

10 Temas especiales

Consideraciones previas

De manera inevitable, este capítulo difiere en lo temático del que le corresponde en el tomo primero, sobre los fundamentos. Sin duda, la relación entre teoría y práctica ha quedado clara al lector en todos los ejemplos. La exigencia teórico-científica que se le pone hoy en día a la unión inseparable no puede ser satisfecha en un tratado clínico.

En su lugar, podemos familiarizar al lector con problemas especiales que son de gran significado clínico, como se demuestra en el ejemplo de la interconsulta (10.1). Tanto por razones terapéuticas como interdisciplinarias, también el tema de la religiosidad (10.3) merece nuestra atención especial. La inclusión de científicos no involucrados en el acontecer terapéutico en la investigación del diálogo psi-coanalítico, nos vuelve a poner frente a la cuestión de la unión inseparable, tal como sucede en el ejemplo de la "buena sesión" (10.2).

10.1 Interconsulta

En acuerdo con Szecsödy (1981), diferenciamos entre interconsulta y supervisión, entendida la primera como una consulta en el marco de una relación entre colegas, no determinada por relaciones de dependencia, tal como ha sido tradicional entre los médicos frente a difíciles problemas diagnósticos y terapéuticos; por supervisión entendemos una situación de aprendizaje en el marco de la formación. La antigua denominación de "junta médica" (Konsilium) ha caído en desuso, de tal manera que nos atenemos al uso lingüístico internacional y hablamos de interconsulta y de supervisión. La "supervisión", término introducido desde el idioma angloamericano, ha reemplazado la estricta expresión de "[análisis de] control", antes usual, sin que este término y su

etimología latina -la "inspección" que debe llevar a cabo el "ana-lista de control", desde ahora "supervisor"-, haya cambiado algo en esta materia y en los problemas relacionados con ella. Y esto, porque a la supervisión también pertenecen el control y la calificación. Someterse a supervisión es una obligación, la interconsulta se acuerda voluntariamente. En la interconsulta toman parte 3 per-sonas, el paciente, el terapeuta y el consejero. En el caso de la supervisión se agre-ga, no una cuarta persona, sino una institución: el instituto de formación, cuyos estándares son fijados y controlados desde arriba por las asociaciones nacionales e internacionales.

Un analista ajeno, vale decir, que no toma parte en la interacción diádica entre te-rapeuta y paciente, posee, a partir de esa distancia, una perspectiva diferente y en cierto modo más amplia. Como supervisor competente, no está involucrado en los procesos de transferencia y contratransferencia y, por lo tanto, se encuentra en una posición favorable para alertar al terapeuta sobre los efectos directos y secundarios de su sentir y pensar.

El complejo campo de la supervisión y de la interconsulta precisa de estudios de-tallados y cuidadosos para poder aclarar importantes interrogantes de manera más exacta de lo que hasta el momento ha sido posible en la práctica. En lo que sigue, informamos sobre una parte de una investigación que tuvo el siguiente diseño: Se transcribieron 10 sesiones consecutivas. Cada 2 sesiones se realizaba una intercon-sulta con un colega experimentado en supervisión. Antes del encuentro, éste leía cuidadosamente la transcripción de las sesiones y después dictaba sus observacio-nes, en preparación a la interconsulta. Estas observaciones están incluidas y seña-ladas como tales en el texto.

De la serie obtenida, seleccionamos la hora de tratamiento n.º 114 y la intercon-sulta que tuvo lugar a continuación.

De las observaciones del supervisor, se desprende que no sólo el analista tiene una estrategia de comprensión e intervención, sino que también el colega consulta-do introduce su propia comprensión de la interacción. Con el fin de poder ordenar mejor las observaciones y proposiciones del consejero, reproducimos algunos pun-tos de vista esenciales de la concepción de supervisión sostenida por Szecsödy (1981):

Para posibilitar un nuevo aprendizaje como meta de un tratamiento psicoanalítico, analista y paciente deben desarrollar un espacio interaccional propicio. En la vida cotidiana, importantes estructuras anímicas dificultan que nuevas experiencias pue-dan ser utilizadas acomodativamente, de modo de poder cambiar esos esquemas y así dominar los requerimientos vitales. Estas estructuras se originan en el des-arrollo psicosocial a partir de esquemas individuales, ordenados jerárquicamente, de representaciones de sí mismo y de

objetos, y de los afectos, fantasías y expectativas correspondientes. Estas expectativas influyen nuestra percepción (Neisser 1979) y también nos motivan a reforzar las mismas vivencias a través de repetición. En la interacción psicoanalítica típica, las estructuras interiorizadas son puestas en relieve a partir de los intentos de repetición, específicos para cada individuo. El paciente puede alcanzar una perspectiva de comprensión de sí mismo, concordante con su historia vital y emocionalmente convincente respecto de la actualidad, vale decir, se puede confrontar con las siguientes preguntas: ¿quién soy yo?, ¿qué hago?, ¿cómo y por qué lo hago? Esta perspectiva de sí mismo transformada acarrea cambios en las estructuras intrapsíquicas, con lo cual se posibilita una mayor abertura frente a nuevas experiencias.

Para facilitar el cambio y el crecimiento es esencial que el analista cree un espacio favorable para ello. El uso metafórico del espacio remite a cualidades que Winnicott señaló con la imagen del *intermediate area* (área intermedia; en inglés en el original).

Dado que lo que importa es la mayor abertura posible, es evidente que en la supervisión y en la interconsulta la atención debe dirigirse a los pasajes en que el terapeuta coarta el desarrollo, ya sea por conocimientos insuficientes en el campo del trastorno individual de su paciente, o por causas emocionales del propio terapeuta, es decir, debido a una contratransferencia situacional o habitual. Szecsödy propone los términos de *dumbness* y de *numbness*, que, de acuerdo con Ekstein y Wallerstein (1972), traducimos como "desconocimiento" y "ceguera" respectivamente.

A efectos de la reproducción de la sesión n.º 114 de la terapia de Arturo Y, el protocolo de la transcripción fue parcialmente resumido y enriquecido con las observaciones del interconsultor.

Arturo Y comienza la sesión relatando una vivencia típica para él: recientemente se había dado cuenta de que podía hacerse de mayor espacio y agrandar su pieza de trabajo.

Para ello había utilizado un revestimiento de madera. Durante el trabajo se había sentido muy inseguro y había tenido la siguiente fantasía: "Si no me resulta bien, me encontraré frente a un caos." Para la ampliación había utilizado madera bastante rústica. Con alguna imaginación, en las vetas de la madera se podía formar la letra W. Entonces se le vino la idea: "¡Hombre!, la W se puede invertir formando una M y la M se puede leer como 'muerte'. Como en la película 'M' de los años 30, en la que un hombre se llamaba a sí mismo 'M', luego de cometer un crimen, de haber dado muerte a alguien."

P.: ¡Típico! A decir verdad, me enojé tremendamente conmigo mismo. Me la había arreglado de lo más bien, y se me ocurre una estupidez semejante, algo

horro-roso, traído por los cabellos. En lugar de alegrarme, estuve todo el tiempo preocupado con el problema de si debía o no cambiar la tabla. Se me acaba de pasar por la mente, creo que Ud. no estará la próxima semana. Con eso me invade el sentimiento de estar desamparado, solo, una sensación de abandono, porque esto sólo lo puedo hablar con Ud.; otros me declararían loco.

Observación: El paciente manifiesta que se ha procurado un espacio más amplio, que en ello se enfrenta con un peligro. No puede poner de acuerdo vínculo con autonomía. Cuando se enoja con el padre-analista, porque éste lo abandona, la rabia adquiere una intensidad criminal. El analista interpreta el síntoma en relación con un repentino cambio de humor que surge con frecuencia: cuando crece la alegría, el entusiasmo y el orgullo por el buen trabajo, aumenta la autoevaluación crítica y la autocondena.

El analista no recoge la indicación sobre el sentimiento de abandono; eso podría ser mostrado en la interconsulta. En su lugar el pone como foco el orgullo, un tema recurrente.

P.: Si no hubiera sido la M, habría surgido otra cosa. La M simplemente me amargó la alegría por el trabajo exitoso. ¡Fue tal mi reacción de despecho, de rabia! Las tablas permanecieron en su lugar. ¡De ninguna manera voy a hacer todo el trabajo de nuevo! Siento rabia por la amenaza siempre latente, que ya he vivido mil o diez mil veces.

A.: Me parece que es algo nuevo, eso de que piense en que le da rabia.

P.: Contra lo que me apremia así.

A.: Rabia en contra de lo que le presenta oposición.

P.: ¿Eso le parece nuevo? ¿Nunca había hablado de eso? La rabia no me es algo ajeno. Podría haber hecho trizas el revestimiento de madera.

A.: Aún no me queda claro.

P.: Durante un segundo pensé: ¡Saco las tablas! Y en ese momento, la porfía: ¡Pues no, que no lo hago! No puedo hacer desaparecer lo que ya me ha generado angustia, en ese caso estaría permanentemente ocupado de eso.

Observación: Aquí el paciente muestra claramente cómo lucha en contra de su mala adaptación actual. El quisiera conservar su autonomía. Quiere no sólo rehuir, si-no que desearía poder utilizar sus energías agresivas de manera constructiva.

A.: Sí, ¡claro que es un duelo, una lucha entre dos! Un duelo en contra de la brutal superioridad de este mundo, en contra del poder del objeto agresor que lo ataca, y que lo lleva a reprimir la rabia.

Observación: En la medida en que nombra el conflicto interiorizado (pero fácil de ser una y otra vez exteriorizado), el analista recoge la problemática central.

Sin embargo, no me parece conveniente hacer ahora una generalización histórica. El analista debería elaborar la rabia en la relación con él.

P.: Ayer, además de todo el caos en el cuarto, teníamos una invitación. En la tarde, mi hijo tocó los solos de órgano en la capilla. Desde hace un año y medio es costumbre acompañarlo. También es una oportunidad para ver sus progresos.

A.: En eso se ve también el orgullo de sentarse en la sala y estar ahí, cuando su hijo llena el espacio.

Observación: Nuevamente, una alusión al analista, que se desvía y no acompaña los progresos del paciente. Sería importante saber por qué el analista recalca el orgullo. ¿Es que está orgulloso del paciente, o de sí mismo? ¿Es una reacción a cómo el paciente llena el espacio, por ejemplo, al encontrar más espacio para él mismo y también al querer llenar el espacio terapéutico?

P.: Esta vez fue imposible acompañar a mi hijo. Teníamos una invitación ...

Ahora, de lo que se trata realmente es de mi indecisión frente a sacar o no las tablas de nuevo, no tanto por el trabajo que eso implica, sino que se trata de si me dejo o no vencer por mi angustia. Con ayuda del análisis, alguna vez saldré completamente de esta historia.

A.: Ese es un lado, si Ud. se debe dejar vencer o si es más fuerte. El otro lado, que tal vez le parezca algo artificial, es que el enemigo es Benignus (un maestro sádico del internado), y que la tabla es el diablo. En ese caso Ud. es el vencedor, si lo quita de en medio, si lo hace trizas. Para dar un salto aún más grande: un duelo que sostiene con la tabla. Y el análisis, ¿ayuda o no? ¿No será que Ud. está tan furioso conmigo, que cuando hoy se vaya no podrá reponerse nuevamente y quisiera hacer-me trizas junto con la tabla?

Observación: El paciente habla de las posibilidades de arreglárselas con sus enemigos, como la angustia, la dependencia, etc. Lucha por su autonomía, pero también quisiera conservar los vínculos. Por lo tanto, existe un conflicto entre dependencia y autonomía, que está fuertemente cargado de obstinación y de agresividad sádica. El analista se toma como objeto de la rabia. ¿Por qué?

Quizás sería mejor iluminar la dependencia del paciente a través de la relativa libertad del analista (niño-adulto). El analista puede decidir sin angustia: puede irse y dejar al paciente con sus angustias.

Todavía flota en el aire la pregunta de por qué el analista no recoge la indicación sobre la separación inminente.

P.: Me siento como si estuviera en una trampa, en un dilema, y se me escapa el tiempo de entre los dedos. Si no fueran las tablas, sería otra cosa. No tengo claro si me angustio porque de alguna manera veo esta figura como si nuevamente hubiera llegado el momento de tener angustia, como que fuera preciso tenerla.

A.: O que fuera el momento de estar enojado, de tener el extremo placer del orgullo. Así como el oficial de la SS (se refiere al historial previo señalado en la sección 8.3), y entonces en el orgullo habría casi maldad o crueldad, una arrogancia sin límites.

P.: Sí, no sé, lo que Ud. me dice hoy -me perturba- es tan abstracto.

A.: Sí, lo es. Anteriormente le había sugerido que, por una parte, cuando tiene éxito y se alegra, se siente satisfecho y orgulloso. Entonces, en ese momento, aparece la idea: ¿Quién fracasa entonces? Luego surge un pensamiento que le molesta y de cual quisiera liberarse: que soy yo quien le ayuda en esto ...

P.: Sí, ¿terminó?

A.: Sí, terminé.

P.: Me pareció (ríe) como que se hubiera interrumpido en la mitad de una frase.

A.: Hm.

P.: Sí, para mí era ... cuando soy capaz de hacer bien algo manual, eso está unido con el maravillarse. Durante mucho tiempo pensé que yo no podía. Cuando lo veo, me enorgullezco, pero no por mucho tiempo ... Y ahora no recuerdo nada de la frase que Ud. acaba de decir.

A.: Que a través de ese pensamiento se demuestra que yo no puedo hacer nada.

P. (ríe): ¿Y eso tendría que llenarme de orgullo? No lo entiendo. Por así decirlo, me he colgado de Ud. Si lo comparo con una rama sobre la que estoy, si ésta se quiebra, me caigo: ¿y eso tendría que llenarme de orgullo?

A.: Sí, orgullo de que yo no sea capaz de terminar nada.

P.: Pero, ¿por qué me tengo que alegrar por ello? En este punto no entiendo nada. ¿Qué consigo yo con eso?

A.: Sí, como le dije, a mí también me parece algo artificial.

P.: Me sorprende que Ud. llegue a semejante idea. Eso sólo calzaría si yo lo considerara un rival, sólo entonces me podría alegrar si descubriera que Ud. no puede hacer nada. Yo vengo acá para que me ayude, tal como se va a un médico. Nadie se puede alegrar si descubre que la persona no es digna de confianza, que simplemente es un fracaso. Tengo la sensación de que hoy día tenemos un nudo, un enredo en alguna parte.

Observación: El paciente ofrece al analista llegar a un acuerdo sobre el estado del diálogo.

A.: Sí, por lo que he dicho se ha generado un enredo, un nudo ... No he querido decir que la alegría se base en desvalorizarme a mí como artesano. Para Ud. claro que es importante que yo sea un buen artesano. No quiero decir eso, sino que cuando a Ud. de alguna manera se le envidia el placer del éxito y la alegría, surge una rivalidad con una intensa lucha y rabia. Yo he tratado de meterme en la lucha entre Ud. y las tablas.

