

DEJÉMOSLO POR HOY

RÓMULO LANDER

Editorial Psicoanalítica

Caracas Venezuela

Rlander39@gmail.com

Primera edición: 1979

Segunda edición: 1986

Tercera Edición: 2008

Bookman Old Style, p.11

Depósito legal: lf25220081503702

ISBN: 978-980-12-3415-0

Impresión: Yuruani Guerere

PREFACIO

Esta nueva edición aparece ahora cuando ya han pasado treinta años de la primera. En esta oportunidad se trata de ofrecer a consideración de ustedes una forma de trabajar en psicoterapia. Esta claro que es un testimonio, un recuento histórico, sin embargo debo decir que esta técnica tenía mucho sentido para mí: en aquellos años. Como verán en este documento, mi práctica de entonces ya tenía una sólida fundamentación psicoanalítica, pero con una técnica heterodoxa. Estaba entonces bajo los efectos de lo ocurrido con nuestra cultura durante esas dos décadas: eran los años sesenta y setenta. Recordemos que en esos años apareció el movimiento de la contracultura, que entre otras cosas nos llevó a la liberación de los estrictos tabúes sexuales de la época anterior. Esta liberación fue introducida, entre otras cosas, por la recién llegada píldora anticonceptiva y por los nuevos valores sexuales y culturales ofrecidos por el movimiento hippie y por el uso generalizado de las drogas psicodélicas, que para ese entonces no estaban penalizadas, ni se conocían con claridad sus peligros.

Todos estos cambios estaban íntimamente unidos a la aparición en el mundo de los famosos *circuitos integrados*. Esta invención del *chip* que aparece en 1958 fue la obra del ingeniero electrónico Jack Kilby. Esta novedad tecnológica fue lo que hizo posible la creación de los instrumentos musicales electrónicos, que a su vez dieron vida a la música Rock en la década de los años 60. Esta música con sus mensajes transformadores e incendiarios, propios de la contracultura, llegó a todas partes del mundo y produjo efectos enormes en la juventud de esa época. Estos múltiples fenómenos culturales iban a tener un impacto en la manera como se ponía en práctica la ayuda profesional psicoterapéutica a una población recién transformada por estos dramáticos cambios culturales. Recordemos que estamos hablando de la época de la anti-psiquiatría surgida inicialmente en Londres, del anti-Edipo surgido en París del movimiento humanístico en psicología que apareció en los Estados Unidos. Fue la

época de la aparición de los National Training Laboratories (NTL) en New England y de la convulsión social que produjo la expresión directa de emociones. Emociones presentadas y expresadas en el *Primal Scream* o llamado *Grito Primario* introducido primero por Arthur Janov en los Ángeles y luego por Daniel Casriel en New York.

Era la época de la célebre comunidad del *Instituto Esalem* en el Big Sur de la costa californiana, allá a orillas del océano pacífico, con sus baños termales y sus terapias nudistas. Fue allí donde tuve el privilegio de conocer el sitio donde Fritz Perls introdujo sus novedosas ideas sobre lo que luego se llamaría la *Terapia Gestalt*. También fue la época de la aparición de las *Comunidades Terapéuticas* iniciadas en 1956 en Synanon, en la costa oeste de los Estados Unidos, seguida por la comunidad Daytop que apareció en la ciudad de New York y luego por la Comunidad del Kingsley Hall en Londres, iniciada por el controversial psicoanalista Ronald Laing. También fue la época cuando el norteamericano Kenneth Cooper en 1967 puso el mundo a trotar, con su pionero y famoso libro sobre Aerobics. Fue la época del redescubrimiento de las propuestas, hasta entonces prohibidas, del genial psicoanalista vienés Wilhem Reich, quien falleciera durante un encarcelamiento injusto en una prisión norteamericana. Sus propuestas fueron afortunadamente rescatadas y reintroducidas por su destacado discípulo Alexander Lowen en su recién fundado *Instituto Bioenergético* ubicado en Park Avenue de la ciudad de Nueva York. Siguiendo las ideas de Wilhem Reich, Alexander Lowen replanteó la teoría y la técnica del diagnóstico de los biotipos corporales y del trabajo sobre los bloqueos musculares crónicos. Él la llamó: *Terapia Bioenergética*. Estas novedades y cambios van a permitir la introducción, junto con los trabajos de Moshe Feldenkrais e Ida Rolf, de las nuevas terapias de acción directa sobre el cuerpo y sobre el aparato muscular, tales como el *Rolfing y la Integración Postural*. Es la época en que las *Terapias de Grupo* se convirtieron en una forma efectiva, rápida y dramática de ayudar al otro a tomar consciencia de sí mismo. Era la época en que la cocaína era una droga casi desconocida, al igual que era desconocido para las masas: el budismo y las artes marciales. Fue la época en

que se comenzó a popularizar el uso de la marihuana y de los alucinógenos de libre distribución. Esa es la época en que este libro fue escrito.

En ese mismo año corregí y amplié un largo manuscrito que ya había previamente escrito durante mi época como candidato al Instituto de Psicoanálisis. Había escrito sobre la vida y la obra de Melanie Klein. Persona a quien admiraba profundamente. En esa época no se había escrito nada sobre la vida de ella. Me dio gusto recoger información biográfica y escribir, aunque fuera solo para mí, esas anotaciones que aparentemente no tenían un mayor valor. El azar de la vida hizo que este libro de Melanie Klein se publicara primero que este importante *testimonio sobre la psicoterapia de expresión emocional*. En las décadas de los ochenta y noventa nuestro mundo cultural cambiaría de nuevo en forma dramática. Mi vida también tomaría otro rumbo. En esa época apareció en el mundo la computadora, aquella computadora pionera: la Apple II. El Nintendo y sus video-juegos también hicieron un efecto tremendo en el desarrollo de los jóvenes de entonces. Luego aparece internet, la red de redes: la hasta hoy día importante Web, la TV por satélite y la globalización. De allí en adelante, el mundo y sus costumbres globalizadas van cambiando aceleradamente día a día, delante de nuestros propios ojos.

Rómulo Lander
Caracas: Junio del 2008

Prólogo a la primera edición (1979):

Deseo expresar mi gratitud a algunas de las personas que me han ayudado a construir mucho de lo que soy hoy en día y con quienes he compartido lo aprendido en todos estos años. Primero a los miembros ya dispersos del equipo original de *Centegrupo*¹ que me acompañó en esa

¹ Centegrupo fue un <Centro de Terapias de Grupo> fundado por mí en el año 1972 y se mantuvo abierto y funcionando hasta el año de

década de los años setenta, con todos ellos compartí una experiencia pionera muy intensa, fraterna, fructífera y además formadora para todos nosotros: Nick Bauman, Roberta Fleishman Julieta Ravard, Alicia Arenas, Gastón Ortol, Noemí Angulo, Gerardo Réquíz, Humberto Castillo, Maria Enma Scull, Luis Sanz, Gonzalo Himiob, Pedro Delgado, Atzeguiñe Zuloaga, Delia Herrero y Dalila Irizarri. Luego a las siguientes personas con las cuales tengo una profunda y permanente gratitud que durará para toda la vida: Sol Fonseca, Lisandro López Herrera, Gloria Paniagua Jonathan Gill, Guillermo Teruel, Fernando Rísquez, Rafael Ernesto López y Manuel Kizer. A todos ellos expreso mi gratitud por el valiosísimo apoyo, comprensión y toda la ayuda que me dieron en aquellos momentos tan intensos y difíciles.

1982. Fue un centro muy activo en una época de pioneros en donde se usaron y se iniciaron en el país todas las técnicas de grupo: psicoanalíticas, terapias corporales como integración postural y rolfing, terapias de danza, bioenergéticas inspiradas en Wilhelm Reich y Alexander Lowen, expresión directa de emociones con el método de Daniel Casriel, Gestalt de Fritz Perls y psicodrama de Jacob Levy Moreno.

La actividad psicoanalítica tiene que doler.
Debe realizarse con tanto esfuerzo como lo
permita la fortaleza del analista.

Donald Meltzer (1967)
Proceso Psicoanalítico

Es indispensable que el futuro terapeuta conozca tanto
como sea posible los aspectos inconscientes de su propia
vida mental. Esto lo logra a través de su propio trata-
miento. Así en su trabajo futuro el terapeuta estará, den-
tro de lo posible, libre de prejuicios, áreas ciegas y nece-
sidades neuróticas inconscientes. Podrá tener mayor cla-
ridad y capacidad de discriminación en sus propios mo-
mentos regresivos.

De los requerimientos usuales
en el entrenamiento de terapeutas,
Centegrupo (1972).

INDICE DE CONTENIDO

Capítulo 1

LOS ORIGENES

El origen de este libro—Entrenamiento con niños y con grupos—Interés en el psicoanálisis—Las tres experiencias fundamentales: Psicoterapia con psicóticos, con niños y con grupos—La palabra: sus límites y sus efectos—Elementos no-verbales de la comunicación—Importancia de comprender el significado de las actuaciones— Experiencia con un grupo de expresión emocional—El grito primario: sus beneficios y limitaciones—El grito no es para descargar, sino para hacerse cargo—Necesidad del conocimiento de la teoría psicoanalítica—Importancia de los dos procesos: cognitivo y emocional —Limitaciones del psicoanálisis— Resistencias al proceso—El grito y la expresión emocional directa—Sigmund Freud y el Congreso de Budapest de 1918—Sandor Ferenczi y su terapia activa de 1923—Michael Balint y sus estudios sobre la regresión de 1932—Franz Alexander y sus ideas sobre la experiencia emocional correctiva de 1950—El problema de la efectividad del proceso curativo. **Página 13**

Capítulo 2

EL PROCESO

Sigmund Freud y su interés en los fenómenos histéricos—Su contacto personal con Jean Martín Charcot, Joseph Babinski y Pierre Marie—Sus ideas sobre la histeria—Josef Breuer y el caso de Anna O.—Las vivencias reprimidas y la fuerza de la represión —Resistencias— Descubrimiento de la transferencia—Transferencia como resistencia—transferencia como repetición—Importancia de revivir el conflicto infantil reprimido—Recurso de la expresión emocional directa—Peligro de que el *recordar* encubra el *revivir* —El terapeuta y su propia vida mental— Necesidades neuróticas inconscientes del terapeuta— Captación del inconsciente—Atención flotante de Freud— Punto-cero de Bion—El no-deseo de Fritz Perls— Descubrimiento de la contratransferencia—La contratransferencia como una interferencia o como una ayuda—Complejo de Edipo en la transferencia—Situación

edípica del terapeuta y la prohibición del incesto—ejemplos de diversas dificultades con pacientes femeninas que surgen ante el conflicto edípico no-resuelto del terapeuta—Situación contratransferencial con el paciente varón—Actitud básica del terapeuta y su compromiso—Ética médica y el límite de las capacidades. **Página 25**

Capítulo 3 📖

LAS EMOCIONES

Concepto—Emociones y comunicación pre-verbal— Reconocimiento de las emociones en nuestro cuerpo— Consecuencias de suprimir la expresión de emociones en el niño—El falso/Yo—Represión de emociones y permitir solo una u otra—Freud y el bloqueo del afecto—Aparato mental: topográfico y estructural—De nuevo: importancia de las actuaciones—30° Congreso de la IPA de 1977— Ponencia de Adam Limentani—Contribuciones de Maxwell Gitelson, Paula Heimann y Phillis Greenacre—Importancia de la experiencia emocional—Tres tipos de respuesta del Yo ante el peligro—Incapacidad para sentir—Capacidad del Yo para tolerar las emociones—Las cuatro respuestas emocionales básicas del Yo. **Página 45**

Capítulo 4 📖

DOLOR

Dolor psíquico y la situación del recién nacido—La barrera a los estímulos—Leboyer y el nacimiento sin violencia—Importancia del dolor psíquico en la vida mental—Wilhelm Reich y sus descubrimientos sobre la formación del carácter y su relación con la coraza muscular—Posibilidad de rescatar el dolor reprimido—Dos casos clínicos—Dolor y las primeras relaciones objetales—Presencia del dolor en el proceso de la terapia—El terapeuta como continente confiable. **Página 55**

Capítulo 5 📖

RABIA (IRA)

Rabia, agresividad y destructividad—Sus diferencias—Rabia y su relación con la frustración—Evolución filogenética de la agresividad—Cambio de función de la agresividad—Cinismo y hostilidad—Consecuencias de la repre-

sión de la rabia (ira)—Un ejemplo clínico—Tres niveles de rabia (ira:)—Rabia intelectual (cinismo)—Rabia afirmativa o de indignación—Rabia profunda o asesina—Aspectos constructivos y destructivos de la rabia—Rabia y su relación con la envidia—Obstáculos a la expresión de la rabia—Obstáculos para la recepción de la rabia del otro—Los esquizoides y su dificultad en hacerse cargo de su rabia—La confrontación directa en psicoterapia--¿Qué es una confrontación?—Confrontación y negación—Tres aspectos de una confrontación. **Página 63**

Capítulo 6

MIEDO (TEMOR)

Miedo, ansiedad y angustia—Freud y su tercera teoría sobre la angustia—Ansiedad de nacimiento—amenaza de la pérdida de objeto—Pérdida del amor—Tres niveles de angustia:—Angustia de aniquilación—Angustia de separación—Angustia de castración—Miedo, pánico y terror—El miedo y la dificultad de identificarlo en uno mismo—Miedo y fobias—Fobias y el sometimiento a un objeto interno perseguidor—Fobias, sometimiento y dificultad en expresar la agresión—El miedo como una emoción sana—Culpa, remordimiento y vergüenza. **Página 73**

Capítulo 7

AMOR

Amor, alegría y placer—Sentimiento de bienestar—La sonrisa— Sentimiento de ser querible y de poder querer—Alegría, vigor y éxtasis—Capacidad para la alegría y su relación con la experiencia del amamantamiento—Importancia de introyectar un objeto interno bueno—El amor—Capacidad para enamorarse y amar—Importancia de integrar la sensualidad de la piel y boca con una relación de objeto total—Genitalización de los impulsos libidinales—Identidad-persona e identidad-sexual—Amor a nivel adulto—Complejo de Edipo y las inhibiciones sexuales—La ternura—La capacidad para el coito y el orgasmo no significan la madurez—El amor no implica la capacidad para el coito y el orgasmo—Amor y necesidades masoquistas—Sentimiento de vacío interior e imposibilidad para el amor—Defensas psíquicas ante el vacío y la nada. **Página 81**

Capítulo 8 **TRABAJO CON LOS SUEÑOS**

Freud y su descubrimiento del sentido de los sueños—Sueños y los contenidos inconscientes—Sueños y transferencia—Los sueños y su contenido emocional—Trabajo con el sueño y la regresión intra-sesión—Elementos del sueño y estructura mental del soñante—Freud y el sueño de Irma—El primer sueño de Dora—Sueños y transferencia en un caso de Donald Meltzer—Los sueños como guardianes del reposo onírico—Necesidad de soñar y los efectos negativos de los psicofármacos—Razones del insomnio—Pesadillas—Trabajo de las emociones presentes en los sueños—Sueños y regresión—Dos ejemplos clínicos—Caso de León. **Página 91**

Capítulo 9 **REGRESIÓN**

Regresión como mecanismo mental—Cuatro formas de enfocar la regresión—Regresión como un mecanismo de defensa—Regresión como un mecanismo creador del síntoma—Regresión como resistencia—Regresión como ayuda en el proceso—La regresión profunda intrasesión—Aspectos técnicos que facilitan el movimiento regresivo—Otros aspectos del encuadre—La interpretación como un factor que favorece la regresión—Temores y resistencia a la regresión: miedo a la locura y temor a la muerte—Pérdida de control—Los vómitos—Contribución de Donald Winnicott y Michel Balint sobre la regresión—Yo/Falso y Yo/real—Regresión y el modelo continente-contenido de Wilfred Bion—Función Reverie—Técnicas de maternaje—Un ejemplo clínico—Otros aspectos del fenómeno regresivo—Contribución de Melanie Klein con su estudio sobre el desarrollo emocional del bebé—Regresión a nivel oral incorporativo—Pecho bueno y pecho malo—Situaciones de rechazo al amamantamiento y al tetero—Ilustración con un caso clínico. **Página 109**

Capítulo 10 **INICIO EN LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES**

Jacob Levy Moreno y su uso de la expresión de emociones—Charles Dederich y su descubrimiento con drogadicotos—Diez fundamentos básicos de la Comunidad Sy-

nanon—Grupos emocionales y el uso del Grito—Daniel Casriel y su terapia de Grupos—Casriel y su libro: *A un grito de la felicidad*—Arthur Janov y su libro: *Primal Scream*—Mí opinión sobre el origen de los trabajos de Janov—Un caso de Janov (no publicado en español) —Mis observaciones y discrepancias con Janov. **Página 125**

Capítulo 11

EXISTENCIARIO

Una muestra en fragmentos de sesiones—Me acabo de contemplar largamente, desnudo frente al espejo—Sentarme a escribirte sobre lo que me esta pasando es ser deshonesto conmigo y con ella—Voy a escribir esta porquería, toda esta basura, para que la lea el coño de su madre de Lander—No sé que va a ser de mí, yo quise mucho a Marta y aún la quiero—Ahora estoy en mi apartamento pensando en la sesión de esta tarde—Estoy de acuerdo contigo en que la sesión a sido muy importante. **Página 141**

Capítulo 12

MECANISMOS DE LA CURACIÓN

La curación no es el objetivo—Bion y la búsqueda de la verdad—La paradoja del terapeuta—La posición básica de no-deseo—Crecimiento mental y concepto de curación—Freud y su posición frente a la idea de curar—Cinco mecanismos básicos que operan para lograr el progresivo crecimiento mental: (a) El *darse cuenta* [insight] (b) El *hacerse-cargo* [revivencia] (c) Rescate de lo reprimido [*reconstrucción*] (d) *La regresión* (e) *Los Nuevos introyectos*. **Página 169**

Capítulo 13

RESULTADOS DE LA TERAPIA

Harry Guntrip y su análisis con Ronald Fairbairn y Donald Winnicott—Límites del análisis—Magnitud de los beneficios—Importancia del análisis personal del terapeuta—Beneficios post-analíticos—Guntrip y su primer análisis con Fairbairn: análisis de su situación edípica—Su análisis con Winnicott: análisis de su relación temprana con su madre—La grave enfermedad de Fairbairn—Intuición de Winnicott y precisión de Fairbairn—

Beneficios de su primer análisis—La necesidad de terminarlo—La personalidad de Winnicott—Importancia de su segundo análisis—La muerte de Winnicott y su efecto en Guntrip. **Página 181**

Capítulo 14 

INDICE DE PALABRAS

Corresponde a palabras y conceptos presentados en el Texto con su correspondiente número de página.

Página 207

Capítulo 15 

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía consultada y citada en el texto. **Página 217**

Capítulo 1

LOS ORÍGENES

De tanto en tanto intuyo una posible segunda fase del tratamiento que consistiría en provocar las emociones al igual que provoqué los pensamientos, como si esto fuera absolutamente indispensable.

Sigmund Freud
Carta N° 106 a Whilhem Fliess,
del 2 de marzo 1899

La psicoterapia psicoanalítica evolucionó progresiva y rápidamente después de terminada la segunda guerra mundial. Hasta ese entonces, anterior a 1930 el psicoanálisis estaba confinado a unas pocas ciudades de Europa y a dos lugares en la costa este de los Estados Unidos, me refiero a Nueva York y Boston. Fue después de ocurrida la diáspora psicoanalítica, asunto provocado por la persecución y los horrores de esa guerra, que el psicoanálisis como una nueva teoría y técnica, se vio obligado a migrar a muchas y variadas partes del mundo. Es entonces posterior al año de 1945 que los heridos y los traumatizados de guerra, obligaron a la psiquiatría de entonces, a recurrir a las enseñanzas del novedoso psicoanálisis, que como una nueva teoría y técnica ofrecía una ayuda efectiva a este universo de personas tan necesitadas. Aparece así la llamada Psiquiatría dinámica, que ha diferencia de la psiquiatría biológica (o somática), acepta la existencia del inconsciente freudiano. Este nueva especialidad realiza modificaciones a la técnica para poder llevarla a los hospitales y a las personas necesitadas de

ayuda psicoterapéutica que no podían cumplir con los requisitos de un análisis ortodoxo. Es así que aparece la psicoterapia dinámica o llamada psicoterapia psicoanalítica. Así pasaron los años, con una oferta de análisis clásico ortodoxo de cinco sesiones por semana y con una técnica muy precisa de análisis de la transferencia y otra oferta de un análisis modificado, con menor frecuencia semanal y sin utilizar el análisis de transferencia en forma estricta, esta última se llamó psicoterapia psicoanalítica. Es necesario dejar claro y afirmar, que esta psicoterapia psicoanalítica, respetaba y aceptaba la propuesta fundamental del psicoanálisis, es decir la propuesta de la existencia de los procesos mentales inconscientes. Esta ayuda psicoterapéutica psicoanalítica fue inicialmente diseñada y pensada para el trabajo individual. Sin embargo ya desde los años veinte, Jacob Levy Moreno en Viena, insistía en la necesidad de llevar esta buena nueva a las masas, y proponía adaptar estas propuestas del psicoanálisis a los grupos y desarrolló lo que él llamó *-el psicodrama-* con su respectiva técnica de trabajo.

