróticos, se caracterizaría por la "alexitimia". Esta

sería la incapacidad de expresar los sentimientos propios en palabras adecuadas. De manera resumida, Sifneos (1973) destaca así las características que él concibe como típicas de los pacientes psicossomáticos: una vida de fantasía empobrecida con un tipo de pensar consecutivo, funcional, una tendencia a eludir situaciones conflictivas mediante la actuación, una restricción en la posibilidad de experimentar sentimientos, una dificultad particular que emerge al tratar de buscar palabras adecuadas para describir los propios sentimientos. Después de yuxtaponer una hipótesis psicodinámica, a una hipótesis de desarrollo deficitario y a una hipótesis neurofisiológica, los autores (Nemiah y Sifneos 1970) deben más tarde preferir una concepción neurofisiológica expresamente tomada de MacLean (1977). Esta trabaja con el supuesto de una unión neuronal entre el sistema límbico, como correlato de las descargas pulsionales y emocionales, y el neocórtex. De acuerdo con esto, las excitaciones podrían ser descargadas directamente dentro del terreno somático, a través del sistema hipotalámico-vegetativo.

Con sus reflexiones, estos autores dieron el impulso para una apasionada actividad de investigación empírico-cuantitativa, cuyos resultados fueron sin embargo desilusionantes: fuera del trabajo de Sifneos y 2 trabajos de otro grupo de autores, 17 investigaciones empíricas, que buscaban registrar la alexitimia como rasgo de personalidad, fracasaron en mostrar algún indicio para la existencia de rasgos específicos de personalidad en los pacientes psicossomáticos. Al contrario, las características medidas pudieron comprobarse en otros grupos clínicos y también en un grupo comparable de personas sanas (Ahrens y Deffner 1985). El aferrarse no importa a cuál tipo de idea de estructura psicossomática específica impide el desarrollo científico de una psicossomática psicoanalítica (Ahrens 1987). La intención de encontrar una estructura única de personalidad para la complejidad y multiplicidad de trastornos psicossomáticos, significa una restricción que también contradice la experiencia clínica. Esta más bien sugiere una constelación heterogénea de conflictos, ya dentro de un mismo cuadro psicossomático, lo que por lo demás ha sido comprobado en investigaciones empíricas (Overbeck 1977).

Lo más probable es que los rasgos esenciales de la llamada estructura psicossomática que se atribuyen al pensamiento operatorio y a la alexitimia tengan una génesis circunstancial. Más que rasgos de personalidad constantes y relevantes etiológicamente, éstos son el resultado de un diálogo conducido bajo determinados supuestos, y esto sin mencionar su presunta génesis en el primer año de vida. Con razón, Cremerius (1977) plantea la pregunta de si acaso tales pacientes que –como sucede en los ejemplos publicados para probar el hallazgo de falta de fantasía–, son entrevistados en un aula, sin mediación alguna y sin

ninguna preparación para un diálogo psicoanalítico, son inducidos a tener, precisamente por tales condiciones de encuadre, una conducta verbal que restringe fuertemente la actividad de la fantasía. También es digna de consideración su indicación de la cercanía de tal estilo de conversación al código restringido que utilizan personas provenientes de estratos sociales bajos. Ahrens (1986a y b) investigó con un procedimiento de análisis de contenido verbal una secuencia de primera entrevista publicada en 1970 por Sifneos y Nemiah, y que según éstos es un ejemplo del hallazgo de alexitimia en pacientes psicósomáticos. En esta secuencia, una buena mitad de las frases que el paciente dice contienen connotaciones agresivas, que sin embargo no son reconocidas ni aludidas como tales por el entrevistador, encontrando en cambio una resonancia escondida en el curso del diálogo. El problema de comunicación aludido en el título del trabajo se desplaza al paciente y ahí se lo etiqueta con el concepto de alexitimia; el problema de transferencia y contratransferencia es también dejado fuera. Investigaciones en grupos comparables de pacientes neuróticos y enfermos somáticos, llevadas a cabo con procedimientos diferenciados metodológicamente, también contradijeron la idea de una estructura de personalidad psicósomática específica, ya que no se pudo encontrar ninguna diferencia entre los distintos grupos de pacientes (Ahrens 1986a y b). Sin embargo, estos hallazgos siguen siendo no tomados en cuenta. La producción de abarcativas fantasías etiológicas está en una crasa desproporción con los esfuerzos de cimentarla a través de investigaciones comprobables.

Evidentemente, aquí se han fijado prejuicios que difícilmente se pueden disolver o al menos aflojar por medio de la prueba científica racional. Por eso hay que preguntarse psicoanalíticamente sobre los motivos que hacen tan fascinante la antedatación de causas en una matriz psicofísica común y sobre cómo ella protege en contra de la prueba de realidad, es decir, de qué manera esta forma de fantasear retrospectivo inmuniza de antemano en contra de argumentos científicos.

Para esto, valga como prueba la hipótesis de la pulsión de muerte de Marty: un modelo explicativo se apoya en un constructo hipotético que no está abierto a la prueba empírica, aun cuando ésta sea sólo la plausibilidad de la experiencia casuística. Por eso, tales especulaciones permanecen, por un lado, sin base y, por el otro, determinan el actuar terapéutico sin que éste pueda ser fundamentado; todo esto, a diferencia del uso de ideas y de fantasías como fundamento del buscar y del investigar científicos. Muchos psicoanalistas creen poder justificar sus especulaciones invocando la mitología pulsional de Freud. La famosa observación irónico-filosófica de Freud dice así: "La doctrina de las pulsiones es nuestra mitología, por así decir. Las pulsiones son seres míticos,

grandiosos en su indeterminación. En nuestro trabajo no podemos prescindir ni un instante de ellas, y sin embargo nunca estamos seguros de verlas con claridad" (Freud 1933a, p.88).

Atribuimos a estas frases muchas significaciones. Las pulsiones no se pueden ver con claridad, porque se pierden en el inconsciente biológico. Según Freud, sólo sus derivados son vivenciables anímicamente, es decir, en tanto éstos se hacen conscientes o pueden ser deducidos en base a síntomas en sus estadios inconscientes previos, como representantes ideatorios y afectivos, como deseos y necesidades pulsionales. Las pulsiones comparten con los seres míticos su grandiosidad, porque de ellos nacen acciones eficaces, como antaño en los mitos de héroes en figura humana y divina. En el sentido de Freud, estas acciones son sin embargo determinables científicamente, es decir, predecibles por el conocimiento de las condiciones marginales. Por ejemplo, los deseos edípicos inconscientes pueden ser indirectamente comprobados en la clínica en el sentido de la doctrina de las pulsiones, y es-to por lo menos en el sentido de una conexión relevante (Grünbaum 1984; Kettner 1987). Aquí Freud sigue el postulado epistemológico de Mach, quien dio por terminada la pregunta por la naturaleza de la pulsión y en cambio reclamó la prueba de conexiones causales a través del análisis de condiciones y efectos.

Como teoría, la doctrina de la pulsión está impregnada, como muchas otras teorías, por una filosofía de la naturaleza que se remonta hasta los pensadores griegos más antiguos, como Freud mismo lo destaca. Esta filosofía de la naturaleza contiene profundas sabidurías humanas en la concepción dualista de odio y amor que, como verdades generales, alcanzan a dar algún sentido a conceptos empíricos falsos sobre ciertos destinos de pulsión. El que Freud, como racionalista, buscara otra meta que una remitologización en el disfraz de falsas teorías causales, es algo difícilmente discutible. No en último término, los pacientes tienen el derecho de ser tratados sobre la base de teorías verificables. La opinión de que las formas de pensar mitológicas deben ser reemplazadas por explicaciones teóricas, tiene dos aspectos. En primer lugar, la mitología contenida en las teorías del paciente sobre su enfermedad puede ser esclarecida científicamente por explicaciones causales. Segundo, la liberación de las teorías científicas de sus componentes mitológicos se hace valer como progreso. Si se reconoce la diferenciación entre teoría y mitología, no existe objeción en contra del recurso a formas de expresión mitológicas, debido a su mayor capacidad de hacer algo evidente. Freud hace uso abundante de este recurso. Si por el contrario no se toma en cuenta la diferenciación entre mitología y teoría, y se toma el lenguaje ontológico y el realismo ingenuo de la metapsicología en serio, las ideas de Freud se transforman en su contrario. Es

más que inquietante que la metapsicología, calificada por Freud como la "bruja" que debía suministrar el marco explicativo general para poder incorporar la magia, las sagas, los cuentos, las mitologías y las religiones en una teoría científica, haya permanecido, por su parte, fiel a la idiosincracia brujesca tradicional.

La verdad es que en el modelo de explicación de Freud no se trata precisamente de la naturaleza mítica de la pulsión, sino de la demostración de conexiones entre con-dición y efecto, cualquiera sea la esencia de la pulsión (Kerz 1987).

Otro capítulo

es que en la teoría de la pulsión de Freud estén contenidos elementos de filosofía de la naturaleza que pueden convertirse en mitología.

La interpretación de las enfermedades corporales sale al encuentro del anhelo humano de hallar sentido. Este anhelo crece frente a enfermedades incurables y mortales: el problema de la muerte se transforma en punto de partido de visiones de mundo y de la vida. En el animismo, la naturaleza inanimada da vida al ser humano, como lo describió Freud en *Tótem y tabú* (1912/13), y así el hombre se crea la creencia en la vida después de la muerte.

Ahora bien, no sólo existe la tendencia universal de hacer de sí mismo la medida de todas las cosas. El narcisismo se puede unir tan estrechamente con un método científico o con una terapia, que ésta parezca no tener límites. Si el origen de las enfermedades más graves o mortales –las enfermedades psiquiátricas o el cáncer– se remite al comienzo de la vida, se sigue el sistema de pensamiento del animismo, que "... no sólo proporciona la explicación de un fenómeno singular, sino que permite concebir la totalidad del universo como una trabazón única, a partir de un solo punto" (Freud 1912/13, p.81).

En medicina, con la división en campos y la inevitable y creciente especialización, en todas las ramas se han conseguido progresos diagnósticos y terapéuticos antes no sospechados. Frente a la extensión de la división y en vista de las múltiples amenazas y complicaciones de la vida, crece en todos el anhelo de unidad y totalidad. En el fantasear sobre los orígenes se busca el paraíso, a saber, la totalidad, cuya pérdida después del pecado original trajo consigo, junto al conocimiento, también el tiempo y la muerte.