P. (ríe levemente): Eso suena como si se estuviera al borde de la locura, la lucha entre yo y las tablas. Tal vez hoy día estoy también especialmente sensible ... Sí, sí, es bastante complicado, una vida anímica así. "¡Alegraos de la vida! Con qué afán nos complicamos las cosas, se buscan espinas ... y se las encuentra." A veces esto me viene a la medida.

A.: Sí, cuando las espinas se entierran, producen dolor, entonces uno se enrabia y quisiera sacarlas, zafarse de ellas.

Observación: Lo más doloroso para el paciente es, sobre todo, lo siguiente: "Me duele pedir ayuda. Con rabia y omnipotencia, quisiera destruir al que me hace to-mar conciencia de mi dependencia." El analista podría, junto con el paciente, desta-car esto más decididamente. Un buen tema para las interconsultas siguientes.

La interconsulta

A continuación, ofrecemos una exposición resumida de la sesión de interconsulta. Al comienzo, el interconsultor plantea que se debería aclarar cuál es la mejor ma-nera de trabajar con el conflicto del paciente (lucha entre autonomía y dependencia). El analista acentúa que la sesión la considera mala, porque ofreció construcciones demasiado intelectuales, con la intención de "dar un sentido al síntoma sin senti-do". El analista está descontento porque no logró mostrar al paciente cómo él, a través de la lucha, quería convertir al analista en un fracasado. En este punto, el in-terconsultor trae al recuerdo del analista un pasaje de Freud, muy conocido por és-te: "Pues, ¿qué mejor venganza para los pacientes que mostrar, en su propia perso-na, la impotencia y la incapacidad del médico?" (1905e, p.105). Luego, el trascur-so de la hora es reconstruido entre ambos, llegándose al acuerdo de que los "nudos" mencionados representan también la tarea que se le presenta a la interconsulta.

Interconsultor: En primer lugar, quisiera oír de Ud. lo siguiente: En mirada retros-pectiva se siente descontento. Ud. hizo un nudo; ¿qué podemos hacer con él? ¿De-jaría fluir sus pensamientos para descubrir qué era lo que Ud. quería hacer?

A.: Se me ocurre algo que calza bien con un pensamiento que tuve durante la se-sión. El paciente goza y se satisface volviendo a destruir lo que ha hecho. Y por-que el objeto se transforma en un enemigo al que vence, corresponde entonces que construya un objeto para después volver a destruirlo.

Interconsultor: Simbólicamente.

A.: Sí, cuando soy yo quien le sugiere que deje tranquilamente que emerja algo de su angustia e intente posponer sus acciones obsesivas, entonces soy yo quien le li-mita la gratificación.

Interconsultor: El placer de destruir algo.

A.: Sí, y en el momento en que él llega, luego de que efectivamente le ha ido bien, y también ha vuelto a destruir algo, por lo visto yo quería hacer algo para que las tablas permanecieran en su lugar, que él no las destruyera. Quería darle hoy algo de placer gratificante.

En la medida en que el interconsultor invita al analista a dejar fluir su pensamiento, a pensar en voz alta (lo cual no es necesariamente idéntico con asociar libremente, sino que significa más bien un reflexionar en voz alta en una atmósfera relajada), el analista descubre su parte en esta lucha de a dos. En tanto ha hecho algo, ha puesto también trabas al paciente. En vez de dejar primero que el conjunto se desplegara, estaba interesado en impedir que el paciente destruyera nuevamente las tablas. Además, el analista supone, y esto le importa mucho, que este tratamiento transcurre exitosamente. Es evidente que el analista ha abandonado la neutralidad, con el deseo de que el paciente no vuelva a destruir lo que ha construido.

Dando un paso más allá, el interconsultor llama la atención sobre el tema del abandono, que ya se le había ocurrido durante la lectura del protocolo. Queda claro que el analista, a pesar de las inequívocas indicaciones del paciente -como "abandonado", "estar a merced de", "solitario"- no ha escuchado esta temática. La confrontación con el material le devuelve el recuerdo, pero no la evidencia afectiva, de que éste podría haber sido un tema dinámicamente relevante de la sesión.

A.: Durante la sesión estuve demasiado metido en mi propia onda. Una vez que me sintonicé en esa frecuencia, perdí la flexibilidad para abandonar la frecuencia nuevamente.

Interconsultor: Ud. partió de la teoría de que él constantemente construye objetos para después destruirlos. Yo veo la siguiente dinámica: el paciente habla mucho de autonomía. Ud. no pudo transmitir convincentemente el tema de la competencia, del éxito; permaneció como una construcción artificial. Sin embargo, su tema surgió de una interacción y condujo a una interacción: en lugar de conducir a un trabajo conjunto y a la alegría común por el éxito, llevó a un enfrentamiento. Ud. no quería permitirle destruir lo que él, lo que ambos, habían construido. El paciente se sintió abandonado. Esto lo ilustró con su hijo, a quien no quería dejar tocar solo y que sin embargo tuvo que abandonar.

A.: Ahora sé por qué no pude prestar bien atención: estaba en otra línea, no en aquella del que no puede dejar tocar solo a su hijo, sino en la perspectiva de quien está tan orgulloso, que debería de todas maneras estar allí presente, porque ése era su éxito. En un sentido más amplio, esto quiere decir que no puede dejar

solo a su hijo, ya que entonces deja pasar la oportunidad de participar en el éxito y de identificarse con el éxito de su hijo.

Para el interconsultor, estas reflexiones son una confirmación de su manera de entender las cosas, de que el analista había tomado esta línea y permanecido en ella, porque él mismo está tan identificado con el éxito en el trabajo terapéutico, como el paciente lo está, como padre, con su hijo. Así, se llegó a un duelo entre hijo y padre, entre paciente y analista. En la secuencia siguiente, el interconsultor trata de sacar partido a esta hipótesis.

Interconsultor: Claro que la idea del orgullo tiene en la típica relación entre padre e hijo un lado positivo y otro negativo. Se puede compartir el orgullo, pero también se puede rivalizar, y también reaccionar así: "Quiero hacer esto solo, hacerlo por mí mismo. Y no lo hago porque tú siempre me echas a perder la alegría de hacerlo por mí mismo."

A.: Sí, en un momento el paciente dijo: "Si fuera así, que yo me divierto desvalorizándolo, entonces estaría loco."

Interconsultor: Sí, y con ello Ud. dijo: "Ud. tiene que utilizarme como un buen terapeuta"; pero cuando el éxito suyo es vivido por el paciente como ilimitado, en ese momento Ud. se involucra en esta lucha. Yo creo, para sintetizar todo esto en un concepto, que trabajamos de manera diferente con la misma imagen. Yo pongo el foco en la dinámica padre-hijo: el paciente mató a su padre y tiene que estar permanentemente inventando uno de nuevo, de un modo tal, que ambos puedan ganar si le va bien a él. Pero con el ser abandonado, el deseo de autonomía se llenó de desilusión y de rabia.

A.: Lo interesante para mí de nuestra conversación es el desarrollo ulterior de mi teoría. El que haya tomado mi prohibición, pero con ello también haya sentido rabia, y que desee transgredir la prohibición. Ahora siento curiosidad por saber si va a desarmar el tabique o no; espero estar abierto a ambas posibilidades.

Para el interconsultor, el trascurso de esta sesión dejó claro que al comienzo se había dado una disputa, disputa que se prolongó hasta que el analista pudo moverse hacia la manera alternativa de ver las cosas. Como consecuencia de su deseo de impedir algo al paciente, para poder sentirse orgulloso él mismo, el analista perdió la neutralidad y con ello derivó hacia un enfrentamiento con el paciente.

10.2 Reflexiones filosóficas sobre el problema de la "buena sesión"

A continuación de la interconsulta descrita en la sección anterior, la sesión n.º 115 transcurrió de tal modo, que el analista se acordó inmediatamente del concepto de la "buena sesión" (Kris 1956). Una comparación de la "mala" sesión -n.º 114- con la "buena" -n.º 115-, se encuentra en otra parte (Löw-Beer y Thomä 1988).

Quisiéramos llamar la atención del lector sobre un aspecto especial de la exposición que haremos a continuación. Se ha demostrado como extraordinariamente fructífero para la práctica y la investigación psicoanalíticas, que un tercero independiente, es decir, científicos de otras disciplinas, se ocupen con transcripciones de diálogos terapéuticos. De esta manera, no sólo se puede poner sobre fundamentos sólidos la investigación empírica en proceso analítico; finalmente, por ejemplo, también filósofos pueden examinar textos analíticos.

De este modo, la polémica de las ciencias del espíritu con el psicoanálisis es llevada a un punto de partida que se adecua a los tiempos actuales y que está cercano al nivel del fenómeno. Nuestro pensar y actuar psicoanalítico se ha visto fomentado de manera muy esencial a través del trabajo conjunto

interdisciplinario en base a transcripciones. Pensamos que la siguiente interpretación, hecha por un filósofo, es un instructivo ejemplo en este sentido.

Se investiga una "buena" sesión, que también denominamos "sesión de abertura de brecha". Para comprender que es una buena sesión, es necesario aclarar cuáles son los cambios positivos de un paciente en una sesión. En esto se deben distinguir los factores causales relevantes para tal cambio favorable.

El concepto de "buena sesión" se puede dilucidar por lo menos desde dos puntos de vista: Primero, aclarando cuáles son, en la sesión analítica, las buenas condiciones de interacción y las vivencias acompañantes; por ejemplo, si las ocurrencias del paciente y las interpretaciones del analista se complementan y si el paciente se siente comprendido (Kris 1956; Peterfreund 1983). El segundo punto de vista, sobre el cual se debe dirigir especialmente la atención, se refiere al cambio terapéutico posibilitado por la interacción con el analista. En esto, no hay que excluir que también interacciones malogradas con el analista -por ejemplo, sentirse no comprendido- puedan causar cambios curativos, si la falta de empatía se transforma en objeto del diálogo.

Cuando se distinguen estos puntos de vista, es posible intentar una síntesis entre ellos. En la literatura se encuentra el peligro de una síntesis irreflexiva, cuando se atiende sólo al desarrollo, en el paciente, de las capacidades que hacen posible las buenas sesiones de análisis. Por tales se piensa en la capacidad de integración psíquica, de autoobservación y regresión controlada. El mencionado ensayo de Kris no alcanza a eludir totalmente esta trampa, y los estudios de

Peterfreund tampoco es-tán libres de destacar las capacidades del paciente que hacen de él un analizando adecuado. En ello, queda en suspenso si las capacidades que posibilitan buenas horas analíticas coinciden con las capacidades que son deseables en el resto de la vida.

Se intentará fundamentar, tanto descriptiva como causalmente, qué es lo bueno o lo malo en la sesión, y qué es lo que promueve cambios relevantes en el paciente. Estas hipótesis deben ser probadas en otros casos. Por ejemplo, característico de una mala sesión es que el analista no tome en cuenta lo que el paciente sabe de su síntoma y que, en cambio, le sugiera puntos de vista alternativos frente a su ex-periencia del síntoma. Por el contrario, en la buena sesión el analista amplía las relaciones que atañen a la experiencia del síntoma, de una manera que permite al paciente integrar elementos biográficos y desarrollar una perspectiva emocional e intelectual adecuada sobre su propia biografía. Probablemente, para el desarrollo positivo del paciente, tanto el estilo comunicativo del analista como sus interpre-taciones son relevantes. Un determinado estilo comunicativo, que llamaremos "téc-nica dramática", podría ser un tipo de actuar terapéutico recomendable.

Arturo Y, sobre cuyo análisis se basan las reflexiones siguientes, padece desde su juventud de ideas obsesivas. El aspecto más llamativo de la sintomática del pa-ciente consiste en pensamientos obsesivos de tener que asesinar a sus hijos. El cri-men de sus propios hijos le parece peor que morir, por lo que estos pensamientos obsesivos conducen a típicas acciones de defensa: "Sólo si haces esto o estotro se impedirá que tengas que asesinar a tus hijos." De esta forma, durante un tiempo tu-vo temor de un Dios cruel que podría obligarlo al infanticidio si él no le obedecía.

P.: Como si Dios ... fuera un oficial de la SS, ... uno que si no se lo saluda en la forma m*s perfecta, me ... castigaría con la muerte o tal vez peor, ... si yo llegara a asesinar a uno de mis niños, eso sería peor que estar muerto.

La sesión n.º 115 puede ser calificada como sesión de abertura de brecha. La apa-rición de un cambio positivo en el paciente es evidente. El paciente llega a la se-sión ansioso y resignado, con su típica mentalidad de víctima, y se retira liberado. Arturo Y alcanza una fuerza expresiva casi poética. Si hasta el momento su ira se restringía a una experiencia sintomática ante cuyo poder maligno debía inclinarse, ahora la oscilación entre furia e impotencia llega a formar parte decisiva de su re-lación con las figuras de autoridad. La vivencia sintomática es transportada a las si-tuaciones en las que aparece como adecuada. Para decirlo en términos del analista: el paciente ha reencontrado sus sentimientos. La hipótesis del analista es que en ello se trata de conflictos ante los cuales el paciente ha reaccionado con defensas patológicas.

Resumiremos la sesión concentrándonos en los aspectos que suponemos promovieron el desarrollo del paciente. Se presume que el motor del cambio no es el lo-gro de insights sobre la propia persona, sino que Arturo Y, a través del papel animador desempeñado por el analista, es conducido a reaccionar de una manera emocionalmente adecuada frente a situaciones que lo oprimen. Se llega a una forma especial de insight: el paciente logra una comprensión adecuada de su situación.

En la escena que sigue, el analista se comporta como un director dramático, que incita al paciente a interiorizarse en los roles que éste guarda en sus recuerdos. Esto es llevado a cabo en tanto amplía dramáticamente el libreto que está a disposición del actor, en este caso, los recuerdos del paciente.

El paciente cuenta de un cirujano poco empático que le extrajo las amígdalas con anestesia local cuando tenía 9 años. El paciente tenía miedo, constantemente quería tragar; sin embargo, el médico lo había obligado imperiosamente a mantener la boca abierta.

A.: Ah, entretanto fluía mucha sangre.

P.: Sí.

A.: Estar continuamente tragando y tener, eh, miedo de ahogarse, tener el agua, la sangre, hasta el cuello.

Reflexión: La referencia al agua se me ocurrió porque una vez el paciente estuvo de hecho en peligro mortal; casi se ahogó.

A.: Las tijeras con las que él cortó y que casi lo llevaron a ahogarse. Esa es la experiencia cuando la sangre fluye y se junta allá atrás, en la garganta, en el cuello. Si se le escupe [al cirujano] en la cara, entonces se tiene que temer que éste se pondrá aún más furioso.