Con la llegada de la década de los años sesenta y setenta, que trajeron el movimiento de la contracultura, de las drogas psicodélicas y del movimiento ideológico hippie, la idea de llevar la ayuda en forma de *<terapias de grupo>* se hizo arrolladora. Comienzan así a aparecer diversas propuestas de nuevas técnicas de ayuda psicoterapéutica basadas en las enseñanzas del psicoanálisis. Así aparecen en escena: Eric Berne, Arthur Yanov, Virginia Satir, Daniel Casriel, NTL laboratories y las diversas Comunidades terapéuticas, entre otros.

Este libro trata sobre mi experiencia como terapeuta de grupos en la década de los años setenta. En algunos momentos al releer el manuscrito he pensado que soy demasiado ingenuo, pero resulta que hay una parte de mí, que es así. Esto es algo, que para bien o para mal, no pude cambiar radicalmente en mis largos años de análisis personal. Cuando a comienzos del año de 1970 regresaba de realizar tres años de Postgrado en Psiquiatría Infantil en la Universidad de Harvard, había también terminado mi entrenamiento como *Terapeuta de Grupos* en la misma Universidad. En Cambridge había vivido los

efectos de la guerra de Vietnam la contracultura y el fenómeno hippie en toda su intensidad. Mis intereses teóricos y técnicos en aquella época eran exclusivamente psicoanalíticos. Esto era así aún cuando todavía no había ingresado a ningún Instituto de Psicoanálisis. Para entonces el trabajo que realicé en Harvard con niños pequeños, me había permitido adquirir una experiencia de primera mano con los conflictos neuróticos y psicóticos de la infancia. Así logré vivenciar, comprender y confirmar de una forma muy especial las ideas y postulados psicoanalíticos que tanto me interesaban. Con esto realizaba finalmente algo que desde 1964 consideré de fundamental importancia en mi formación como terapeuta. Con esto quiero decir que mientras estaba en el Postgrado de Psiquiatría Dinámica de la Universidad Central de Venezuela, en la unidad del Hospital Militar de Caracas, fundada y dirigida por el muy distinguido Fernando Rísquez en 1964, pensaba que todo terapeuta debía tener experiencia directa y personal, al menos en tres áreas. La primera pude realizarla plenamente durante los tres años requeridos en el Postgrado de Psiquiatría Dinámica bajo la supervisión y el estímulo de diversos Psicoterapeutas muy calificados. Me refiero a la experiencia de hacer psicoterapia con personas que sufren Estados Psicóticos con manifestaciones esquizofrénicas o maniaco-depresivas.

La segunda y tercera áreas eran las que para entonces todavía me faltaban por realizar. Me refiero al trabajo de Psicoterapia Psicoanalítica supervisada con niños pequeños y el trabajo supervisado con Grupos Terapéuticos de adultos, incluyendo en éstos Terapia Familiar Conjunta y Grupos de Adolescentes Tempranos. Esto pude realizarlo en mis tres años de estudios en la Universidad de Harvard. El ambiente psicoanalítico que allí rodeaba al Servicio de Psiquiatría, la calidad, exigencias y naturaleza de la enseñanza y las oportunidades que allí me ofrecieron era precisamente lo que yo buscaba y necesitaba para ese momento. Esto me hizo decidir con gran entusiasmo continuar mis estudios allí. Asimismo, en Cambridge donde está ubicada la Universidad, inicié mi primer análisis personal y tuve la buena fortuna de conocer, supervisar y trabajar con psicoanalistas de gran talento y conocimiento como fueron Peter Wolf, Elizabeth Zetzel, Irving Kauff-

man, J.M. Gill, Helene Deutsch, Gregory Rochlin, Eric Ericsson, Eleonor Pavensted, Elizabeth Mackey, Consuelo Tagiuri y Sandord Gifford, las múltiples visitas de Donald Winnicott, entre otros más. Esta experiencia fue para mí sumamente valiosa y enriquecedora. En aquella época trabajaba fundamentalmente con la palabra como vehículo para percibir y transmitir las ideas, los pensamientos y hasta las emociones. Para entonces pensaba que sólo a través de la palabra podían adquirirse nuevos conocimientos provenientes de nuestro mundo inconsciente a través del análisis del discurso, del contenido de los sueños y del estudio de los síntomas psíquicos. No comprendía que podían existir otros vehículos para expresar y descubrir nuestra verdad interior. Poco a poco fui percibiendo la gran importancia que tenían los aspectos no verbales de las construcciones del inconsciente y de los elementos no verbales de la comunicación. Con esto me refiero no solamente al lenguaje de los movimientos y de la armazón corporal, conjuntamente con las manifestaciones de la tensión muscular crónica y de los diversos niveles de bloqueo muscular (2). Igualmente comencé a comprender las manifestaciones de la enfermedad somática con sus diversos significados inconscientes y naturalmente la naturaleza y función de las actuaciones (3). Mi capacidad para trabajar con todos estos elementos fue aumentando progresivamente con el curso de los años y de la experiencia. Cuando inicié mi primer Grupo de Adolescentes Tempranos y me encontré prácticamente inundado con las permanentes actuaciones de estos jóvenes, fue que logré un mayor dominio y entendimiento del significado inconsciente de estos actos de provocación, sabotaje, seducción, destructividad, auto castigo o interferencias que eran aparentemente incomprensibles. Natu-

² Ver más adelante la descripción de los siete niveles de bloqueo muscular descritos por Wilhelm Reich en su trabajo fundamental "Análisis del Carácter".

³ El concepto de ACTUACION se refiere al fenómeno de actuar -de hacer un acto- motivado por un conflicto psíquico que no puede ser consciente ya que produciría demasiada ansiedad y dolor psíquico. A través de este acto se logra una satisfacción parcial de las necesidades pulsionales que están presentes en ese conflicto psíquico del cual no se tiene conciencia; este concepto corresponde con el de acting out.

ralmente que el comprender la naturaleza de las actuaciones y de las manifestaciones corporales no verbales significó para mí el comprender a niveles más profundos las construcciones y actividades del inconsciente y así poder interpretarlas e incorporarlas dentro del proceso terapéutico de una maneja más efectiva.

Después de mi regreso a Caracas y a finales de esa década inicié mi segundo análisis personal, simultáneamente con el largo y fructífero entrenamiento oficial en el Instituto Psicoanalítico de Caracas, donde tuve el privilegio y el honor de conocer, trabajar y supervisar con analistas de gran talento y experiencia. Así pues mi desarrollo profesional estaba orientado, como había sido mi deseo desde hacía muchos años, dentro de una concepción psicoanalítica. Para entonces todavía no sabía el impacto tan tremendo que en mi vida iba a tener la experiencia de vivir un grupo de expresión emocional.

En el mes de marzo de 1972 me encontraba en la ciudad de New York sentado en un Grupo Terapéutico que dirigía el doctor Daniel Casriel. Casriel había recibido entrenamiento psicoanalítico en la Universidad de Columbia (Nueva York) bajo la dirección de Sandor Rado y Abraham Kardiner y había trabajado como psicoanalista por más de quince años. Casriel había desarrollado un método novedoso que incluía la expresión de emociones. Este método lo había desarrollado como consecuencia de sus experiencias con jóvenes drogadictos en la Comunidad Terapéutica de Synanon (4). En el Grupo Terapéutico al cual he hecho referencia un hombre de mediana edad planteaba las dificultades que tenía con su esposa, se quejaba de ella y a la vez se justificaba. Casriel le interpretó lo que él pensó era una enorme rabia con ella y a la vez su temor a expresarse. Casriel le dijo que se hiciera/cargo y que lo expresara con toda la fuerza posible. Este hombre comenzó a gritar su furia de una manera que yo nunca antes había oído en un grupo. Estaba parado, gritaba y gesticulaba con el puño cerrado. Así estu-

⁴ Y posteriormente en la Comunidad Terapéutica Daytop de Nueva York.

vo gritando casi por cuatro minutos. Yo estaba sorprendido de ver lo invisible. Claro que yo sabía que la interpretación que Casriel le había ofrecido era correcta y quizás este hombre podía comprender lo acertado de ella, pero el expresarlo con emociones de manera tan intensa y hacerse/cargo de esa forma era para mí algo nuevo. Este hombre pudo revivir el intenso temor a la castración que aparecía cuando expresaba su rabia. Este temor a la castración era debido a la idea de la retaliación y venganza de la esposa-madre que se intensifica cuando él le expresa su rabia y protesta. Luego supe que ciertamente este temor a la retaliación al expresar su disgusto y furia, provenía de la imagen interna de una madre terrible, dominante y castrativa. Ese día estuve ocho horas en grupos. Vi expresar rabia afirmativa y rabia-asesina como nunca antes. También presencié y participé en la expresión de dolor profundo, desamparo y soledad. Asimismo temor, ansiedad y miedos intensos, alegría, cariño y amor. Encontré que este tipo de grupos era fundamentalmente emocional y catártico. Vi actuaciones intrasesión que no eran interpretadas o tomadas en cuenta en forma alguna. Observé que el trabajo interpretativo tampoco tomaba en cuenta la relación transferencial con el terapeuta o con otros miembros del grupo. Encontré insuficiencias y discrepancias en la manera de cómo era trabajado el material mental que aportaban los miembros del grupo. Sin embargo me pareció ver cosas valiosas en este recurso de expresión emocional y luego de un período de entrenamiento decidí introducir progresivamente Técnicas de Grito y de expresión emocional en mis grupos de adolescentes y adultos en Caracas.

Para mí era claro que el gritar o expresar las emociones con máxima intensidad dentro del grupo no lo era todo. Yo sabía perfectamente que el beneficio no provenía exclusivamente de la catarsis o de la descarga emocional. El grito no era para descargar sino al contrario, para hacerse cargo de los elementos emocionales o cognoscitivos que son rechazados de la consciencia. Quiero insistir en que es necesario comprender la importancia de saber y conocer la naturaleza del conflicto psíquico y de la situación de ansiedad con sus defensas que estén presentes en un momento dado. Hay que comprender qué es lo que

está ocurriendo y qué es lo que se expresa con el grito y por qué. Ahora bien, para que el material mental de una persona se nos haga comprensible en su sentido inconsciente, para que podamos comprender el significado latente de las palabras, las actuaciones, los sueños, las manifestaciones somáticas y los síntomas psíquicos, es necesario e indispensable según mi entender, disponer del conocimiento de la teoría psicoanalítica en relación a la estructura y al funcionamiento del aparato psíquico. Asimismo es indispensable conocer la teoría de las neurosis, perversiones y psicosis, al igual que el conocimiento de la teoría de la técnica que incluye la conceptualización de todo el proceso terapéutico. Gritar o expresar emociones intensamente no lo es todo, pero indudablemente que ofrece un recurso útil, interesante y no desechable de primera intención. Creo que es cierto como decía Sandor Ferenczi en 1926 (5), que en un tratamiento la emocionalización unilateral es insuficiente y que también es cierto que la intelectualización unilateral no lleva más que a un proceso pedagógico y educativo y que niega totalmente la posibilidad de una verdadera exploración del inconsciente. Por eso se hace necesaria e indispensable la presencia de ambos procesos: cognoscitivo y emocional.

El psicoanálisis bien llevado ofrece tal combinación, ya que a través del proceso transferencia contratransferencia y del fenómeno de la regresión se hace presente lo emocional y lo cognoscitivo. Pero también es cierto que aproximadamente el 40% de nuestros pacientes resisten exitosamente el caer en una posición terapéutica o analítica que permita la aparición de un proceso regresivo. Este tipo de pacientes controlan intelectualmente con éxito el proceso terapéutico. Se resisten a perder el control de la relación interpersonal con su terapeuta, preservando así sus defensas neuróticas. En otros casos con patología severa del carácter, cuando en el curso del tratamiento comienzan a surgir emociones fuertemente dolorosas, el

⁵ Ferenczi, Sandor (1926): "Problemas actuales del psicoanálisis", capítulo IV del libro "PROBLEMAS Y MÉTODOS DEL PSICOANÁLISIS", Editorial Paidós, 1966. Buenos Aires.

paciente comienza a tener actuaciones fuera de la sesión. Me refiero a episodios de trabajo excesivo, minicrisis alcohólicas, juego compulsivo, comer en exceso o presentar una sexualidad compulsiva entre otras más. Todas estas actuaciones tienen el solo fin de bloquear la aparición de sentimientos y emociones dolorosas que ponen en peligro su equilibrio neurótico, logrando así paralizar el proceso del tratamiento. Muchas veces he encontrado en mi trabajo de grupos, que la experiencia del trabajo directo con emociones es valiosísima y muchas veces crucial para ayudar a la persona a vencer sus propias resistencias inconscientes, poder dejarse-ir y tolerar, algo más sus conflictos y ansiedades sin actuarlas. Por ejemplo, he trabajado con personas quienes tenían profundos sentimientos reprimidos de dolor y soledad y quienes no habían llorado por años, pudiendo durante todo ese tiempo tener una fachada neurótica de suficiencia y distancia al utilizar exitosamente el aislamiento del afecto. He visto como estas personas han podido romper sus propias defensas obsesivas y dejarse-ir en rabia intensa y luego en dolor profundo, al hacerse-cargo de sus necesidades y sentimientos de amor largo tiempo reprimidos hacia la figura internalizada de sus padres. Esto lo he observado cuando estas personas logran revivir a través de la regresión y de la expresión de emociones la intensa ambivalencia en relación al Conflicto Edípico.

El grito y la expresión de emociones no lo es todo, pero hay que admitir que pueden ser un ingrediente valioso en este difícil trabajo de encuentro con uno mismo y de tratar de rescatar lo más posible de nuestros propios contenidos inconscientes. Por todo lo dicho se desprende, que en el psicoanálisis, así como en cualquier otra psicoterapia de orientación psicoanalítica que tenga la intención de modificar la estructura de la personalidad, se tropieza con un enorme obstáculo que limita y algunas veces detiene el progreso del tratamiento. Naturalmente me refiero a la tendencia a intelectualizar y resistir al cambio. Esta resistencia algunas veces infranqueable no llega más que a permitir una expansión educativa del Yo al lograr la concientización de ciertas actitudes y quizás el rescate de ciertos elementos reprimidos, pero no llegará nunca a producir el surgimiento de un Yo-real, ni a producir un

cambio en la estructura de la personalidad. Yo pienso que para que esto se logre es necesario e indispensable tener la vivencia o revivencia emocional intensa de los conflictos básicos de la persona –pre-genitales y edípicos– ya sea esto logrado a través de la neurosis de transferencia o de la expresión emocional directa o de ambas.

En estos últimos años he encontrado que este recurso de inducir al paciente a confrontar y hacerse-cargo de sus propios sentimientos y actitudes tiene antecedentes importantes dentro de la propia historia del movimiento psicoanalítico. Sigmund Freud escribió, en los comienzos del psicoanálisis, una interesante carta a su amigo y confidente Wilhelm Fliess el 2 de marzo de 1899. Allí decía textualmente lo siguiente: ..."de tanto en tanto intuyo una posible segunda fase del tratamiento, que consistiría en provocar sus emociones al igual que provoqué sus pensamientos y como si ello fuera absolutamente indispensable..." (6). Años después Sigmund Freud habría de hacer un enorme impacto en su querido amigo y brillante discípulo Sandor Ferenczi, cuando en 1918, en el Congreso Psicoanalítico de Budapest, sugirió la conveniencia de usar ciertas medidas activas para poder tratar exitosamente los estados fóbicos y obsesivos. Freud decía que en estos pacientes se producen progresos en el tratamiento si el paciente es inducido a confrontar sus miedos y ansiedades, ya que de otra manera este tipo de pacientes podían resistir exitosamente al tratamiento utilizando sus mecanismos fóbicos y obsesivos (7). Posteriormente a 1918, Sandor Ferenczi propuso y comenzó a utilizar ciertas modificaciones en la Teoría Psicoanalítica que permitían al paciente confrontar directamente sus conflictos reprimidos y sus emociones reprimidas y desarrolló lo que él llamó Terapia Activa. Por ejemplo, Ferenczi observó que ciertos pacientes de naturaleza fóbica y obsesiva uti-

6 Freud, Sigmund (1899): Carta #106 a Wilhelm Fliess. OC-BN, tomo I, 3 edición corregida, Pág., 3619, Biblioteca Nueva. Madrid.

7 Freud, Sigmund (1918): LINES OF ADVANCE IN PSYCHOANALYTIC THERAPY. SE: 17, 159. Hogarth Press. London.

lizaban ciertos manierismos, tics y actitudes corporales durante la sesión cuando el flujo de asociaciones libres tocaba o se acercaba demasiado a los contenidos reprimidos. Así le prohibió cruzar las piernas a la señora que hacía eso cada vez que se acercaba a un material mental angustiante. Con esto facilitaba que la persona en cuestión venciera sus propias resistencias inconscientes. Estas modificaciones técnicas fueron sometidas por los psicoanalistas de la época a un intenso rechazo y a las más duras críticas, ya que otorgaba al psicoanalista la posibilidad de adoptar una actitud directiva en completa oposición con la actitud básica analítica de neutralidad e interpretación. Sandor Ferenczi fue así prácticamente excluido de las actividades de la Asociación Psicoanalítica Internacional, de la cual él mismo había sido por sugerencias de Freud promotor principal y miembro fundador. Después de la muerte de Ferenczi en 1935 la Terapia-Activa cayó en el olvido. Sólo su discípulo Michael Balint mantuvo su interés y continuó los estudios sobre la regresión profunda --al servicio del Yo-- que aparecía cuando estos pacientes lograban vencer sus defensas obsesivas y fóbicas. El mismo Balint fue sometido a un intenso rechazo en el seno de la Sociedad Psicoanalítica Británica (8). Sus interesantísimos trabajos sobre regresión --que continuaban los de Ferenczi-- sólo aparecieron publicados con una difusión más amplia muchos años después. Franz Alexander, quien fuera íntimo colaborador y amigo personal de Sandor Ferenczi y quien emigró por motivos de la segunda guerra mundial a los Estados Unidos, fue otro de los pioneros del psicoanálisis que introdujo variaciones y modificaciones en la técnica clásica psicoanalítica que tomaba en cuenta el factor emocional. Franz Alexander fundó y desarrolló el Instituto Psicoanalítico de Chicago, allí realizó una serie de estudios e hizo contribuciones muy importantes en relación a la comprensión psicoanalítica de las enfermedades somáticas. En relación a las modificaciones técnicas, Alexander introdujo lo que él llamó la Experiencia Emocional Correc-

⁸ Michel Balint se refiere específicamente a este episodio en su libro *THERAPAUTIC ASPECT OF REGRESSION*. Hogarth Press, London, 1968.

tiva (9). Lo que él proponía era la utilización de la relación transferencial y de las intensas emociones que en esta relación están presentes, no sólo para visualizar e interpretar la naturaleza y las características de los tremendos dramas infantiles olvidados --reprimidos-- sino también ofrecer en la revivencia transferencial la experiencia de re-parentalizar con una madre y padre buenos y comprensivos. A esto lo llamó la Experiencia Emocional Correctiva. El desarrollo mental era visto por Alexander en términos psicoanalíticos y en este sentido el surgimiento en la sesión de material relacionado con la temprana vinculación podía ser utilizado por el terapeuta para permitir la Experiencia Emocional Correctiva. Alexander hablaba de revivir, repetir y dominar los conflictos tempranos en la Experiencia Emocional Correctiva, ayudado por el auto-conocimiento <insight> como elemento indispensable del proceso terapéutico. Es mi entender que Alexander le daba mucha importancia a la introyección e identificación con un objeto benigno --terapeuta madre/padre-- que mitigue y alivie la rigidez y crueldad del SuperYo. El decía que en este proceso de re-introyección y modificación del SuperYo, la Experiencia Emocional Correctiva era indispensable.