9.10 El cuerpo y el método psicoanalítico

A través de la vivencia corporal, el cuerpo es directamente accesible para el método psicoanalítico, sin que en esto pueda transformarse en objeto de exploración médica. Por eso, es esencial que los psicoanalistas médicos, en especial los que se ocupan en medicina psicosomática, mantengan sus capacidades diagnósticas y terapéuticas de enfermedades corporales (en suma, la relación con la medicina somática). Cómo se pueden mantener al día conocimientos médicos generales o especiales cuando no se los ejerce continuamente, es un problema que atañe a todo especialista.

Los problemas que enfrenta el psicoanalista a causa de su especialización son de naturaleza general y valen para todo especialista. De acuerdo con la denominación, los médicos generales están en posesión de un amplio abanico de conocimientos y trabajan en un nivel que no alcanza para convertirlos en

especialistas en un sector determinado. Por su parte, los médicos especialistas ya no dominan toda la ciencia médica por la que debe responder el médico de familia. La especialización y la sub-especialización llevan consigo que el especialista de alto nivel sepa "siempre más sobre siempre menos". Con todo, este dicho sarcástico es sólo adecuado cuando se deja de lado el hecho de que en todo trabajo científico profundo, no importando lo detallado que pueda ser, se dan relaciones con grandes problemas básicos, que siempre alcanzan más allá de la propia rama y que reclaman un trabajo conjunto inter-disciplinario. Como lo explicamos en la sección 1.1, el psicoanálisis depende de manera importante del intercambio con otras ciencias humanas. La verdad es que esto no cambia en nada el que su método se dirija a la vivencia anímica del enfermo, pero no a su cuerpo. Ahora bien, los métodos pueden compararse no sólo de acuerdo con aquello que dejan fuera de consideración. En tales comparaciones no hay que perder de vista la unidad de la persona. Así se origina un campo tensional multifacético. En el consultorio mismo, sólo en momentos especiales el analista hace justicia a las necesidades totales de un paciente. De esto hay que responsabilizar no sólo a los límites metodológicos. Mucho más importante es el campo de tensiones mencionado, que se origina entre el anhelo de ayuda corporal y anímica total y la realidad. En la base de esta tesis se encuentra el supuesto antropológico de que la unidad de la persona se actualiza en expectativas totales, que se anticipan en figuras tanto conscientes como inconscientes y que son constantemente evaluadas en relación con las carencias. En la antropología filosófica, la naturaleza carencial del ser humano ha sido conceptualizada desde hace tiempo como una cabeza con dos rostros que se caracteriza por su excedente en fantasía. Con ello, la insatisfacción está previamente programada y ésta es especialmente grande allí donde se producen exclusiones por razones metodológicas o donde la perfección de las técnicas deja que desear, porque la insuficiencia humana es inevitable.

En el consultorio psicoanalítico se despiertan expectativas totales de gran intensidad y originalidad en los pacientes, que apuntan tanto al pasado –como al paraíso perdido antes de la separación y el trauma, o antes de la toma de conciencia–, como también al futuro –como utopía. Después de todo, se dice: "En la restricción se deja ver el maestro." Hemos hecho la experiencia de que esta valoración, a pesar del problema mencionado, y que merece mayor discusión, también se le presenta al psicoanalista cuando defiende con competencia el alcance restringido de su método. En la medida en que el cuerpo está representado como imagen corporal en la vivencia consciente e inconsciente, en ningún momento el método alcanza a entrar en contacto con los límites del cuerpo. Llamamos la atención del lector sobre la sección

"Conversión e imagen corporal" (9.2.1) y destacamos que la imagen corporal es, en relación con su génesis, uno de los dominios del psicoanálisis y que también en la terapia desempeña un papel decisivo. Los representantes ideativos inconscientes y conscientes que en ella se unen o contradicen son, por cierto, algo distinto del cuerpo de la medicina científico-natural.

Las repercusiones somatopsíquicas cristalizan en el bienestar subjetivo que, como vivencia del cuerpo, está estrechamente unida a la imagen corporal. A partir de este dominio psicoanalítico, las influencias anímicas sobre el acontecer corporal pueden ser reconocidas y eventualmente mitigadas. Donde las cosas ya no pueden ser asidas en una misma mano, porque en todo planteamiento de hipótesis complejo es necesaria la fragmentación del conocimiento especializado, surgen el problema de la integración y la pregunta sobre quién tiene la responsabilidad de llevar a cabo esta integración. Abogamos porque el analista tratante manifieste un fuerte interés en que sus pacientes sean atendidos durante las enfermedades corporales intercurrentes o crónicas, de la misma manera como quisiera fuera tratado médicamente él mismo, o alguno de sus parientes, en caso de enfermedad. El seguimiento de esta antigua consigna encamina las cosas hacia la mejor medicina posible. Cuál aporte puede hacer el analista médico en un caso dado, es algo que debe ser decidido, por un lado, desde el punto de vista del método y, por el otro, de acuerdo con la evaluación de la competencia que permaneció y que pudo ser practicada junto a la especialización. El tomar en serio las enfermedades corporales, en vez de psicologizarlas en un pansiquismo irresponsable, y la elaboración de las teorías patogénicas subjetivas del paciente, da al método psicoanalítico un gran campo de acción. Partiendo del bienestar del paciente y de su imagen corporal, el analista puede ir, en lo que a asistencia de las enfermedades corporales se refiere, mucho más allá de lo que una falsa comprensión del principio de abstinencia lo permite. Muy frecuentemente, durante el tratamiento de trastornos angustiosos graves, de casos de patología limítrofe y de psicosis, el analista se ve confrontado con la pregunta sobre la prescripción de psicofármacos. Incluso analistas que tienen experiencia en terapia farmacológica titubean en recetar ellos mismos un bloqueador de receptores beta o un preparado benzodiazepínico a un neurótico de angustia. En el temor de que una prescripción de medicamentos podría influir la transferencia de manera "no analizable", no se considera el hecho de que también la denegación de tal prescripción podría tener efectos secundarios desfavorables permanentes. La división de las funciones médicas en diferentes personas trae consigo problemas adicionales, en especial con pacientes que de todos modos presentan procesos de escisión. En su trabajo, en general poco tomado en cuenta, "Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy", cuyo título

alemán fue acertado, y no por casualidad, a: "Psi-cofármacos en la psicoterapia", Ostow constata con razón lo siguiente:

No importando lo deseable que de hecho es esta constancia [de la transferencia], sólo es esencial que todo lo que se emprende con el paciente sea pensado y guiado con precisión, de modo que fantasía y realidad puedan ser diferenciadas una de la otra. Así por ejemplo, un analista no titubeará en deparar más tiempo, apoyo y atención, a un paciente gravemente depresivo que a otro. En tercer lugar, la administración de una medicina tiene para el paciente significados inconscientes que pueden ser analizados de la misma manera como los significados inconscientes de otras contingencias del contacto terapéutico, como, por ejemplo, el arreglo de la pieza de consulta, el nombre del médico tratante, los acuerdos sobre el modo de pago de los honorarios, una enfermedad intercurrente, etc. (1966, p.14).

Esta actitud flexible permite hacer justicia, en el sentido de nuestra indicación adaptativa, a muchos pacientes graves, aun cuando las especulaciones de Ostow sobre el modo de acción de los psicofármacos, basadas en conceptos de economía de la libido, sean insostenible. Naturalmente, la medicación con psicofármacos debe ser colocada dentro de un marco terapéutico analítico, donde el problema de la habituación deber ser considerado de manera especial. Muchos representantes de la orientación biológica en psiquiatría recetan psicofármacos sin considerar psicoterapéuticamente la génesis psíquica genuina de las angustias (véase 9.1). En las secciones 2.3.1, 3.4.2, 6.4 y 9.3.1, ofrecemos ejemplos de diferentes manejos en la prescripción de psicofármacos. Debido a la escasez de investigaciones científicas al respecto, todavía no se pueden entregar recomendaciones generales acerca de quién debe hacerse cargo de la prescripción en una terapia combinada (al respecto, véase Klerman y cols. 1984).

Las tensiones, descritas al comienzo, entre expectativa total e imperfección, según se manifiestan en la particularidad de los métodos, pueden ser configuradas de manera productiva. Por el contrario, pareciera que el cuerpo excluido (para personificarlo de alguna manera) en el psicoanálisis, se desquita del mismo modo como lo hacen los familiares, que buscan sus abogados en el campo de las terapias familiares. Si no es así, ¿a qué cuerpo se dirigen los psicoterapeutas en las terapias corporales?(Véase Maurer 1987.)

El renacimiento del cuerpo en las terapias corporales se refiere a la imagen corporal, según se puede deducir del informativo libro de Brähler (1986) sobre la vivencia del cuerpo, que lleva el subtítulo de "Una expresión subjetiva de

cuerpo y alma". También T. Moser (1987), en su entusiasmo por las terapias corporales, se refiere a esta imagen corporal. Con seguridad, la exclusión del cuerpo en una forma especial de la abstinencia psicoanalítica también ha contribuido en el surgimiento de las terapias corporales. Desgraciadamente, esta forma de abstinencia no existe sólo como una caricatura de Moser. Compartimos su crítica, sin por ello extraer las mismas consecuencias. El que llegemos a otras conclusiones tiene muchas razones.

De acuerdo con las experiencias de Benedetti (1980), Schneider (1977), Wolff (1977), Ahrens (1988), y de acuerdo con nuestros propios estudios de curso, después de algún tiempo, los pacientes con síntomas corporales desarrollan una resonancia afectiva y una actividad de fantasía totalmente comparable, cualitativa y cuantitativamente, con la de pacientes neuróticos en tratamiento. Por lo tanto, los problemas técnicos descritos por McDougall (1985, 1987) y por Moser, no deben remitirse a la alexitimia. Si de verdad existiera una carencia compensable en la fase preverbal del desarrollo, sería consecuente por lo menos hacer un intento con alguna de las terapias corporales. En todo caso, como lo aclaran Moser y Müller-Braunschweig (1986), el tabú de la abstinencia, cuyo rígido manejo también se debe a circunstancias de la época, no debiera ser obstáculo en el hacer la prueba.