P.: Sí, si sigo esa idea, ¿cómo defenderse? Lo lógico es desquitarse con la misma moneda.

A.: Sí, y Ud. claro que tiene el instrumento adecuado, es decir, la tijera o cualquier otro objeto punzante.

P.: Tales pensamientos son inmediatamente prohibidos.

A.: Es también la situación la que los prohíbe. La superioridad es tan grande.

P.: Y entonces, sí, por así decirlo, se reprime, se reprime siempre, aparece en otra parte la tijera. Aparece también allí, donde ... sí, tengo algunas ideas al respecto. Si como niño de 9 años, digamos, le tirara el objeto más a mano por la cara, entonces él, de acuerdo con las expectativas de un niño de 9 años, me liquidaría.

A.: Si Ud. toma el cuchillo con el que él anda cortando a diestra y siniestra.

P.: Si yo me defiende, entonces él me liquida, entonces se acabó. Es el final, estoy listo, exactamente lo mismo que de verdad temo hoy día.

A.: Sí.

P.: Pues en ese caso yo causaría algo con una tijera que me liquidaría, estaría arruinado, estaría, sería el final, lo último.

A.: Sí, y en la tijera Ud. es el cirujano poderoso, el oficial de la Gestapo, Hitler, etc., Dios con el cuchillo y, en la figura del niño impotente, Ud. mismo es el niño, es la víctima.

P.: Sí, sí.

A.: Naturalmente Ud. no está pensando en sus niños, sino en la superioridad, que es tan espantosa, que no se puede dirigir el cuchillo en contra de ella, lo que, por cierto, repercute en cosas mucho más remotas, aparentemente inofensivas, por ejemplo, tampoco se atreve a criticar al psicoterapeuta, a mí.

P.: Hasta ahora lo he entendido bien. Ud. dice: "Ud. no está pensando en sus hijos", sino que, si todo lo pongo ahora bajo un solo nombre, pienso simplemente en Benignus.

A.: Sí.

P.: En mi rival, en mi enemigo. No quisiera perder de vista este cuadro, que en mis angustias no se trata en realidad de mis hijos, sino de un enemigo, del que no oso defenderme. Y si dejo pasar esta imagen ante mis ojos, experimento con toda claridad que cuando Ud., por ejemplo, habla de aumentar los honorarios, lo siento exactamente igual.

Ahora, Arturo Y está inundado de sentimientos de venganza e impotencia. El paciente, que hasta ese momento perseveraba pasivamente en su mentalidad de víctima, arregla ahora cuentas, en dramáticos monólogos, con sus distintos tiranos: Con el padre, que no intentó comprenderlo, sino que después de una travesura lo castigó y partió, para no volver, a la guerra sin despedirse; es a él a quien con más ganas atacaría con un arma. Al maestro sádico quisiera dar una paliza como si fuera un oficial de la Gestapo. De la madre, le fastidia que lo haya engañado en relación con su infancia. Por último, ataca al analista porque lo obliga a confesar. Guiñando un ojo, compara esta obligación con la de un perro que debe ser llevado a la cárcel, es decir, se siente obligado a hacer algo que al mismo tiempo instintivamente desea. Al analista, le recrimina el que haya despertado en él espíritus vengadores que no podrán ser satisfechos. El paciente disfraza esta acusación en la expresiva imagen de un hombre que ni siquiera puede liberarse de su excitación por medio de la masturbación, porque no tiene manos.

P.: Sí, y entonces aparecen y reviven todos estos fantasmas, y con ello crece una rabia enorme por todos estos años. ¿A quién se los debo cobrar? No existe ninguno más (murmullo). Se me pasó lo siguiente por la cabeza: ¿de qué me

sirve ca-lentarme, ponerme cachondo, si no, si no tengo mujer, ni siquiera manos para masturbarme?

¿Qué hace de esta sesión una "buena sesión"? ¿En qué se funda la intuición de que se trata de una buena hora? ¿Qué fue lo que abrió la brecha? En las secciones siguientes se discutirán brevemente tres características importantes de una buena sesión.

1) El mejoramiento de la perspectiva sobre el propio pasado y presente

Hasta que llegó el momento de la sesión que hemos llamado "de abertura de brecha", el paciente no estaba en condiciones de aplicar en su propia biografía valores que para él eran esenciales. Intelectualmente, pero sobre todo en el nivel del vivir, concebía su biografía de una manera que estaba en contradicción con la imagen ideal que actualmente tenía de sí mismo. Sobre esta última existe un amplio consenso cultural, que incluye al paciente y al analista.

Podemos entender a un niño que se intimida ante el maltrato y que reacciona con miedo. Pero cuando un adulto atraviesa por tales situaciones de opresión, esperamos que se indigne, que se enfurezca con las personas que lo han tratado así. Pensamos que los niños no deben ser innecesariamente maltratados y de ningún modo torturados, también, que se les debe garantizar un espacio de juego libre y que no se les debe utilizar como paño de lágrimas. Arturo Y también comparte estos puntos de vista y se comporta en relación a sus hijos de acuerdo con ellos. Pero sólo con dificultades puede concebir su propia biografía dentro de esta perspectiva. En primer plano no aparece rabia e indignación por haber sido maltratado, sino la queja de la víctima. Esta mentalidad de víctima se ha hecho más intensa por motivos actuales. Sólo la sospecha de que una persona, que él supone ocupa una posición más alta en la jerarquía social, pudiera hacerle algún reproche, desencadena en él pánico a ser liquidado. Cuando está en el lugar del destinatario, no puede distinguir entre ademanes arbitrarios de dominio y exigencias legítimas.

La impresión de que en esta sesión se abrió una brecha, la produce en parte el hecho de que Arturo Y no sólo se queja intelectualmente de la violación y de la falta de reconocimiento de sus derechos elementales como niño, sino que se siente despojado de ellos, viviendo esto como una pérdida existencial, frente a la que reacciona con rabia. Sus reacciones emocionales son más adecuadas, no sólo respecto del pasado, sino también en la relación con el analista. En efecto, lo son no sólo a los ojos del observador, sino también frente a los suyos propios. En sesiones previas hubo algunas reacciones intensas, mejor dicho, de pánico,

del paciente frente al analista. En tales situaciones, la característica fue la discrepancia entre el juicio in-mediato y el juicio reflexivo del paciente. Si bien pudo captar que el analista en ningún caso deseaba arruinarlo, o que podría arruinarlo, con las exigencias de honorarios más altos, emocionalmente vivió la demanda del analista como una amenaza para su existencia. Por el contrario, en la buena sesión los reproches en contra del analista no nacieron del pánico. Al analista le echa en cara haberle arrancado una confesión. Dado que se da cuenta de que también él tiene la necesidad de confiarse, ironiza el reproche por medio de la imagen del perro que debe ser llevado a la fuerza a la cacería. Así logra una descripción matizada de su relación con el analista. También es acertado el otro reproche, de que el analista ha despertado sentimientos de venganza, sin que al mismo tiempo haya ido a buscar el objeto originario de su odio. También es extraordinariamente expresiva la imagen del "hombre que está caliente" y que no tiene mujer ni tampoco manos para masturbarse.

2) Liberación y mayor tolerancia en el trato consigo mismo

Un aspecto de la liberación reside en el uso creativo del lenguaje que acabamos de mencionar, en las imágenes a través de las cuales expresa condensadamente sus sentimientos.

En las sesiones precedentes, la mentalidad de víctima del paciente era impactante. Se sentía perseguido, atacado, a merced de un Dios cruel, que podía llegar incluso a exigirle asesinar a sus propios hijos. Por el contrario, en esta sesión lo dominante es la rebelión en contra de la coerción, en contra de las exigencias exageradas del cirujano, de la madre, etc. Tal rebelión en contra de la coerción es un elemento de la idea de la liberación. Ni interior ni exteriormente quiere someterse a coerciones que considera inadecuadas.

La liberación no se manifiesta sólo en el rechazo a la coerción, sino también en la capacidad de comportarse de acuerdo con su propio "estar-situado" (Befindlichkeit), en el sentido que le da Tugendhat (1979). La capacidad de reflexión sobre la situación actual del diálogo se desarrolla en la sesión de "apertura de brecha". El paciente no sólo logra colocarse lúdicamente en el papel de su niñez, sino que al mismo tiempo puede reflexionar sobre su rol. No se vivencia como un niño pequeño, sino como un adulto capaz de volver a sentir cómo podría haber sido aquello de ser maltratado como niño. Este aspecto lúdico no le impide tomar su biografía más seriamente que antes. El repaso plástico de escenarios, uno por uno, desata en el paciente intensos sentimientos. Se llena de rabia cuando compara su niñez con el patrón de una

infancia ideal, pero también de impotencia, ya que tiene que conformarse con lo que ha sido. "Lo que mi padre hizo es una falta de consideración de primer orden." Se pregunta: "¿Qué puedo hacer ahora con mis sentimientos de venganza, ya que los objetos de ella están fuera de alcance?"

A diferencia de otras sesiones, el paciente integró en el propio discurso la reacción emocional frente a la situación analítica de diálogo. Ahora, la figura intelectual de liberación de la coerción se puede ejemplificar reflexivamente. El paciente articula en la situación analítica su comprensión de los roles desempeñados. Así, se le aclara que se ha sometido a una expectativa estereotipada de rol, a saber, al rol del paciente que tiene que decir todo lo que se le ocurre. Reflexiona sobre esto, entendiéndolo como una coerción a confesar y se pregunta si acaso quiere seguir desempeñándolo o si no podría hacer algo distinto con el analista, y hasta dónde éste puede satisfacer sus necesidades. Con estas preguntas, se libera del rol del cumplimiento pasivo del deber, de modos de comportamiento fingidamente prescritos, y adquiere la capacidad de tomar distancia frente a los roles.

3) La formación de convicciones productivas con ayuda de la experiencia del síntoma.

Arturo Y vive sus síntomas como una lucha en contra del sometimiento a rituales absurdos, que le son exigidos por poderes superiores, amenazantes y atemorizantes. Ahora, el paciente utiliza esta vivencia para la descripción de su situación emocional en la confrontación con sus opresores.

Recordemos que, en la mala sesión (véase 10.1), el analista buscó iluminar la experiencia sintomática del paciente trayendo experiencias vitales análogas de éste. Para ello, equiparó la relación del paciente con el recubrimiento de madera y la relación de él con quienes lo habían atormentado. En la buena sesión, saca provecho de la experiencia sintomática presente para reanimar los recuerdos de situaciones de opresión.

La técnica dramática o el modelo escénico del tratamiento psicoanalítico

En la sección 3.4 del tomo sobre los fundamentos, comparamos los procesos del análisis con los que tienen lugar sobre el escenario. Según esto, analista y paciente desempeñan papeles y simultáneamente se miran mutuamente más allá de los respectivos roles. Junto a la actuación complementaria de los roles que el paciente espera que él asuma, sobre el analista recaen las funciones de

codirector y de espectador. Se trata de ensayar los papeles que el paciente no se atrevió a "representar" plenamente.

En la sesión que hemos llamado de "apertura de brecha", el terapeuta pone en escena el argumento. Al comienzo de la sesión citada, dirige su fantasía a poner delante de los ojos del paciente la escenificación de la operación de amígdalas que éste relata.

¿De dónde saca el analista el detalle sangriento de esa operación de amígdalas, cuya acumulación mueve al paciente a colocarse en la situación del atormentado niño de 9 años? De hecho, puede que el analista no conozca en absoluto las circunstancias concretas. Sin embargo, en lo cultural está suficientemente cerca del paciente como para poder representarse la escena. En el modelo escénico, no se trata de re-construir la biografía tal como fue. Se trata más bien de entender cómo el paciente se imagina, se representa, los sentimientos de un niño de nueve años cuando es tratado en esa forma.

Comentario del analista tratante: Alegra que un científico ajeno e imparcial logre interpretaciones que se pueden incorporar en el modelo escénico y que llegue así incluso a hablar de una técnica dramática. La operación de amígdalas me recordó primero una extracción dental siendo ya adulto, en la que fluyó tanta sangre hacia la garganta que estuve "con el agua al cuello". Con toda intención utilicé esa metáfora que, como todas las comparaciones, cubre toda una categoría de experiencias. El lenguaje terapéutico metafórico refuerza la intensidad de las vivencias. En todo caso, durante la situación recordada, yo todavía mantenía el control. Incluso no daba ninguna señal al preocupado dentista, ya que quería experimentar una situación límite hasta el final. Sin embargo, en otras situaciones de mi infancia me sentí tan impotente como el paciente. El lector no tendrá dificultades para compenetrarse con polaridades más o menos pavorosas de poder e impotencia. La teoría psicoanalítica sobre el surgimiento de estructuras y disposiciones inconscientes facilita la comprensión. Por ejemplo, esquemas inconscientes de sí mismo encuentran una representación figurativa en el lenguaje onírico. Lo cierto es que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica explicativa, debemos esperar que, junto o debajo de las imágenes de sí mismo, se encuentren otras que, no importando lo escindidas que puedan estar del vivenciar consciente, se anuncien en acciones potenciales. A la víctima corresponde un autor, al masoquismo el sadismo. Este conocimiento posibilita la animación de aspectos reprimidos o escindidos de sí mismo que resuenan en el paciente. Considero esencial el enriquecimiento del diálogo, aun pensando que si de hecho nos subiéramos al escenario e hiciéramos teatro psicodramático, las interpretaciones acompañantes se verían dificultadas.

Puede que una de mis dificultades personales sea el que a menudo sólo después de una concienzuda reflexión logro captar, y puedo interpretar, el sentido de una escena en su relación con motivos y estructuras inconscientes. Hago más las recomendaciones de dirección teatral de B. Brecht, reproducidas más adelante y, en ese sentido, encuentro acertada la designación de "técnica dramática".

Para aclarar el procedimiento del analista, diferenciamos tres formas de relato: Un simple cronista se contenta con decir lo que pasó. Un segundo relator busca tomar posición desde su visión actual sobre los acontecimientos históricos, y desde esa perspectiva persigue ciertas intenciones aclaratorias sobre la historia. Un ter-cero trata de imaginarse cómo sería para él vivir en aquel entonces. Esta última es una actitud frecuentemente asumida por escritores y actores. El analista lleva a su paciente a la última posición mencionada, hacia su propia biografía. A diferencia del historiador, quien se coloca en la situación anterior de una manera condicionada a pruebas, y del actor, cuyo papel termina con el aplauso final, el enfermo sufre inevitablemente bajo su historia, la que domina sus síntomas actuales a través de la compulsión a la repetición. Por lo tanto, la situación terapéutica, vista históricamente, está decididamente determinada por un movimiento en dirección contraria. Por un lado, la situación presente del paciente es una continuación del pasado, por el otro, se le debe ayudar a revisarla de acuerdo con la historia vital a la luz del "momento" actual (Marten 1983). Al paciente no se le sugiere ser el "pobre cagón" que probablemente fue en aquel momento y que tampoco estuvo en condiciones de pensar que podría haber merecido un trato distinto, sino que, con las representaciones que ahora tiene sobre el trato que se debe dar a los niños, se le sugiere que trate de comprender lo que significa estar en el papel de este niño atormentado. En su función de director teatral, el analista se parece a Brecht. Este último quería que el actor no ocultara su visión de lo representado. Cuando el actor representa un rey, no debe producir, frente a sí mismo y frente a los espectadores, la ilusión de ser el rey, sino que debería representar el papel tomando constantemente posición, desde su propio punto de vista, frente a ese papel.