Pero volvamos a mi trabajo en grupos. Las modificaciones en la técnica que he utilizado en estos últimos años, han sido introducidas buscando una manera de integrar nuevas contribuciones técnicas provenientes de diversas escuelas, con los conocimientos psicoanalíticos actuales. El objetivo ha sido intentar lograr una mayor efectividad en el difícil proceso de la curación. Así vemos que los trabajos trascendentes y fundamentales de Sigmund Freud y Melanie Klein y de otros psicoanalistas insignes como Heinrich Racker, Edith Jacobson, Elizabeth Zetzel, Donald Winnicott, Jeanne Lamp-De-Groot, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion, Donald Meltzer, Peter Giovacchini, Brice Boyer, Masud Khan, Otto Kernberg, Harry Guntrip y Ronald Fairbairn pueden ser integrados

⁹ Alexander, Franz (1950): "Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment" in the SCOPE OF PSYCHOANALYSIS. Basic Books, NY

con el trabajo de otros y en algunos casos ex-analistas que han seguido una ruta teórica y técnica diferente, como son los trabajos de Sandor Ferenczi, Michael Balint, Franz Alexander, Wilhelm Reich, Arthur Janov, Daniel Casriel, Jacob Levy Moreno, Alexander Lowen, Ida Rolf, Ola Raknes, Moshe Feldenkrais y Fritz Perl entre otros más.

Capítulo 2

EL PROCESO

Desde que comencé a trabajar como analista me impresionó y preocupó la notable distancia existente entre la gran abundancia y profundidad del conocimiento analítico por un lado y por el otro las limitaciones en hacer provechoso este conocimiento para la transformación psicológica de los analizandos.

*Heinrich Racker (1960):
Estudios sobre técnica
Psicoanalítica.*

El estudio moderno de la estructura de la personalidad y de las vicisitudes del desarrollo del aparato mental arranca de la obra monumental que hiciera Sigmund Freud. Esta obra fue concebida durante un período de aproximadamente cincuenta años (1885-1939) y abarca veinticuatro volúmenes de la edición Standard (autorizada) de sus Obras Completas. El desarrollo y la introducción de sus ideas representó para nuestra cultura occidental una verdadera revolución <la revolución Psicoanalítica> la cual incluye no sólo las ideas originales de Freud, sino también las de otros colaboradores muy talentosos. Aún hoy en día, casi a finales del siglo XX, este movimiento psicoanalítico sigue siendo el responsable de investigaciones en el campo de lo mental que pueden ofrecernos nuevos conocimientos científicos que nos ayuden a intentar comprender los misterios de la conducta humana y de las estructuras del inconsciente.

Pero, comencemos por el principio. En el año de 1885 Sigmund Freud viaja a París. Había cumplido treinta años de edad y estaba muy interesado en los trabajos que en esa ciudad desarrollaba Jean Martín Charcot. En esta época victoriana eran muy pocos los médicos que estudiaban seriamente los fenómenos histéricos (muy comunes en la época). Y Charcot era uno de los pocos médicos europeos que había adquirido cierta experiencia y prestigio en el estudio de esta rara enfermedad.

Sigmund Freud se había graduado de médico en la famosa Universidad de Viena en 1881. Para 1885 ya había renunciado definitivamente al trabajo Neurofisiológico, al cual se había dedicado con gran entusiasmo por más de ocho años. Su trabajo clínico diario con pacientes neurópatas y su contacto personal con el Doctor Josef Breuer lo habían convencido de la enorme importancia del factor psíquico en las enfermedades nerviosas. Muy distinto del factor degenerativo y hereditario que privaba en el pensamiento médico de la época. Sabía de su necesidad de ampliar sus estudios y de allí su interés por conocer lo que estaba haciendo Charcot en París quien utilizaba la hipnosis para provocar y curar los síntomas histéricos (10). En la nota necrológica que años después Freud escribió sobre Charcot (11) lo compara con Felipe Pinel, quien en 1776 en el mismo hospital de la Salpêtrière había ya producido <la primera revolución psiquiátrica> al liberar a los enfermos mentales de sus tradicionales cadenas, saliendo así de las mazmorras para ingresar en los hospitales. Freud ve en Charcot una especie de héroe que había liberado a la histeria de los prejuicios anatómicos y morales que impedían su estudio. Las pacientes que padecían de esta enfermedad dejaron de ser simuladoras, enfermas imaginarias o desdichadas a quienes una enfermedad de la matriz que se les había subido a la

¹⁰ Según Didier Anzieu en su libro **El descubrimiento del Psicoanálisis**, tomo I, Siglo XXI editores (1978).

¹¹ **Nota necrológica de 1893. Sigmund Freud.** OC-BN. 3a. edición corregida. Tomo I, Biblioteca Nueva. Madrid. SE: I, pág. 25.

cabeza era eventualmente curable con la amputación del clítoris.

Freud sabía que las parálisis histéricas podían ser producidas por sugestión en estado hipnótico. Por lo tanto deduce que estas parálisis son el resultado de una representación mental. Un poco más tarde, ya de regreso en Viena, Freud tiene noticias de que otros dos médicos franceses: Liebault y Bernheim de la ciudad de Nancy tenían resultados positivos, algo más permanentes, utilizando solamente la sugestión acompañada muy pocas veces con hipnosis. En su interés por aliviar los síntomas de sus pacientes Freud se alejaba cada vez más de los métodos convencionales terapéuticos de su época: el reposo, la electroterapia, los baños de salud, y se dedica cada vez más a lo que él consideraba más prometedor y efectivo: el método sugestivo-hipnótico.

Pero esto también lo deja insatisfecho porque este método no le permite descubrir nada sobre el origen y las causas de la enfermedad. Josef Breuer, su viejo colega y especial amigo de los inicios del Psicoanálisis en Viena, le había contado antes de su viaje a París la interesante experiencia terapéutica que él había tenido con una joven e inteligente paciente que años después iba a ser conocida en la literatura psicoanalítica con el nombre de *Ana-O* (12). Breuer le había hecho la observación a Freud de que la paciente quedaba libre de sus síntomas histéricos cuando podía expresar en palabras las fantasías y sentimientos que en ese momento la dominaban. Así Breuer fundamentó en esta observación el método que entonces comenzó a usar con ella: la hipnotizaba y durante la hipnosis le preguntaba qué era lo que le estaba ocurriendo. Lo que Breuer trataba de descubrir era la causa del síntoma histérico. Pero ocurría que la paciente al despertar de la hipnosis no recordaba nada de lo que había hablado. Sin embargo, Breuer había encontrado con este mé-

¹² **El caso de Ana-O se encuentra descrito en Estudios sobre la histeria** (1895). Únicamente en la versión inglesa: SE: II, pág. 21; y ahora en las obras completas editadas en español por Amorrortu editores, Tomo II.

todo y la ayuda de Ana-O la conexión existente entre la biografía de esta joven y sus síntomas. Conjuntamente habían descubierto que los síntomas derivaban principalmente de ideas y sentimientos que habían surgido en ella mientras cuidaba a su padre enfermo. Los sentimientos ambivalentes de amor y odio hacia él habían sido suprimidos de su conciencia y en lugar de ellos había aparecido el síntoma. Cuando bajo los efectos de la hipnosis la paciente recordaba aquellas vivencias y descargaba las emociones reprimidas, el síntoma desaparecía. Sigmund Freud adopta con gran entusiasmo este método y en 1895 publica junto con Josef Breuer los resultados de su trabajo en el libro "*Estudios sobre la Histeria*" donde exponen sus ideas sobre este nuevo método (13). Allí también dicen que la hipnosis profunda sólo puede ser alcanzada por un número limitado de pacientes. Esto y sus dificultades como hipnotista motivan a Freud a buscar una técnica que prescindiera de la hipnosis. Recordó un experimento que Bernheim había hecho en Nancy. En aquel caso el enfermo no recordaba nada de lo que había sucedido durante su estado hipnótico. Bernheim insistió tenazmente en que hiciese memoria y poco a poco el enfermo recordó parte por parte aquellos sucesos. Esto significaba que sin hipnosis, vivencias que aparecen como totalmente inconscientes, pueden ser recuperadas para la conciencia.

Basado en esto, Freud aparta la hipnosis y urge a sus pacientes para que recuerden las vivencias olvidadas <reprimidas>. Freud descubrió que existía una fuerza que se oponía al recuerdo. Esta fuerza es la que ha originado el olvido <la represión> y se opone a la labor del terapeuta de inducir al paciente a recordar <rescate de lo reprimido>. Freud dio a esta fuerza el nombre de resistencia y fue este descubrimiento lo que lo llevó a introducir un cambio decisivo en la técnica que hasta entonces había utilizado. Freud comprendió que la resistencia provenía del hecho de que lo que debía ser recordado era an-

¹³ Freud, S. y Breuer, J. (1895): **Estudios sobre la histeria**. OC-BN 3a. edición corregida. Biblioteca Nueva. Madrid. SE: II, pág. 3. Hogarth Press. London.

gustante y doloroso. También se dio cuenta de que la resistencia se mostraba de distintas formas. Por ejemplo algunos pacientes callaban ciertos recuerdos u ocurrencias que habían surgido en la sesión, aduciendo que creían que ellas carecían de importancia. Esto llevó a Freud a plantear la regla fundamental con la cual todo paciente debía comprometerse a cumplir durante el tratamiento. Esta regla consistía en que el paciente debía comunicar al terapeuta todos sus pensamientos, sin omitir nada, aunque le pareciera grosero, tonto, agresivo, sin importancia o fuera de lugar. El paciente debía por lo tanto estar muy atento a que su propia autocrítica y censura interna le impidiesen comunicar sus pensamientos. A esto le llamó Freud <la libre asociación> cosa difícil de lograr y de mantener. Según Wilhelm Reich el paciente que sigue la regla fundamental desde un comienzo constituye una rara excepción. Se requieren meses de trabajo para hacer al paciente sincero en sus comunicaciones. La manera como se acuesta en el diván, la inflexión de su voz, el grado de cortesía, son criterios de valor para comprender las resistencias latentes contra la regla fundamental. Comprenderlas permite modificarlas o eliminarlas mediante la interpretación. La manera como un paciente se mantiene callado o se repite estérilmente, constituye un material que debe y puede usarse para comprender sus resistencias. Debemos tratar de comprender por qué el paciente habla de manera confusa o altanera, o comunica sólo uno de cada tres pensamientos. ¿Por qué llega tarde o critica intensamente el análisis? ¿Por qué produce material muy abundante o material de profundidades excepcionales? Las causas de todas estas resistencias deben ser comunicadas en interpretaciones analíticas. Así se construye progresivamente la capacidad para la asociación libre (14).

Como ustedes pueden darse cuenta, cuando Freud substituyó el método hipnótico-sugestivo por el de la asociación libre e introdujo la interpretación para comuni-

¹⁴ Reich, Wilhelm (1945): **Análisis del carácter**. Editorial Paidós. De la 3a. edición inglesa, págs. 67-69.

car al paciente el significado inconsciente de estas asociaciones, había así descubierto el psicoanálisis (1899). No quisiera dejar la impresión errónea de que sólo se trata de una modificación en la técnica. Detrás de todo esto está la capacidad analítica para detectar y comprender el contenido y el significado inconsciente de todo el material mental, verbal y no-verbal, producido por el paciente. También son necesarios la comprensión y el entendimiento de lo que es la neurosis y de sus múltiples causas. Freud comprendió que las neurosis se debían a un conflicto interno, a una intolerancia entre diversas partes de la personalidad. En especial, entre la parte moral por un lado y la pulsional por el otro. O si ustedes quieren, entre las prohibiciones internas (censura) y las pulsiones. Los impulsos sexuales y agresivos eran fundamentalmente los que se reprimían y cuyo recuerdo y concientización llevaban a la curación. Al menos esa era la comprensión teórica de las neurosis para comienzos de siglo. Freud esperaba que al comunicar al enfermo lo reprimido se pondría fin a la disociación entre el Yo y las pulsiones, causa última de la neurosis.

La interpretación de los impulsos infantiles se constituyó en el instrumento principal de trabajo, y para esa época, en la única arma terapéutica. Pero el asunto se complicaba aún más porque algunos de los pacientes oían la interpretación, pero les parecía ajena y extraña a ellos. Sentían que eso que les decía el analista no les pertenecía, que no era algo propio. Freud comprendió que esto se debía a que las resistencias continuaban actuando e imposibilitaban que lo inconsciente se volviera consciente. Entonces, ¿qué hacer? El único camino posible era volver a interpretar las manifestaciones de la resistencia, sus modos de actuar y sus motivos. Freud concluyó que la interpretación de las resistencias debe preceder y/o acompañar a la interpretación de lo reprimido, porque sino el paciente va a oír la interpretación como algo que no le suena o que no le pertenece. Pero las cosas se iban a complicar aún más. Nuevos e inesperados fenómenos aparecieron en el curso del tratamiento. Sucedió que mientras Freud estaba ocupado en interpretar las resistencias, los impulsos reprimidos y las vivencias reprimidas de la infancia, los pacientes, que hasta cierto

momento habían colaborado, perdían el interés por el pasado y se volcaban sobre el presente inmediato. Más específicamente, sobre la persona del analista. Los pacientes requerían de una u otra forma su amor, en su forma romántica, sexual o sublimada. Los hombres también cambiaban su actitud hacia el tratamiento y hacia el analista, frecuentemente se hacían rebeldes y les importaba más tener razón en contra del analista, no deberle nada, demostrarle su incapacidad e impotencia, que curarse.

¿Qué era este fenómeno? ¿A qué se debía? Freud sospechó que este fenómeno tan particular de expresar en la persona del analista toda una serie de sentimientos, ideas y actitudes eróticas y agresivas, debía tener una explicación. Por lo pronto concluyó que los sentimientos eróticos y agresivos hacia su persona perturbaban la labor analítica y por lo tanto estaban actuando como una resistencia. La observación atenta de los momentos en que surgían estos episodios confirmaban esta sospecha, pues ocurrían en momentos cuando la investigación del pasado había llegado a un punto sensible: a uno de los conflictos infantiles intensamente reprimidos. En lugar de recordar el conflicto reprimido, el paciente repetía incesantemente emociones o actitudes contenidas en dicho conflicto. Especialmente repetía sin darse cuenta con el analista, quien a través de la interpretación transferencial le hacía consciente de lo que estaba ocurriendo entre los dos. Así Freud había descubierto <la transferencia> que tan importante papel iba a jugar en el futuro desarrollo de la teoría y técnica psicoanalítica. En esta observación de la transferencia, Freud había descubierto dos fenómenos importantísimos. El primero, cuando se dice que se repite para no recordar, es una expresión de la resistencia <la transferencia como resistencia> y el segundo, que estas emociones eran una repetición de viejas emociones pertenecientes a los conflictos de la infancia <la transferencia como repetición>. La transferencia que en un primer momento sólo aparecía como un factor perturbador se mostró pronto como un fenómeno valioso e imprescindible en la labor terapéutica. Freud comprendió que desde un principio la disposición a colaborar y la confianza depositada en el analista eran ya una expresión de los antiguos sentimientos de cariño y confianza

de los padres. Se trataba de una transferencia de sentimientos positivos. La llamó sublimada en la medida que los impulsos sexuales se encontraban expresados en cariño y aprecio. También comprendió que la transferencia erótica y la transferencia negativa, en donde predominan sentimientos negativos de agresión, hostilidad, desprecio y odio, se mostraban sumamente útiles para la labor analítica, ya que representaban una reedición de las viejas emociones y actitudes reprimidas en relación a los padres. Freud dijo, y tómese nota de esto, que la revivencia de estos conflictos infantiles era mucho más útil para vencer las resistencias, que el simple proceso de recordarlos. En otras palabras, se estaba diciendo que hacer consciente lo inconsciente no era suficiente, era necesario revivir el conflicto reprimido inconsciente. Esto se puede lograr en la transferencia con el analista, cuando ésta se desarrolla completamente, como para producir una regresión y la neurosis de transferencia. Pero en muchos casos esto no ocurre; el paciente no se deja ir y resiste a través de defensas obsesivas y fóbicas controlando y frenando la relación interpersonal con el analista. Detiene así el proceso de la regresión, que es uno de los fenómenos clínicos que va a permitir la intensificación de la transferencia y por lo tanto, la revivencia del conflicto infantil reprimido.

Sin la intensificación de la transferencia, el análisis corre el riesgo de fracasar. Se convierte en un falso análisis que sólo produce un fortalecimiento del Yo, enriquecimiento de las defensas, y nada más. En mi experiencia he visto que algunos pacientes con características fóbicas y obsesivas y otros con tendencia marcada a la actuación, son ayudados de una forma efectiva a romper sus propias defensas con la utilización del recurso de la expresión emocional, a través de un grito o de la gesticulación corporal <<ojos, boca, brazos, pelvis, piernas>>, he observado que acostados, en un momento de expresión emocional intensa, llegan a la pérdida del control y a la revivencia de sentimientos y emociones reprimidos por largos años, vinculados directamente con el conflicto infantil reprimido. Por esto creo que el instrumento de la expresión emocional bien utilizado y en una forma adecuada es sumamente valioso y le abre posibilidades de

cambio interno a las personas que, de otra forma, debido a sus dificultades de carácter no tendrían ninguna otra oportunidad de recuperación. Freud estaba tan convencido de la importancia de la revivencia de los conflictos reprimidos que ya en 1912, en su trabajo sobre "La dinámica de la transferencia" (15), dijo que la batalla decisiva para la curación se libra en el campo de la transferencia y por eso aconseja concentrar toda la libido del paciente en el analista y en la transferencia. Es en la transferencia, en la revivencia y en la comprensión de todas estas emociones y actitudes transferidas al analista, que a su vez provienen de la repetición de conflictos infantiles reprimidos, que se va a lograr el cambio de las estructuras psíquicas y la curación de la neurosis. Yo pienso que el tipo de relación interpersonal que el paciente va a hacer con su analista existe ya desde antes de iniciarse el tratamiento. Esto es así porque ya existe desde la infancia. El conflicto infantil se estructura desde los primeros mil días de vida, determinados en alto grado por las experiencias del amamantamiento del bebé y del niño pequeño, en que las fantasías y ansiedades irreales eran vividas como realidad con amor y odio intenso hacia sus padres. Es una época de intensos conflictos con idealizaciones y persecuciones que van a ser luego enterradas por la fuerza de la represión y la negación <amnesia infantil>. Tampoco hay que olvidar algo que me ha tocado ver en algunas oportunidades; me refiero a la posibilidad de que los padres reales hayan sido psicóticos o neuróticos graves, contribuyendo a complicar aún más la neurosis infantil, que es precisamente la que va a repetirse en la relación transferencial.

De todo esto se desprende lo siguiente: la transferencia fue vista en un comienzo como una resistencia, ya que interfería en el trabajo analítico. La transferencia es considerada luego como una repetición, y por lo tanto, lo que precisamente tiene que ser revivido para lograr hacerse cargo de lo reprimido. Es así, en la transferencia, donde

¹⁵ Freud, Sigmund (1912): **La dinámica de la transferencia**, OC-BN, 3a. edición corregida, tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid.

vamos a poder revivir lo reprimido. Tenemos así que si un paciente masculino moviliza en el tratamiento sentimientos y actitudes fuertemente rechazados y reprimidos <sentimientos femeninos> hacia el analista, sucede que por ser rechazados se va a defender con odio y agresión hacia el analista/padre. El temor a la retaliación hace que proyecte estos sentimientos hostiles y agresivos en el analista, surgiendo así ideas persecutorias, paranoicas y de desconfianza hacia el analista/padre. Estos sentimientos de odio e ideas paranoicas son la resistencia <la transferencia como resistencia> y los sentimientos femeninos son lo resistido y representan aspectos inconscientes de la personalidad. La interpretación transferencial puede provocar que el paciente se haga cargo y reviva los sentimientos pasivos femeninos hacia el padre, que es lo reprimido, integrando así partes disociadas y reprimidas de su personalidad. El gran peligro en el curso del tratamiento lo encontramos cuando el recordar pueda encubrir o evitar el revivir. Que los recuerdos sirvan como defensa frente a los conflictos y actitudes actuales con el analista -padre/madre-. Es decir, el peligro de que se disocie el pasado del presente; que los padres (el pasado) sean los malos y el analista (el presente) sea el bueno. Los recuerdos servirán así de defensa para repetir antiguas disociaciones y represiones, aunque claro está que para que una situación como ésta se perpetúe en la situación de tratamiento, tendría forzosamente que estar apoyada inconscientemente por el analista, debido a sus necesidades neuróticas inconscientes, no resueltas.