Por nuestra parte, nuestro afán de experimentar se encuentra restringido en razón de reflexiones teóricas. Los éxitos o fracasos de los análisis dependen de tantas condiciones, que es imposible remitir los fallos de la técnica clásica con pacientes con "estructura psicósomática" a un hipotético trastorno temprano. En esto, ni siquiera en el nivel fenomenológico del diagnóstico existe un consenso que vaya más allá del acuerdo de una persona consigo misma, y esto sin hablar de la reconstrucción de las condiciones de la génesis. Por lo demás, nuestra manera personal de ver las cosas lleva consigo el que no nos podamos decidir por un tipo de intervención terapéutica cuando estamos convencidos de que la teoría que lo fundamenta es falsa. Ahora bien, también existen acciones terapéuticas benéficas que se apoyan en una teoría falsa. Por ejemplo, si un paciente ha sido frustrado seriamente durante años de terapia, consideramos como posible que el ser tocado por un terapeuta corporal altamente dotado pueda obrar milagros. Sin embargo, creemos que todo eso tiene poco o nada que ver con traumatismos en el primer año de vida y con su compensación con motivo de un nuevo comienzo ficticio de este tipo. Lo que aquí se prueba es que es dañino frustrar a los pacientes en vez de darles la ocasión de dominar el daño inferido. Cualesquiera puedan ser los efectos curativos del contacto corporal en tales terapias, la vivencia y la génesis de carencias o defectos del sentimiento de sí mismo cimentado en el cuerpo son un asunto extremadamente complejo.

Finalmente, nos parece problemático que el terapeuta corporal actúe en un "nivel-como-si", pero que, según se dice, haga algo, según convenga, en el lugar de la madre o del padre, y que le atribuya a esto un contenido de realidad especialmente profundo. ¿Cómo se llega del "como-si" a la realidad más profunda? ¡Esa es la pregunta! Pues no son los contactos puramente de hecho y otros más, sino su significación como percepción de sentido lo que importa. Miradas las cosas más de cerca, se trata entonces de la imagen corporal y no del cuerpo como objeto de la medicina científico-natural. En último término, probablemente sólo un milagro puede tocar de tal manera el cuerpo afectado por procesos fisiopatológicos o malignos, que la muerte sea postergada por un tiempo infinito.

¿Hasta qué punto es traducible el lenguaje corporal en palabra hablada? Forrester (1980) dio a un libro el enigmático subtítulo de "El síntoma como conversación – la conversación como síntoma". La verdad es que tanto los síntomas como las conversaciones pueden tener vida propia y correr paralelamente. De acuerdo con esto, este autor añade: el síntoma como síntoma – la conversación como conversación. Forrester (p.131) habla de una profunda ambigüedad contenida desde el comienzo mismo en la teoría psicoanalítica. Pues no podemos considerar ambos lenguajes, el de los síntomas y el de la terapia, como la misma cosa, aunque Freud descubriera que un síntoma puede suplir una comunicación como su equivalente. La equivalencia debe poder ser deducida en la intercambiabilidad, de acuerdo con un método. Esta equivalencia se presta estupendamente para la determinación práctica del alcance terapéutico del método psicoanalítico, cuyos límites se encuentran donde los síntomas corporales escapan a la traducción. Ciertamente, incluso los síntomas de un cáncer pueden ser descritos en palabras, pero ellos son explicados con la ayuda de conceptos científico-naturales, en conexión con teorías causales. Pero, de la misma manera como estos síntomas, y muchas otras molestias corporales, no pueden ser explicados por la psicología profunda, tampoco pueden ser incorporados a la vida consciente con la ayuda de una traducción: si bien el enfermo puede dar un sentido a su vida, a su sufrimiento y a su muerte, estos síntomas corporales no están como símbolo de algo.

En el diagnóstico y en el tratamiento psicoanalítico de pacientes que sufren de síntomas somáticos, deben considerarse los siguientes puntos de vista. En el trabajo de traducción, paciente y analista descubren el "derecho a voz" (Mitsprechen) de los malestares corporales, por ejemplo, en conexión con situaciones abrumadoras. Quien está sano se vivencia como íntegro. Las manifestaciones observables, o accesibles a la introspección, de alegría, de pesar, de dolor –para nombrar sólo algunos ejemplos– exigen una descripción

circular. En este punto queda abierto en qué lugar empezó todo. La aparición simultánea de un dolor corporal con la experiencia de una separación de un ser querido, no permite todavía ninguna afirmación sobre causa y efecto. En las correlaciones queda sin decidir la pregunta de en qué lado de la relación está la variable dependiente, o la independiente, pudiendo ambas ser dependientes de una tercera o de una cuarta condición. Naturalmente, la aclaración de relaciones de dependencia somatógenas o psicógenas, en el sentido de causa y efecto, o de contexto de fundamentación, supone que primero puedan ser comprobadas las correlaciones. Por lo tanto, con Fahrenberg (1979, 1981) abogamos por una "doble consideración", dualista en el lenguaje, que haga justicia metodológica a la "emergencia" de lo anímico (véase Rager 1988; Hastedt 1988).

Procesos vitales de alto nivel, vale decir, procesos psicofísicos unidos a la actividad cerebral del ser humano, pueden ser descritos y analizados en dos sistemas de referencia categorialmente distintos y mutuamente intransferibles (inconmensurables, irreductibles). El primero no es una manifestación acompañante, un equivalente, una función auxiliar o un epifenómeno del otro, sino que es imprescindible para una descripción adecuada y para una comprensión completa. Este modelo de complementaridad de las estructuras categoriales desplaza entonces la problemática ontológica al campo metodológico del análisis categorial y no deja lugar a representaciones de isomorfía psicofísica o a imágenes simples de "funciones-diccionario", del mismo modo como a interacciones energéticas (causalidad psíquica, psicogénesis, supuesto de influencias espirituales sobre las sinapsis o módulos) y a reducciones materialistas fisicalistas (1979, p.161).

Entonces, en base al análisis de condiciones de correlaciones entre vivencia, conducta y funciones psicológicas, se puede intervenir sistemáticamente en el contexto de condiciones, delimitando las diferentes variables, sea en el marco experimental del laboratorio o en investigación psicoterapéutica. En esta medida, la psicogénesis es comprobable empíricamente, en el sentido de conexiones causales (Grünbaum 1984), sin recurrir a la reciprocidad energética, que es algo inherente a la teoría de la conversión.

En general, el médico que hace el diagnóstico responde primero unilateralmente la pregunta sobre la correlación del malestar corporal con el vivir, de manera tentativa: ya que bajo todo malestar corporal pueden subyacer causas propias del cuerpo, el llamado diagnóstico por exclusión ocupa un espacio cada vez mayor en la medicina. Ya que los dolores en la región inguinal irradiados a los genitales pueden tener, al igual que los malestares abdominales superiores, muchas causas que son investigadas por las diferentes especialidades y

subespecialidades, las exploraciones por exclusión son fastidiosas. A menudo, en éstas no se comprueban más que ligeras desviaciones funcionales, que paciente o médico, o ambos, convierten en hipótesis explicativas, sobrevalorándolas. Ya que las hipótesis explicativas de cada una de las subespecialidades suelen ir acompañadas de recomendaciones terapéuticas, no es raro que se desarrolle un círculo vicioso de esperanzas y nuevas decepciones. Antes de que, como consecuencia de una concepción somatopsíquica unilateral de las correlaciones mencionadas, se llegue a un tipo de examen global, es tiempo de restablecerlo, al menos de modo aproximativo. Puede que al lector le moleste que hablemos de un restablecimiento aproximativo de la totalidad. Del mismo modo como la multiplicidad lingüística que depende del pluralismo metodológico no puede ser transformada sin más en una semiótica universalmente válida sin una gran pérdida de información para todos los lados, tampoco el método psicoanalítico puede ser reducido a la fisiología, o viceversa. Por esto, es decisivo por lo menos acercarse al anhelo de totalidad, a través de un sopesar integrador de observaciones y hallazgos.

El "derecho a voz" (Mitsprechen) de los síntomas corporales, en el sentido de su dependencia de las vivencias, tiene que ser asegurado no sólo por exclusión, a través del procedimiento diagnóstico mencionado, sino, antes bien, fundamentado positivamente. En el lenguaje corporal descubierto por Freud en los histéricos, se trata de un suceso expresivo inconsciente, escondido, aparentemente desprendido de la conciencia, que transcurre tanto ciegamente como al azar. En especial, la gramática de los sentimientos y afectos, que sólo artificialmente pueden ser separados de las percepciones, sigue reglas cuyo descubrimiento hay que agradecer al método psicoanalítico. Colocar intenciones expresadas simbólicamente en un contexto, y darles un sentido, caracteriza la teoría de Freud de la concepción dinámica de la vida anímica, con la que él va más allá de una fenomenología descriptiva. Aún más esencial, es el vínculo de esta teoría con la afirmación, fundamentada metodológicamente, de que el vivenciar y el conocimiento de deseos y motivos inconscientes hacen desaparecer los síntomas. Ya en los Estudios sobre la histeria, leemos lo que sigue:

De ordinario, el trabajo se vuelve al comienzo tanto más oscuro y difícil mientras más profundamente se penetra en los productos psíquicos estratificados que ya hemos descrito. Pero, una vez que uno se ha abierto paso hasta el núcleo, se hace la luz y ya no cabe temer ningún empeoramiento intenso en el estado del enfermo. Ahora bien, la recompensa del trabajo, el cese de los síntomas patológicos, no se puede esperar antes de que se haya operado el

análisis pleno para cada síntoma particular; y dondequiera que los síntomas singulares estén atados entre sí por múltiples formaciones nodales, durante el trabajo no lo animarán a uno ni siquiera éxitos parciales. En virtud de las profusas conexiones causales existentes, cada re-presentación patógena todavía no tramitada actúa como motivo para creaciones enteras de la neurosis, y sólo con la última palabra del análisis desaparece el cuadro clínico en su totalidad, de una manera totalmente semejante a como se comporta el recuerdo singular reproducido (1895d, p.303).