La ventaja de la técnica dramática consiste en que favorece la aplicación en la propia persona de aquellos valores que parecen evidentes cuando se trata de enjuiciar a otros en circunstancias semejantes. La indignación suscitada en el paciente fue posible principalmente porque éste pudo abandonar la postura que había mantenido hasta entonces, en favor de la actitud que frente a sus hijos da por descontada. Se puede ver a sí mismo como un niño maltratado, estafado en

su juventud, de la misma manera como vería a sus hijos si éstos estuvieran en situaciones análogas.

Este cambio de perspectiva no puede ser alcanzado tan sólo a través de la técnica dramática. De todos modos, no a corto plazo. ¿Cómo puede una persona enojarse con un cirujano, si en sus síntomas los pensamientos homicidas obsesivos de ase-sinar a sus propios hijos juegan un papel tan martirizante? ¿Cómo puede rebelarse, aunque sólo fuera en la fantasía, en contra de los perseguidores de su infancia, so-bre la base de una autoestima rota? En este sentido, es necesario soslayar la técnica dramática a través de interpretaciones que fortalezcan la autoestima del paciente. El analista lo hace, en cuanto lo tranquiliza con la interpretación de que sus pensa-mientos homicidas de ningún modo apuntan hacia sus hijos, sino que más bien se trata de una rabia que vale para sus enemigos, pasados y presentes.

Destacamos una vez más el pasaje correspondiente del diálogo:

A.: Sí, y en la tijera Ud. es el cirujano poderoso, el oficial de la Gestapo, Hitler, etc., Dios con el cuchillo y, en la figura del niño impotente, Ud. mismo es el niño, es la víctima.

P.: Sí, sí.

A.: Naturalmente Ud. no está pensando en sus niños, sino en la superioridad, que es tan espantosa, que no se puede dirigir el cuchillo en contra de ella, lo que, por cierto, repercute en cosas mucho más remotas, aparentemente inofensivas, por ejemplo, tampoco se atreve a criticar al psicoterapeuta, a mí.

Las ideas homicidas habrían sido desplazadas a los propios hijos, porque en ese entonces no se habría atrevido a dirigirlos en contra del temible poder superior. Esta interpretación alivia al paciente, éste intenta grabársela. Sobre esta base, será posible ajustar cuentas con sus torturadores. Esta interpretación, de que ya no tiene por qué seguirse sintiendo como una persona mala que merece los maltratos, se di-vide en dos: una parte afirma que el paciente se identifica con la víctima pero tam-bién con el torturador. Esta sería la razón de por qué tiene miedo de liquidar a sus propios hijos, y con ello a sí mismo, cuando se le hace consciente su propio bien-estar. La razón es que, como torturador, es su propia víctima. El sería el asesino de su doble, de su sosia, del mismo modo como Mr. Hyde mata al Dr. Jekyll. Esta parte de la interpretación, como se muestra en otro lugar (8.2), es el leitmotiv teó-rico del analista. Arturo Y hace uso de la otra parte de la interpretación: las ideas homicidas se dirigen en realidad a sus torturadores y no a sus niños; ellas fueron desplazadas hacia ellos, simplemente porque tuvo miedo de emprenderlas en contra de un poder superior.

Tres razones fundamentan que atribuyamos a esta interpretación eficacia curativa:

1) La conciencia del paciente de que la interpretación fue significativa para él. El mismo valoriza la interpretación como relevante, no sólo la acepta satisfecho y la juzga explícitamente como benéfica, sino que la desarrolla y la aclara.

2) Existe una relación temática entre esta interpretación y las verbalizaciones que la siguen. El tema de la interpretación coincide con el tema principal de la sesión. La lucha en contra de sus enemigos, el profesor sádico, cirujanos, etc., se convierte en el contenido central de la sesión. Que en verdad sus ideas homicidas se dirigen a estos enemigos, es el contenido de la interpretación.

3) Se da una conexión de sentido entre el desarrollo del paciente en la buena sesión y esta interpretación. Es plausible que el paciente, en la medida en que supone tener ideas criminales en contra de sus propios hijos, no pueda con facilidad comentar con indignación los maltratos en su propia infancia. Si es capaz de hacer lo peor imaginable, entonces es tan malo que merece el maltrato. Su infancia puede aclarar que el homicida pulsional es víctima de las circunstancias. Con todo, la rabia por el maltrato presupone que se aprecie lo suficiente a sí mismo como para rechazar con rabia el propio maltrato.

Comentario del analista tratante: Consideraciones teóricas y técnicas me motivaron a esta interpretación. Estoy convencido de que Arturo Y no piensa en sus hijos co-mo personas, sino que éstos sirven como figuras simbólicas de la impotencia y el desamparo. Por cierto, en el vivenciar, y especialmente en las dimensiones incons-cientes del mismo, las personas concretas no están separadas de su contenido de su significado simbólico (véase Matte Blanco 1988; Fink 1989). En esa medida, el paciente apunta también a sus hijos y no sólo a su significado simbólico. Pero, para lograr a más largo plazo una diferenciación entre símbolo y persona concreta real (o, en términos de Matte Blanco, para acentuar en la relación lógica la asimetría sobre la simetría), introduzco aquí una negación que posibilite al paciente cierta toma de distancia, aun cuando ésta sea sólo de corta duración.

Inconscientemente, sus hijos están en el lugar de los hermanos menores, en especial de un hermano más joven cuyo nacimiento desencadenó la humillante enco-presis. Muchos indicios hablan a favor de que los deseos homicidas se dirijan en contra de los hermanos. El retroceder hasta los orígenes de las agresiones, natural-mente no elimina la agresión ni el sentimiento de culpa relacionado con ella, pero posibilita la comprensión de síntomas sentidos como ajenos y ominosos. Desde el punto de vista de la técnica, un alivio a corto plazo crea un espacio para la refle-xión. Por lo demás, supongo que sus obsesiones se dirigen en contra de sus hijos, queridos sobre cualquier otra cosa, porque así puede levantar al mismo tiempo una barrera absoluta en contra de las mociones de su odio, que han llegado a ser total-mente ajenas a su yo. Al estar escindido,

este odio se había acumulado desde su in-fancia, pero sin embargo se desencadenaba una y otra vez a propósito de la humillación cotidiana más pequeña. Es el odio de la víctima totalmente impotente, que ya no está en la situación de oponer alguna resistencia frente a su verdugo. Si se es golpeado hasta casi perder el conocimiento, no se puede siquiera concebir una idea inconsciente. Sólo mucho más tarde en la vida es posible trastocar las relaciones sadomasoquistas, o encapsularlas en síntomas obsesivos: los hijos representan así la propia impotencia infantil y en el horrendo crimen se puede identificar con los representantes del poder. Con los pilluelos que se mofaron del "cagueta", con la madre y con el padre, con el maestro sádico, con Hitler, con los oficiales de la SS y con el Dios de la venganza, que considera la sumisión total como expresión de amor, y que la exige.

Desde un punto de vista formal, la pregunta que intranquiliza al paciente reza así: "¿Tengo ideas homicidas en relación con mis propios niños?" Esta pregunta tiene dos connotaciones: a) "¿Se dirigen mis ideas obsesivas a mis hijos?" y b) "¿Deseo asesinar a mis hijos?"

La pregunta a) se debe responder positivamente. Con sus ideas obsesivas y expresiones verbales el paciente se refiere a sus propios hijos. Eso es lo que lo inquieta. Pero la pregunta b) es todavía más inquietante para él. Esta es la pregunta que el analista responde negativamente. Las ideas obsesivas no se deben entender como deseos homicidas en contra de sus propios hijos.

Entonces, el paciente no se equivoca en la referencia a las personas hacia quienes apunta con sus expresiones, sino que se equivoca en la referencia al objeto de sus deseos.

Verdad de la interpretación

¿Tiene Arturo Y deseos de muerte en relación con sus enemigos y no en relación con sus hijos queridos? ¿Desplazó las ideas homicidas hacia sus propios hijos por miedo frente a la superioridad enemiga? En las observaciones siguientes, la pre-gunta sobre la verdad no se refiere al comentario del analista tratante, sino a su plausible interpretación, también compartida por el paciente, de que éste no desea asesinar a sus hijos.

En general, los siguientes hechos hablan a favor de la verdad de una interpretación:

1) Cuando a través de ella se consigue conectar, de manera sistemática y comprensible, una cantidad de expresiones de motivos aparentemente incomprensibles (criterio de coherencia y racionalidad), 2) cuando ella es compatible con una hipó-tesis genética bien fundamentada (criterio genético) y

3) cuando es compatible con las hipótesis más confirmadas de la teoría psicoanalítica.

Si se ponen estos criterios como fundamento, existen algunas cosas que hablan a favor de que, al menos, un componente de la formación sintomática debe buscarse en el hecho de que el paciente busca protegerse de una autoimagen asesina. Podría ser que inconscientemente se considere tan malo, que tenga miedo de asesinar a sus hijos, a quienes ama sobre todas las cosas. Con esto, bien podría presumirse que, en su pensamiento, el paciente mezcla el recuerdo de sus hermanos con la representación de sus propios hijos. El transferir una relación determinada a otros objetos, no implica que con las expresiones verbales no se aluda también a los objetos transferenciales. En este caso, en su interpretación, el analista no hace notar al paciente que él hace equivaler a sus hijos con sus hermanos, sino que el pensamiento importante para el paciente es que la agresión se dirige en realidad hacia el poder superior.

Teoría psicoanalítica del síntoma

1) Los síntomas son deseos desplazados, satisfacciones de deseo mutiladas de deseos reprobados, reprimidos.

Esta suposición coincide con el comentario del analista tratante: en su fantasía inconsciente, el paciente se identifica gustoso con sus torturadores, asume su actitud.

2) Con la ayuda del síntoma, la persona trata de superar una situación traumática.

3) A través de sus síntomas, las personas tratan inconscientemente de falsificar sus opiniones patogénicas inconscientes. Esto se puede subsumir bajo el punto dos. Una persona intenta arreglárselas con una situación difícil, esforzándose en falsificar interpretaciones inconscientes de la situación.

Los puntos 2) y 3) coinciden con la siguiente explicación del síntoma: el paciente quisiera ocultar a sí mismo que se considera tan malo como para llegar a asesinar a sus propios hijos. Intenta probar a sí mismo y a los demás que no es tan malo, ya que resiste sus tentaciones homicidas compulsivas.

Existen contextos en los que los diferentes modelos psicoanalíticos de explicación de síntomas se complementan y otros en los que se contradicen. En este caso se complementan, ya que la "identificación con el agresor" puede ser interpretada tanto como un intento de superar una situación difícil, como también entendida en el sentido de una satisfacción indirecta de deseos destructivos. En nuestro caso, la hipótesis es que defenderse por medio de la

identificación con el agresor suscita una situación insoportable para el paciente, la que trata de dominar a través de la formación de síntoma.

El síntoma tiene la función de encubrir la autoimagen negativa. Los pensamientos homicidas aparecen como obsesivos, enfermizos y aislados, de la comprensión que el paciente tiene de sí mismo (es decir, él se define como uno a quien esos pensamientos homicidas le son totalmente ajenos).

Criterio de coherencia: El paciente se siente culpable, pillado, en las ocasiones más insignificantes. Por ejemplo, en su profesión es diligente y exitoso, pero, cada vez que su jefe lo llama, se sobresalta hasta el pánico. En el segmento de 10 horas de análisis estudiado, la mayoría de las historias giran en torno a que el paciente tiene miedo de arruinarse, de ser liquidado, o bien teme espontáneamente ser culpable de algo que evidentemente no ha hecho, como por ejemplo, de un accidente del que sólo es testigo. No se cansa de mostrar al analista y a sí mismo que ha reaccionado con angustia y sentimientos de culpa frente a los motivos más insignificantes. Esto podría tener la función de mostrar que en realidad todo estaría perfecto, de no ser por sus reacciones irracionales inmediatas, esto sin considerar para nada sus experiencias sintomáticas.

Otro indicio que apoya la tesis de la autoestima perturbada, se encuentra en la mentalidad de víctima que el paciente mantiene hasta la sesión de ruptura. Si bien podía recordar los interminables tormentos de su juventud, lo hacía temerosamente y no con rabia. Si alguien se encuentra muy malo a sí mismo, sentirá que merece ser tratado en la forma correspondiente. Por lo menos, no resulta evidente reclamar el derecho a ser tratado en buena forma. Sin embargo, ésta es una condición para que los maltratos despierten rabia.

Criterio genético: También desde el punto de vista genético mucho habla a favor del sentimiento de autoestima negativo reprimido del paciente. Nadie discute que la adopción de roles es un mecanismo esencial de aprendizaje y socialización. Es plausible que el paciente se comporte frente a sí mismo de la manera como otros se comportan con él, vale decir, que haya interiorizado las malas atribuciones de los demás con los que se topó a cada paso.

En síntesis, muchos elementos hablan a favor de que los síntomas tienen por objetivo poner a salvo al paciente frente al convencimiento de que tiene intenciones homicidas y de demostrar de que él no es tan malo como piensa. Esta defensa genera una visión negativa de sí mismo. En el inconsciente, el paciente se concibe tan malo como vivió a sus torturadores en relación con él. Incluso los sobrepuja, pues se siente tan malo que podría asesinar a sus propios hijos. Esta formación sintomática puede ser entendida como un intento de ocultar ante sí esta concepción homicida de sí mismo y de refutarla. El vive sus ideas obsesivas como si éstas no tuvieran nada que ver con los deseos propios o

con autoevaluaciones, y la exitosa resistencia en contra de las órdenes compulsivas de muerte se hace valer como prueba de que los presuntos impulsos asesinos carecen de sustancia.

Si estas hipótesis sobre la formación sintomática son correctas, ésta tendría que entenderse aquí como consecuencia y como medio de una defensa de segundo nivel: la imagen negativa formada por las defensas son objeto de un nuevo mecanismo de defensa. Si se consideran las causas inmediatas de la formación sintomática, la interpretación sería falsa: la rabia desplazada no sería la causa de las ideas obsesivas homicidas, sino una defensa frente a una concepción negativa de sí mismo. Sin duda, la autoimagen llegó a ser negativa a causa de los sentimientos de culpa asociados con la rabia.