En otro caso una paciente expresa sus deseos de tener relaciones sexuales con su analista. Sabemos que este deseo sexual es la repetición de un antiguo deseo reprimido con su padre <Edipo positivo en la mujer>. Pero también este deseo sexual puede ser una resistencia <transferencia erótica como resistencia>. Esta paciente repite este deseo incestuoso infantil en la transferencia porque le es lo más sencillo; realmente está evitando el recordar algo mucho más doloroso. Como por ejemplo, la revivencia de ser una tercera excluida con todo el sufrimiento y soledad que esto implica, o las angustias y ansiedades persecutorias ante la escena primaria <coito de los padres>. A veces he encontrado que la situación

transferencial es lo contrario de lo que he descrito. Me refiero al caso de la paciente que transfiere sobre su analista/varón, la imagen materna <lo maternaliza>, para así defenderse de la transferencia incestuosa con el analista/padre. Como vemos, aquí lo verdaderamente reprimido serían los deseos incestuosos. O el caso del paciente varón que ve en su analista/mujer a una bruja a la cual teme <la madre/bruja> con esto logra defenderse de los deseos incestuosos edípicos hacia ella que representa lo reprimido. Hasta ahora me he ocupado exclusivamente de la vida mental del paciente y de los fenómenos que él produce en el proceso terapéutico. Pero ocurre que en el tratamiento también interviene la vida mental del analista; por eso quisiera referirme a él y a los fenómenos que produce en el proceso analítico su propia actividad mental¹⁶.

He mencionado que el analista puede percibir y/o intuir lo reprimido y comunicarlo en forma de interpretaciones al paciente. Lo reprimido está constituido por las pulsiones y las resistencias inconscientes, tanto a nivel de la historia infantil, como a nivel actual transferencial con el analista. ¿Cómo se hace esto? ¿Qué es precisamente lo que hay que interpretar? ¿Cuánto se debe o se puede interpretar? ¿Cuándo se puede comenzar a hacer esto? En relación a estos dos últimos puntos, yo adopto una posición kleiniana. Melanie Klein en su trabajo con niños y luego con adultos, acostumbraba a interpretar la ansiedad y las defensas desde la primera sesión. Freud aconsejaba de otra manera y prefería ir de lo superficial a lo profundo, interpretando primero la resistencia <la defensa> y luego lo reprimido representado por el impulso o instinto. Freud decía que si se interpretaba primero lo reprimido se corría el riesgo de que el paciente no pudiera beneficiarse de la interpretación y la rechazaba o surgía una situación de angustia y que por lo tanto era necesario trabajar primero la defensa. Todo esto es correcto pero no invalida la otra posición. Melanie Klein encontró que cuando el paciente manifiesta en sus expresiones verba-

¹⁶ Aquí me limitaré a los significados para el analista/varón.

les o en sus actuaciones alguna ansiedad o emoción, es necesario interpretar la ansiedad con su defensa desde el primer momento, aunque se corra el riesgo de aumentar transitoriamente la intensidad de esa ansiedad. Melanie Klein dice que cada vez que se resuelve un aspecto de la ansiedad y se logran integrar áreas previamente disociadas de la personalidad, se produce un progreso en el análisis y por ende en el desarrollo o crecimiento mental. Sabemos que la función básica del analista es crear la posibilidad para hacer la revivencia de lo reprimido, hacer consciente lo inconsciente e integrar áreas previamente disociadas. Esta integración es importante porque la escisión de la personalidad provocada por la no/aceptación de una u otra de sus partes por el Yo, es lo que impide el surgimiento de un Yo/real. Aquí utilizo el concepto de Yo-real introducido al Psicoanálisis por Donald Winnicott. Captar y/o intuir el inconsciente del paciente, es la labor fundamental del analista. Captar las pulsiones sexuales y agresivas, resistencias y transferencias inconscientes, es lo que permite al paciente comprender y revivir los conflictos infantiles reprimidos. Esta captación y/o intuición la hace el analista con su propio inconsciente. Sigo pensando que sólo se puede captar el aparato mental de otro en la medida en que estamos conscientes de nuestros propios conflictos y en cierta medida los hayamos podido resolver a través de nuestro propio tratamiento psicoanalítico. Sólo así podemos trabajar con el inconsciente de otro sin sufrir estados de angustia, situaciones de persecución, y rechazo al paciente. El logro de un ambiente terapéutico adecuado, en donde el analista se sienta cómodo y relajado consigo mismo y con su paciente, va a permitir que los pacientes toleren nuestras propias limitaciones. Es claro para mí que los pacientes no se sienten amenazados por la limitación de mis conocimientos, ni por mi ignorancia. Más bien he observado las dificultades que surgen cuando tienen un analista que pretende, consciente o inconscientemente, saberlo todo. Es necesario como analista tolerar las propias situaciones internas de vaguedad, ambigüedad y confusión, ya que el paciente tolera bastante bien nuestra ignorancia y activamente nos va a presentar material mental que por sí mismo va a corregir y explicar nuestros errores. La actitud analítica se basa en poder tolerar la incertidumbre y la ignorancia

y evitar las conclusiones prematuras. En otras palabras, para poder descubrir lo nuevo del inconsciente, es necesario tolerar el no/saber.

Así pues para que en la conciencia del analista surja lo que el paciente rechaza en la de él, el analista hace suya la vieja regla aconsejada por Freud, similar a la regla fundamental que rige para el paciente. Consiste en que también el analista al escuchar lo que el paciente le comunica y al entrar en contacto con los pensamientos, actitudes y emociones de éste, él también debe dejarse/ir en la libre asociación. Es decir, crear una situación interna en la que el analista esté dispuesto a admitir en su conciencia todos los pensamientos y emociones que surjan en ese momento. Si hay un buen contacto entre ambos, es muy posible que lo que surja en la conciencia del analista sean precisamente los elementos reprimidos y disociados del paciente. A esta disposición interna del analista Freud la llamó "atención flotante" que coincide con lo que Wilfred Bion ha llamado "el punto/cero" y Fritz Perls "el no/deseo. Este aspecto de la actitud y capacidad del analista es algo sumamente importante y a la vez difícil de lograr, ya que, ¿cómo podemos olvidar y ponernos en cero con un paciente en la sesión de hoy, cuando en la de ayer se trabajaron cosas tan importantes, y que pueden entrar en la mente del analista, sin pertenecer verdaderamente a la sesión de hoy? En una situación como esta, el analista estaría trayendo a la sesión de hoy algo que el paciente no ha dicho, ni está pensando hoy. Es decir, hay una parte de su mente en donde no está escuchando lo que el paciente trae hoy, que puede ser quizás más importante que lo que trajo ayer. A veces podemos, otras veces no podemos, acercarnos a un verdadero punto/cero. Creo que lo más importante es que el analista no tenga un deseo de que el paciente traiga, hable o trabaje algún tema en particular. Este deseo por parte del analista representaría aspectos de sus propias necesidades neuróticas inconscientes y significaría una tremenda interferencia con el proceso de asociación libre del paciente.

Como ustedes pueden darse cuenta, para realizar este tipo de trabajo es absolutamente indispensable que el terapeuta se haya analizado, pudiendo así conocer, tanto

como sea posible, los aspectos inconscientes de su propia vida mental, disminuyendo al máximo sus prejuicios, áreas ciegas y necesidades neuróticas inconscientes. Además podrá tener mayor claridad y capacidad de discriminación en sus propios momentos regresivos. He expuesto cómo el trabajo del paciente de vencer sus resistencias y tomar conciencia de sus conflictos infantiles reprimidos fue inicialmente interferido por el fenómeno de la transferencia. Ahora bien, la labor del analista también puede ser interferida por un fenómeno parecido, ya que pueden surgir dentro del analista impulsos y sentimientos hacia el paciente provenientes de los conflictos infantiles no resueltos. Freud asignó a este fenómeno tan importante en el proceso analítico, el nombre de contratransferencia. Tal como ocurrió con la transferencia, el surgimiento de la contratransferencia también fue considerada como una perturbación y un serio peligro en la labor del analista. Creo que en algunos casos puede llegar verdaderamente a serlo. Algunos analistas llegan a pensar que esto no es así porque la contratransferencia puede llegar a convertirse en un instrumento técnico de cierta ayuda, ya que al ser una respuesta emocional a la transferencia puede servir como indicador de lo que está ocurriendo en lo transferido, y por lo tanto, en el inconsciente del paciente (17). Finalmente, posterior a Freud se comprendió que la contratransferencia no sólo puede perturbar o ayudar a la comprensión del inconsciente del paciente, sino que al co-determinar la actitud del analista frente al paciente, va a co-determinar los destinos de la transferencia. Por lo tanto, la toma de conciencia y resolución de la contratransferencia por parte del analista, es tan importante como las de la transferencia por parte del paciente. Las dificultades que el analista va a encontrar en la resolución de su contratransferencia dependen de que resista o no a descubrir sus propios contenidos inconscientes, es decir, de sus resistencias. Estas últimas han sido llamadas contrarresistencias, para diferenciarlas de las resistencias provenientes del paciente.

¹⁷ Heimann, Paula (1950): **On counter transference**, Int. J. of Psycho. 31: 81-84.

Pero permítanme ahora pasar a otro punto igualmente importante. Como psicoanalista sé perfectamente bien lo trascendente que es el grupo de ansiedades, deseos, fantasías y defensas que se encuentran centradas alrededor del complejo de Edipo. Especialmente quiero referirme al primer aspecto conflictivo del Edipo, a poseer el padre del sexo opuesto y rechazar al padre del mismo sexo. En la re/edición del conflicto infantil reprimido en la transferencia, el paciente va a repetir su complejo de Edipo con el analista. Una de las vivencias edípicas más dolorosas y angustiantes es el de la escena primaria, es decir, las fantasías inherentes a las relaciones sexuales de los padres. El paciente revive esas fantasías y las emociones ligadas a ellas, con el analista. Del grado en que pueda tomar conciencia de ellas, superando las resistencias y reintegrando en su Yo las partes escindidas, dependerá el surgimiento de un Yo más integrado. Para esto necesita la ayuda del analista, quien a la vez puede sufrir de contrarresistencias que le impidan interpretar al paciente con toda crudeza los detalles de estas fantasías y poder hacerle revivir/sufrir el impacto total del miedo y el dolor ante la escena primaria. Con esto quiero decir que la crudeza es necesaria para ayudar al paciente a revivir el conflicto infantil reprimido con la máxima intensidad posible. Dada la situación contra-transferencial frente a la paciente mujer, el analista varón, quiéralo o no, tiene en su inconsciente, sentimientos o impulsos que en una época edípica estuvieron dirigidos hacia su madre. Me refiero a sentimientos de amor y odio. Por lo tanto, conforme a esta realidad psíquica, los sentimientos positivos e impulsos genitales estarán potencialmente disponibles aún antes de conocer a la paciente. Aquí una doble prohibición toma lugar. Por un lado, la prohibición al incesto con la madre y por otro, la prohibición a la actuación genital con la paciente. Aparece entonces un amor sublimado al eliminar los aspectos genitales. Sin embargo, el deseo inconsciente podría todavía seguir activo y lo que ocurre es el deseo de que sea la paciente la que se enamore del analista y de su Falo.

Esta situación contratransferencial tiene efectos y consecuencias variadas sumamente importantes. Primero, cuando surge el deseo inconsciente del analista de que la

paciente se enamore de él y eso no ocurre; pueden entonces aparecer sentimientos y actitudes en el analista de rabia y rechazo hacia ella. Segundo, el deseo inconsciente de retener eróticamente a la madre puede producir en el analista el deseo inconsciente de que la paciente no establezca nuevas relaciones amorosas extra transferenciales. Tercero, el deseo inconsciente de retener a la paciente también puede corresponder con el deseo inconsciente del padre de retener y no soltar a sus hijos/pacientes. Cuarto, en el analista pudieran surgir sentimientos de celos y envidia sexual con la paciente. Por ejemplo, la paciente puede relatar que en sus últimas experiencias sexuales ha pensado en el analista. Esto puede llevarlo a obrar inconscientemente en contra de la curación de la paciente. O bien, sucumbir ante las maniobras de seducción debido a sus propias dificultades contra transferenciales. Esto podría ocurrir a pesar de que el analista sabe de que él no es otra cosa que el depositario de un deseo incestuoso infantil con el padre. También puede ocurrir que este acontecimiento sea vivido como una victoria sobre el otro <el rival>, quien simbólicamente representa el padre del analista. En otra situación, la consecuencia puede ser la progresiva inhibición mental por parte del analista, quien perdería su capacidad para pensar, motivado por los profundos temores de castración, castigo edípico por haber deseado a la mujer del otro. Las relaciones sexuales extra transferenciales pueden inconscientemente ser vividas por el analista como manifestaciones de infidelidad a la pareja terapéutica, provocando en él angustia, odio y rechazo a la paciente.

La vida sexual activa que el paciente varón trae con detalles a la sesión, puede también movilizar en el analista necesidades neuróticas inconscientes no/resueltas. Por ejemplo, aspectos conflictivos del Edipo del analista, expresado en el deseo de poseer la mujer del otro <del padre>. Como consecuencia, ante la avalancha de todo este material sexual de su paciente varón, pueden surgir en el analista, no sólo la envidia, celos y odio hacia este paciente, sino también una satisfacción extraña con sentimientos de triunfo cuando este mismo paciente trabaja y confronta sus momentos de fracaso, situaciones de impotencia sexual, o estados de pánico. Otro tipo de dificul-

tad contratransferencial ocurre cuando surge el deseo de ser querido y amado por el paciente masculino. Esto ocurre cuando el analista ha vivido y no ha resuelto su complejo de Edipo de tipo negativo (18). Este deseo tiene por finalidad primaria el ser poseído analmente por el paciente. El analista al reprimir y rechazar este deseo, que se hace así inconsciente, puede entonces convertirlo en lo contrario y surge así el deseo de poseer él activamente al paciente, quien, naturalmente, aquí representa en forma simbólica al padre del analista. El ano del padre puede ser reemplazado por su boca y tanto el acto anal como el felacio tienen el significado de que el padre paciente en su enamoramiento por el pene terapeuta, se somete a él y así puede ser dominado. El sometimiento anal o bien oral y el amor homosexual, también significan para el analista que el padre le pertenece a él y no a la madre, calmando así las angustias del tercero excluido. Es evidente que todas estas situaciones contra-transferenciales que corresponden a la vida y al drama edípico infantil del analista, de permanecer inconscientes, disociados y no/resueltos, causarán enormes dificultades para la captación, comprensión y conducción apropiada del tratamiento.

En la dedicación a este tipo de trabajo, la actitud básica del analista implica un compromiso con el paciente en el sentido de hacer el mejor trabajo analítico que él sea capaz de realizar y continuarlo mientras tenga la esperanza, apoyada por la evidencia, de que el paciente está progresando en el desarrollo y cambio de la estructura de su personalidad. A veces el paciente alcanza una capacidad de introspección que hace pensar en que él será capaz de preservar y ampliar sus progresos en la integración de los distintos aspectos de su mente sin la ayuda de sesiones regulares con su analista. Hacer el "mejor trabajo terapéutico posible" significa que el analista decide destinar tiempo de su vida a esta tarea por un período

¹⁸ El complejo de Edipo negativo se refiere al deseo de poseer al padre del mismo sexo y al rechazo del padre del sexo opuesto. Para profundizar sobre el estudio de Edipo, pueden leerse los capítulos III y IV del trabajo de Freud **El Yo y el Ello** de 1923, OC-BN, 3a. edición corregida, tomo II, SE:19, 12-66 (1923).

indefinido, durante el cual tiene la intención de llevar adelante el tratamiento, sin detenerse ante el sacrificio de su propio dolor mental, hasta el límite de su tolerancia y dentro de un marco que preserve la integridad física de su paciente y la suya propia. Aún más, esto también significa que el analista asume proteger a otros de cualquier sacrificio que les pueda producir este trabajo tan difícil y especial. Me refiero a las familias del analista y del paciente. Esto tiene una particular importancia cuando aparecen a lo largo del tratamiento una serie de manifestaciones, como son ciertas actuaciones del paciente o de sus familiares, como son, por ejemplo, el pedido de sesiones extras, dificultades en el pago de los honorarios, llamadas telefónicas, hospitalizaciones, intentos de suicidio u homicidio y amenazas a la persona del analista, como me ha tocado vivirlo en los últimos años. Algunas veces fueron amenazas en contra de mi integridad física y otras veces fui víctima de ataques de otra naturaleza. El meollo del asunto está, y en esto sigo lo mejor de la tradición de la ética médica, en que el analista debe ser capaz de soportar, dentro del límite de sus posibilidades, todos los contenidos y proyecciones de dolor, furia, temor, pánico y agonía mental de sus pacientes, representado por la mejor capacidad posible de continencia y reverie. Por eso estoy en total acuerdo con Donald Meltzer cuando dice que la actividad psicoanalítica debe realizarse con tanto esfuerzo como lo permita la fortaleza del analista.

Capítulo 3

LAS EMOCIONES

El recordar y el conocer sin una experiencia afectiva no produce generalmente un progreso en el tratamiento. Las emociones son indispensables y sin ellas el conocimiento de sí mismo es completamente inefectivo.

*Socarides, W. Charles (1977):
Estudio psicoanalítico de los
afectos y de su expresión.*

Las emociones son respuesta del Yo a ciertos estímulos provenientes del mundo interno y/o externo y los sentimos con la totalidad de nuestra persona. Es por lo tanto una experiencia donde participan intensamente nuestra mente y nuestro cuerpo. Estoy de acuerdo con K.R. Eissler cuando plantea en su trabajo de 1954 que el Yo en sus aspectos conscientes e inconscientes es el único sitio del aparato mental donde pueden existir los afectos. No hay duda de que los afectos y las emociones son identificables y percibibles en el área del cuerpo. Con esto me refiero a las vísceras, los músculos y la piel, a los cuales considero de acuerdo con Freud (1895), extensiones del inconsciente. El cuerpo tendría una doble representación, como extensión del inconsciente y como Yo corporal. Los afectos y las emociones son consideradas por mi como términos sinónimos usándolos en el más amplio sentido de la palabra e incluyendo todas las posibles manifesta-

ciones psicológicas y corporales¹⁹. Es indudable que el objeto interno conlleva una carga afectiva, pudiéndose comprender así que las emociones asociadas con acontecimientos internos, -pensamientos y/o fantasías inconscientes- puedan estar ubicadas fuera de la conciencia, ubicadas y/o almacenadas en el área del cuerpo (cuerpo-inconsciente). Esto es posible explicarlo a través del sistema nervioso autónomo Neurovegetativo como parte de una representación mental. Creo que estos conceptos nos aproximan a comprender la misteriosa relación entre la mente y el cuerpo y a su vez nos permiten comprender que nuestras vísceras y nuestros órganos puedan sufrir enfermedades que estén íntimamente relacionadas con nuestros acontecimientos y conflictos psíquicos.