Ya que las representaciones patógenas no son separables unas de las otras, sino que se refuerzan y mantienen mutuamente, el trabajo terapéutico en un nudo (foco) puede irradiar sobre todo el complejo tejido de condiciones. Debido a la conexión existente entre los motivos inconscientes, el diálogo psicoanalítico tiene efectos terapéuticos en forma de red, sin que cada moción desiderativa especial deba ser llamada por su nombre o cada nudo desatado. Con ello, estamos en posesión de una directiva pragmática: El alcance del método psicoanalítico en relación con el cuerpo no termina con los límites del lenguaje, porque el diálogo terapéutico también hace realidad un componente no verbal. Con el principio y con el final de la vida, nos quedamos sin habla. Así se cierra el círculo.

Desde que el psicoanalista se ha visto confrontado con tareas terapéuticas como consejero en unidades de tratamiento intensivo y en psicooncología, han aparecido en su horizonte de experiencia los efectos somatopsíquicos en las enfermedades terminales (Gaus y Köhle 1986; Köhle y cols. 1986; Meerwein 1987; Sellschopp 1988). También aquí se trata de la vivencia corporal, bajo las condiciones especiales de la sospecha o de la certeza de la muerte inminente. En las preguntas por el sentido, que un paciente al final de su vida plantea al analista, recomendamos tomar una decisión. No puede pasarse por alto que, bajo el punto de vista del principio de realidad, la teoría psicoanalítica y su antropología latente exhorta a un reconocimiento de la muerte y que no está en condiciones de ofrecer al moribundo algún consuelo a través de la esperanza de un cumplimiento de deseos en el más allá. Los cambios en las enfermedades que llevan a la muerte contribuyen a la disolución de los límites espacio-temporales; probablemente, éstos pueden expresarse sólo a través de analogías que, no sólo en el lenguaje psicoanalítico, desembocan en las metáforas del retorno.

Estas analogías consuelan indirectamente al paciente al transmitir, por ejemplo, la vivencia de recogimiento, y, con ello, hacen tolerable el conocimiento del desmoronamiento del cuerpo (Eissler 1969; Haegglund 1978). Como todo

médico, el analista será ahora exigido como un ser humano que también está expuesto a las amplias preguntas sobre el sentido de la vida y de la muerte. Es dudoso que el ana-lista prefiera responder estas preguntas personales en el marco de las pulsiones de vida o muerte o de las teorías de relaciones objetales. Sospechamos que también

los analistas dan forma a sus encuentros con moribundos básicamente sobre el trasfondo de visiones de mundo y concepciones vitales personales y que usan la teoría psicoanalítica, incluyendo la metapsicología, metafóricamente y como un andamiaje que da sostén.

9.11 Resultados

La discusión sobre el desenlace de los tratamientos psicoanalíticos tuvo su punto de partida en los historiales clínicos de Freud. La primera investigación sistemática de resultados terapéuticos fue presentada por el Instituto psicoanalítico de Berlín, a través de Fenichel (1930). Este instituto había sido concebido de acuerdo con la idea sostenida por Freud (1919j), de la unidad de asistencia a pacientes, investigación y docencia. Posteriormente, sin embargo, el campo de trabajo de la mayoría de los institutos se restringió casi exclusivamente a la formación. En Alemania, las investigaciones llevadas a cabo por Dührssen (1962) en el Instituto central de Berlín para enfermedades psicogénicas, tuvieron una fuerte influencia en la incorporación de psicoterapias psicodinámicas y psicoanalíticas en el catálogo de prestaciones de las mutuas de salud y compañías de seguro de enfermedad (véase tomo primero, 6.6). Con todo, en la práctica psicoanalítica los estudios catamnésicos sistemáticos han permanecido como un hijo bastardo. Entretanto, la investigación en resultados psicoterapéuticos (véase Kächele 1981; Lambert y cols. 1986) registra también estudios empíricos metodológicamente adecuados para la catamnesis de psicoanálisis altamente frecuentes (Bachrach y cols. 1985; Bräutigam y cols. 1980; Weber y cols. 1966; Kernberg y cols. 1972; Wallerstein 1986; Zerssen y cols. 1986).

Muchos analistas delegan la investigación en las instituciones. Sin embargo, el psicoanálisis se ha desarrollado a partir de la práctica, para la cual Freud reclamaba la unión inseparable entre investigar y curar (véase capítulo 10 del tomo primero). El procedimiento habitual para muchas disciplinas de acción, de elaborar el conocimiento ganado por experiencia sólo hasta que éste ejerza un efecto predominantemente estabilizador sobre la propia práctica, tiene muchos lados oscuros. De hecho, existe una tensión entre el terapeuta y el investigador. El terapeuta tiene una gran necesidad de seguridad, porque la comunicación segura es una guía vital que tiene en todo momento efectos psicoterapéuticos (Kächele 1988a). Tarea del terapeuta es hacer máxima su evidencia positiva para poder actuar en la situación clínica. Por el contrario, al científico lo guía un interés epistemológico diferente: su tarea es hacer máxima la evidencia

negativa, es decir, cuestionar constantemente los hallazgos y sus explicaciones, como lo pone de relieve Bowlby.

En su trabajo diario, un científico necesita ejercer un alto grado de crítica y auto-crítica, y en el mundo en el que habita, ni los datos ni las teorías de un líder, por más admirable que éste pueda ser personalmente, escapan al cuestionamiento y crítica. No hay lugar para la autoridad.

Lo mismo no vale para la práctica de una profesión. Cuando un práctico quiere ser efectivo, debe estar preparado para actuar como si ciertos principios y ciertas teorías fueran válidas; y en la decisión de adoptar alguna, debe estar preparado para dejarse guiar por aquellos con experiencia, de quienes él aprende. Ya que, más aún, en todos nosotros existe una tendencia a dejarnos impresionar por la teoría cuya aplicación aparece como exitosa, los prácticos corren el riesgo especial de confiar en una teoría más que lo que la evidencia disponible lo justifica (1979, p.4).

Muchos analistas parecen querer retener esta seguridad también después de la terminación del tratamiento, pues, como lo destacan Schlessinger y Robbins (1983, p.7), en la copiosa literatura clínica psicoanalítica impera una abierta carencia de estudios catamnéticos. Estos autores piensan que, en esto, un papel significativo lo desempeña la actitud defensiva de la mayoría de los analistas, que creen saber ya por anticipado cuál debe ser el resultado de un psicoanálisis, y que se cierran a la percepción de procesos que no calzan con la imagen tradicional.

Por esta razón, en el marco de un texto crítico sobre la práctica psicoanalítica nos parece adecuado presentar algunas reflexiones sobre un seguimiento catamnético que se ajuste a la praxis. La confrontación crítica con los efectos de la propia técnica de tratamiento es algo que va en provecho de los intereses de perfeccionamiento del analista y del bienestar de sus pacientes. Esta confrontación se lleva a cabo a) durante el tratamiento, b) con la terminación del tratamiento y c) en uno o en varios momentos posteriores. Todo psicoanalista califica al comienzo de la terapia la gravedad de la sintomatología del paciente, y establece un pronóstico condicional en base a la psicodinámica subyacente (Sargent y cols. 1968). Este pronóstico contiene hipótesis sobre conexiones causales. Los pronósticos condicionales son corregidos y completados a lo largo de la terapia, en dependencia con los respectivos resultados alcanzados hasta ese momento. Esta evaluación orientada según el curso hace posible una adaptación de las metas y de las estrategias a los pacientes. En algún momento se llega al punto de una ponderación realista de "costo y beneficio". Esta manera sobria y económica de ver las cosas trae al recuerdo los límites de los cambios

que se pueden alcanzar a través de un psicoanálisis. Ahora, todas las personas comprometidas hacen un balance. En esto, varias modalidades son posibles: a) cada uno para sí mismo, b) en conjunto, c) por terceras personas, por ejemplo, por la familia del paciente.

Ya que durante la terapia el tema de los cambios está, directa o indirectamente, siempre presente, es natural que en la fase de terminación se pongan en marcha re-flexiones evaluadoras conjuntas. En ellas, en los casos más favorables el analista escuchará que el paciente está conforme con los resultados, que las molestias que motivaron el tratamiento han desaparecido (en la medida en que no se hayan vuelto a inflamar en el curso de la problemática de separación), que se siente como una persona nueva porque las peculiaridades de su carácter, que mucho lo restringían, pudieron ser aflojadas en gran medida. Es infrecuente que el paciente refiera como tal la capacidad de autoanálisis, que discutimos en el primer tomo (8.9.4). Señalará cómo él ha interiorizado, de acuerdo con su especial manera de ser, las funciones del analista, que se continuarán parcialmente en el autoanálisis. Es probable que en aquellos pacientes que pueden sacar provecho del tratamiento analítico para el ejercicio de la profesión propia, se encuentre un manejo analítico genuino de este concepto.

Por lo general, los tratamientos psicoanalíticos representan grandes inversiones en tiempo y dinero. En comparación con otras especialidades médicas, el número de pacientes que un analista en práctica privada llega a tratar en los 20 a 30 años de vida profesional es limitado. Por esto, el conocimiento acerca de los efectos ulte-

riores de la intervención analítica representa un elemento corrector esencial para la comunidad psicoanalítica, como lo han aclarado Schlessinger y Robbins (1983).

Muchos analistas rehuyen las exploraciones catamnéticas con sus pacientes, porque temen una reactivación de la transferencia originalmente resuelta. Por varias razones, esta preocupación es injustificada. Desde las investigaciones de Pfeffer (1959, 1961, 1963), retomadas por Schlessinger y Robbins (1983; véase también Nedelmann 1980), está demostrado que la transferencia referente a los recuerdos po-sitivos de una relación beneficiosa se mantiene. Estos se reactivan en las entre-vistas catamnéticas. Con los cursos favorables, se resuelven aquellos aspectos de la transferencia que se pueden delimitar como partes neuróticas. En lo que resta, el analista conserva una alta valoración como persona significativa en el vivenciar del paciente. Por esto, en las entrevistas catamnéticas, sea con otro o con el mismo analista, a los antiguos pacientes tampoco les cuesta encontrar de nuevo un acceso rápido a antiguos modos de relación y reflexionar sobre esta reactivación. En esta medida, la idea de una resolución completa de la transferencia puede considerarse errada. Con todo, esta idea se mantiene en vida e incluso ha llevado, desde los últimos años de la década de los cuarenta, a un aumento permanente de la duración, en especial de los análisis didácticos, que Balint (1948) calificó de "superanálisis". Con éstos, pensamos que está unida la meta de resolver la transferencia de una manera especialmente profunda, a través de un análisis intensivo y largo de la transferencia. De hecho, pareciera haberse instalado un efecto contrario, un círculo vicioso, porque con los superanálisis, precisamente con analizados didácticos, aumentan las dependencias y con ello se refuerzan los aspectos neuróticos. La idealización del analista didáctico, y la evitación de una apreciación realista por ambos lados, es especialmente acentuada en estos análisis, de modo que después de la terminación ambas partes atraviesan un proceso de desilusión que se alarga por años y que en nuestra opinión conduce a una carga no despreciable para la comunidad analítica. Por esto, hay que valorar como un gran progreso el que recientemente este problema haya sido discutido extensamente (Cooper 1985).