Insight y éxito terapéutico

De acuerdo con el comentario del analista tratante, la identificación con el agresor es el mecanismo de defensa que impide al paciente vivenciar su rabia con el opresor.

¿Se desprende de esto que por medio de la interpretación se entregaron al paciente falsas convicciones?

En conexión con nuestras reflexiones sobre la técnica dramática, llegamos a otras conclusiones. Dudamos de que la meta de las interpretaciones consista en la posibilidad de una toma de conciencia exhaustiva de las causas de una sintomática. Se trata más bien de concentrarse en aquellas causas que posibilitan un cambio curativo. Se trata de transmitir al paciente este insight en su situación de vida, en conformidad con él. Los síntomas son producto de la defensa, vale decir, intentos inadecuados de arreglárselas con situaciones traumáticas. En nuestro caso, la experiencia sintomática corresponde a una experiencia vital de opresión e impotencia acumuladas. Con ayuda de la técnica dramática se debe restituir esa experiencia vital a su contexto genético. El paciente debe lograr la posibilidad de por fin enfrentar las situaciones de opresión e injusticia, no con la defensa, sino que con autodeterminación (sobre la pregunta de la autodeterminación y el libre albedrío, véase Löw-Beer 1988).

Con esta meta, no es necesario dirigir la atención del paciente sobre una visión de sí mismo que es un producto de la defensa y que, en esa medida, ofrece sólo una imagen desfigurada de la situación personal. En los deseos homicidas en contra de los niños, el paciente se identifica con el agresor. Nunca se animó a desarrollar rabia en contra de ese horrible poder superior, ni tampoco a oponerse a él. La tarea consiste en posibilitar al paciente que mire de frente, sin defensa,

las situaciones traumáticas acumuladas. La interpretación que se ha discutido, se debe concebir co-mo un medio de insight en la situación personal. El insight en la situación perso-nal forma parte del cambio curativo del paciente. El concepto de "cambio curativo" ha sido explicado, entre otros, por el concepto de "logro de insight". En esta me-dida, entre éxito terapéutico y "logro de insight" existe una conexión que va más allá de lo puramente empírico, a saber, una conexión conceptual. Queda por inves-tigar si existe alguna conexión entre sesiones de terapia exitosas y vida exitosa fuera de la terapia.

Con el logro de un insight en la situación personal, junto con la visión liberada de la defensa, se entiende además, y principalmente, un cambio en la evaluación de la situación y en las emociones correspondientes. En la sesión de "abertura de bre-cha", el paciente llega a sentir rabia con sus opresores y esta rabia es adecuada. El cambio evaluativo no se produce en base a un proceso de toma de conciencia, o só-lo lo hace en escasa medida. Tampoco se basa en un intento de reconstrucción de vivencias reales. Más bien, lo que sucede es que los valores del adulto confluyen

en la comprensión revisada de la situación. Esto se puede ver, por ejemplo, en las fantasías sobre la infancia o la juventud: probablemente, el joven sufre también porque su madre lo inició en sus preocupaciones. Sin embargo, probablemente el joven no tenía claro que se le hubiera endosado el papel de consejero responsable, y que con ello haya perdido parte de su juventud, algo de lo cual reclama en su aná-lisis. Seguramente, él todavía no sabía que los jóvenes son dignos de desempeñar otro papel. Otro ejemplo: a decir verdad, la historia de los síntomas habla a favor de que los impulsos estaban dirigidos en contra de un educador sádico. Pero sólo el adulto dispone de un concepto de sadismo y puede juzgar cuán injusto fue el com-portamiento de ese profesor. Sería interesante investigar en qué medida esta con-ceptualización evaluativa se funda en procesos de apropiación en el análisis y si és-tos pueden ser acreditados como procesos de aprendizaje.

En cierto sentido, la reconstrucción del pasado a partir de la valoración actual es necesaria. En último término, los seres humanos no pueden abstraerse voluntaria-mente de todos los intereses y valores que poseen. Pero aquí existen diferencias de grado. Se pueden intentar dos soluciones: o abstraerse en extremo de la perspectiva actual e imaginarse como una persona fue en el pasado, o bien se puede imaginar cómo habría reaccionado uno en la situación pasada desde la visión actual de las cosas. La técnica dramática pone en escena la representación dramática de conflic-tos, evaluados bajo puntos de vista justificados.

10.3 Religiosidad

Nuestra cultura está marcada por el pensamiento occidental, que surgió de una mezcla entre la cultura judeo-cristiana, la filosofía griega y la visión romana del mundo. Los contenidos y formas de esta cultura influyen el sentir y pensar del individuo, incluso en la educación no religiosa. Nuestro lenguaje y nuestro sistema de valores están colmados de esta tradición cultural. Todo individuo vive en una realidad psicosocial que, en sus componentes subjetivos y objetivos, está mediada por la sociedad. El sistema de valores, en este caso la religión, pertenece a la comprensión tanto general como personal de la realidad, ya que la realidad debe ser interpretada y a la vez está siempre siendo interpretada. También el sistema de valores de los ateos está profundamente impregnado de los contenidos de los diez mandamientos. Al interior de nuestra sociedad, las Iglesias transmiten los contenidos de la religión cristiana a través de sus representantes. Sin embargo, las imágenes tradicionales de Dios están siempre coloreadas personalmente según sea la experiencia de cada uno. Estas se transforman, al igual como lo hace la propia religión y su imagen del hombre y de Dios.

La crítica a la religión, cuyo terreno fue en el último siglo preparado especialmente por Feuerbach, Marx, Nietzsche y Freud, sustenta una teoría de la proyección, según la cual todas las imágenes de Dios están trazadas por la mano humana. En una tendencia racionalista, esta crítica de la religión apunta a su abolición. Con el racionalismo, aparecieron, tanto para el individuo como para la sociedad, cosmovisiones e ideologías ateas en lugar de los sistemas de interpretación y comprensión religiosos. También los sistemas nihilistas son realidad interpretada.

La función de este tipo de sistemas interpretativos y comprensivos, por lo tanto, la función de las religiones, mitologías e ideologías, para la vida de los grupos, sociedades y pueblos, puede ser investigada psicoanalíticamente. Lo mismo vale para la imagen de Dios que tiene cada uno, como le fue enseñada y como se la ha delineado él mismo. No es difícil demostrar que los contenidos de la fe cumplen diversas funciones mentales. En relación con la religión cristiana, Pfister (1944) lo hizo en su libro *Die Angst und das Christentum* ("La angustia y el cristianismo"). Él muestra como una imagen unilateral de Dios, aquella del Dios castigador, trae consigo la formación de ansiedades neuróticas.

Anteriormente, cuando, en *El porvenir de una ilusión*, Freud (1927c) ajustó cuentas con todas las religiones, Pfister respondió invirtiendo el título, "La ilusión del porvenir" y, por su parte, imputó a Freud el haber caído en una cosmovisión, la del científico. Por cierto, el fundador veía en ello un título

honorífico. A él, lo único que le importaba en su obra era la explicación científica, la que invariablemente sólo puede llegar a verdades transitorias. Sin embargo, puesto que después de la desmitologización de la fe surgieron nuevas mitologías e ideologías, ¿tenía el teólogo Pfister la última palabra frente al psicoanalista Freud? De hecho, Freud estimaba la capacidad humana para el reconocimiento sensato de las realidades como tan limitada, que le otorgó un gran espacio a los consuelos religiosos, especialmente a la creencia en una vida después de la muerte. A diferencia de Nietzsche, en cuya obra tardía la frase "Dios ha muerto" constituye una tesis central, Freud se dejó guiar por el anhelo humano de contenidos de fe que otorguen apoyo y consuelo. La relación entre psicoanálisis y religión, la determinó mediante la conocida declaración: "Y si de la aplicación del método psicoanalítico puede extraerse un nuevo argumento en contra del contenido de verdad de la religión, tanto para ella, pero los defensores de la religión se servirán con igual derecho del psicoanálisis para apreciar cabalmente el significado afectivo de las doctrinas religiosas" (Freud 1927c, p.37). En todos los problemas religiosos ha probado ser útil permanecer estrictamente en el oficio propio y, partiendo de allí, investigar todo el entorno del significado afectivo de las representaciones religiosas y la función de la fe en la vida del individuo al interior de su comunidad correspondiente.

En esto, en muchos casos uno se topa con el significado de la proyección en el origen de las imágenes de Dios. Ahora bien, lo que Freud, siguiendo a Feuerbach, puso en el centro de su crítica a la religión, fue justamente el descubrimiento de la proyección de fantasías humanas omnipotentes en el pensar y vivenciar mágico, mítico y religioso. Dado que nos ocuparemos de este problema en el ejemplo casuístico, bajo el título de "La imagen de Dios como proyección", hacemos a continuación algunos comentarios introductorios.

La idea de la proyección, y su fundamentación en el siglo XIX, se remonta a Feuerbach. Su teoría de la religión fue presentada en el ensayo de Schneider (1972), quien, como teólogo y psicoanalista, investigó a fondo la reacción de los teólogos frente a la crítica a la religión de Feuerbach. Feuerbach da una explicación "genético-crítica" de la religión, al decir:

La religión es la primera autoconciencia del ser humano, si bien indirecta. De allí que en todas partes la religión anteceda a la filosofía, tanto en la historia de la humanidad como en la historia de los individuos. El ser humano desplaza su ser primero fuera de sí, antes de encontrarlo en él mismo. El ser propio es para él primero, como otro ser, un objeto. La religión es el ser infantil de la humanidad; pero el niño ve su ser, el ser humano, fuera de sí mismo; en cuanto niño, el ser humano es para sí mismo, como otro ser humano, un objeto. Por eso, el progreso histórico de las religiones consiste en que aquello que para la

religión anterior valía como objetivo, sea ahora reconocido como subjetivo, es decir, lo que fue contem-plado y adorado como Dios, sea ahora reconocido como algo humano. ... De allí que todo progreso en la religión es un autoconocimiento más profundo (citado se-gún Schneider 1972, p.251; cursiva en el original).

Según Schneider, Feuerbach remite las representaciones religiosas a circunstancias antropológicas, las que el ser humano originalmente no podía reconocer como pro-pias, sino sólo en ese otro real o ficticio sobre el que primero se proyectan los atributos. Tal como más tarde lo hará Freud, Feuerbach concibe la religión como "el ser infantil de la humanidad" y explica esto con la idea de que un niño percibe su ser en el de sus padres. Por eso, el filósofo intenta explicar, por ejemplo, "el misterio de la oración" a través de un niño que encuentra "en el padre el sentimien-to de su fortaleza ..., la certeza de la realización de sus deseos", y constata: "La omnipotencia, a la que se vuelve la persona en oración, es ... en verdad nada más que la omnipotencia del corazón, del sentimiento, que derriba todas las limitacio-nes del entendimiento, sobrepasa todos los límites de la naturaleza." En resumen, esto quiere decir: "La religión tiene su origen, su verdadero lugar y significado, en el período infantil de la humanidad ..." (citado según Schneider 1972, p.252).

Feuerbach buscó la verdadera esencia de la religión en una antropología. La parte más voluminosa de su libro *Das Wesen des Christentums* ("La esencia del cristia-nismo"), lleva el título: "La verdadera, esto es, la esencia antropológica de la reli-gión". Consecuentemente, Freud continuó este viraje antropológico de la crítica a la religión en la psicología profunda psicoanalítica, en la medida en que, de manera mucho más consecuente que Feuerbach, remitió los contenidos de las religiones a la fase infantil de la vida. Según Grünbaum (1987b), la crítica psicoanalítica a la religión agregó nuevas dimensiones esenciales, en cuanto que determinados conte-nidos de la fe fueron derivados plausiblemente a partir de tabúes surgidos en la his-toria vital (a modo de ejemplo, Grünbaum aclara esto con el dogma de la Inmacu-lada Concepción de María). Por cierto, en esta reducción Freud se encontró con un mito: la fábula de Edipo. La investigación sobre el origen de las imágenes de Dios y el descubrimiento de la proyección condujo, por una parte, a la crítica de la ver-dad cristiana revelada, y, en un sentido amplio, a la desmitologización, pero, si-multáneamente, también a una remitologización.

El psicoanálisis ha contribuido de múltiples maneras en este proceso de la histo-ria de las ideas. Aquí nos limitamos a unos pocos puntos. Freud delineó una teoría de la formación y función de los mitos, religiones e ideologías, y creó un

método de investigación. En tanto racionalista, concibió un principio de realidad que abarca el mundo de los hechos, cuyo reconocimiento es un mandato de la razón y del entendimiento práctico. Según Freud, la cosmovisión científica conduce al conocimiento de las relaciones entre hechos y, de esta manera, a la verdad, la que posibilita a su vez un dominio realista de la vida. Los hechos se contraponen a las quimeras, la verdad, al engaño. Sin embargo, el mundo de los mitos y de la fe está lleno de ficciones y quimeras. La confrontación entre logos y mito se puede seguir hacia atrás hasta la filosofía griega temprana (véase Dupré 1973).

A partir del principio de realidad, el proceso mitológico será considerado sobre todo bajo el punto de vista de la defensa. En el prototipo de la represión, Jones (1939) destacó tempranamente que la doctrina psicoanalítica sobre los símbolos relacionados con ella, se refiere a una concepción restringida del símbolo. La teoría psicoanalítica no hace justicia a la amplia significación de las formas simbólicas en el pensar y actuar humanos. La literatura psicoanalítica ha recibido en especial la crítica de Langer (1965), continuación de la obra de Cassirer, al concepto psicoanalítico de símbolo, lo que ha tenido efectos productivos sobre la discusión teórica (Philipps 1962; Lorenzer 1970). La inclusión del concepto psicoanalítico en una filosofía de las formas simbólicas (véase Braun y cols. 1988) profundiza la comprensión psicoanalítica de la vivencia religiosa.

Como todas las unilateralidades, también la reducción de los temas religiosos a las raíces infantiles de la vida emocional tiene sus lados fuertes y flacos. Los sentimientos religiosos no tienen por qué disolverse en la nada cuando se liberan de las representaciones infantiles angustiantes de Dios. Con el cambio de imágenes de Dios cargadas de angustia pueden surgir nuevos contenidos de fe. El psicoanalista no tiene competencia para juzgar el sistema de creencias en su verdad. Claro que sí puede tomar posición, partiendo de la visión antropológica de Freud, en el sentido de cuáles contenidos de fe son adecuados para una persona, esto es, cuáles armonizan con su ser y cuáles lo contradicen y actúan en contra de la vida. Hoy, más que nunca, las religiones y cosmovisiones deben admitir ser comparadas entre sí bajo el aspecto de lo que contribuyen para una vida plena del individuo y en la búsqueda de compromisos entre los grupos y los pueblos. Por su enfoque crítico frente a la cultura y la religión, el psicoanalista influye directa o indirectamente en la cosmovisión de su paciente. Por lo tanto, en cuanto en la práctica psicoanalítica se plantean preguntas sobre valores, el sistema psicoanalítico debe aceptar las mismas exploraciones a las que desde el giro antropológico se someten las religiones y los movimientos secularizados de creencia. En esto, no puede dejarse fuera la pregunta de cómo se comportan los

psicoanalistas al interior de su práctica y comunidad profesional y en qué medida éstos sustentan los mismos valores de humanidad que Freud.