Realmente comenzamos a sentir mucho antes de que podamos hablar. La capacidad para hablar y comunicarnos verbalmente no aparece sino hasta después del tercer año de vida. Esto significa que durante los primeros tres años de vida el niño es una criatura pre-verbal, en donde el sentir y las emociones es todo lo que el bebé tiene para comunicarse y para vivenciar las satisfacciones y las frustraciones de sus necesidades básicas. Anny Katan en 1961 y Robert Furman en 1978 en dos trabajos publicados en el "Estudio Psicoanalítico del Niño", volúmenes 16 y 33 respectivamente, plantean una serie de observaciones muy interesantes sobre el efecto de una verbalización de los afectos en el desarrollo mental de los niños. Ellos le dan bastante importancia a la verbalización del afecto y al conocimiento que del mismo pueda adquirir el niño. En esta época el bebé y el niño pequeño expresan sus temores y desesperación, sus alegrías y satisfacciones, su protesta y rabia, su tristeza y su dolor, con emociones. Nina Searl fue una de las primeras psicoanalistas de Londres que dedicó muchas horas de su trabajo diario a la observación directa de bebés en la década de 1920. En 1933 ella escribió un trabajo sobre la función del grito de

¹⁹ Rapaport, D. (1942, 1953); Glover, E. (1939); Peto, A. (1968); Jacobson, E. (1974).

rabia en el bebé (20). Allí dice que el grito de furia que produce un bebé en situación de frustración expresa un ataque a la madre mala y a la vez un ataque contra sí mismo. Ella concibe el elemento de descarga que tiene el grito como una forma de proyección y penetración dentro del objeto malo, colocando dentro de la madre mala el dolor psíquico que el bebé no puede tolerar. Este concepto coincide con el concepto de escisión del Yo y del objeto que Melanie Klein introduce como uno de los mecanismos mentales que puede utilizar el Yo inmaduro del bebé para organizar algo su universo caótico y poder así discriminar los objetos buenos y los malos. Desgraciadamente es común la experiencia de ver al bebé y al niño pequeño ser sometidos a la exigencia de suprimir sus emociones debido a que los padres no pueden tolerarla, ya sea por razones de educación o porque les mueve su propio dolor y temores de la infancia, de modo que llega un momento que el niño no sabe lo que está sintiendo. No sólo ha encontrado dificultades en expresar sus emociones, sino que no ha sido ayudado a comenzar a reconocerlas e identificarlas. Sólo ha logrado aprender a suprimirlas para poder ser querido por sus padres.

La represión de las emociones y sentimientos no necesita ser una exigencia directa de los padres ya que el niño en su corta edad puede hacerla por su propia cuenta con tal de lograr el amor y la aceptación de sus padres, y es así como comienza la construcción progresiva de un Yo/falso en el niño. Debido a este papel, que la represión de los sentimientos tiene en épocas tempranas de la vida en la construcción de un Yo/falso, es que podemos comprender la importancia de revivir y vivenciar en el proceso del tratamiento los afectos, sentimientos y conflictos que estuvieron presentes a tan corta edad. Insisto en que es fundamental conocer la causa de estos conflictos, pero esto no es suficiente, es necesario revivirlos en una experiencia emocional total. En este punto del comienzo de la verbalización en el niño pequeño hay tres aspectos que

²⁰ Searl, Nina (1933): "The Psychology of Screaming", **Intern. Journal of Psychoanalysis** Vol. 14, págs. 193-205.

quisiera ampliar. Primero, en el niño la verbalización de los acontecimientos del mundo externo precede a la verbalización de los sentimientos y emociones. Segundo, para verbalizar los sentimientos es necesario poder distinguirlos e identificarlos. Para ello es necesario vivenciarlos. Aquí es donde los padres funcionan como "organizadores" al permitir en el niño el vivenciar sus emociones, y el verbalizarlas va a aumentar la integración del Yo. Tercero, el hecho de que el niño pueda vivenciar una determinada emoción no significa que el niño no pueda desarrollar una capacidad para la continencia emocional. Se trata de que el niño pueda vivenciarlas y expresarlas - conocerlas- pero también aprender a contenerlas y posponerlas según lo apropiado del momento.

El niño pequeño independientemente de su vocabulario puede aprender a reconocer sus emociones y a sentir que tiene derecho a ellas. A través de sus emociones, que son manifestaciones pre-verbales de lo que está ocurriendo en su mundo interior, el niño va a comunicarse primero con su madre y luego con su padre y hermanos. A los niños se les pueden decir con palabras las emociones que estén sintiendo en un momento dado, la idea no es reprimirlas, ni estimularlas, sino que las reconozcan y tengan derecho a ellas. Por ejemplo, una niña de trece meses de edad estaba sentada tranquilamente jugando con sus tacos. Desde hace un mes es capaz de construir una torre de cuatro tacos. Hoy, al poner el último taco en su gran torre, sonríe satisfecha y se agarra sus manitas. Su madre le dice: --Bien, Bien! --Estás contenta! --Es una torre bien alta! Al volver a trabajar con la torre y tratar de poner un quinto taco, la torre cae y se desbarata. La niña comienza a llorar desesperadamente y pateo los tacos enfrente de ella. Su llanto atrajo nuevamente a su madre quien, mientras la carga y le limpia un poco las lágrimas, le dice suavemente.: --Yo se que estás muy brava, muy brava, es frustrante tratar de construir una torre tan alta! --Ven, vamos a tratar otra vez! En oportunidades ha sido para mi muy impactante cuando un paciente en el proceso de la terapia logra rescatar y hacer/contacto con aspectos afectivos y emocionales del conflicto pre-genital y edípico reprimido. En una oportunidad una paciente estaba en una sesión trabajando el drama infantil con su

padre. Ha descubierto que este hombre era fundamentalmente un padre afectuoso y suave. --Pero, cómo abusaba su madre de él! --Que débil se veía! Cada tarde él llegaba a su casa y se sentaba solo, a oír música clásica. En este momento de la sesión la paciente dice que ojalá él hubiera podido enfrentarse a su madre. Le dije que se lo dijera. Entonces comenzó a gritar intensamente, acostada en el colchón y golpeando con ambos brazos: --Papá! --Papá! --Se fuerte! --Enfréntatele! --Enfréntatele!... Tuvo una reacción de dolor sumamente intensa y profunda ante este padre derrotado, acabado y aislado en sí mismo. Lloró desconsoladamente por mucho rato. Luego supe que su padre había sido un niño que no podía ayudar y proteger a su hija de la madre/asesina. En su vida adulta esta paciente se había casado con un hombre pasivo y débil a quien trataba constantemente de convertir en un padre/fuerte que se enfrentara con ella. La revivencia del dolor ante el padre pasivo y débil, además del conocimiento de este drama por parte del paciente -a través de la interpretación- es crucial para poder iniciar un cambio en la estructura mental y en la vida de esta persona. El solo conocer el drama, no es suficiente, es necesario revivirlo.

Siendo las emociones una respuesta del Yo a ciertos estímulos provenientes, ya sea del mundo interno y/o externo, es posible explicar la posibilidad de la represión de las emociones, ya que el Yo tiene la mayor parte de su estructura en un nivel inconsciente. Con el propósito de hacerme más claro, permítaseme presentar aquí una síntesis muy corta de la teoría psicoanalítica del Aparato Mental. Sigmund Freud formuló dos teorías en relación a este problema. La primera formulación aparece en 1900, en el capítulo siete de su monumental trabajo "La Interpretación de los Sueños". Esta formulación ofrece ciertas modificaciones a la teoría telescópica que Freud había presentado en 1893. En 1900 concibe el Aparato Mental dividido en tres niveles, según el grado de conciencia que tengan. Así los llamó sucesivamente, consciente, pre-consciente e inconsciente. Esta conceptualización recibió el nombre de Teoría Topográfica, aunque hoy en día algunos la llaman simplemente: la primera tópica. La experiencia clínica de los años posteriores y la influencia de

algunas de las ideas de sus discípulos, especialmente Otto Rank, C.G. Jung, Sandor Ferenczi y especialmente, George Groddeck -carta #176 del 5 de junio de 1917- contribuyeron a la formulación de su segunda y definitiva teoría en 1923, que aparece publicada en su célebre trabajo "El Yo y el Ello" (1923). Aquí concibe el Aparato Mental dividido en tres instancias psíquicas: Yo, Ello y SuperYo. Esta conceptualización recibió el nombre de Teoría Estructural o segunda tópica. I) En relación al Yo: Esta es la parte del aparato mental que nos relaciona con el mundo externo y mundo interno. Tiene funciones básicas de Defensa, Adaptación y Síntesis. Es, donde durante los años de infancia, construimos el sentido de la realidad y el sentimiento de identidad. El Yo fue concebido con una parte consciente y otra inconsciente. En la parte consciente están ciertas funciones del Yo: lenguaje, atención, concentración, movimientos corporales, memoria, etc. En la parte inconsciente están los mecanismos de defensa del Yo, elementos psíquicos reprimidos y afectos u emociones reprimidas. II) En relación al SuperYo: Este está también concebido con una parte consciente y otra inconsciente. En el área consciente encontramos funciones que regulan la autoestima, como son los valores morales, reproches, auto acusaciones. En el área inconsciente están los sentimientos inconscientes de culpabilidad, necesidad inconsciente de castigo, severidad y crueldad del SuperYo, etc. III) En relación al Ello: Es la parte del aparato mental más grande y voluminoso y es totalmente inconsciente. Es el asiento y fuente de los instintos básicos del hombre: sexualidad y agresión. Estos son la energía vital que nos mueve al crecimiento y a la autorrealización.

El tema de la represión de las emociones ha sido tratado y discutido ininidad de veces en la literatura psicoanalítica. Sigmund Freud, en su trabajo de 1893 "Estudios sobre la Histeria", mantiene la hipótesis de que el afecto bloqueado -emoción reprimida- es lo que ha producido y mantiene el síntoma conversivo histérico. Establecer la conexión entre el afecto y la representación mental a través de la palabra, permitía una abreacción o catarsis y con ello el cese del síntoma. Un año después, en su trabajo de 1894 "Las Neuropsicosis de Defensa",

Freud aclara aún más estas ideas. Plantea tres vicisitudes de los afectos u emociones: I) Los afectos serían sometidos a la represión y llevados al cuerpo en forma de conversión. II) Serían sometidos al desplazamiento y expresados en otros afectos. III) Serían reprimidos y convertidos en ansiedad. En los treinta años siguientes, el tema de las emociones y de los afectos iba a tener cada vez menos importancia en la literatura psicoanalítica. Se había atravesado por una época en donde todas las manifestaciones afectivas y emocionales debían manejarse sólo con la verbalización e interpretación, para entonces poder ser así incorporadas dentro del proceso analítico. Lo único útil para este proceso era formular los deseos, impulsos, conflictos y emociones, en palabras. El expresar los sentimientos podía ser considerado como una actuación (21). Hoy en día, treinta y siete años después, las cosas han cambiado bastante. Un ejemplo de este cambio de actitud del movimiento psicoanalítico lo representa el hecho de que para el XXX Congreso Psicoanalítico Internacional, realizado en Jerusalén en julio de 1977, el tema oficial fue "Los Afectos y la Situación Psicoanalítica". Creo que esto expresa un cambio y un reconocimiento -de facto- a la importancia de los afectos y las emociones en el proceso analítico. En este Congreso, Adam Limentani, eminente analista inglés y uno de los tres ponentes oficiales al Congreso, dice que el éxito o el fracaso de un análisis dependen del grado de cambios afectivos que tengan lugar durante el proceso analítico. Agrega que es frecuente observar que un análisis se recuerda por las emociones particulares que surgieron durante el curso del mismo. Desgraciadamente, algunos analistas hablan de un análisis como algo que fue interesante y no como algo intenso, doloroso o dramático. Dice que lo que ocurre es que ni los analistas, ni los pacientes, estaban preparados para admitir que el tratamiento había sido to-

²¹ Para aclarar el concepto de **actuación** recomiendo regresar a la página 3 del primer capítulo.

talmente intelectual ---lo dice Limentani en la página 173 (22).

Maxwell Gitelson en un valiente trabajo de 1952 titulado "La Posición Emocional del Analista en la Situación Psicoanalítica" (23) había demostrado ya desde esa época la importancia de las reacciones emocionales del analista. Pero hay que admitir que esa contribución y la que hizo Paula Heimann en 1950, están hechas exclusivamente sobre la contratransferencia. Pero también hay que admitir que ellos estaban abriendo de nuevo el tema de lo afectivo y emocional en el proceso analítico, aunque para el momento ellos lo plantearon como expresión de los restos neuróticos del analista.

Phillis Greenacre en un trabajo de 1975 titulado "Sobre las reconstrucciones" (24) plantea la importancia de las comunicaciones no verbales. Dice que la comunicación verbal es la forma más importante para llegar al conocimiento, pero que también es necesario admitir la existencia de una enorme cantidad de fenómenos para-verbales y no-verbales que ocurren y existen durante el proceso analítico. Plantea que estos acontecimientos afectivos son vividos por el analista y su paciente en la situación transferencial. Pero volvamos al trabajo del Congreso Psicoanalítico Internacional presentado por Limentani. Allí dice que muchos de sus pacientes hacen infinitas reconstrucciones intelectuales que no los llevan a una síntesis ni integración de la personalidad. Para mi sorpresa dice que el trabajo emocional generalmente lo logran en un segundo análisis -páginas 180 a 185-. El punto que

²² Limentani, Adam (1977) "Affects and the Psychoanalytic Situation" **Int. Journal of Psychoa.** Vol. 58, págs. 171-182. Los otros dos ponentes oficiales del Congreso, fueron: André Green y Jacob Arlow.

²³ Gitelson, M. (1952): "La posición emocional del analista en la situación psicoanalítica" **Int. J. of Psychoan.** Vol. 33, págs. 1-10.

²⁴ Greenacre, P. (1975): "On Reconstruction". **Journal of the Am. Psycho. Ass.** Vol. 23, págs. 693-712.

quiero traer aquí es el siguiente: Para cualquier tratamiento psicoterapéutico de base psicoanalítica, que tenga la intención de modificar la estructura de la personalidad, tendrá un mismo objetivo: que lo que antes estaba disociado esté ahora unido, permitiendo una síntesis con los aspectos inconscientes de nuestra vida mental, surgiendo así un Yo/real, expresado afectivamente con un claro sentimiento de identidad. A mi modo de ver, para lograr esto es indispensable y crucial la experiencia emocional a través de la relación transferencial, o de la expresión emocional directa, o de ambas. He observado tres tipos de dificultades en relación a la capacidad del Yo para dar una respuesta emocional. Me refiero a: 1) Dificultad para sentir las emociones. 2) Dificultad para reconocerlas. 3) Dificultad para expresarlas. Estos tres tipos de dificultades tienen relación con la estructura de la personalidad y el tipo de patología que presenta. La lucha defensiva del Yo en contra de la respuesta emocional - debido a su incapacidad para tolerarlas- va a facilitar el surgimiento de un Yo/falso (25). El Yo también puede intentar escindir la respuesta emocional en varios fragmentos, haciendo difícil para la persona reconocer sus propias emociones o percibir las con una intensidad muy reducida. O bien, el Yo puede vivenciar su mundo interno como si fuera un mundo externo, logrando así no percibir sus emociones o percibir las como si provinieran de afuera.

El ser humano tiene ante el peligro tres tipos de respuesta. La primera, una respuesta de temor y miedo que nos lleva a huir, la segunda, una de protesta y rabia que nos lleva a la lucha y a la confrontación, y la tercera, una de insensibilidad, indiferencia, negación del peligro y represión de la respuesta emocional que nos lleva a una tranquilidad artificial y a un no/sentir. Yo diría que las tres reacciones o diferentes combinaciones de ellas son propias de cualquier persona sana, pero esto depende de lo apropiada que sea la respuesta a la realidad y de la

25

Winnicott, D. (1965): "La integración del Yo en el desarrollo del niño", en **El proceso de maduración en el niño**. Ed. Laia (1975).

magnitud en que se presente. Es comprensible y deseable que un bebé o un niño pequeño tengan una reacción de rabia y protesta si no se les atienden sus necesidades básicas. El problema surge cuando uno de estos tres tipos de respuesta se hace excesiva ante una situación que puede, o no, ser de peligro. Esto significaría que la capacidad del Yo para tolerar las emociones es muy reducida. En otros casos el Yo no puede tomar conciencia plena de la emoción que está presente y hacerse/cargo de ella y procede a cerrar su capacidad de respuesta emocional. Es decir, deja de sentir y se mantiene sólo limitado a las sensaciones provenientes de los órganos sensoriales. De niño aprende así a expresar y reconocer sus diversas respuestas afectivas/emocionales. No es fácil aprender a decir y sentir: estoy triste, tengo rabia, te quiero mucho.

Cuando la persona se desprende o insensibiliza de sus sentimientos-emociones, deja de sentir las totalmente. Mientras no pueda regresar a estas emociones largo tiempo reprimidas y revivirlas intensamente, no podrá volver a sentir. Estoy entre los que piensan que la capacidad de respuesta emocional del Yo sigue la Ley del todo o nada. Es claro que la persona que padece de esta insensibilidad no sabe que no siente y no es posible vencerle de lo contrario. Sólo cuando confie y se abra un poco al trabajo emocional, es cuando podrá darse cuenta de su propia capacidad de sentir las emociones y los afectos.

En algunos casos, la incapacidad para sentir emociones es sólo parcial. Con esto quiero decir que son algunas emociones las que el individuo no puede tolerar en el Yo, desplazándolas a otras que sí puede tolerar. Por ejemplo, las personas que en su infancia han encontrado una prohibición en la expresión de la agresión de la rabia o del odio. Para ellos era difícil expresar indignación y sentimientos homicidas. He encontrado que estas personas prefieren expresar dolor, tristeza y provocar lástima ante situaciones de agresión que ameritarían una respuesta de defensa y por lo tanto el uso constructivo de su capacidad de indignarse. En vez de expresar un --Esto no lo tolero más! comienzan a llorar y lo pasan a dolor. O ante el miedo, cuando esta emoción fue prohibida en la infan-

cia, la desplazan a la rabia y al llegar a adultos expresan fácilmente, violencia, destructividad y rabia que sí les era permitida. Así estas personas, ante situaciones de temor y miedo lo pasan inmediatamente de una forma inconsciente a protesta, rabia y violencia. Por eso muchas veces he dicho que en una situación como esta el Yo es incapaz de tolerar el miedo y hacerse/cargo de él y por eso lo desplaza el afecto que le es más fácil y al cual está acostumbrado. En una situación como esta es necesario estar atento y cuando ésta surja de nuevo, plantearle al paciente un ejercicio emocional de miedo en el que pueda sentirse débil, pequeño e indefenso, que se lo permita a sí mismo y pueda temblar de miedo. En otras palabras, que se haga/cargo de su respuesta emocional verdadera. Por eso digo que el individuo va desarrollándose y madurando cuando se permite sentir sus necesidades y conflictos infantiles reprimidos. Se vuelve fuerte al sentirse débil. Reviviendo el pasado vuelve plenamente al presente y al sentir la muerte de su Yo/irreal, regresa a la vida. Es lo contrario de la neurosis en la que el individuo tiene miedo y se comporta con demasiada violencia, siente poco y actúa mucho, llevando una vida donde repite continuamente el pasado en el presente.

Desde el punto de vista de la Teoría de los Afectos considero la existencia de cuatro respuestas emocionales básicas del Yo: 1. *Dolor*, 2. *Rabia*, 3. *Miedo*, 4. *Amor*. Creo que todos los otros fenómenos parcialmente emocionales son derivados de estas emociones básicas. Por ejemplo, la vergüenza como sentimiento no es una emoción básica, pero sí un derivado del miedo. La culpa como sentimiento es un derivado del dolor cuando es de naturaleza depresiva (26), o un derivado del miedo cuando es de naturaleza persecutoria. La envidia (27), considerada en su aspek-

²⁶ En esta situación estoy utilizando los conceptos de Melanie Klein en relación a la posición depresiva y esquizo-paranoide.