Como resultado de las investigaciones catamnéticas debemos contar con considerables correcciones de la imagen que nos hicimos durante el curso del tratamiento. Ya que estas correcciones pueden ir en un sentido tanto negativo como positivo, son de un gran valor para la formación teórica del psicoanálisis (Kordy y Senf 1985).

9.11.1 Retrospectivas de pacientes

Debido a que tomamos especialmente en serio las opiniones de nuestros pacientes sobre las repercusiones de nuestro obrar terapéutico, hemos dado a leer a una serie de nuestros pacientes informes resumidos sobre ellos y les hemos solicitado su opinión. También hemos recibido evaluaciones retrospectivas.

La siguiente toma de posición proviene del paciente Federico Y, sobre quien informamos en la sección 2.3.1. El paciente describe sus malestares y sus impresiones del suceso terapéutico. Del informe hemos cambiado sólo lo necesario para garantizar el anonimato.

Mirada retrospectiva sobre mi psicoanálisis

Malestares

Sigo chocando con las mismas angustias, con el despliegue de fuerzas que significa conducir con los frenos apretados. Sufrimiento: no puedo dejar salir la ira y la rabia con colegas y colaboradores cercanos, no puedo resolver los conflictos, sólo cargo a mi esposa y a mí mismo con ellos. Rehuyo encuentros desagradables, evito frecuentemente las fiestas, el baile, lo suelto. Postergo llamadas telefónicas y visitas difíciles. A menudo en el trabajo no me controlo, estoy que echo chispas, me pongo violento, a veces le pego a mi mujer. A menudo me escapo al bosque o en esfuerzos superiores a mi capacidad. No puedo dejar las cosas sueltas, estar tranquilo, jugar con los niños. Me justifico a mí mismo a través de los rendimientos y dejo de lado a la familia. A menudo tengo malestares digestivos, dolor de cabeza, dolor en el cuello, en la espalda. Mi sufrimiento aumenta.

Un amigo me anima a consultar un terapeuta, el mismo que él también consultó.

Primera Entrevista

A ella voy: 1) con el miedo a ser rechazado; b) con una abertura sin reservas, casi en actitud de desnudarme; c) con la conciencia de que será ahora o nunca, d) con el fuerte deseo de que quiero aflojar los frenos en mí. Quiero vivir más, quiero –ahora, finalmente–, mi vida.

El me toma. Puedo con él. Quiero seguir adelante con él. Me escucha con gran paciencia. Puedo decir muchas cosas, botar lastre. Tiene algo vivo, con experien-cia, libre, seductor. No presiona.

Primera fase

Puedo resolver con él mi odio con mi madre. Es tanta la vida que me escatimó, tanto lo que me pegó, reprimió, me forzó dentro de un corsé de formalidad. Acabó con mi padre y abusó de mí como padre sustituto. Reprimió mis agresiones me-diante la mala conciencia y la presión religiosa, me convirtió en un debilucho y me tulló. Al mismo tiempo, el conocimiento: Como hija mayor, que perdió a su padre tempranamente, que tuvo una madre dura y enérgica, que se hizo responsable de su hermana, quizás no podía hacer otra cosa. Ella reprimió primero la vida en sí misma, sobre todo después de la muerte de mi padre. Debió abrirse paso luchando, ser enérgica. Y: se puso vieja, de fuerte se transformó en débil, de dominante en víctima: en sus últimos 2 años, tiempos avergonzantes, tiene miedo de la gente de la casa, quiere quitarse la vida, es un paciente difícil para la familia que la cuida.

En los últimos años, alcanzo a hacer algo bueno, devolver algo. Puedo ver también lo que ella sacrificó por mí. Veo, lamento y admiro, su lucha; puedo apoyarla en su debilidad, desamparo, en su rabia a veces injustificada. Muere 40 años des-pués de la dictadura de Hitler. (¿Cómo vivió todo eso? Nunca pudimos hablar tran-quilamente sobre ello. ¡Siempre se defendió, se justificó, se disculpó!)

Segunda fase

¿Qué tenía yo con mi padre y qué perdí con él? En la terapia, detrás de mi madre aparece, cada vez más, mi padre. La verdad es que nunca fui hijo, niño, más bien fui una muchacha como mis hermanas. No tuve modelo masculino en las peleas, en las disputas, en la autoafirmación. Ahora puedo trabajar en mis agresiones: En la oficina puedo plantarme mejor, controlarme mejor, admitir mi rabia. No me escondo tanto en los grupos, me hago cargo de la responsabilidad, resuelvo los conflictos. No me cuido tanto, ni tampoco a los demás, no tengo tanto miedo de ser herido y de herir. No me sigo escondiendo, no me avergüenza mi inclinación por otras mujeres, puedo arreglármelas con ella. Noto mucho más claramente lo que mi mujer padece por mi causa, cómo se siente pasada a llevar

y dejada de lado por mí. Me puedo enfrentar mejor a ella y de ese modo me he acercado a ella. Puedo soportar mejor cuando está desesperada. Puedo alcanzar los límites con plena conciencia y también retomar nuevamente el control, no por mala conciencia, por presión, sino por decisión propia: por ejemplo, mi mujer me importa más que otras. A menudo, la familia es más importante que la profesión. A veces, transigir es más importante que el conflicto "a cualquier precio". Crece mi libertad sexual con mi mujer, en "el permitirme algo"; también en la medida en que mi mujer puede hacer algo por ella misma. Puedo aceptar que mi mujer haga algo por ella misma, que necesite tiempo para ser más libre, para liberarse de la carga con que durante tanto tiempo la abrumé. También, que después de una conversación de a tres se enoje con el terapeuta. Puedo dejar de mejor manera que mi mujer sea débil junto a mí, y también acepto mis propias debilidades.

Tercera fase: Separación y fin del análisis

Lo que todavía me queda por trabajar: la conexión entre mi alma y mi cuerpo. ¿Cuándo viene el dolor de cabeza, del intestino, de la espalda? ¿Cómo tolero las enfermedades? ¿Cómo puedo trabajar profilácticamente, en las causas? Un fin de semana de terapia corporal me suministró ayuda adicional. Después del término del análisis, durante semanas tuve dolores de cabeza, problemas con la voz, dificultades para cantar, al exponer en el trabajo. Opino abiertamente sobre mi análisis, puedo informar de él a los demás, animarlos a que trabajen en ellos mismos. No sigo disimulando los conflictos con mis colaboradores más cercanos, me defiendo, a veces de manera provocativa. Me sigue cansando el tolerar la resistencia, la enemistad. Soy más fuerte, no me doblego en la acción por los demás, por los oprimidos, por ejemplo, en cartas al periódico en contra de los que defienden el apartheid y el racismo. No me desfogo tan fácilmente, sino que lucho activamente, con riesgo, en contra de los "malos espíritus" como la adicción, el racismo, el fascismo. Cada vez más, planteo a los demás la pregunta: ¿Quieres ser una persona sana? Si no, pongo nombre a tu enfermedad, tomo distancia, no me dejo arrastrar ni me dejo enredar en tu neurosis. Antes que ser cómplice de la enfermedad, de la represión y de la resignación, prefiero apartar la manzana podrida, romper las falsas apariencias, zanjar la pústula.

Cómo experimenté a mi terapeuta

Era predominantemente paciente. Podía tolerar el silencio. También podía interve-nir y no dejar las cosas sueltas. A menudo me hacía preguntas aclaratorias sobre "pequeñas" cosas y con ello me ayudaba; gestos, palabras al entrar a la pieza, olvi-dos de una hora, despedidas al terminar la sesión, etc. Con cuidado incorporaba mis sueños, muchas veces me abrió los ojos respecto de su significado. La separación, el término del tratamiento, lo introdujo con la anticipación debida (por suerte, no con demasiada anticipación, como cuando una vez traté de que lo hiciera) y, ade-más, después del término de la terapia me dejó la puerta abierta. Me animó a no te-ner tanta consideración por él (a veces quise "cuidarlo", pero, claro que él puede de-fenderse solo). Cuando con su ayuda pude abandonar mi tacañería, y pude plantarme con más se-guridad, el precio de la terapia dejó de ser un problema para mí. Con toda concien-cia, me permití el lujo de la terapia (ninguna gracia, ¡la mayor parte de ella fue fi-nanciada por la compañía de seguros!) y estoy contento de haber alcanzado un in-cremento importante en salud psíquica y corporal.

Este informe retrospectivo fue redactado un año después de la terminación del aná-lisis. El curso posterior, hasta ahora, subraya que a través del tratamiento el pa-ciente supo dar a su vida un giro decisivo.

Las instituciones terapéuticas que quieren investigar el desarrollo posterior de un número mayor de pacientes sin una metodológica demasiado compleja, pueden re-currir a la aplicación del cuestionario desarrollado por Strupp y cols. (1964). Me-diante este procedimiento, es posible una evaluación retrospectiva del éxito tera-péutico, hecha por los pacientes, desde diferentes perspectivas.