En el ejemplo siguiente, el analista tratante no rehuyó remitir la imagen de Dios de un paciente a proyecciones. Aun cuando con ello corrió el riesgo de entrar en el "resbaladizo terreno de la teología", sólo "patinó" temporalmente. El se atuvo a su representación de lego de la teología negativa, entendida en términos de que toda afirmación humana sobre cómo es Dios en realidad no lo alcanzan, y que, por otro lado, sobre él tampoco es posible hacerse "ni imagen ni semejanza" (Ex 20,4). Esta posición brinda una gran apertura frente a cualquier sentimiento religioso. Si un ateo está o no dispuesto a hablar sobre su anhelo reprimido por el padre, o si un miembro de una secta quiere o no investigar las raíces inconscientes de la función que cumple su fe en el más allá, en relación con el fin del mundo que supone inminente, son cuestiones de técnica que aquí no podemos aclarar en detalle. Lo decisivo es que exista la apertura mencionada, que, en principio, permite tratar a miembros de cualquier sistema de creencias. Problemas religiosos aparecen en todo análisis, al menos en las cuestiones de culpa. A menudo, es posible limitarse a la génesis de los sentimientos de culpa, en conexión con la formación del superyó. Sobre todo son los pacientes depresivos los que se sienten culpables, sin que por ello alguna vez hayan sido realmente culpables de algo grave. Confesión y absolución no bastan allí donde los sentimientos inconscientes de culpa han entrado en contacto estrecho con intenciones reprimidas. En este grupo de pacientes fue descubierto el papel que desempeña la interiorización de los padres castigadores y la imagen de Dios recreada según su modelo. Teología y psicoanálisis se encuentran en la transición del sentimiento de culpa a la culpa real (Buber 1958).

Es frecuente encontrar contenidos religiosos en las neurosis obsesivas. Las formas psicopatológicas de los rituales de defensa compulsivos tienen relaciones múltiples con la superstición y el pensamiento mágico. El cuadro clínico está caracterizado por angustias y sentimientos de culpa, así como por el alivio de ambos, sólo temporal, producido por las típicas ideas y acciones obsesivas. Este cuadro clínico desemboca en infinitas repeticiones del mismo curso de pensamientos o acciones, de tal manera que en los casos más graves se hace casi imposible cualquier acción normal. Tanto los contenidos como la forma de la neurosis obsesiva sugieren la comparación de la función que cumplen los ritos en la vida espiritual de los individuos y en el interior del sistema de creencia. Desde un punto de vista psicoanalítico, se trata, entre otras cosas, de investigar la influencia de los dogmas cristianos e historias bíblicas sobre las angustias neuróticas de los enfermos. Los problemas religiosos en la práctica

psicoanalítica surgen principalmente en aquellas personas que fueron dañadas por la religión y sus representantes, tal como lo muestra el siguiente ejemplo tomado del análisis de Arturo Y. Por eso, con el cambio en los síntomas siempre resultan también transformaciones en la imagen de Dios. La cuestión de cuáles sentimientos religiosos permanecen después que las representaciones infantiles y mágicas han perdido su influencia sobre el pensar y el sentir, es una pregunta abierta, en cuya respuesta divergen las opiniones, tanto de los teólogos como de los psicoanalistas (véase Gay 1987; Meissner 1984; Küng 1987; Quervain 1978; Wangh 1987).

10.3.1 La imagen de Dios como proyección

El historial clínico resumido en las secciones 6.4 y 8.2 puso de manifiesto el papel dominante que desempeñaban los contenidos y motivos religiosos en la sintomatología obsesiva de Arturo Y. Pero, también fuera de la sintomatología obsesiva, Arturo Y confrontaba a menudo a su analista con preguntas religiosas sobre la justicia divina y sobre la compatibilidad mutua entre diversas imágenes de Dios. La historia de Abraham e Isaac llegó a ser un ejemplo ominoso e incomprensible de un sacrificio en el que el paciente no podía descubrir amor alguno. El ejemplo siguiente proviene de una fase tardía del análisis, cuando Arturo Y ya había ganado una libertad interior mucho más amplia. Debido a la gran significación del problema tratado, en la sección 10.3.2 se presenta la toma de posición de un teólogo, bajo el título de "El analista en el resbaladizo terreno de la teología". Con este título, se hace alusión a una expresión del paciente, quien en un momento lanzó el reproche de que los curas evitan algunos temas para no meterse en terreno resbaladizo.

Las observaciones del analista sobre su contratransferencia ponen de manifiesto su inseguridad frente al problema de la posible blasfemia. Las reflexiones y comentarios fueron introducidos en el texto, sólo después de que la toma de posición teológica había sido redactada. Por lo tanto, ésta se refiere a la parte de la sesión de análisis no comentada.

Arturo Y acentúa que aún no ha aclarado sus propios sentimientos en relación con sus pretensiones de poder y autoridad. Agrega que por días enteros se siente estupefacto, y que su estado no es en absoluto comparable con antes, pero que quizás esto sea más bien un olvido (de la angustia), pues a veces se dan recaídas de segundos, de minutos o de horas. En el terreno de la angustia han cambiado muchas cosas, ha ganado una base más segura para tomar parte en la

alegría de vivir, puede ser generoso sin ver inmediatamente que se le viene encima la ruina económica. Pero, la angustia todavía subsiste latente.

Dos son los grandes temas que siguen inquietando a Arturo Y: poder y sexualidad. El paciente hace algunos comentarios sobre la fe cristiana, y plantea la pregunta de cómo se pueden conciliar los cristianos con la diaria lucha competitiva de tener que quitar algo a los otros o de llegar a dejarlos incluso sin pan. Cuando planteó a un colega del trabajo este problema, éste lo miró brevemente y con sorpresa respondió: "Las capacidades otorgadas por Dios son para usarlas y no es indigno de un cristiano salir adelante con ellas." Agrega que tuvo que dar la razón al colega, pues el manto de amor cristiano al prójimo no puede cubrirlo todo. La idea de una existencia sin poder no sería realista. El "empujar hacia arriba", continúa, es algo que se puede observar en toda la naturaleza. Las plantas crecen hacia la luz. Quien no mantiene el paso, se atrofia. Sus problemas religiosos lo abruman. Le resulta difícil recibir la comunión en Navidad: "Hace algunos años se me ocurrió que todo estará bien mientras no piense en mis angustias mientras recibo la hostia."

Arturo Y completa el relato sobre la última vez que comulgó: "Una vez, comí la hostia, e irrumpió en mi mente: asesino, baja la cabeza. Estaba pensando en mí. Logré apartar esos pensamientos y no continuarlos hasta el fin. Así estuve durante algunos días, hasta que con gran tranquilidad y armonía pensé de pronto en la escena de la comunión."

El tema religioso permanece en el centro de los pensamientos del paciente.

P.: La fiesta de Navidad es la fiesta de la armonía, pero luego, al día siguiente, es la fiesta de San Esteban, una historia atroz, la lapidación de San Esteban, que fue perseguido hasta afuera de la ciudad. Dios también consintió la muerte en la cruz de su Hijo, para reconciliarse. Mi educación atea hizo surgir en mí el sentimiento de que en el mundo se deambula en el frío y sin misericordia, pero ese mundo no correspondía en absoluto a mi naturaleza. Cuando se fueron los nazis y cuando por oportunismo fui mandado por mi madre a la Iglesia, me sorprendió llegar a conocer un mundo en el cual se es aceptado y en el que también está permitido sentir angustia. El viejo párroco supo muy bien cómo guiarme, pero el internado no fue la continuación de esa buena experiencia. En el internado encontré un espantoso representante de Dios.

En el internado encontró dos representantes, a un seductor homosexual, repugnante y odioso, y a un sádico brutal. Piensa en los versos de Schiller: "Con horror, se deslizó servil, el monstruo avanzó reptando - así me imaginé al hombre repugnante. De esta manera se formó en mí la imagen de un Dios diabólico."

El paciente quisiera agregar todavía otros versos de Der Taucher de Schiller, pero no lo hace para no dar la impresión de que quiere presumir con sus conocimientos.

Le hago notar el hecho de que se caracterizaba autocríticamente como presumido en el momento en que quería decir aún otros versos más. Pero que había interrumpido esa asociación para no aparecer como un presumido. Que si continuara con la historia, llegaría al tema del poder y no precisamente al poder que lo afecta desde afuera, al de los representantes de una imagen de un Dios brutal, sino al de su propio placer en el poder, ese que erige en contra de la superioridad para poder afirmar-se a sí mismo.

El paciente se atreve a acercarse al monstruo que acecha desde abajo, al decir: "Con esos monstruos, la única solución es tener uno mismo el poder, entonces se es tan poderoso como el que detenta el poder, asesino, como Dios Padre, que no impidió que su Hijo muriera en la cruz."

Reflexión: En una breve pausa de silencio, se me vino a la mente inmediatamente el problema de la teodicea, el de la justificación de Dios en contra de la acusación de que, como creador del mundo, también sería responsable de todo lo malo. ¿Quién es el responsable de la maldad en el mundo? ¿Qué sucede con la libertad humana?

Más tarde, consulté algunas proposiciones de solución, teológicas y filosóficas, para el problema de la teodicea. Sin embargo, en un momento, al recordar mi propia educación, me cogió una poderosa contratransferencia. Noté que detrás de la formulación negativa, que Dios no lo había impedido, está la fantasía inconsciente positiva. El dejó que lo mataran = El mismo, en su omnipotencia, lo mató. Tras largo forcejeo con una gran resistencia interior, llego a la conclusión de que no es-toy incurriendo en una blasfemia y, pensando que represento al paciente, creo consumir mis pensamientos, y los suyos, diciendo: "Si esta idea se lleva hasta el final, entonces Dios Padre mató a su Hijo."

El paciente está espantado y a la vez aliviado de que su analista haya expresado claramente este pensamiento.

P.: Ud. debería decir eso alguna vez a un cura. Le daría con una cruz en la cabeza.

A.: Cuando se es atormentado, pueden surgir pensamientos de venganza. Ud. no quiere ser así, no quiere ser un Dios vengativo, un Dios de la venganza, y, sin embargo, también quiere ser así. Como Ud. lo dice, el cura me golpea con una cruz en la cabeza. El sacrificio de la muerte de Cristo debe expiar y borrar la culpa del hombre.

P.: Sí, eso es algo difícil de conciliar.

A.: El Hijo se somete. No se haga mi voluntad sino la tuya.

P.: Naturalmente, en eso uno se pregunta cómo algo así ha fascinado y subyugado a tantos hombres por más de dos mil años. Miedo y fascinación. Sería una catástrofe que la hostia cayera al suelo. Claro, al Señor Dios no se lo puede tocar con los propios dedos. Nunca me hubiera atrevido a decir tan descaradamente que Dios mató a su Hijo. Si llegara a pensar algo así, llegaría también el castigo. Entonces tendría que matar a mis hijos. He necesitado tanto tiempo para poder llevar estos pensamientos hasta el final.

A.: Sí, en caso de que Ud. hubiese puesto en sus labios lo que yo dije, es decir, si Ud. mismo expresa sus acusaciones, si Ud. se enfurece por los sometimientos que tuvo que padecer, si se subleva en contra de quien detenta el poder, entonces será sacrificado como un cerdo (alusión al contenido de un pensamiento masoquista del paciente).

P.: Una vez Ud. me dijo que es evangélico y que fue educado cristianamente. ¿Cómo se las arregla para decir que Dios es un asesino, a pesar de ser cristiano? ¿Cómo armoniza esto?

Después de largo reflexionar, le ofrezco una respuesta esquiva: "¿Qué dice la teología cristiana de esto?" Hago valer una afirmación teológica general: el sacrificio de muerte como símbolo del amor de Dios.

El paciente está muy aliviado por haber puesto al fin en palabras los pensamientos que desde hace tiempo lo atormentaban permanentemente.

P.: ¿Debería estar contento por haber podido formular estos pensamientos?, ¿o debo tener angustia? No estoy satisfecho con lo que Ud. dijo.

A.: Sí, no puede estar satisfecho con eso.

Reflexión: Ahora no se me ocurre sino confirmar que el paciente sienta una insatisfacción justa, pues me evado en una generalidad, ya que en ese momento no es más lo que sé. De todos modos, de este modo se ganó un espacio en el que se pueden hacer intervenciones que ayuden más terapéuticamente. Con mi confirmación, estimulé al paciente para que se motivara a dar un paso desde su insatisfacción a un pensar más intenso. Con ello, mi evasiva no tuvo consecuencias negativas duraderas, como se demuestra en lo que sigue.

El paciente habla de una película sobre don Camilo y Peppone.

P.: Don Camilo conversaba con Dios como si fuera su igual. Llevaba la cruz para todas partes, hablaba con Dios o con Cristo como de hombre a hombre, gritando hacia arriba: "¡Afirmate!", cuando quería golpear con la cruz. Un lado de Dios tiene semejanzas con el profesor sádico. De él surge: agáchate, hazte chico, escóndete en la masa para que no llames la atención. Así sucedía probablemente en los campos de concentración. Se estaba más seguro no llamando la atención. Pero había que reptar como un gusano, plano sobre el suelo o, mejor, debajo de la tierra.

A.: Entonces, don Camilo hablaba con Dios como con su igual y le preguntaba: ¿por qué no impediste que tu Hijo muriera? Probablemente, él no hubiera dicho: por qué mataste a tu hijo. Eso sería un crimen activo. Pero la pregunta de por qué Dios no impidió el sacrificio de muerte también ocupa a los teólogos. Según la Biblia, Dios tiene poder sobre el cielo y la tierra.

P.: Sí, el razonamiento es iluminador, pero hay que atreverse a expresar tales pen-samientos. Me acuerdo de un radioteatro sobre un blasfemo que fue amenazado: ¡Ya te alcanzará un rayo! De hecho, poco después se desató una tormenta. En el ra-diateatro, lo único que hacía el hombre era temblar, hasta que todo pasó sin que le cayera un rayo.

A.: Muchas personas no se atreven a usar su entendimiento y a pensar. El castigo le sigue los pasos a la blasfemia, en la forma de un rayo. Ud. es castigado por me-dio del pensamiento que, como un rayo, le es impuesto desde arriba por el profe-sor-Dios todopoderoso.