²⁷ En relación con la envidia, quisiera aclarar aquí la forma en que uso este término. Melanie Klein (1957) considera a la envidia temprana como uno de los factores que actuando desde el nacimiento afecta la experiencia del bebé con el pecho. Se trata de una inmensa emoción primitiva y arcaica, en la cual están involucrados sólo dos partes: el sujeto que envidia y el

to emocional, es un derivado de la rabia/destructiva-asesina y los celos/rivalidad, un derivado de la rabia/afirmativa. La timidez un derivado del miedo. El amor un fenómeno emocional sumamente complejo que presentaré en detalle más adelante y que lo incluyo dentro de la respuesta emocional de la alegría. La tristeza es muy cercana al dolor, y la depresión no es un sentimiento, sino una formación neurótica irreal que incluye en su vertiente emocional al dolor y a la rabia/asesina. Quisiera detenerme aquí momentáneamente y pasar a describir por separado cada una de estas emociones básicas.

objeto envidiado, dentro de un nivel de relación de objeto parcial. Melanie Klein la diferencia de los celos al plantear éstos como una relación de amor cuyo objetivo es poseer el objeto amado y excluir al rival. En los celos hay una relación de tres objetos (triangular) y por lo tanto corresponde a la época de la vida en que se reconocen y diferencian claramente los objetos totales. Melanie Klein también diferencia la envidia temprana, de la voracidad, al decir que ésta implica el deseo de poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias, incluyendo la posibilidad de destruirlo. El objetivo principal no es destruirlo, sino sacarle y adquirir todo lo bueno a cualquier costo. La envidia temprana tiene como objetivo que el Yo sea tan bueno como el objeto envidiado y como esto es imposible, el objetivo se convierte en arruinar y destruir lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia. Es este aspecto dañino de la envidia lo que la hace tan destructiva para el desarrollo del aparato psíquico, ya que convierte en malo (pecho) la fuente misma de todo lo bueno, impidiendo las identificaciones con el objeto bueno.

Capítulo 4

EL DOLOR

El hecho de que la tristeza pueda ser reprimida es un acontecimiento clínico de observación frecuente.

*Deutsch, Helene (1937):
En la introducción a su trabajo:
Ausencia de Duelo.*

Desde el punto de vista evolutivo creo que el dolor es la primera respuesta emocional que el Yo es capaz de tener. El recién nacido en las primeras cuarenta y ocho horas, presenta una defensa masiva aparentemente muy eficaz, pero que no lo insensibiliza completamente a los estímulos externos. Naturalmente que aquí me estoy refiriendo a la conocida --barrera a los estímulos--. Aunque es cierto que el bebé recién nacido reacciona pobremente a los pinchazos, va a reaccionar a los ruidos y a la temperatura del ambiente. También reacciona al retirarle sorpresivamente el soporte del cuerpo, con una contracción violenta de todos los músculos flexores, con detención de la respiración y seguido de un llanto intenso, pulso acelerado y una alteración vasomotora generalizada (28).

Es innecesario inundar de estímulos dolorosos al recién nacido y obligarlo a manejar más traumas dolorosos que los estrictamente necesarios. Los beneficios de un nacimiento sin violencia pueden verse claramente al observar los bebés que han nacido con el método sin violen-

²⁸ Feldenkrais, Moshé (1949): "Cuerpo y conducta: un estudio sobre la ansiedad, el sexo, la gravitación y el aprendizaje", IUP, New York.

cia de Leboyer (29), en donde el niño nace en un ambiente silencioso y en penumbras, en donde al ser expulsado es colocado suavemente sobre el abdomen desnudo de su madre donde puede oír los latidos de su corazón. Sólo después de dejar de latir el cordón umbilical, es que se procede a seccionarlo. Estos bebés se aprecian tranquilos y comienzan la experiencia del amamantamiento de una manera más fácil. Bajo los efectos del dolor psíquico, el Yo del bebé y del niño/pequeño procede a escindirse. La estructura de recuerdos que constituyen el núcleo de las experiencias y que a su vez van a constituir el progresivo sentido de la realidad y de la identidad en el niño, pueden encontrarse así sometidos a una excesiva escisión y represión innecesarias. Cuando una serie de recuerdos/reales, asociados a experiencias dolorosas, son escindidos y sometidos a la represión, comienza a construirse un Yo/irreal formado de una serie de recuerdos inofensivos, quedando una serie de experiencias importantes del Yo/real, sometido a la represión y fuera de la conciencia.

El apartarse y alejarse del dolor y sufrimiento es una actitud refleja humana. Hess y Polt en 1960 (30), en un pequeño trabajo de dos páginas titulado "El tamaño de la pupila en relación a los estímulos visuales", observaron que la pupila se dilataba cuando el estímulo era agradable y se contraía cuando el estímulo era desagradable. Al mostrar a los sujetos de la experiencia representaciones de escenas dolorosas, se les contraían las pupilas. Posteriormente al pedirles que recordaran esas escenas dolorosas había nuevamente una contracción automática e involuntaria de las pupilas. Con esto quiero mostrar que el dolor almacenado en el sistema de memoria, como un recuerdo, tiene el mismo efecto como estímulo al Yo para producirle sufrimiento y por eso la fuerza de la represión lo mantiene reprimido. Aún más, el cuerpo puede reac-

²⁹ Leboyer, Frederick (1975): "Nacimiento sin violencia, Dobleday, New York.

³⁰ Hess, E. y Polt, J. (1960): "Pupil size in relation to interest value of visual stimuli", **Science**, 132: 349-350.

cionar constantemente al dolor reprimido aunque la persona no tenga conciencia de que sufre. Wilhelm Reich fue uno de los primeros investigadores que percibió este fenómeno en 1930. Los músculos del cuerpo servían como bloqueadores para evitar tomar conciencia del dolor o de cualquiera de las otras emociones básicas. Los músculos se contraían y así lograban mantener fuera de la conciencia la emoción reprimida. Con la tensión muscular crónica ayudaban a la fuerza de la represión, logrando mantener así disociadas ciertas áreas de la personalidad al perpetuar la escisión y mantener reprimidos ciertos aspectos del Yo/real. Es oportuno recordar aquí que el bebé utiliza de una manera refleja la detención respiratoria cuando se siente amenazado de desintegración o aniquilación. Reich observó que sus pacientes adultos detenían sus movimientos respiratorios cada vez que en el flujo de asociaciones libres llegaban a algún punto doloroso o angustiante. Utilizaban la estructura muscular del tórax para detener la respiración y evitar la toma de conciencia. Reich llamó a esto la coraza muscular, que no sólo se refiere al tórax, sino también a los ojos, boca, cuello, abdomen, pelvis y diafragma. Asimismo él les daba mucha importancia a los patrones de retención respiratoria. En el proceso de tratamiento se intenta unificar la personalidad rescatando el dolor reprimido, reviviendo el conflicto infantil reprimido y eliminando así el bloqueo muscular representado por la contracción crónica de los músculos que a su vez han producido una postura particular para cada persona con sus particulares niveles de bloqueo y relacionado íntimamente con su estructura caracterológica y con la manera y defensas con que enfrentó y resolvió sus conflictos pre-genitales y edípicos. La tensión muscular crónica va a moldear a través de la vida la postura y características individuales de nuestro cuerpo. Esta tensión crónica está presente para evitar tomar conciencia en lo posible del dolor y del sufrimiento. Wilhelm Reich observó varios niveles de bloqueo muscular que constituyen lo que él describió en 1936 como la coraza caracterológica muscular. Esta coraza se manifiesta en nuestro cuerpo en siete segmentos muy particulares. Estos segmentos son los siguientes:

1) Segmento ocular: afecta a las estructuras musculares relacionadas con los ojos. Bloqueos a nivel de este segmento están relacionados, según Reich, con una tendencia a la evasión en el contacto visual. Coincide con una actitud de minusvalía y temor en la persona que evade el contacto visual con los demás. Este conflicto psíquico tiene su correlación física en la contracción crónica durante años en los músculos de la banda ocular.

2) Segmento bucal: los bloqueos a nivel de la boca implican diversos tipos de dificultades directamente relacionadas con la experiencia de pecho. Reich se refería a las dificultades alimenticias tempranas, diciendo que los placeres de la boca fueron escasos y que la alimentación se puede convertir en un instrumento de guerra en la relación madre e hijo. La contracción muscular crónica en los músculos de la boca y maseteros implica una dificultad de aceptar nuevas relaciones significativas e incluso introyectar nuevas ideas. Son personas bastante rígidas y rechazantes. Reich dice que muchas veces al trabajar estos músculos con los dedos en el área de la boca, se movilizan por primera vez profundos sentimientos de dolor por carencia y desamparo. Otras veces existe una agresividad contenida en el segmento bucal, produciéndose una retracción crónica del maxilar inferior y un aflojamiento de las piezas dentales.

3) Segmento del cuello: se refiere a la nuca y a la parte anterior del cuello. La nuca es un área del cuerpo que puede estar sometida a la más intensa de las contracturas. La tensión muscular a este nivel produce dolores de nuca que, a veces, llegan a limitar la movilidad del cuello. Trabajando con este tipo de pacientes he encontrado que la persona tensa y contraída a este nivel, se encuentra en una intensa lucha defensiva en contra de un perseguidor imaginario. Protege la parte más vulnerable de su cuerpo, es decir, el vientre. Ofrece así para recibir los golpes, la parte más resistente del cuerpo, es decir, la región dorsal que incluye la tensión muscular intensa del torso y cuello. La disminución de la persecución interna y del miedo negado va a producir una progresiva disminución de la tensión muscular a nivel de este segmento.

4) Segmento del tórax: Reich dice que un tórax inflado y orgulloso puede muy bien esconder sentimientos de debilidad. La inmovilidad de este tipo de tórax puede prevenir o limitar la aparición y expresión de sentimientos tiernos, suaves y amorosos.

5) Segmento del diafragma: este es un segmento muy importante porque está relacionado con las capacidades respiratorias. Reich decía que cuando sus pacientes tocaban algún material mental angustiante en el curso de la asociación libre, comenzaban a contener la respiración o la amplitud respiratoria. Con este método lograban disminuir la intensidad de las emociones. El encontró que la capacidad respiratoria está estrechamente relacionada con la potencia orgásmica o la intensidad del orgasmo.

6) Segmento del abdomen: está relacionado con la presencia del plexo solar y la pared muscular abdominal. La inervación de las vísceras abdominales por el plexo solar -sistema neurovegetativo- permite y explica la participación importante que tienen esas vísceras en la vida emocional del individuo. Por ejemplo, he observado que las distintas situaciones de separación y pérdida produce la aparición de dolor epigástrico, a veces con sensación de un puño apretado en la boca del estómago. La separación a la que me refiero puede ser de diversos tipos: separación o pérdida del objeto de amor, del objeto de protección, trabajo, vivienda, propiedades, En relación a la pared muscular, es importante señalar que la flacidez de la pared abdominal expresa una situación interna de dependencia e infantilismo de ciertos aspectos de la personalidad.

7) Segmento pélvico: la contracción muscular crónica en este segmento está relacionada con la genitalidad. Los conflictos con la genitalidad pueden mostrar un patrón de retención e inhibición pélvica, visualizable por la tensión muscular crónica de todos aquellos músculos involucrados en el movimiento pélvico. La aceptación de la genitalidad va a producir una relajación muscular y una

mayor capacidad de movimiento de la pelvis con intensificación del placer orgásmico (31).

En relación al dolor psíquico y a la contractura muscular crónica a nivel pélvico, recuerdo las experiencias que viví con una paciente de veintiocho años que inició tratamiento por un exagerado aislamiento social y una tendencia a reaccionar violentamente ante situaciones de injusticia y de rechazo. Era huérfana de madre y padre. Una tarde, en una sesión de grupo, se encontraba acostada en el colchón, boca arriba, con las piernas y los brazos completamente estirados. Al profundizar su emoción y comenzar a trabajar su soledad, lo hizo como siempre le eran más fáciles las cosas: con rabia violenta e intensa protesta, golpeando y pateando con fuerza el colchón. De repente se dio cuenta que estaba sola porque no podía confiar en nadie. Agarró mi mano con tanta fuerza que temí por mis huesos y me pedía que no la dejara. Gritaba intensamente, Rómulo, no me dejes! No me dejes!. Luego sorprendentemente, gritó No me mates! No me mates! Mamita, mamita, no me mates! No me mates!. Siguió luego un profundo y desgarrador grito de dolor, con una rigidez total del cuerpo que se contraía y extendía intensamente en el colchón. Lloró desconsoladamente por más de una hora. Entre sollozos preguntaba en su oscuridad: ¿Por qué mamita? ¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué? ...

Su madre había padecido un severo estado psicótico con repetidos intentos de suicidio que habían obligado a separarla de su madre y enviarla interna a una institución religiosa a la edad de ocho años. A su vez, la madre fue internada en una institución para enfermos mentales, donde murió esquizofrénica muchos años después. De todo esto, el punto que quisiera traer aquí, ahora, es el de ilustrar la relación que existe entre la mente y el cuerpo. Dicho de otra manera, entre el conflicto psíquico y la participación que el cuerpo tiene a través de la coraza muscular en la formación del equilibrio neurótico. En este caso me voy a referir solamente a los bloqueos y contractu-

³¹ Reich, Wilhelm (1942): **Análisis del carácter**. Ed. Paidós. Buenos Aires.

ras musculares que presentaba esta paciente. Como he dicho, uno de los síntomas de esta bella joven era su escasa capacidad de socializar debido a las ansiedades paranoicas y su temor al rechazo, además de su fácil respuesta de agresividad y violencia. El otro síntoma que se evidenció posteriormente en el tratamiento, era su completa incapacidad sexual. Esto pudo conocerse al mejorar sus relaciones sociales y al establecer un vínculo amoroso por primera vez en su vida. Después de un largo período de noviazgo comenzó a vivir junto con su pareja en un apartamento. Allí se hizo evidente entonces su incapacidad total para realizar el coito, al no poder permitir la penetración por intenso dolor vaginal y temores delirantes con el pene, que era percibido como algo destructivo, dañino y peligroso.

Dos tipos de conflicto habían sido muy llamativos en la conducta de su madre psicótica. Primero, los intentos de matarla. Ataques reales, revividos por la paciente con gran pánico y dolor. Segundo, los ataques verbales y corporales a su sexualidad infantil. La rigidez del cuerpo de esta paciente tiene entonces que ver con ambas cosas. Primero, a nivel corporal representa una actitud muscular de defensa ante la permanente amenaza homicida. A nivel mental, estos temores paranoides se hacían presentes en la relación transferencial, ya que había momentos donde ella sentía que la amenaza y el peligro provenían de mí. En otros momentos más regresivos y desorganizados, la ansiedad paranoide le hacía temer ataques de cualquier persona en la calle. Por eso, su sintomatología inicial de aislamiento social. Segundo, la rigidez corporal, especialmente en el segmento pélvico, contribuyen a mantener reprimida cualquier actividad o deseos sexuales. La presencia en la conciencia de cualquier deseo sexual representa el retorno de lo reprimido que simbolizan los deseos sexuales prohibidos por la madre asesina y el peligro de revivir una amenaza de muerte intolerable.

El bloqueo y la contractura muscular pélvica y vaginal que impiden la penetración, contribuyen a mantener reprimidos los deseos sexuales. A su vez, los deseos sexuales son expresión de una actividad instintiva sumamente poderosa, por lo que la fuerza de la represión necesita es-

tar forzada por este bloqueo muscular pélvico. Después de algo más de un año de terapia intensiva, y desde que se estableció una vida de pareja, esta paciente ha logrado resolver diversos conflictos y ha podido aprender a convivir con un hombre a quien quiere, pero de ninguna manera ha podido vencer su incapacidad sexual, por lo menos hasta ahora. Sólo puedo decirles que la lucha de esta mujer por lograr su salud y rescatar su derecho a la sexualidad genital, ha sido titánica y valiente.

Muchas veces con distintos pacientes me toca trabajar los polos opuestos de algún conflicto. Con esto quiero decir que así con esta joven trabajé el drama de la madre asesina visto desde el vértice de la hija, en otros casos me ha tocado verlo desde el vértice de la madre. Por ejemplo, el caso de una mujer que perdió a su padre, con quien la unían intensos lazos de amor, a la edad de diez años. Su madre de escasos recursos económicos prefirió enviarla a un internado religioso, donde esta niña vivió hasta la edad adulta. Después de enormes dudas sobre su vocación religiosa decidió salir del internado y comenzar estudios universitarios. Se casa apresuradamente con un hombre con quien siempre tuvo dudas de su amor y desde su primer embarazo mostró serias dificultades emocionales y rechazó al marido. Igualmente mostró rechazo al embarazo, al parto y al período de amamantamiento, sufriendo de intenso estado melancólico. Recuerdo como si fuera hoy el día en que me dijo que ella podía percibir el pánico que su hija de nueve años sentía cada vez que ella trataba de ayudarla a sacarse una franela. Al profundizar en esto comprendió lo que le había hecho a su hija al tratar de sofocarla tantas veces con la almohada. Ahora su hija no tolera ninguna cosa que le cubra la cara. Ni siquiera una franela. Cada vez que se la ponía y quitaba lo hacía con una gran rapidez y con una terrible expresión de pánico en su cara. Esta mujer era para entonces la madre de cuatro niños. Inteligente, culta y atractiva. Había consultado precisamente por su grave estado melancólico durante el embarazo no deseado de su tercer hijo. Pasaba largos períodos inmóvil y reprochándose de su destino, llegando en algunos momentos a ubicarse fuera de la realidad en una evidente actividad delirante. Recordemos que ella era huérfana, carenciada,

casada sin desearlo y atrapada en una vida familiar de la cual no podía salir. Se oponía al divorcio ya que en su mente ella pensaba que no podía hacerles vivir a sus hijos lo que ella tan duramente había vivido: la orfandad del padre adorado. Ella amaba a sus hijos hasta el momento en que sus gritos, sus llantos y sus exigencias de más atención la aturdían y angustiaban provocándole un estado de confusión mental que la llevaba al deseo de matarlos, con tal de callar esos gritos enloquecedores. Algunas veces les pegaba intensamente y otras trató de matarlos con la sofocación, sobre todo cuando eran niños muy pequeños. Durante el tratamiento, muchas veces recordó dolorosamente como a las pocas semanas de nacida su hija, su llanto incesante la hacía tirarla violentamente sobre la cama y ahogar sus gritos con una cobija. Había comenzado a pegarle desde la segunda semana de nacida. Algunas veces rogaba a Dios que la hiciera ser buena con sus hijos, pero al cabo de una hora ya estaba de nuevo gritándoles y diciéndoles que eran estúpidos y que no servían para nada. El padre permaneció muchas veces paralizado e inmóvil ante estas situaciones de violencia, incapaz de defender a sus hijos. Esta madre sufría intensamente de culpa y remordimientos después de estos episodios. Ella verdaderamente amaba a sus hijos. Muchas veces me dijo que se sentía una madre mala y abusiva y que abusar de un hijo era demasiado fácil, ya que la pobre criatura no podía defenderse y quien además después de tanto atropello no deja de quererla. Todo esto me lo expresaba con un gran dolor. El tratamiento de esta paciente fue largo y difícil. En los primeros cuatro años de terapia hubo varios episodios trágicos en su familia que complicaron la situación aún más, produciéndole regresiones patológicas y debilitando su deseo de curarse. Es cierto que dejó de pegarles y abusar de sus hijos totalmente, pero aún mantiene su estructura de personalidad narcisista y masoquista sin modificación. También es cierto que en su vida personal ha logrado alcanzar cierta capacidad para disfrutar. Su tratamiento aún continúa. En el trabajo emocional, los niveles más profundos de dolor sólo pueden alcanzarse con la ayuda del terapeuta y del grupo, quienes proveen el ambiente seguro y el cálido afecto en el cual se pueden atrever a sentir este dolor completamente. Como he dicho en otras

oportunidades, para que una persona pueda hacerse/cargo de emociones tan profundas, es necesario que exista una relación de trabajo confiable y firme. El terapeuta funcionará así como una madre continente que es capaz de recibir, contener y asimilar todas las ansiedades psicóticas y dolor profundo de soledad y de privación, para luego poder devolverlas al paciente a través de la interpretación en una forma suavizada y minimizada la intensidad de esas ansiedades, para que puedan ser así toleradas por su Yo y comprender algunos aspectos del conflicto que las produce. Poco a poco aprendemos que es posible sentir dolor y tristeza sin estar deprimidos y sin estar enfermos. Que el dolor y la tristeza son respuestas emocionales sanas, mientras que la depresión es una construcción neurótica irreal. El dolor aparece por muy diversos motivos, como por ejemplo, la pérdida de objetos amados, sea esta pérdida en el presente o en el pasado. Asimismo, podemos presentar dolor por sentimientos de carencia afectiva y por heridas narcisísticas a nuestra estima.

Así que podemos decir que se puede estar triste con dolor, sin estar enfermo. Algo muy diferente a la depresión cuando se siente el --Yo no valgo nada!, generalmente producido por sentimientos inconscientes de culpabilidad y con la agresión y destructividad dirigidas contra el sí/mismo. Hay un componente emocional de dolor por culpa y otro de rabia asesina, representando al sadismo vuelto contra el Yo.