En una investigación hecha por nosotros (Kächele y cols. 1985b), elegimos esta vía para encuestar un grupo grande, de 91 pacientes que habían sido tratados con di-ferentes procedimientos. En la escala de evaluación a posteriori de 1 a 6 (siendo el 1 la mejor nota), el "sentimiento de éxito global con el éxito del tratamiento" recibió la nota promedio de 2,2. La pregunta contraria de "¿siente la necesidad de retomar un tratamiento?" fue respondida de manera claramente ambivalente, con la nota 3,1, con una gran dispersión de los valores. Aunque el 36% de los pacientes estuvieron muy satisfechos y el 27 % satisfechos –lo que corresponde a los 2/3 comprobados en distintos estudios catamnéticos–, un número no pequeño de pacientes fueron de la opinión de que necesitaban más tratamiento. Pensamos que con esta apreciación aparentemente contradictoria, los pacientes expresan una evaluación muy diferencia-da: no se han alcanzado todas las metas, pero tampoco todo era alcanzable. Esta idea también cristaliza claramente en la pregunta por la relación entre costos y benefi-cios. Esta

proporción fue respondida muy favorablemente, con la nota 1,7. La capacidad de sustentar en sociedad la significación personal de la propia terapia fue afirmada por el 72% de los pacientes, a través de la respuesta de que recomendarían decididamente a un amigo cercano que se sometiera a un tratamiento psicoterapéutico en caso de necesidad.

De mayor importancia práctica es el resultado de la evaluación que los pacientes hicieron de los terapeutas, en las dimensiones "empatía y aceptación" y "confianza y aprecio", y que permitió una predicción retrógrada del grado de satisfacción con el tratamiento. Incluso sin una investigación más elaborada en procesos y resultados, este estudio permite confirmar que la favorable configuración de la relación terapéutica es una condición necesaria, aun cuando no sea la condición suficiente, para que paciente y analista estén satisfechos con los resultados del tratamiento. Con la introducción de las directivas de las mutuas de salud, desapareció el cínico argumento, que antes frecuentemente se escuchaba, de que este aprecio es una consecuencia del sacrificio financiero, que lleva al paciente a una idealización ilusoria del tratamiento realizado. Por tal razón partimos de la base que los pacientes entregan una opinión realista.

Más allá de las tomas de posición de los pacientes –cualquiera sea la forma en que éstas hayan sido recogidas– se plantea una pregunta que todo terapeuta debe hacerse a sí mismo: Y yo, ¿estoy satisfecho? Esta es una cuestión decisiva, porque pone a prueba el yo ideal profesional. El analista no puede darse por satisfecho sólo con la vivencia subjetiva del paciente, sino que también debe poder verificar si curso y resultado están en una conexión demostrable con las teorías de su preferencia sobre la génesis y desencadenamiento de síntomas y rasgos de carácter. En sus reflexiones finales, él tendrá que probar las metas con las que empezó el tratamiento y las que pudo hacer efectivas. Esta perspectiva no excluye que se mantenga la responsabilidad que el paciente tiene sobre sí mismo; pero el analista debe justificar métodos y resultados, frente a sí mismo y frente a su grupo de referencia profesional.

La comparación de los apuntes hechos al comienzo del tratamiento con los hechos al final, deberían dar el fundamento para una evaluación. En especial en los tratamientos de larga duración, se constatan cambios considerables, implícita e explícitamente. Tenemos buenas razones para suponer que no es pensable un análisis conducido sin metas, sino que el procedimiento psicoanalítico fomenta un entendimiento procesal orientado según metas. Se está en un grave error si se cree poder mantenerse alejado de representaciones de metas concretas y unidas a valoraciones (véase tomo primero, 7.1). Bräutigam (1984) ha discutido críticamente los cambios de la puesta de metas a lo largo de la historia del psicoanálisis, y con razón ha llamado la atención sobre el hecho de que las

metas inmanentes a la terapia, como ampliación de la conciencia, descarga afectiva, regresión, etc., han ido ganando en importancia. En los esfuerzos de dar una apariencia de neutralidad frente a los valores, los esfuerzos analíticos se caracterizaron con la fórmula: "Wo Es war, soll Ich werden" ("donde estaba el ello, debe llegar a estar el yo"), que aparentemente ofrece una fundamentación etiológica y patogenética del proceder terapéutico. En el marco del modelo estructural, con esto se quiere decir que el yo gana un mejor control sobre el ello, algo que originalmente en la teoría topográfica se entendía como el libre acceso al inconsciente. La meta psicoanalítica del cambio estructural se unió a este movimiento.

Después de las sólidas reflexiones de Wallerstein (1986), a propósito de los resultados del proyecto Menninger de psicoterapia, la pregunta de cómo diferenciar los "cambios estructurales" de aquellos en la conducta y en los síntomas, se ha visto cargada con muchos problemas, donde los metodológicos no dejan de ser importantes. Ya no se puede mantener la concepción de que sólo la técnica psicoana-

lítica que proporciona insight alcanza cambios estructurales. También de acuerdo con la definición sustentada por Rapaport, en las estructuras se trata de procesos psíquicos con una velocidad de cambio lenta (1957, p.701) que hipostasiamos, pe-ro que sólo pueden concretarse en conductas y vivencias. Del detallado resumen clí-nico de Wallerstein, probablemente el estudio de curso y resultado más abarcativo en la historia del psicoanálisis, destacamos las afirmaciones siguientes:

1. Los resultados del tratamiento con pacientes, sean éstos los que son adecuados para ensayar un psicoanálisis o los que son apropiados para enfoques psicoterapéuticos que combinan en distinta proporción elementos expresivos y de apoyo, tendieron, en esta muestra, más bien a converger que a diverger en relación con el resultado.
2. A través de todo el espectro de cursos de tratamiento en los 42 pacientes –desde el más analítico y expresivo, pasando por los mezclados inextricablemente, has-ta el más unilateralmente de apoyo– en casi todas las instancias (incluidos los psicoanálisis), el tratamiento tuvo más elementos de apoyo que los propuestos originalmente, y estos elementos de apoyo dan cuenta de una mayor cantidad de cambios alcanzados que los que se habían originalmente anticipado.
3. La naturaleza de la terapia de apoyo –o, mejor, de los elementos de apoyo de toda psicoterapia, según están definidos dentro del marco teórico psicoanalítico– merece una mucho más respetuosa especificación en todas sus formas y variantes, que la que usualmente le ha sido otorgada en la literatura psicodinámica. [...]
4. Los tipos de cambio alcanzados por esta cohorte de pacientes –aquellos alcanzados primariamente sobre la base de revelar conflictos y producir insight, y aquellos alcanzados primariamente sobre la base de las variedades opuestas de técnicas de apoyo y de encubrimiento– a menudo son totalmente indistinguibles unos de los otros, en términos de los así llamados cambios "reales" o "estructurales" en el funcionamiento de la personalidad, al menos por los indicadores utilizados habi-tualmente (Wallerstein 1986, p.730).

Nosotros preferimos, y encontramos que ayuda más, la formulación de Freud en *Análisis terminable e interminable* (1937c), donde pone operacionalmente de relieve la meta de todo tratamiento: "El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello estaría cumplida su tarea." Con esto, se hace suficientemente claro que no se debe perder de vista

la diferenciación entre metas de vida y metas del tratamiento, algo sobre lo cual ha llamado la atención E. Ticho (1971).

La obligación de discutir al comienzo con el paciente las metas del tratamiento, no era hasta ahora algo permitido. Muchos parecen temer que, en tal caso, el paciente exija del analista el cumplimiento estricto de las metas prometidas.

9.11.2 Cambios

Ahora bien, ¿qué son metas de tratamiento, y cómo se diferencian éstas de las metas de vida? Queremos aclarar esto a través de una discusión detallada de los cambios alcanzados por la paciente Amalia X a lo largo de un psicoanálisis. Estos cambios los evaluamos de muchas maneras, ya que este caso fue investigado de una manera especialmente intensa, en diferentes proyectos dentro del marco del Sonderforschungsbereich 129 ("campo especial de investigación" 129), patrocinado por la Deutsche Forschungsgemeinschaft (Comunidad alemana de investigación) (Hohage y Kübler 1987; Neudert y cols. 1987; Leuzinger 1988).

Debido a que Amalia X cedió a su hirsutismo un lugar principal dentro de sus propias teorías etiológicas sobre la génesis de su neurosis, comenzamos con algunas reflexiones sobre la importancia relativa de esta minusvalía corporal, a partir de las cuales se pueden deducir los cambios particulares perseguidos. El hirsutismo pudo haber tenido para Amalia X una doble significación: Por un lado, el hirsutismo dificultaba la identificación femenina, de todos modos problemática, ya que éste alimentaba constantemente los deseos inconscientes de la paciente de ser hombre. En la biografía de la paciente, la femineidad no estaba investida positivamente, sino que se asociaba con enfermedad (madre) y discriminación (frente a los hermanos). En la pubertad, edad en la que apareció la vellosidad exagerada, la identidad sexual se encuentra de todos modos debilitada. Indicios de masculinidad en la forma de vellosidad corporal refuerzan la reactivación de la envidia del pene y de los deseos edípicos de tener un pene, propios de esa etapa del desarrollo. La verdad es que estos últimos deben haber estado ya antes en el centro de los conflictos no resueltos, ya que de otra manera no habrían adquirido esta importancia. La forma de relación con ambos hermanos suministran indicaciones al respecto: éstos son admirados y envidiados por la paciente; ella misma, como hija, se siente a menudo discriminada. Mientras la paciente pueda tener la fantasía de cumplimiento de su deseo por un pene, la vellosidad calza sin contradicciones en su esquema corporal. El cumplimiento de deseos fantaseado ofrece sin

embargo un alivio, sólo mientras pueda ser perfectamente mantenido. Empero, esto no puede lograrse, ya que una velloidad de tipo viril no hace de una mujer un hombre. El problema de la identidad sexual se presenta entonces nuevamente. En este trasfondo, todos los procesos cognitivos en conexión con los representantes femeninos de sí misma llegaron a ser conflictivos, desencadenaron desasosiegos y por eso debieron ser objeto de mecanismos de defensa.

Por otro lado, el hirsutismo cobra secundariamente también algo del carácter de una sintomatología "de presentación": se convierte para la paciente en la razón para evitar, desde el comienzo, cualquier situación de seducción sexual. Esta función de su minusvalía corporal no es accesible a su conciencia. Para un tratamiento exitoso de Amalia X, de estas reflexiones se pueden deducir dos exigencias: la paciente podrá tomar contactos sociales y sexuales una vez que 1) logre una identidad sexual suficientemente segura y supere la inseguridad en sí misma y cuando 2) abandone sus sentimientos de culpa en relación con sus deseos.