Reflexión: Con esta interpretación, yo buscaba humanizar los hechos de la natura-leza y establecer una comunión entre los diferentes rayos, o encontrar semejanzas que tuvieran una raíz común en la polaridad de poder e impotencia. La alusión al profesor-Dios se refiere a un profesor sádico que lanzaba rayos (Blitz) que a su vez encontraban su eco atronador en los relámpagos de pensamientos (Gedankenblitz) obsesivos del paciente.

P.: Sí, don Camilo hace algo impropio. Pide perdón a Dios en el crucifijo y promete solemnemente una gran renuncia, no seguir fumando el cigarro. Dios, arriba en la cruz, le dice entonces: "No sólo apágalo, sino también tíralo lejos, no lo guardes en el bolsillo." - "Sí, mira cómo lo despedazo". Así era, Camilo tenía en-tonces segundas intenciones, de seguir fumando después el cigarro en la pipa, y lo pillaron con esos pensamientos, una historia graciosa.

A.: Sí, ese Dios toleró una gracia, pero el otro, el siniestro, no, ese que Ud. encontró en la persona de Benignus (el maestro sádico).

En la sesión siguiente, el paciente habla sobre la acción liberadora de la última sesión, aunque dice que también está espantado por mis expresiones. Agrega que ha ganado en seguridad, que ahora se hayan dicho cosas que antes se habrían calla-do. Algo ominoso quedó atrás, como que "podrían llegar los jinetes del Apocalip-sis" o, dicho más simplemente, "que podría pasar algo como en el internado, cuan-do ese muchacho fue apaleado de tal manera que después se suicidó. Todo eso me dejó muy marcado".

A.: Es natural que lo ominoso se olvide, por eso le pareció todo tan nuevo en la última sesión, como si no hubiese tenido nunca esos pensamientos.

P.: Claro, pero nunca habían sido dicho tan claramente por Ud. Dios, un asesino, la casa tendría que venirse abajo.

A.: Ud. se siente mejor, no sólo porque no ha pasado ninguna desgracia, sino porque yo fui quien dijo la frase. Si Dios Padre se encolerizara y llegara a matar a alguien, la víctima sería yo, y no Ud. Porque yo fui el malvado, el blasfemo.

P.: Sí, Ud. lo ha dicho, pero yo fui el motivo, y eso me atemoriza. Me he calmado en la medida en que me he dicho: él lo dijo, no yo. Sólo posteriormente pude sentirme también orgulloso. Al principio estaba espantado y aterrorizado. No, más bien me sentía orgulloso de haberme arriesgado tanto, y sin embargo me preocupa haberlo llevado a una blasfemia. Lo conozco hace suficiente tiempo como para saber que a Ud. hay que tomarlo en serio, y que frente a mi pregunta de cómo se las arregla con todo eso, se refugió en una opinión teológica. La suya propia no me la dio. Vuelvo de nuevo a la conversación entre don Camilo y el crucificado. Don Camilo habría preguntado: ¿por qué no lo impediste? Esa es una pregunta mucho más débil. Ud. no puede quedarse simplemente ahí parado y expresar un pensamiento así (blasfemo). En ese momento no sólo yo contengo la respiración, sino que cientos de miles reaccionarían exactamente de la misma forma. Ya le he relatado la historia de la hostia que no puede caer al suelo.

A.: En todo caso, yo soy el responsable de mis expresiones. Para Ud. fue un alivio el que yo haya tomado la responsabilidad sobre mis hombros.

P.: En los últimos días me he observado un poco más a mí mismo. Me ha llamado la atención de que a veces trato de evitar el contacto visual. Si miro a éste o a aquél, entonces él tampoco me hará nada. (Largo silencio.) Una de sus formulaciones me desagradó. Que yo sólo arriesgo algo, si Ud. se atreve antes. Como si Ud. me quitara algo por adelantado, algo que creo ser capaz de hacer por mí mismo, es decir, una porción de coraje. Ahora bien, podría también verse de otra forma (el paciente ríe). Se podría decir que porque él (el analista) va adelante, he reunido el coraje de seguirlo de cerca.

A.: O de seguir su propia huella.

P.: Quisiera volver a la frase y preguntarle directamente: ¿No tiene miedo de decir algo así? ¿No se ha arriesgado demasiado? ¿No se le desbocó el caballo con Ud. encima? ¿O mis recuerdos no son correctos? No me puedo imaginar que yo lo haya provocado hasta que sus emociones se le desboquen, pero sería una explicación para esa frase.

A.: ¿Sería muy espantoso para Ud. ejercer tanto poder como para provocarme a blasfemar?

P.: Sí, pensaba justamente en un colaborador, un procurador, a quien en un negocio le hice una proposición de solución que le gustó mucho. ¿Por qué me cuesta tanto reconocer que también tengo buenas ideas? Ahora, si yo tuviera el poder de

provocarlo a decir lo que dijo, creo que para mí ya no sería tan espantoso como antes.

A.: Sí, Ud. me estimuló a pensar eso. En todo caso, no se me desbocó el caballo. En esto me siento en la buena compañía de teólogos importantes. Un tema fundamental de la teología cristiana es el preguntarse de dónde viene el mal. Si Dios ha creado el mundo, existe el problema de por qué no impide el mal y que, por lo tanto, haya permitido que su Hijo fuese muerto. Yo había dejado de lado este paso intermedio para hacer resaltar que el crimen indirecto, el mediato, también es un crimen.

P.: Tenía el temor subliminal de que no estuviera permitido hablar sobre esas cosas y de que tampoco se puede tener modelos de pensamiento. Entonces, no es sólo un problema mío. Estas contradicciones no me afectan sólo a mí, sino a miles y miles de personas. Si a todos les preocupa esta problemática, ¿por qué entonces no se habla de ella en la Iglesia? ¿O es porque los curas también van a parar a un terreno resbaladizo?

El paciente habla de prédicas que se ocupan de temas fundamentales, temas que ya en tiempos precristianos se expresaban en mitologías, tales como el odio, el amor, la reconciliación y el sacrificio. "Me sorprende que no se pregunte más a menudo por qué se habla del buen Dios (la expresión *der liebe Gott*, "el buen Dios", es una de las maneras cotidianas más frecuentes de aludir a Dios; nota de J.P. Jiménez). Tal vez yo pueda responder esta pregunta a partir de mi propia historia. Me quitaron a palos la mala costumbre de hacer preguntas críticas." Con este pensamiento termina una sesión memorable para ambos participantes, que ayudó a que el paciente integrara partes proyectadas de sí mismo.

10.3.2 ¿El analista en el resbaladizo terreno de la teología?

Para comentar de manera convincente esta impresionante escena, que parece reflejar muy condensadamente un "problema de la humanidad", es adecuado abordar los siguientes problemas:

1) En esta viñeta, ¿qué llegamos a saber sobre el paciente, su enfermedad y sus progresos terapéuticos, incluyendo los datos biográficos?

El paciente trata el tema de los sentimientos de afán de poder y de fuerza. Esto se vincula con el miedo de causar daño a las personas más cercanas. Sus fantasías omnipotentes, que le otorgan efectos mágicos a sus propios pensamientos, se invierten: el paciente es entonces víctima impotente, que está expuesta, por ejemplo, a la ruina económica. Se siente entre dos mundos: uno en el que es aceptado y donde se está permitido sentir miedo, y otro con matices

sadicoanales, que ha incorporado en su interior por identificación. Tiene "horror a la envidia de los dioses", pero ahora es capaz de ver que el aborrecido impulso de poder está en él mismo. Sin embargo, frente al reconocimiento de la propia ambivalencia, se erige la resistencia en el intento de introducir una clara separación entre ambas esferas, la "buena" y la "mala". El analista le lleva la delantera en la comunicación simbólica, en cuanto que éste, vicariamente, pone en palabras, por el paciente, el "pensamiento blasfemo" de un Dios ambivalente. Bajo esta protección, el paciente puede acercarse a su propia ambivalencia, la que por supuesto no se puede "conciliar" lógicamente. La ruptura del tabú por parte del analista, capacitó al paciente para descubrir posibilidades "legítimas" de desplegar poder en la propia vida.

2) ¿Qué papel desempeñan las representaciones religiosas del paciente en el proceso terapéutico, sobre el trasfondo de su socialización religiosa? ¿Le facilitan la terapia, o son usadas al servicio de la resistencia? ¿Qué exégesis auxiliar usa él mismo, y cuál ofrece la teoría psicoanalítica?

Es manifiesto que Arturo Y tiene la posibilidad de expresarse en términos míticos. En esos momentos, mundo interno y mundo externo no están separados, lo ideal y lo material coinciden, y no se distingue entre sujeto y objeto. Se siente como un campo de batalla de poderes numinosos, que imperiosamente deben ser mantenidos disociados. Todo está "en orden", si al recibir la comunión no se ve obligado a pensar en el mal, cuando la ambivalencia es dejada de lado. A pesar de esto, siente que allí no está la solución y busca posibilidades de expresión para su ambivalencia. Sólo por poco rato le resulta decir: "Dios, que para estar reconciliado acepta la muerte en la cruz de su Hijo." En la imagen del "Dios satánico" y del "Dios que mata" se refleja el propio lado oscuro de su deseo de poder y fuerza. Como exégesis auxiliar en el dilema de un Dios simultáneamente omnipotente y sufrido, recurre a la figura de don Camilo, cuyo "chiste" consiste en que se muestra a un Dios que tiene humor y que acepta la ambivalencia de su representante terrenal, así como el paciente puede aceptar temporalmente la función de representación de su analista y así encontrar nuevas posibilidades de uso del propio poder.

La emergencia desproporcionada de estructuras míticas en tantas situaciones analíticas, ofrece la ocasión de meditar en este lugar un problema fundamental de la formación teórica psicoanalítica, a saber, el problema de la comprensión "científica" de sí misma frente a las estructuras de pensar "míticas" de muchísimos pacientes.

Como una ciencia en la que de una manera peculiar se conectan el "explicar" con el "comprender" (Thomä y Kächele 1973; J.Körner 1985, p.51ss), el psicoanálisis ha contribuido, sin que muchos psicoanalistas lo hayan notado, a

una reestructuración considerable del clima intelectual, que ha cristalizado sobre todo en una nueva valoración del problema del mito en la ciencia. La esperanza de que las mitologías se diluyan sin rastros en la psicología profunda y que se las pueda reducir a la proyección de deseos y fantasías inconscientes, ha resultado no ser nada más que una "ilusión", en el sentido de Pfister (1928, p.149-184).

Así, desde el lado de la filosofía se constata que hoy en día "no existe, en absoluto, ninguna razón teórica irrefutable, científica o filosófica, para descartar al mito" (Hübner 1985, p.343). "Si es que la sociedad humana debe existir, los mitos que nos enseñan simplemente lo que representa un valor, son inevitables" (Kola-kowski 1974, p.40). Por el contrario, la vuelta incontrolada de los mitos reprimidos, de cuya fuerza casi eruptiva somos actualmente testigos, es diagnosticada como una debilidad de nuestra cultura (Hübner 1985, p.15s). En múltiples manifestaciones de nuestra cultura lo mítico está disimuladamente presente (Hübner 1985, p.293ss). No obstante, también se habla de la oportunidad de llegar a interiorizarse de los deseos reprimidos a través de una confrontación consciente con el material mítico (Heinrich 1986, p.242). Mucho habla a favor de que a la desmitologización sigue una remitologización (Schlesier 1981; Vogt 1986).

Después de este breve excursus filosófico, nos volvemos nuevamente a la estrategia de intervención del caso que nos ocupa.

3) ¿Qué llegamos a saber del analista en relación con el paciente y sus representaciones religiosas?

Ante todo, el analista se siente ostensiblemente representante de la "realidad". No se amilana en tomar un punto de vista realista. Busca mediar entre los ideales pre-suntuosos y utópicos, y las circunstancias, tal como éstas son, recurriendo a la "naturaleza". Probablemente, él teme un rompimiento de ambos polos en la ambivalencia de su paciente. Se eleva a otro plano en la medida en que mantiene a raya el "encantamiento del pensamiento" del paciente, pero al mismo tiempo le llama la atención sobre sus impulsos críticos en contra, que se manifiestan como ironía y sarcasmo soterrados. Utiliza la representación religiosa del paciente (la cruz como "instrumento de poder"), para acercarlo a sus propias fantasías sádicas reprimidas. Intenta confrontarlo con la escena de la "sumisión", para mostrarle que la "rebelión" está eventualmente amenazada con castigos espantosos. Formula por el paciente la "blasfemia" de un Dios ambivalente, pero frente a sus insistentes preguntas de cómo podría "conciliarse" todo eso, se reduce a una formulación teológica general que por supuesto no deja satisfecho al paciente. En relación con la construcción auxiliar de una teoría "de los dos dioses" (el Dios de don Camilo y el Dios del seductor

sádico), tantea empero nuevamente la ambivalencia del paciente y le muestra su poder oculto, con el que provocó al analista a proferir la blasfemia. Lo alarmante y generador de aislamiento de la ambivalencia personal es "anulada" (aufheben) de dos maneras, por un lado en la identificación con el analista, por el otro en el problema general de la humanidad, que aparece como sin solución lógica y para el cual no hay respuestas unívocas.

Con esto, el analista se encuentra en un dilema. O bien se pone demasiado en el primer plano, a sí mismo y a sus ideas religiosas, ofreciéndose como objeto de identificación, o bien deja muy solo al paciente, haciendo referencia a un "problema de la humanidad" o a un "lugar teológico" general frente al cual el analista declara su falta de "idoneidad".

¿Qué ayuda de orientación se podría ofrecer en un dilema de este tipo, hasta ahora tan poco valorado tanto en la formación teórica como en la técnica psicoanalítica? Debe verse como un error la idea de que los símbolos mítico-religiosos contrarios a la vida se desmoronan por sí mismos. ¿Le queda al analista solamente el papel de un espectador ajeno, que debe esperar que algo se desarrolle por sí mismo? Sin duda, eso sería una apreciación fatalmente errónea de la dinámica interna del proceso terapéutico. También el analista debe intentar tomar conciencia de cómo él mismo se sitúa frente al tema religioso, para poder manejar su contratransferencia en beneficio del paciente, aun cuando trate de mantener lo más posible "en suspenso" decisiones precipitadas en el caso de que se dé un conflicto de valores entre él y el paciente. Por eso, pregunto en primer lugar:

4) ¿De qué manera está presente el tema religioso en la escena y en el juego recí-proco de transferencia y contratransferencia?