Capítulo 5 **LA RABIA**

La agresión no es necesariamente una fuerza destructiva. Surge de la tendencia innata a la acción y al crecimiento. Sólo cuando esta fuerza es obstruida en su desarrollo es que surgen los ingredientes de rabia, furia y odio. La agresión también es parte de la expresión primitiva del amor: el bebé patea en el útero y eso no significa que quiere salir; el bebé muerde el pezón con sus encías y eso no significa que quiere destruir o dañar, así el erotismo oral incluye componentes agresivos.

*Winnicott, Donald (1950)
La agresión y su relación
con el desarrollo emocional.*

La rabia, como las otras emociones, es una respuesta del Yo a ciertos estímulos provenientes del mundo interno y/o externo. De ninguna manera puede ser vista como una simple respuesta a la frustración. En el proceso evolutivo filogenético, la agresividad y la rabia fueron elementos importantes en la lucha por la sobrevivencia. Su enorme valor en esa época consistía en poder movilizar en un momento dado toda la energía, el vigor y la fuerza para poder defenderse y alimentarse exitosamente. Con el surgimiento de la civilización, la función y uso de la agresividad y de la rabia han variado enormemente. Los etólogos hablan de que la evolución cultural sobrepasó a la evolución biológica, ya que al tratar de suprimir

cualquier expresión de rabia u odio como indeseable, logran civilizar al individuo a expensas de su capacidad de integración mental. La rabia -incluyendo al odio- es una emoción básica que tiene aspectos constructivos y también aspectos destructivos. El impacto civilizador ha dejado abierta una forma de adaptación. Me refiero al permitir responder con rabia utilizando las palabras, utilizándolas agresivamente con el cuidado de no agredir físicamente a la otra persona. Lo que ocurre es que es posible que de esta forma aparezca el cinismo y la hostilidad, que son formas de agresión indirecta y las más de las veces, poco saludables.

La rabia es una emoción muy poderosa que al ser sometida a la represión es responsable de toda una serie de patología somática, que va desde la hipertensión esencial hasta la artritis reumatoides, pasando por la psoriasis, el lupus eritematoso diseminado, la anorexia nerviosa y las jaquecas o cefaleas. Quiero dejar claro que esto no es tan sencillo, ya que en estos distintos problemas psicósomáticos están implícitos, a través de la represión, el conflicto y la ambivalencia, las enormes dificultades en la resolución satisfactoria del complejo de Edipo que implica resolver los conflictos básicos con la figura de la madre y el padre. Una de las características de estos pacientes psicósomáticos es la incapacidad de hacerse/cargo de su rabia que, generalmente, es de tipo asesina. Un paciente masculino de cuarenta y ocho años de edad me fue referido a tratamiento por hipertensión arterial esencial que no había sido posible disminuir con otros tipos de psicoterapia. Este hombre, inteligente y muy exitoso en su profesión, mantenía intacta toda una fachada de defensa intelectual que le dificultaba darse a los demás y poder recibir verdaderamente el amor y el afecto que los demás tenían por él. Este fenómeno era curioso, ya que este hombre era muy agradable, talentoso y seductor con hombres y mujeres por igual. Era como si en su actitud seductora dejara ver su enorme necesidad de ser querido y tomado en cuenta. Lo terrible de su situación era que no podía recibir lo que tanto anhelaba. Claro, intelectualmente él se sabía aceptado y querido, pero emocionalmente había una distancia y una capacidad para recibir el amor. Las interpretaciones que yo le ofrecía en este

sentido él las escuchaba, pero sin ningún efecto. De niño se sentía exigido por su padre, a quien adoraba e idealizaba y a quien sentía que no podía complacer en sus exigencias. No se sentía capaz para ello, pensaba que el padre esperaba demasiado de él. Su madre era distante y también exigente en materia escolar. La orfandad trágica del padre a corta edad, incrementó aún más sus dificultades escolares. Su escaso rendimiento lo ubicaba en una posición de inferioridad en relación con sus hermanos, a los cuales lograba vencer con su viveza y oportunismo. Realmente odiaba a sus hermanos, pero la idea de odiarlos le era intolerable. Entraba en auto-justificación y en deseos de ayudarlos. En una de las sesiones, a los varios meses de iniciado el tratamiento, surgió un material de queja y rabia asesina con su hermano con quien existía una intensa rivalidad de varios años. Las interpretaciones transferenciales y luego genético-históricas eran bien recibidas y aparentemente aceptadas, sin embargo, yo percibía lo impenetrable de su coraza y defensa intelectual. Le pedí que expresara directamente con toda la intensidad posible la rabia con su hermano. Al comienzo él encontraba esto como algo muy difícil, incluso negaba la existencia de tal rabia. Sin embargo, al continuar expresándola llegó a perder el control y expresar con tal fuerza su rabia asesina, que de tanto golpear el colchón y los cojines se rasgó los puños y comenzó a llenarse de sangre las manos y el colchón. Preferí no detenerlo ya que sabía que las heridas de sus manos eran insignificantes en comparación con el terrible daño invisible que su hipertensión arterial le producía en sus órganos internos. Esa noche su tensión arterial fue normal por primera vez en varios años, volviendo nuevamente a las cifras hipertensas tres días después. Su tratamiento continúa con nuevos e interesantes progresos, sobre todo en los temores fóbicos y en su dificultad para recibir amor. Su cinismo ha disminuido y su capacidad para expresar rabia sana directamente, ha mejorado. Sus cifras de tensión arterial se han mantenido bajas y estables por muchos meses.

En la conceptualización de la rabia como una emoción básica, ha sido útil para mí entenderla, operando en tres niveles diferentes. El primero, es lo que llamamos una rabia intelectual superficial. Se trata más de pensamien-

tos e ideas vengativas o agresivas que de una emoción real. Algunas veces la situación de cinismo y hostilidad se encuentra ubicada en este nivel, como expresión de una rabia indirecta. El segundo nivel es el de la rabia afirmativa de indignación, muchas veces producida por ataques injustificados o por situaciones de rechazo a que es sometida la persona en cuestión. Es una rabia intensa, afirmativa de protesta que muchos la refieren en los puños, boca, dientes y maxilares. Muchas veces esta rabia surge en momentos regresivos, propios del tratamiento y está dirigida hacia las figuras más significativas de nuestra infancia: los padres. Es una rabia de indignación al haber sido herido o maltratado. Hacerse cargo de estos sentimientos tan violentos no es cosa fácil porque estas personas con quienes se siente tanta rabia son también personas queridas o amadas. No es fácil el gritarles intensamente en la sesión: --Me has herido! --Me has hecho daño! --Te tengo rabia! --Vete de aquí! --No te quiero!

El tercer nivel es el de la rabia asesina. Es la rabia más profunda que una persona puede sentir. Se siente generalmente en el pecho, brazos y boca, y a veces, en todo el cuerpo. Está caracterizada por un sentimiento de odio asesino. Para llegar a estos niveles tan profundos de rabia se requiere haber establecido una firme relación de trabajo con el terapeuta. Esta rabia expresa odio y deseos de matar que son, por la misma naturaleza del acto, algo terriblemente prohibidos. Por eso es difícil hacerse cargo de ellas, cuando estas emociones están presentes en la sesión y surge el deseo de gritar: --Te odio! --Te odio! --deseo matarte! --Muérete! --Muérete!

Creo que es necesario insistir en que se pueden distinguir dos aspectos de la rabia o agresión; me refiero a los aspectos constructivos y destructivos de la misma. La rabia es una emoción básica, saludable y fundamental en el surgimiento del sentimiento de persona. Un aspecto constructivo de la agresividad es cuando nos afirmamos como personas: --Yo estoy aquí! --Yo tengo mi puesto en el mundo! --Yo tengo derecho a vivir! También es constructivo cuando utilizamos la rabia para poner límites a los abusos y atropellos: --Me has herido y eso no lo permito más! --Esto no lo tolero más! Los aspectos destruc-

tivos de la rabia son los relacionados con la envidia, celos y rivalidad. Los sentimientos de envidia son los más difíciles de conocer y de tomar conciencia ya que están relacionados con las etapas más tempranas del desarrollo emocional del bebé. Sin embargo, potencialmente, están presentes en mayor o menor grado en todos los seres humanos. Mientras tengamos más capacidad para hacer conciencia y hacernos cargo de nuestra envidia y celos, menos destructivos serán nuestras acciones y actos (32).

En el curso de la terapia, cuando uno se hace cargo de sus diferentes contenidos agresivos, se aprende que la rabia se puede expresar intensamente sin enloquecer y sin fragmentarse. También se aprende que podemos recibir la rabia del otro sin ser destruidos. Al poder recibir la rabia del otro sin desorganizarnos, ni caer en pánico, se aprende que podemos estar equivocados, sin ser culpables. El problema de hacerse cargo de la rabia es muy complejo. Algunas personas, particularmente las que tienen una estructura mental de tipo esquizoide, encuentran muy difícil el sentir, expresar y el hacerse cargo de su rabia y agresividad. Es como si la persona esquizoide sintiera que al hacerse cargo de la rabia y expresarla, su cuerpo y su mente explotarían en pedazos. El miedo y el temor les dificulta, y a veces les impide por medio de la parálisis física y mental, el hacerse cargo de su rabia afirmativa o rabia de protesta. Mucho más difícil aún les es el hacerse cargo de su rabia asesina y es precisamente de todas sus fantasías asesinas y de diversos contenidos mentales terriblemente crueles y agresivos, de los que tienen que hacerse cargo. He observado que cuando el paciente esquizoide comienza a hacerse cargo de su rabia, el progreso es rápido.

Otro tipo de personas tienen particular dificultad en expresar su rabia y prefieren pasarla a otra emoción, la cual pueden vivenciar con mayor facilidad. Por ejemplo, pasar la rabia a dolor, desplazando al sentimiento de do-

³² Para aclarar los conceptos de envidia, celos y rivalidad, recomiendo regresar al Capítulo 3.

lor algo que realmente ameritaría una intensa protesta. Sucede que prefieren llorar y aparecer como víctimas. En otros casos prefieren desplazar la emoción al miedo, evitando así la confrontación y la situación de protesta.

Hay familias que sienten un particular rechazo por algunas de las emociones básicas. Claro está que esta situación estaría íntimamente relacionada con el conflicto edípico de los padres, ya que en la estructura neurótica de los padres se encontrarían rechazadas y reprimidas la posibilidad de expresión de algunas de las emociones básicas, como el dolor, la rabia o el miedo, y así prohibirían en sus hijos la expresión de esa emoción en particular. Por ejemplo, familias donde está literalmente prohibido expresar la rabia. Los niños no pueden expresar disgusto, molestia y rabia, por prohibición expresa de sus padres. En cambio, sí les es permitida la expresión de dolor o miedo. En otras familias sucede que es el miedo la emoción básica prohibida, o el dolor. Es necesario hacer notar la responsabilidad que diariamente tenemos con nuestras emociones básicas. La responsabilidad de expresarlas cuando es apropiado y de contenerlas cuando es necesario.

La rabia, muchas veces expresa la importancia que algo o alguien tiene para nosotros. En los grupos de orientación emocional utilizamos con relativa frecuencia un recurso terapéutico muy valioso y a la vez muy delicado. Antes de decidir usarlo es necesario saber cómo hacerlo ya que puede resultar algo peligroso para el curso del tratamiento. Me refiero al uso de la confrontación en psicoterapia. La confrontación es una intervención verbal fuerte, a veces violenta, del terapeuta hacia algún miembro del grupo, o de los miembros del grupo entre sí. Confrontamos porque de verdad nos importa lo que está ocurriendo con alguien y por eso decimos que "confrontar es amor responsable". Este es un recurso delicado que debe usarse con precaución y cuidado. Generalmente la confrontación tiene la intención de desarmar los mecanismos de negación que pueden estar disfrazados de la forma más variada. La más frecuente es la presencia de las actuaciones dañinas, repetidas e incontrolables. El terapeuta logra así dirigir la atención del paciente, de una mane-

ra violenta, hacia uno u otro aspecto de sus contenidos negados y reprimidos que están produciendo efectos terribles e inmanejables y, en algunos casos, devastadores en el tratamiento.

En el uso de la confrontación en psicoterapia es necesario tener en cuenta tres aspectos. Primero, el significado que la confrontación tiene para el paciente. Segundo, la relación que la confrontación pueda tener con el tipo de personalidad del paciente. Tercero, la actitud básica del terapeuta hacia la autonomía de su paciente. En otras palabras, hasta dónde el terapeuta puede asumir el papel de interpretar el contenido inconsciente de alguna actuación de su paciente y presentarlo en la confrontación como un hecho absolutamente verdadero y cierto. En algunos casos esto es necesario y no tiene que ser confundido con actitudes omnipotentes del terapeuta o con un deseo de curarlo todo -furor curandis-.

Es necesario admitir que no conocemos la naturaleza íntima del proceso de la confrontación. Sabemos intentar desarmar y detener el mecanismo de negación y renegación, formación reactiva, actuaciones y aislamiento de afectos, pero lo que ocurre íntimamente en el aparato mental no es claro para mí. El contenido y la naturaleza de lo reprimido, el deseo de curación, el poder asimilar en la conciencia el material reprimido, la fortaleza de la coraza caracterológica, son todos factores que van a contribuir en que una confrontación sea exitosa y otra no. Es importante hacer explícito al paciente lo que es una confrontación y que confrontarlo es tener interés y aprecio por él. Que es necesario mostrarle aspectos dolorosos o angustiantes de su vida mental, que él sencillamente se niega a reconocer.

Capítulo 6

EL MIEDO

La angustia es en primer lugar algo que sentimos. La califico de estado afectivo, aunque aún no se bien qué es un afecto. Como sentimiento presenta un carácter displaciente, pero no es esta la única de sus cualidades, ya que existen en efecto otros sentimientos con carácter displaciente, como el dolor y el duelo. La angustia habrá de presentar así algunas otras particularidades, como son sensaciones físicas más precisas que referimos a determinados órganos. Los más frecuentes son sensaciones en el órgano respiratorio y el corazón.

Freud, Sigmund (1916)
Inhibición, síntoma y angustia
Aparece en el capítulo VIII.

El miedo, al igual que las otras emociones básicas, es una respuesta del Yo a estímulos provenientes del mundo interno y/o externo. Estos estímulos son básicamente de una naturaleza amenazante. Freud en su tercera teoría de la ansiedad (1926), planteaba que todas las situaciones de amenaza incluyen la posible pérdida del objeto amoroso y/o la pérdida de su amor. También dijo que el nacimiento era el prototipo de la experiencia de peligro. Así la primera gran ansiedad que el ser humano experi-

mentaba era la angustia del nacimiento³³. Las otras dos situaciones de peligro estaban representadas por la pérdida de la madre <temor de separación> y la amenaza de la pérdida del pene <temor a la castración>. Posteriormente estas ideas brillantes fueron reformuladas al presentarlas en una forma esquemática según el momento de aparición de la angustia <temor/miedo> a lo largo del desarrollo emocional del niño (34).

Para los efectos de mi trabajo clínico, la respuesta del Yo que produce angustia es sinónima con miedo, ansiedad y temor. Por lo tanto, angustia, ansiedad y miedo son la misma cosa con pequeñas diferencias clínicas despreciables, ya que son respuestas del Yo a una situación de peligro interno y/o externo. Cuando la angustia encuentra un objeto en el cual depositar su temor, entonces se podría llamar miedo. Desde un punto de vista evolutivo la aparición de la angustia sería en la siguiente forma. El primer nivel o tipo de ansiedad que aparece en el niño, tiene que ver con la situación del nacimiento, con la fragilidad y vulnerabilidad extrema del bebé de pocos días y semanas de nacido. Recibió el nombre de ansiedad o angustia de aniquilación. Esta ansiedad corresponde a la ansiedad persecutoria propia de la posición esquizo-paranoide de la escuela kleiniana. La relación de objeto en este nivel de desarrollo es con un objeto de tipo parcial. Las defensas básicas son la escisión y la proyección. El segundo nivel o tipo de ansiedad aparece cuando la madre es percibida como un objeto total, con su cara, ojos, sonrisa, manos, brazos y resto del cuerpo. Aparece en el momento en que el niño pequeño reacciona al ser separado de su madre y por eso muchos analistas prefieren llamarla, ansiedad de separación. Realmente corresponde con la ansiedad depresiva propia de la posición depresiva de la escuela kleiniana. El tercer nivel o tipo de

³³ Freud, Sigmund (1926): **Inhibición, síntoma y angustia**", OC-BN, 3 edición corregida, tomo 3: 2861 Biblioteca Nueva, Madrid, SE:20, 132.

³⁴ Kaufman, I (1956): **"Therapeutic considerations of the borderline personality structure"**.

ansiedad corresponde a una ansiedad más evolucionada. Me refiero a la ansiedad de castración. Este tipo de ansiedad corresponde, no a la simple amenaza de perder el pene, sino a lo que simbólicamente el pene representa para ambos sexos. Se trata del temor al fracaso y a perder el amor por sí mismo. Así estarían simbolizados en épocas posteriores los temores de castración. Este nivel de ansiedad incluye elementos persecutorios y elementos depresivos. Es una ansiedad más evolucionada que no tiene las características arcaicas y primitivas de las otras dos. El niño en su desarrollo emocional normal experimenta todos estos tipos de ansiedades y cada vez que pueda vivir o revivir estos diferentes conflictos, es que va a poder resolver un aspecto de la ansiedad en cuestión y así producir un avance en su integración psíquica y en el desarrollo de su personalidad.

La ansiedad por ser una respuesta del Yo a ciertos estímulos provenientes del mundo interno y/o externo, va a estar siempre presente en nuestra vida. Lo que puede variar, según el desarrollo y la madurez de la persona, es la calidad, tipo e intensidad de esta ansiedad. Y dependiendo del nivel de integración y desarrollo que hayamos adquirido en la vida, también variará la calidad y tipo de defensas y los diversos recursos mentales para afrontar, integrar y resolver la ansiedad. Como pueden ver, para mí el miedo es una emoción básica íntimamente relacionada con la ansiedad y la angustia, que, como dije, las considero una misma cosa. Permítanme ampliar esto un poco más. Las diferencias fenomenológicas en relación a la angustia, que generalmente es percibida más a un nivel visceral y físico --órgano respiratorio y cardiovascular-- y la ansiedad que se percibe más a un nivel mental/psíquico, son diferencias sintomáticas y no causales. Por esto prefiero considerar ambos términos como sinónimos ya que los factores que las producen y originan son los mismos. El miedo es una emoción básica de gran fuerza y potencia y sin duda creo que puede convertirse en la más dañina y paralizante de todas las emociones. El miedo intenso puede paralizar una persona y detener su desarrollo mental por años. El miedo extremo recibe el nombre de pánico. Este pánico es tan poderoso que puede producir trastornos en la percepción del tiempo, del espacio,

del propio cuerpo y otros tipos de trastornos senso-perceptivos. En algunos casos he escuchado a mis pacientes referirme la sensación de percibir que los objetos del cuarto de grupos se les alejan o, al contrario, se les acercan. En otros momentos perciben la habitación como un largo túnel o con las paredes acercándose una a otra. En ciertos momentos el miedo intenso produce imágenes borrosas, como una neblina repentina en el cuarto de grupos o la presencia de una cantidad de estrellitas en el campo visual con la sensación de gran miedo y temor. Estos episodios pueden producirse repetidamente y en relación directa con el material mental que la persona esté produciendo en ese momento.