El pronóstico condicionado a estos dos puntos se confirmó. Amalia X llegó a ser esencialmente más capaz de establecer relaciones. Desde hace largo tiempo vive una sólida relación de pareja, sin estar limitada por síntomas. Su relación con la sexualidad se ha aflojado. Su escrupulosidad, al comienzo a menudo extrema, se ha suavizado, aun cuando sus exigencias, consigo misma y el entorno, siguen siendo altas. Impresiona más viva y con mayor humor durante las entrevistas y evidentemente goza más de la vida. Ahora bien, ¿pueden estos cambios remitirse a que ambas condiciones etiológicas hayan perdido su eficacia patogénica, de manera comprobable, a lo largo de la terapia analítica?

Respondemos positivamente esta decisiva pregunta, aun cuando, por razones de espacio, no podamos extendernos en las pruebas de ello. Lo cierto es que la confirmación de cambios estructurales exige exposiciones minuciosas del proceso psicoanalítico. Resumiendo, se puede decir que Amalia X, a pesar de la velloidad viril, encontró el camino hacia una identificación femenina positiva, en el sentido de nuestro pronóstico, y se liberó de los escrúpulos religiosos y de los sentimientos de culpa respecto de sus vivencias sexuales.

Los hallazgos psicométricos que, como control de resultados, fueron obtenidos al comienzo y después de la terminación del tratamiento, como también con motivo de una exploración catamnética dos años después, confirman la apreciación clínica del analista tratante, de que el tratamiento fue exitoso.

En el inventario de personalidad de Friburgo (FPI), ya en la comparación de los perfiles, se ve que al final del tratamiento la escala de valores de la paciente tiende más frecuentemente al rango normal y que los valores extremos son

menos frecuentes que al comienzo del análisis. Al momento de la catamnesis esta tendencia es aún más fuerte.

Los valores disminuyen en especial en las escalas en las cuales la paciente se había originalmente descrito como abiertamente (= valor estándar 1) irritable y titubeante (escala 6), como muy (= valor estándar 2) complaciente y moderada (escala 7), como muy inhibida y tensa (escala 8) y como abiertamente lábil emocionalmente (escala N).

En algunas escalas, después de la terminación del tratamiento, la paciente se des-vía positivamente del valor normal: Amalia X se describe con menos trastornos psi-cosomáticos (escala 1), como más satisfecha y segura de sí misma (escala 3), como más sociable y vivaz (escala 5) y como más extrovertida (escala E). Especial atención merece el valor estándar 8 de la escala 2 después del término del tratamiento, que expresa que la paciente se vive como siendo espontáneamente muy agresiva y emocionalmente inmadura. Probablemente, en ese momento teme todavía sus impulsos agresivos, que ya no controla tan fuertemente como al comienzo del tratamiento. En la catamnesis, este valor se desplazó al rango normal. En el entretanto, la paciente parece haber ganado la seguridad de que no tiene por qué temer a sus arranques agresivos. También es llamativo el valor extremo en la escala 3 en el momento de la catamnesis: aquí, Amalia X, cuyo deseo de tratamiento se remitía sobre todo a distimias depresivas, se describe a sí misma como abiertamente satisfecha y segura de sí misma.

En el test de Gießen (GT), en ninguna de las tres observaciones los valores para la imagen de sí misma se encuentran fuera del rango normal. En relación con este instrumento desarrollado por ellos, Beckmann y Richter hacen notar: "En su concepción se le dio un peso especial a cómo, a través de él, el probando se representa en categorías psicoanalíticas relevantes en relaciones de grupo" (1972, p.12).

Los valores que se desvían de manera más extrema del rango normal, sólo ofrecen una autodescripción inicial como relativamente depresiva (escala HM versus DE) y la caracterización final como más bien dominante (escala DO versus GE). Los perfiles muestran, sobre todo, la tendencia a un desplazamiento de nivel, en el sentido de que la paciente se experimenta, después de la terminación del tratamiento, como más dominante, menos obsesiva, menos depresiva y más permeable (más abierta y más capaz de contacto). En el

momento de la catamnesis, el perfil de la escala de la imagen de sí misma es totalmente normal.

En la imagen que el analista tratante tiene de la paciente (GT-imagen ajena) al comienzo del tratamiento, llama la atención de que él la considera mucho más perturbada, que lo que ella misma lo hace: a los ojos de él, es esencialmente más obsesiva, depresiva, retentiva y limitada socialmente. En estas dimensiones, la imagen ajena cae fuera de la norma. Según Zenz y cols. (1975), es frecuente observar una discrepancia tan clara entre imagen de sí misma propia y la ajena después de la primera entrevista. Después del término del tratamiento, esta discrepancia desapareció. Ahora, el analista ve a Amalia X tan sana como ella se ve a sí misma. Diferencias más grandes siguen dándose todavía en dos escalas: por un lado, el analista considera a Amalia como más atractiva y amable y, por otro lado, también como más obsesiva que lo que ella cree de sí misma.

Los hallazgos psicométricos apoyan la evaluación del analista tratante; los hallazgos en el momento de la catamnesis confirman el desarrollo positivo ulterior de Amalia X en la fase postanalítica.

Con todo, para una teoría psicoanalítica del cambio (Luborsky y Schimek 1964) también son de gran interés los cambios procesales, vale decir, cambios en el modo como un paciente da forma al proceso psicoanalítico. Esta pregunta fue investigada con esta paciente en el marco de un proyecto en el que se registraron criterios de cambios psicoanalíticos especiales en relación con el manejo de los sueños (Leuzinger 1988). Como complemento a los procedimientos psicométricos, sobre la base de protocolos verbales de sesiones de la fase de comienzo y de terminación, y por medio de un análisis de contenido deducido teóricamente, se indagó cómo cambiaron los procesos cognitivos en el manejo de los sueños. La gran variedad de resultados particulares relativos al cambio de procesos cognitivos confirman la evaluación clínica y psicométrica.

La investigación con metodología apropiada para el caso único analítico, aplicada a las experiencias dolorosas de la paciente durante el tratamiento, consigo misma y con el entorno, arroja un curso clínicamente muy revelador.

Durante la primera mitad del tratamiento, la situación de las relaciones de la paciente permanece relativamente constante. En análisis, se ocupa principalmente de ella misma y de su mundo interno, lo que se manifiesta a través del tipo de síntomas que comunica en las sesiones. Eritrofobia, dependencia de los padres, como también inhibiciones en el terreno sexual, impiden que la paciente se enfrente al mundo de una manera activa. Esta etapa

del tratamiento parece terminar alrededor de la sesión n.º 250: el sufrimiento de la paciente ha disminuido fuertemente. En la segunda mitad del tratamiento, el sufrimiento de la paciente vuelve a aumentar; el tratamiento está lleno de intensos enfrentamientos con parejas del otro sexo, lo que también se manifiesta especialmente en la relación transferencial (Neudert y cols. 1987).

La investigación del "insight emocional" como criterio de cambio, confirma asimismo el resultado positivo del tratamiento.

Si se comparan las 8 sesiones iniciales con las últimas 8 de este análisis, las expresiones de la paciente reflejan al final vivencias más llenas de vida. Mientras que al comienzo, muy a menudo éstas se distancian intelectualmente de la vivencia actual o degeneran en rumiaciones obsesivas, en las sesiones finales la paciente se sumerge en sus vivencias, sin que por eso pierda la capacidad de reflexión crítica. Por

lo tanto, al final del tratamiento las condiciones para un "insight emocional" productivo se cumplen mucho mejor (Hohage y Kübler 1987).

En base al ejemplo de Amalia X, pudimos constatar un gran acuerdo en los cambios descritos clínica y psicométricamente. No obstante, también debemos reconocer que el cambio es multidimensional y que no siempre se pueden encontrar cambios congruentes en las diferentes dimensiones.

9.11.3 Despedida

Como lo destacamos en las consideraciones preliminares, las terminaciones de los análisis no transcurren de acuerdo con un modelo fijo. No es raro que la terapia lleve a cambios en la configuración de la vida que arrastran consigo una terminación. Es un error aprovechar la rivalidad entre razones externas e internas para la terminación e identificar los motivos externos con el análisis terminable y los internos con el análisis interminable. La verdad es que el profundo anhelo de infinitud parece conducir a la utopía de poder alcanzarla. Esta fantasía común encuentra su expresión en la concepción no realista de una fase de terminación concebida normativamente.

Conrado Y, científico de 32 años, de presentación desmañada y aspecto insignificante y, junto a ello, amable y sumiso, buscó tratamiento psicoterapéutico a causa de una impotencia que mucho lo abrumaba, después que haber intentado una terapia conductual de tipo Master & Johnson, que había producido efectos positivos sólo de corta duración. Ya en la primera entrevista, el paciente mismo atribuye su falta de espontaneidad, sobre todo en el terreno sexual, a una educación muy estricta. La primera vez que tuvo una relación de pareja estrecha, fue con una mujer con la que quería casarse y que, de acuerdo con su descripción, era adecuada para él.

En su profesión, era apreciado por su talento experimental y, como factótum del laboratorio tenía una posición importante, que sin embargo ayudaba más a la promoción de los demás, significando para él, en cambio, pocas ventajas.

En el FPI se muestran desviaciones del rango medio, particularmente en las escalas de agresividad (valor estándar 7), irritabilidad (valor estándar 3), tranquilidad (valor estándar 1), tendencia a dominar (valor estándar 7), inhibición (valor estándar 7) y abertura (valor estándar 3). Al finalizar el

tratamiento, su perfil muestra desviaciones de los hallazgos de entrada sólo en las escalas de agresividad (valor estándar 8), tendencia a dominar (valor estándar 6) e inhibición (valor estándar 5), de los cuales sólo los valores en la escala de inhibición representan un cambio clínico significativo de 2 valores estándar.

Claro es que en el test de Gießen, 2 escalas apuntan a los cambios del paciente: en la escala "descontrolado-obsesivo" cambia de un valor T de 56, en el polo 'obsesi-vo' de la escala, a un valor T de 39, en el polo 'descontrolado'. Un segundo cambio importante se muestra en la escala "retentivo-permeable", donde el paciente cambia de un valor T de 58 a un valor T de 42 en la dirección 'permeable'. La verdad es que es llamativo que un sentimiento de sí mismo de resonancia marcadamente negativa de un T de 30 mejore sólo a un valor T de 32.