La estructura de la escena descrita está fuertemente determinada por el carácter del papel de suplencia que asume el analista y que éste interpreta en ese sentido. En tanto yo auxiliar, asume, en representación del paciente, la formulación de pensamientos que el paciente aún no puede poner en palabras. Esta formulación lleva los rasgos del material religioso ofrecido por el paciente. En esto, me parece característico que la transferencia no esté marcada por la imagen del padre (en esta escena no llegamos a saber nada del padre del paciente), sino por la del hijo, quien, a decir verdad, es obediente (¡también él recurre frecuentemente a las autoridades!), pero, al mismo tiempo, rompe el tabú del padre unívoco mediante la "blasfemia" de la ambivalencia, y con ello simboliza rebelión e indignación. También la contratransferencia del analista me parece estar impregnada de ambivalencia. Por una parte se siente representante de la realidad, por otra se abandona tanto a las representaciones religiosas del paciente, que les adjudica un contenido de verdad supraindividual, lo cual

permite al paciente sentirse unido tanto con el analista como con toda la humanidad. El hecho de que al "pensamiento relámpago" no siga un "rayo castigador", ayuda al paciente a aflojar los mecanismos defensivos de la desmentida (Verleugnung), del aislamiento y de la anulación retrógrada, pudiendo así experimentar ambivalencia.

Entonces, ya en esta escena terapéutica es claro que las representaciones religiosas pueden ser investidas afectivamente de una manera altamente ambivalente. Ellas reflejan de un modo impresionante el estado del proceso analítico. El que el paciente haga uso de representaciones religiosas en este proceso puede ser una ventaja, sólo si el analista ha alcanzado una cierta conciencia de su propia situación personal frente a este problema. El analista tendría que tener claridad sobre el papel que desempeñan las representaciones mítico-religiosas en la interpretación que una cultura hace de sí misma, en su relación con la tradición histórica espiritual. La esperanza "racionalista" de los primeros psicoanalistas no se cumplió. Sin embargo, si partimos de la comprensión de las transformaciones históricas de los mitos, no se puede por eso caracterizarlos, acriticamente, como arquetipos "ubícuos, supra-temporales, latentemente presentes, en permanente retorno, que vinculan internamente a los hombres de todos los tiempos y lugares" (Drewermann 1984, p.165). Tanto desde el punto de vista de la psicología profunda como de la teología, también otras concepciones de Drewermann son discutibles (Görres y Kasper 1988). En la medida en que Freud introdujo el concepto de "trabajo" en un lugar central, tanto de los actos terapéuticos como para la caracterización del acontecer intrapsíquico, dio la consigna decisiva para la relación entre "naturaleza" e "historia". Por medio del trabajo psíquico, la naturaleza del hombre adquiere su historia, y el psicoanalista participa activamente en este proceso, tanto a nivel individual como colectivo. Quiéralo o no, necesariamente está tomando parte en el "trabajo en los mitos", el que ha sido visto como una tarea tan urgente (Blumenberg 1981, p.291ss). El debería someterse a esta tarea conscientemente y de buen grado, tal como de hecho parece ser en la actualidad. Por eso, una última pregunta que ha desatado el examen de esta viñeta clínica:

5) ¿Por qué entre los psicoanalistas todavía se trata de manera tan renuente la temática religiosa, como si se tratara de un tabú? Y ¿por qué es una tarea tan importante para el psicoanálisis romper ese tabú?

Freud empezó la transformación de la mitología en psicología del inconsciente y, de acuerdo con su convicción, con ello debían disolverse las estructuras religiosas fundamentales "por el carácter inevitable y fatal de todo proceso de crecimiento" (Freud 1927c, p.43).

Además, la ubicuidad de las representaciones religiosas, las que en muchos análisis se muestran en formas más o menos drásticas, requiere que se les reconozca un derecho relativo. Estas representaciones son extraordinarios medios de expresión para realidades psíquicas que, por su parte, sólo difícilmente se dejan reproducir en el lenguaje cotidiano impregnado de realidad práctica. ¡Por cierto que hay que darse el trabajo de diferenciar los contenidos! En el caso presentado, nos encontramos manifiestamente con dos ideas religiosas diferentes: por un lado, el esfuerzo de aislar lo santo de lo profano, de disociar lo bueno de lo malo, de absolutizarlos y de aprovechar su rivalidad mutua. Por el otro lado, la posibilidad, que se abre a través de la idea de la suplencia, de aunar en lo divino ambos aspectos del conflicto de ambivalencia, algo que, si bien conduce a contradicciones lógicas, desde una perspectiva emocional es sentido como alivio y liberación.

Para el progreso terapéutico del paciente parece estar fuera de toda duda que la primera idea más bien lo inhibe, mientras que la segunda parece estimularlo. En esto está implícito un "valor", frente al que debe quedar abierta la pregunta de si éste de hecho es atribuible a la empiria psicoanalítica o si más bien debiera ser visto como herencia de la historia evolutiva de la autoconciencia humana y de su forma de expresión religiosa.

Probablemente, la razón de por qué la psicología psicoanalítica de la religión, que tuvo su mayor florecimiento precisamente en los inicios del psicoanálisis (véase Nase y Scharfenberg 1977), se vio colapsada, deba buscarse en el hecho de que no satisfizo las esperanzas iniciales de un traspaso total hacia el psicoanálisis. En todo caso, éste rompió el tabú de que las representaciones mítico-religiosas debían respetarse como valores inmodificables y supremos, válidos para todos los tiempos y lugares. La revelación de su carácter ambivalente abrió la tarea de su elaboración, del mismo modo como Oskar Pfister, compañero de lucha de toda una vida de Freud, la convirtió en su tarea básica; aquel Oskar Pfister "olvidado", a la par por los teólogos y por los psicoanalistas (véase epistolario entre Freud y Pfister, 1963). La crítica psicoanalítica a la religión ha sido asumida y continuada de múltiples maneras (véase Scharfenberg 1968; Küng 1979, 1987; Meissner 1984), de tal forma que frente a la amarga disputa de los inicios del psicoanálisis debería surgir una situación de diálogo completamente nueva, al interior de la cual la contribución psicoanalítica está aún claramente subrepresentada. La viñeta clínica comentada señala con gran claridad la necesidad urgente de que surja un trabajo conjunto permanente, trabajo que ya ha roto muchos tabúes religiosos.

□ Temas especiales

Interconsulta

Temas especiales

Reflexiones filosóficas sobre el problema de la "buena sesión"

Temas especiales

Temas especiales

Religiosidad

Temas especiales

Temas especiales

Religiosidad - La imagen de Dios como proyección

Temas especiales

Temas especiales

Religiosidad - ¿El analista en el resbaladizo terreno de la teología?

Religiosidad - ¿El analista en el resbaladizo terreno de la teología?

□7□<□.=□•A□DøE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D
øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7□7□<□.=□•A□D øE□7fras□□□□
□8□^a□Œ□à□ì□'□-
□1□s□,,□Û□'□<□,□Í#3ysqoiooooo□□□@□Ä□□□□□□□□□3?!,,#4#8#{#
□#ù#°#"#÷\$]Sa\$X\$|%R%^&G'
'□(?)(),vttttttvtvt□@□□□□),)ë)ù+□,□m,q-□-(.É.è1M2Ñ2à2^343â3ç3-3'5 5
5□5}t}}t}}}}}}□□□@□55,505;5A5|5Ä5Ñ
5à6i6ñ6fl6E7°7¿7i7~8`8d8û8ç:D:P}}}}}}}}}}t□□□@□:P:•<P<d=ð=f>.:?p?
ÅCtDUDYE}EçEøE°FYFiFÖFâGóLd}}}}tr}}}}}}□¿□□□@□LdM

MOΔO

PøP√QäS^T~T∞U!U1WpWtX±ZHIZÉlÊmÀq°qf}}}}}}}}}}wu}}□Ä□□□□□

@□qftr≥r]u-uPuSuXu\ufuEvDv°w

wVwZw∞wÿxx!xSxWxçx¶}}}}t}}}}}}□□□@□x¶yÿòz<z@z

zÕz"z÷{R{V|

|□|□|}K}O}~}°}~□□WÉ≤ÑWÑc}}}}}}}}}}}}}}□@□ÑcÑ

~ÖÜÛ;i:iuüi|]iñiΣñ-ñ-û-ûs°@°â¶y¶Ç¶N¶é¶¶,}}}}}}}}}}}}t

□□□@□¶,βôβ'Ø§μ.μ3°Ω±ΩÿΩΩΩjæÔ-t-}»Δ»Á"£"•÷C÷_ÿ□ysyqqqqhq

□□□@□@□□□□ÿ□ÿ(ÿuÿÿà>x÷ø%÷%oIÍCÍUÒΔÒ,Û]ÛfÛhÛoÿ6ÿ=ÿ[ÿbÿ

ÿ'ÿ'H'O}}}}}}}}}}}}□¿□@□'O°;°B"i"j□□ü□□±□

ä□

β□

e□

Ä□□a□□i□□ô□□£□□ÿ□□Í□□□□□□□"□□ÿ}wu}}}}oioio□@□□□□Ä

□□□□□@□□□ÿ□□Ä□□W□□t□□œ□□ÿ□□~□□~□□ë□ 0□ J□\$□\$

□%□□%□□-0□-6□5¿□5"□6□6-

□7Σsysysysysqqqqqq□@□□□@□□□7Σ□7Π□?□□?+□L^□P;□Q(r)□Q≥□U

-

□U7□Yú□YÏ□Y□□[9□[=□[c□[g□[ü□[£□]•□](c)ywuuluuuuu□□□@□¿□

□□□□□](c)□^Σ□^"□_≠□a

□aï□aô□a¿□a □d

□f;□f?□gÆ□g≤□i□□i□j□□j□□kC□kJ□kó□k¶□k√}}}}t}}}}t}}□□□@□

□k√□mâ□mê□mÿ□p□□pû□pç□q□□q□□r□□r□u.□u:□u,□v□vâ□vê□wV

□wh□xm□xA□xü□xÆ□xA□xÎ}}}}}}}}}}}}}}□@□□xÎ□y □y

□z[□z_□z≥□zΣ□{£□{§□{,□|□}Ï□}□□□ñ□Ä†□Ä§□ÄΠ□Ä«□ÇS□Çë□ú

□□ú'□(r);}}}}w}}}}u}□¿□□□□□@□□(r);□(r)I□Ω>□Ω?□ΩS□ΩT□Ωd

□Ωe□Ωf□Ωg□Ωh□Ωi□Ωj□Ω~□Ω□□Ω¿□Ω¿□Ω¬□Ω√□Ωf□Ωÿ□Ωÿ}wq

qwqqwqqwqwq□□□□□X□□□@□□Ωÿ□Ω/□ΩÓ□ΩÔ□Ω¿□Ωÿ□æ□æ□□

æ□□æ□□æ□□æ□□æ,□æ-

□æ`□æa□æb□æc□æd□æx□æy□æz□æýsssysysysysysysys□□□□□X□□□□

æé□æè□æð□æÿ□æÿ□æ"□ø#□ø\$□ø&□ø'□ø|ysysysym□@□□□X□□□□

□□

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□-□□

□8□9□ò□π□]□^□E□œ{wwwwwwwwwssokssds□□□

□x□□

□□□

□□□

□□

□□□□□œ□^

□

f□:□'□-□"□^□□□...3!-!fl{wsowea]YYUQMY□□Û□□□

□□

□□□

□□

□□□

□□□□¥□¥□□□

□□

□□□

□□□

!fl#4#{#ù#"\$]\$x%R&C'

(;)()ë+

,m.É0÷{wwwswokogosc{_[□□ÛÛ□□

□□Ñ`□□ÉÑ□□Ç(r)□□□

□□□

□□□

□□□

□0÷1I2Ñ3â3-5 5□5,5|5Ñ

6í6fl7°718`8û:D:°<P{wwwsssswsosksgcg□□ÅÃ□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□<P=ð>.p?Å?ÇCdDUE}EùFYFÖGóJ{L`M

OΔ{wsookgcogoc_[gW□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□ÉÑ□□□

□□□

□OΔQäSNT~U!WpX±ZEZfZGZHIZyZéZè["{wsokgc____[_T_g□□□

□□□□□□□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□["_π`Ëc,fj†l,mÀq□r̄t(u)uPuXufv@{wsokgc_[wwWWSO□□ÅÃ□□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□

□□

□□

□ □

□□□

□□

□v@wVw∞xxSxçyÏz<z z" {R|

|□}K}~}~□WÉÆÑ~ÖÚ{wwss{swwos{oskgkc□□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□ÖÚÖÛÖÜÛ;Ü<à□âui8i9i:iuivî%ñ:ö†û-ûsût{{{wso{{{kgsc_{□□□

□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□□

□‡2·,∂%÷Ë5ÍĈĭ□Ĭ,,ÔrÒfÒ≈ÒΔÒ,Ò,,ÚéÚ^ {w{sokgcw____[W□□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□

□□

□□

□□□

□Ú^,°(“j□□,□□ù□□û□□ü□□±□□≤□V□□é□□[□□j□□ÿ{wsokggggc_[

W□□□

□□

□□

□□□

□□□

□□

□□

□□□□

□□

□□ÿ□□ë□□í□√□\$□'È□+U□1|□5Ä□7[]□8} □?□?□□?□□?+□?,uqmieea]

YUQqqqq□□□

□□□

□□□□

□□□

□□

□□□
□□

□□□
□

□å□d□□?,□CU□D□□□G □KN□LB□LÚ□P;□Qs□R□□T□□U-
□Vu□Y*□Yò□YÏ{wsowkge_[cWS_O□□□
□□
□□Ñ`□□

□□□
□□□
□□

□□□
□□

□□
□□□
□□

□□YÏ□[9□[c□[ü□]•□^□_≠□` } □a□ā□a¿□cÃ□d□□f;□gÆ□i□□j□ {wws{
okgcw_[s{{W□□□
□□□
□□Ü□□□□□
□□□
□□□
□□□
□□
□□

□□□
□□□
□□j□□kø□mâ□n□□p
□pû□q□□r□□u,□vå□xÁ□y □z[□z≥□ {§□ {, {wsoskgs_[sWs□□□□□
□□□
□□
□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□Ö<□□{,□}İ□□ñ□Åø□ÇQ□ÇR□ÇS□Çë□Çí□ÉG□É-□àT□àÂ□ä
□éÕ{wsokkak]YUoQM□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□

□d□d□□□

□□□

□□

□□□

□□

□éÕ□ê□□íë□ñN□ñ...□ó/□ù;□ü%□çè□£□□(r)°□≠l□∞v□±I□≤W□∂!{wso
kg{ck_[WSOs□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□

□□□

□□□

□□□

□□

□□

□□□

□□∂!□∑ÿ□Ω>□ΩS□ΩT□Ωf□Ωg□Ωh□Ωi□Ω~□Ω□□Ω-□Ω√□Ωÿ□Ωÿ

□ΩÓ□ΩÔ□æ□æ□□æ□□æ□{wsoioiosososo□Ù□□□□Ù□□□

□□□