El test de Rorschach al término de la terapia también arrojó sólo un cambio insignificante. Del informe del administrador del test extraemos la siguiente opinión sobre la exploración final:

El paciente reacciona fácilmente frente a estímulos emocionales y maneja de manera variable las situaciones emocionales; puede abandonarse a sus emociones parcialmente primitivas y elementales, pero bajo otras condiciones también puede aprovecharlas de manera positiva a través de control intelectual y de una consideración más fuerte de la realidad. Los compromisos que esto exige impiden que su gran talento intelectual se despliegue sin problemas en el terreno de los rendimientos.

Si los controles afectivos arriba mencionados no son suficientes, se instala una terquedad infantil y una actitud agresiva encubierta, que después se independiza en cierto grado. Las múltiples posibilidades de expresión emocional pueden hacerse efectivas sólo si la situación aparece clara y no peligrosa. Esta aclaración se logra principalmente tanto a través de una retirada a comportamientos normativos habituales, como por un acceso intelectual y racional al dominio de la situación. A pesar de todo, el dominio de su emocionalidad, a menudo violenta, está permanentemente unida con esfuerzos y frecuentemente también con angustia e inseguridad.

Su necesidad de atención la admite sólo con dificultades; tiende a distanciarse de los demás y a esperar de ellos sólo experiencias decepcionantes. Las pocas posibilidades de contacto afectivo están aleadas con agresividad, lo que le asigna, a él, un carácter de naturaleza peleadora.

En esta evaluación resumida del test de Rorschach, en comparación con los hallazgos iniciales, se puede reconocer sin dificultad que los cambios estructurales en los cuatro años de psicoanálisis, registrables psicométricamente, se han llevado a cabo sólo de manera rudimentaria.

En contraste, queremos ahora hacer una sinopsis de los cambios observables clínicamente, que nos autorizan a hablar de un considerable mejoramiento del cuadro de conjunto de una personalidad con rasgos esquizoides obsesivos.

El hecho de que un hombre tenga su primera relación íntima sólo a los 32 años, habla casi por sí solo. La impotencia sexual como consecuencia de un superyó estricto y marcado por normas arcaicas, no es algo muy sorprendente. Como un hecho paralelo, debe verse su impotencia laboral parcial, que consistía principalmente en que él sólo se permitía rendir para los demás. Al momento del comienzo del tratamiento, hacía años que trabajaba en su tesis doctoral, la que pudo terminar después de la reelaboración de las fantasías inconscientes agresivas y grandiosas relacionadas con ella. Estas fantasías se referían, en el plano preconscious, al temido destronamiento de su jefe; inconscientemente, también se relacionaban con el triunfo sobre los limitados rendimientos de su padre, que lo habían llevado sólo a ser un empleado mediocre de correos. Su impotencia sexual estaba básicamente determinada por introyecciones maternas, que le dictaban una estrecha conexión entre suciedad y sexualidad. El dejarse llevar placentero, como requisito previo para relaciones sexuales satisfactorias, permaneció como una meta inalcanzable durante largos períodos del tratamiento. Sólo en el último de los 4 años de tratamiento, el paciente pudo permitirse el deseo de llevar con su mujer no sólo un matrimonio de fin de semana, sino de exigir también un recogimiento diario, que estuvo al servicio del placer sexual en una atmósfera relajada.

Así como la capacidad de amar y de trabajar son los dos pilares de la discusión sobre las metas psicoanalíticas, no debe dejar de mencionarse que como consecuencia de los cambios descritos hasta este momento, también se habían producido una multitud de enriquecimientos de su existencia, aparentemente insignificantes, como, por ejemplo, la capacidad de ir al cine o de leer libros de su especialidad no sólo para conciliar el sueño. Con la entusiasta lectura del libro de Stefan Zweig, Momentos estelares de la humanidad, un mes antes del término de la terapia, el paciente se compara con el viejo Goethe, cuyo enamoramiento en las Elegías de Marienbad lo había hecho comprender tan bien que "un viejo árbol nudoso también puede rejuvenecer".

Si lo medimos con el ideal del análisis completo, este tratamiento es dolorosamente incompleto. Su terminación se alcanzó principalmente a través de la apreciación realista de que Conrado Y no haría carrera científica y que como

científico experimental le sería difícil encontrar un trabajo adecuado a la edad de 36 años. Después de una búsqueda larga y torturante, una oferta de tomar la dirección de un laboratorio en una ciudad de provincia precipitó la terminación del análisis.

En una de las últimas sesiones, planteó la pregunta, importante para él, de si acaso habría dejado huellas en el lugar donde había vivido, si acaso habría dejado una impresión duradera en su analista, una pregunta que hasta el momento había evitado cuidadosamente.

Siempre había echado pestes en contra de los preferidos del jefe, en contra de los que podían congraciarse con éste, mientras él sólo había podido formular su amor sin palabras, a través de las interminables horas nocturnas sentado frente al compu-tador. Se pregunta si acaso no sería mejor para él renunciar totalmente a tal deseo, pues "finalmente, no se pueden plantear preguntas insolubles cuando ya se está por tomar el tren". Como hijo único, había evitado a lo largo de todo el período de tra-tamiento el papel de los "hermanos" analíticos, de los demás pacientes, y rechazado mis indicaciones al respecto.

En la penúltima hora, habla sobre la experiencia con el test de Rorschach. Al administrador del test lo puede describir sólo vagamente, pero su enfrentamiento con las láminas lo ha vivido de manera totalmente diferente que al principio. Ya no más con esa actitud expectante, sino como una experiencia placentera, de tenerlas bajo control, de poder jugar con ellas. De las "graciosas láminas" pasa a la posibi-lidad de comenzar a pintar, a que ahora, en especial, pintaría hojas otoñales multi-colores. "Antes, para mí todo era gris en gris" agrega, "ahora veo los colores".

En la evaluación de los resultados del tratamiento, demos la última palabra al pa-ciente, reproduciendo algunos pasajes de la última hora de análisis.

P.: Sí, de alguna manera encuentro, fue –también por mi vivencia– me llevo algo conmigo. Las horas acá, fueron ... ah, quisiera decirlo de una manera elegante, pe-ro se me escapa la palabra. (Pausa.) Sí, lo diría simplemente, fue toda una expe-riencia, esa es la verdad. Sí, no sé realmente lo que fue. Seguro es que no siempre me gustó, pero evidentemente también en eso reside el valor de una experiencia. (Pausa.)

A.: Esta experiencia aquí, ¿qué es lo que fue? ¿Qué tuvo de distinto?, ¿qué fue lo que, de esta manera, en ninguna otra parte había podido, hasta ahora, encontrar? (Pausa.)

P.: Ahora, creo, esto fue casi verdad, que aquí, cuando venía donde Ud., tenía la impresión de poder salir nuevamente del rincón en que había caído. Sí, quizás se

lo puede caracterizar así, que aquí no tenía de qué avergonzarme, avergonzarme del rincón en que me encontraba. Y al parecer, bastó sólo eso para salir del rincón. (Pau-sa.) Y qué significa avergonzarse, creo, que también eso está contenido, el que yo haya podido decirlo. Pues la vergüenza no se declara, uno se retira, se esconde. Aquí pudo interrumpirse el esconderse. Sí, hablar sobre ello y, en este sentido, re-flexionar, vivirlo uno mismo, eso fue, creo, un cierto elemento de este punto, a partir del cual para mí, a partir del cual pude volver a salir arrastrándome del rincón, creo yo. Ese fue, cómo lo digo, la herramienta, la máquina con la que pude hacerlo. (Pausa.) Ahora bien, ese día se asocia con, creo, me recuerda este trata-miento. Junto a ello, más concretamente, recuerdo este espacio, este lugar, pero la persona, realmente no. Su persona se me sugiere mucho más con su voz, sí, yo le digo, esa fue la herramienta para salir de la prisión. Sí, realmente, salir fue un en-redo. (Pausa.) Un enredo –yo mismo no lo recuerdo mucho–, que no tenía solu-ción. (Pausa.) Sí, creo que el punto de giro esencial fue el que aquí simplemente tuve un espacio, ahora en un sentido figurado, que evidentemente buscaba y que sin embargo sólo podía aceptar con titubeos. Y este espacio es tal vez un signo de ello, del poder desahogarse.

A.: Y parece ser un espacio que se le había perdido, o que quizás nunca conoció, en la estrechez, en el estar protegido, en la restricción en la que creció

P.: Sí, sí, ahora, sea como fuere, ese espacio estaba muy perdido, sí, ahora, tampoco sé si alguna vez lo conocí, actualmente he encontrado también más espacio con mi mujer.

A.: Ah, también porque tal vez aquí pudo hacer la experiencia de que se puede plantear tal exigencia.

P.: Sí, sí, ese fue un descubrimiento –digamos– lento, cansador, casi diría cansador, cansador, pero, honestamente, diría un descubrimiento, en el que poco a poco me di cuenta de que podía reclamar este espacio. Quizás, en el último momento hasta digo: sí, puedo reclamar algo así. Reclamar –una palabra que ahora resuena– cuando pienso en el trabajo que ahora empiezo, me lo he propuesto, me digo que puedo reclamar para mí el espacio, en un sentido figurado. Y no tener más esa in-certidumbre cuando tengo que concretizar algo, reclamar entonces que me tomen en serio y que si no es así, me enojo. Tengo ese derecho, lucharé por él. Puedo reclamar para mí el derecho a entrar de acuerdo con mi manera de ser, entrar aquí según mi propio estilo. Esto se fue dando tan paulatinamente, sólo casi al terminar aquí me lo inculqué, aquí, donde pude acostumbrarme a reclamar y, con ello, a que eso es lo mismo que tener derecho a algo. (Pausa.) Sí, eso emergió tan gradualmente. Si comparo el comienzo con el final, puedo reivindicar que también aquí estoy muy vivo. No soy ninguna marioneta, no.

La doble negación refuerza la negación. Por lo tanto, después de 4 años de análisis, el paciente expresa muy decididamente que ya no es una marioneta, ya no más. A los profundos y amplios cambios en su sentimiento de autoestima, que encuentran así su expresión, quisiéramos agregar que tales cambios se unen con el reen-cuentro del placer en el movimiento corporal y espiritual. Finalmente, la figura de la marioneta es una metáfora de un juguete sin vida, cuyos movimientos fijos pueden ser puestos en marcha sólo a través de otro y desde afuera.