En otros casos, aparecen bruscamente manifestaciones bronquiales y pulmonares. Por ejemplo, ataques de secreción bronquial repentina o crisis de tos, directamente relacionadas con la aparición de la ansiedad. El miedo, de acuerdo a su intensidad, puede sentirse como una aprehensión, susto, inquietud, inseguridad, nerviosismo o temor a un desastre inminente. Aunque parezca sorprendente el miedo es una emoción que algunas personas encuentran difícil de reconocer en sí mismas. He tenido pacientes que en su motivo de consulta me plantean que padecen de estados depresivos y al escuchar más detenidamente sus dificultades me doy cuenta de que no se trata de una situación depresiva, sino de manifestaciones de ansiedad, con síntomas definitivamente fóbicos. Por ejemplo, temor a socializar, temor a levantarse por la mañana y enfrentar el trabajo, temor a manejar y a entrar en el tráfico de la autopista donde se harán presentes los temores claustrofóbicos de quedar atrapados y acorralados por una larga cola de automóviles. En otros casos, temor a la intimidad y temores ocultos a la sexualidad y al coito, que se van a hacer presentes posteriormente cuando se establezca la capacidad para una relación de confianza más profunda y significativa. En estos casos la persona no se ha dado cuenta, ni puede reconocer, la presencia del miedo y del estado fóbico y debido a sus sentimientos de fracaso y disminución de la autoestima se reconoce solamente como estados depresivos, cuando en realidad lo depresivo es secundario a lo fóbico. El sentimiento de estar desperdiciando la vida y la evi-

dente disminución de la autoestima, hace que equivocadamente estos pacientes se consideren a sí mismos como depresivos, perpetuándose su incapacidad fóbica. En otros casos, la persona consulta directamente por una dificultad fóbica específica, como la agorafobia y la claustrofobia. La más terrible es la agorafobia que se refiere al temor a los espacios abiertos, ya que esta fobia impide el salir de la casa, limitando o impidiendo socializar, trabajar y estudiar. En el trabajo terapéutico con estos pacientes he encontrado una particular debilidad del Yo con terribles temores a un objeto perseguidor interno, cruel, al cual se someten. Este sometimiento los lleva a una situación de regresión patológica que tiende a prolongarse y que no se detiene espontáneamente. Esto hace imperativo el tratamiento de psicoterapia con características intensivas -terapia diaria-. En casos como estos, es absolutamente necesario, según mi experiencia, que además del trabajo cognoscitivo/intelectual de auto-conocimiento y de reconstrucción, se realice intenso trabajo emocional, enfrentándose emocionalmente con gritos y agitación física ese objeto interno, persecutorio y aterrador. Lo he visto simbolizado en una figura combinada de madre/padre cruel y asesino. Los cambios más dramáticos ocurren en la primera época del tratamiento, ya que al detenerse la regresión mejora la capacidad de pensamiento, se discrimina más claramente la realidad de la fantasía, se detienen las actuaciones y se instaura la progresión como un lento proceso. Comienza entonces la parte más importante del tratamiento: la reorganización y reconstrucción de otros aspectos de la personalidad, como son las relaciones y calidad del vínculo con su pareja, con su trabajo y con su capacidad para disfrutar.

Creo que es oportuno mencionar aquí lo frecuente que es encontrar defensas obsesivas e ideas paranoicas en los estados fóbicos. Muchas veces enfrentar al miedo y gritarlo: Tengo miedo! Tengo miedo!, produce mareos, náuseas, vómitos y trastornos senso-perceptivos, además de crisis somáticas de secreción bronquial y tos. Hacerse/cargo del miedo no es fácil y requiere de una relación firme con el terapeuta, en donde el paciente confía que el terapeuta puede ser un depositario o continente confiable de todas sus ansiedades aniquilatorias y de muerte. Aquí

la relación con el terapeuta es como una madre buena, continente, que tiene una aceptable capacidad reverie de contenerle todas estas angustias psicóticas de aniquilación y poder devolvérselas posteriormente, en la interpretación, en una forma suavizada y metabolizada, permitiendo así que el paciente pueda progresivamente tolerarla al ir adquiriendo mayor fortaleza en su Yo.

Sin embargo, a pesar de todo esto, creo que es en el trabajo de rabia en donde el paciente fóbico -incluyendo sus elementos obsesivos y paranoicos- va a realizar los mayores progresos. Su actitud básica de sumisión ante el objeto interno perseguidor, no es fácil de modificar. El contacto con la rabia es muy temido debido a la situación de posible retaliación y venganza del objeto interno. Es necesario tener un mínimo de fortaleza en el Yo para poder enfrentarse verdaderamente con un objeto interno tan aterrador. Muchas veces he visto personas tratar de expresar y contactar rabia que los invade, sin lograrlo, pudiendo sólo expresar una rabia superficial. Pueden gritar hasta quedar roncos y no se atreven a tomar el riesgo de indignarse o permitirse sentimientos asesinos. En una oportunidad observé en un grupo terapéutico que estaba siendo dirigido por otro terapeuta que había venido del extranjero, que, ante una situación como esta, él le pidió autorización a una paciente para producirle dolor físico por presión directa en el empeine de los pies. Ello lo autorizó y al presionarle fuertemente y aparecer el dolor físico surgió una rabia impresionante, reprimida por muchos años. Apareció una agresividad física, que expresó con el colchón, de una intensidad y de una fuerza tal que ella no había sentido nunca antes. He observado que a través del trabajo de rabia, relacionado naturalmente con el material mental que en un momento determinado está presente, se logran vencer y minimizar las defensas y estructuras fóbicas y obsesivas. El miedo puede entonces ser percibido más claramente. Pasa a ser de una naturaleza más de castración y fracaso, que de aniquilación o separación. El miedo que se presenta en una estructura mental más integrada y desarrollada no produce síntomas, ya que puede ser percibido directamente como miedo o susto.

Hay un punto al cual quisiera referirme antes de terminar este capítulo. Me refiero al problema de la culpa, al remordimiento y la vergüenza. Sigmund Freud en 1916 y luego en 1923, plantea que la culpa aparece en el Yo/inconsciente como consecuencia de un conflicto con el SuperYo. Se trata de un conflicto estructural ínter sistémico que, a mi entender, produce una respuesta emocional de miedo -culpa y ansiedad persecutoria-. En algunos momentos este sentimiento de culpabilidad lleva a una necesidad inconsciente de castigo que explica ciertos aspectos del masoquismo, la reacción terapéutica negativa y los actos delictivos por sentimientos de culpabilidad. En este último caso el delito es posterior a la culpa y en cierto sentido con una intención de expiación. Estos sentimientos de culpabilidad provienen de la infancia, durante los ataques sádicos a la imagen interna de la madre mala durante la posición esquizo-paranoide. En relación a la Reacción Terapéutica Negativa, ésta es responsable muchas veces del abandono del tratamiento porque el sentimiento inconsciente de culpabilidad no le permite al paciente curarse, mejorarse y tener una vida más agradable y sana. Por eso, ante la amenaza de mejoría y curación, prefieren abandonar el tratamiento. Cuando los sentimientos de culpa son conscientes, yo prefiero referirme a ellos como reproches y remordimientos, lo cual implica la existencia de una conciencia moral. Muchas veces el progreso de un tratamiento se percibe precisamente por las modificaciones y cambios que surgen en el SuperYo. Hay personas en que el SuperYo funciona de una manera cruel y perseguidora. Este tipo de SuperYo somete a estas personas a las más terribles exigencias y prohibiciones, siendo altamente resistente a modificarse en el curso del tratamiento. Este SuperYo cruel y arcaico no conoce el perdón, ni la misericordia. Es sanguinario y aterrador. En las oportunidades en que me ha tocado trabajar con personas muy enfermas, he observado que este SuperYo sádico tiende a ser inmodificable. Melanie Klein planteó en 1958, en su trabajo titulado "Sobre el desarrollo de las funciones mentales", que los aspectos más aterradores y persecutorios del SuperYo se encuentran ubicados en un área inaccesible de la mente, en lo más profundo del inconsciente. Así ella explica lo irreparable de algunas personas con estados esquizofrénicos.

La vergüenza es una variante de la culpa, solo que está más relacionada con no/haber alcanzado, o fracasado, en las exigencias del Ideal del Yo. En la vertiente emocional hay aspectos de dolor y miedo en el problema de la vergüenza.

Capítulo 7

EL AMOR

El hombre puede permitir conocerse a sí mismo y también que otros lo conozcan. Este conocimiento de sí mismo le producirá dolor con la esperanza de que, al final, al revivir su vida, este dolor le va a permitir la capacidad para confiar y entregarse, indispensables para que surjan la alegría y el amor.

*Schutz, William (1967):
La expansión de la conciencia
en el hombre.*

Al igual que las otras emociones básicas, el amor y la alegría son una respuesta del Yo a ciertos estímulos provenientes del mundo interno y/o externo. Se trata de una emoción muy relacionada con el sentimiento de bienestar, de ser y sentirse querible y con la capacidad para poder querer y amar. La sonrisa muchas veces refleja un sentimiento interior de bienestar y comienza a estar presente en la vida, primero como una respuesta alucinatoria al objeto interno bueno. Este fenómeno de la sonrisa es visible en el recién nacido desde los primeros días y semanas de nacido. Posteriormente, la sonrisa aparece como una respuesta social con su madre al relacionarse con ella en los primeros meses de vida. Muchas veces la experiencia de la alegría nos lleva al éxtasis y a una sensación de fuerza y vigor. Esta experiencia de amor y alegría coincide con un sentimiento de confianza en nosotros mismos que tan importante es en la regulación de la autoestima.

La alegría también es capaz de aumentar la capacidad del individuo para apreciar la vida, la naturaleza y la belleza de los seres humanos. Desde un punto de vista genético/evolutivo, este sentimiento tan importante hacia el mundo y hacia nosotros mismos está directamente relacionado con la experiencia del amamantamiento. Con respecto a esto quisiera explicarme más claramente. Melanie Klein planteó en 1952, en su trabajo "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante", que para el bebé era fundamental que las primeras satisfacciones orales condujeran a la introyección de un pecho bueno y al establecimiento de una buena relación con la madre real externa.

Este objeto interno bueno, representado simbólicamente por el pecho y/o el pezón, va a formar parte del mundo interno del bebé y lo va a ayudar en su relación con el pecho malo, destructivo y perseguidor. Es decir, el pecho interno bueno representa una protección ante los perseguidores. Ahora bien, sabemos por el análisis de niños pequeños y por la observación de bebés, que el pecho interno bueno proviene de las experiencias gratificantes y satisfactorias con la madre durante el período del amamantamiento temprano. El pecho malo a su vez, proviene de los momentos de frustración y hambre a los que inevitablemente todo bebé va a estar sometido. La magnitud e intensidad del pecho malo también proviene de la deflexión del instinto de muerte y deseos destructivos del bebé proyectados/deflexionados en el pecho de la madre, quien entonces va a ser vivenciada como peligrosa y perseguidora. La presencia y la capacidad del Yo para la alegría y el amor, va a estar determinada por la presencia de este objeto interno bueno y por la capacidad del Yo de relacionarse amorosamente con él. Cuando por diversas dificultades en el desarrollo temprano del bebé no se puede adquirir o establecer un equilibrio o predominio del objeto interno bueno y se mantienen situaciones terribles de persecución y fragmentación, el Yo no va a tener la capacidad para desarrollar la alegría y el amor. Las cosas se ponen un poco más complicadas cuando comienzo a referirme a la capacidad para enamorarse y amar. Para que el Yo tenga la capacidad de amar es necesario que el

desarrollo de la personalidad haya alcanzado el nivel de una relación de objeto total y asimismo integrado, junto con las otras experiencias, la estimulación sensual de la boca y la piel. Estas experiencias provienen de una etapa muy primitiva del desarrollo. Posteriormente es también indispensable la genitalización de los impulsos libidinales, considerando que, previo a esto, la persona ha adquirido a través de la identificación introyectiva, su identidad sexual.

En referencia a la capacidad del Yo para establecer relaciones objetales totales, es importante mencionar que esto ocurre normalmente al final del año de la vida y se va a afianzar durante el segundo año. Esto significa que el Yo del niño de un año tiene la capacidad para hacer la síntesis e integración de los dos aspectos "buenos y malos" de la madre internalizada. Esto permite que surja, por medio del proceso introyectivo, una identificación con la madre -fase femenina de ambos sexos- que establece un sentimiento de humano, de ser una persona que comúnmente llamamos identidad-persona (35). Esta identidad persona es previa a la identidad/sexual que va a surgir al final del segundo y tercer año de vida. Esta primera etapa del desarrollo con relaciones objetales totales y establecimiento de una identidad/persona, es tremendamente importante porque va a significar la capacidad para establecer relaciones profundas y significativas con otras personas (36). La experiencia que he tenido al trabajar en terapia con pacientes que presentan dificultades caracterológicas narcisistas y estados limítrofes, me han convencido una y otra vez de la veracidad de estas hipótesis. La resolución satisfactoria de la etapa del desarrollo, cuando el niño entra en la situación edípica tardía -cuatro años- y adquiere su identificación sexual, gene-

³⁵ Para ampliar estos conceptos recomiendo profundizar en el estudio de la obra de Melanie Klein y los últimos trabajos de Margaret Mahler, que se encuentran en las referencias bibliográficas.

³⁶ Según las ideas presentadas por M. Klein (1957), E. Jacobson (1964), D. Meltzer (1967), M. Mahler (1968), H. Kohut (1971), O. Kernberg (1976).

ralmente con el padre del mismo sexo, es fundamental en la estructuración de la personalidad. En esta etapa el niño establece, además, la escogencia de objeto sexual. Esto quiere decir que el niño escoge el tipo de objeto -masculino o femenino- con el cual va a expresar y compartir durante el resto de su vida, sus intensos deseos sexuales. Generalmente se escoge el sexo opuesto, estableciéndose una situación heterosexual. La resolución satisfactoria del conflicto edípico incluye la renuncia a los deseos incestuosos que son intensos con el padre del sexo opuesto y la renuncia a los deseos parricidas o matricidas que también son intensos con el padre del mismo sexo. Al renunciar a los deseos asesinos con el padre del mismo sexo, se regresa a una situación cariñosa y de identificación con este padre del mismo sexo. Se trata de la primera vuelta al padre, en el caso del varón, y la primera vuelta a la madre, en el caso de la niña. La segunda vuelta al padre-madre ocurre con la pubertad y adolescencia.

Es cuando se ha resuelto el complejo de Edipo que surge la capacidad en el Yo para un amor más adulto, más libre de las inhibiciones variadas que surgen cuando esta situación edípica no se ha resuelto. Dicho de otra manera, la integración de las distintas tendencias pre-genitales en el niño hace posible la aparición de la ternura que es crucial para poder desarrollar posteriormente la capacidad para enamorarse. Esta aparición de la ternura es una consecuencia de la síntesis e integración del objeto interno parcial -pecho bueno y malo- en una relación a objeto total. La capacidad del Yo para esta integración implica, aunque sea en forma incompleta, una cierta resolución de los conflictos pre-genitales en relación a la agresión y destructividad del bebé y su tolerancia a una relación dependiente y ambivalente con el objeto amoroso -madre-. Esta integración va a permitir la incorporación del erotismo de la boca y la piel en la relación al objeto total. Posteriormente, la ternura necesita expandirse en la capacidad para un disfrute genital completo, genitalización de los impulsos libidinales, que a su vez, requiere haber resuelto satisfactoriamente los distintos aspectos del complejo de Edipo. Es importante insistir en que la capacidad para el coito y el orgasmo no significan de nin-

guna manera que en esa persona existe una capacidad para el amor adulto, ya que la genitalidad puede ser estructurada como un objeto parcial interno. Esto significa que, en las relaciones interpersonales, la genitalidad puede no estar integrada con el resto de la personalidad, pudiendo utilizarse la vagina y/o el pene de las formas más absurdas y arbitrarias en relaciones donde hay ausencia de un vínculo amoroso. Así, he observado casos donde la vagina es concebida dentro de la mente como una cloaca donde puede entrar cualquier tipo de cosas, ya que no se encuentra concebida como formando parte de la misma persona. El pene, como objeto parcial, puede ser concebido dentro de la mente de una persona como un instrumento de triunfo y dominación -objeto parcial idealizado-. La relación con la vagina puede ser temerosa, ya que puede visualizarse a la vagina como objeto parcial amenazante y dañino. Asimismo, el pene puede ser temido -la imagen del pene como un cuchillo que entra en la vagina y destroza la vagina, los intestinos y los órganos internos-, o el pene puede ser temido porque al entrar en la vagina roba lo que ella tiene dentro -el pene entonces no daría placer sino que lo quita, lo roba- y por eso el pene es odiado y rechazado. Aquí agregaría que, a pesar de tener la capacidad para establecer relaciones objetales totales, donde se encuentren integrados distintos aspectos parciales de la madre interna, y por lo tanto también integrados los distintos aspectos del propio cuerpo, repito, capacidad para relaciones objetales totales, pero sin una resolución apropiada del complejo de Edipo, significaría la presencia de una incapacidad para el coito y/o para el disfrute del placer genital.

En el caso de las personalidades narcisistas es importante subrayar que cuando aparece en el curso de la terapia la capacidad para enamorarse, significa el comienzo de la capacidad para sentir interés y preocupación por el otro, con la posibilidad de resolver la desvalorización inconsciente del objeto amado. En el caso de los pacientes limítrofes, la idealización primitiva es el primer paso hacia el establecimiento de una relación amorosa más madura. Esto significa que cuando los mecanismos de escisión responsable de la idealización primitiva disminuyen en intensidad y magnitud y el Yo puede entonces tolerar

los conflictos pre-genitales persecutorios, de la cual la idealización era su defensa, podrá así pasarse a vínculos amorosos más estables.

Una serie de factores se combinan para hacer posible que personas con estructura de personalidad narcisista y/o límite, puedan tener una capacidad para el coito y para el disfrute genital del orgasmo, aun dentro de un contexto heterosexual, homosexual y/o perverso polimorfo. Dentro de estos factores estarían los siguientes: 1) Una predominancia de la actuación genital en ambos sexos para eludir las necesidades orales insatisfechas y evitar el hacer contacto con el miedo a la necesidad de -y dependencia al- objeto amoroso primario. 2) Una huida defensiva en la sexualización y genitalización prematura y exagerada en la relación con ambos padres -uno u otro-. Esta huida en la genitalización prematura estaría ayudada por los mecanismos de defensa de escisión, proyección e idealización exagerada, que estarían presentes para calmar las ansiedades persecutorias, provenientes de un objeto interno aterrador. 3) Otro factor sería la actuación de deseos edípicos incestuosos con actividad genital orgásmica que han escapado a las fuerzas de la represión por un SuperYo lacunar (37). Esta incapacidad para la represión es debida a una dificultad en la estructuración del SuperYo, motivado por la presencia de intensas ansiedades confusionales o psicóticas. Este tipo de ansiedad lacunar también va a dificultar la aparición de un claro sentimiento de identidad. El amor es un sentimiento y un fenómeno psíquico muy complejo. La dificultad de dar y recibir amor es uno de los problemas más frecuentes, y a la vez, más difíciles de entender y de resolver. Algunas personas sólo pueden permitirse el sentimiento del amor cuando sienten un dolor abrumador. Esto puede entenderse de varias maneras. Voy a mencionar dos de ellas.

37 Se refiere a la presencia en el superYo de zonas lacunares, vacías, que permiten la irrupción en la conciencia de ideas y fantasías reprimidas, sin aparición de culpa.

1) Cuando este dolor abrumador está presente motivado por el daño y la destrucción realizada en la fantasía al objeto amoroso primario -la madre- durante la temprana infancia. Este daño en el imaginario fue tan grande que sólo puede hacerse contacto amoroso con este objeto interno, a través del dolor abrumador. Es frecuente observar como surgen así toda una serie de necesidades masoquistas para poder entregarse al sentimiento del amor. Como ustedes pueden darse cuenta, estas necesidades masoquistas tienen que ver con los sentimientos de culpa/depresiva y con el deseo de reparación del objeto dañado. En este caso no hay miedo, ni temor por el objeto total amado; hay la capacidad para darse en el amor, pero es necesario primero revivir el dolor por el daño realizado al objeto primario, repararlo, y luego, con enorme intensidad, darse en el amor. Algunos pleitos y agresiones conyugales o de otro tipo de parejas que terminan en una intensa entrega mutua de amor adulto/genital, obedecen a estas necesidades masoquistas mutuas.

2) Cuando hay una necesidad de sufrir y de percibir en el cuerpo el dolor y el sufrimiento que estuvo presente en una época infantil edípica con el objeto amado, que incluye al padre y naturalmente también a la madre. Muchas veces este dolor está relacionado con el sentimiento de exclusión o de no ser querido. Sólo después de revivir este sentimiento, es que la persona puede darse en el amor con este objeto total deseado. Esta necesidad masoquista, dentro de la entrega amorosa, tiende progresivamente a aliviarse al tomarse conciencia de lo que está ocurriendo dentro de estos procesos mentales, al hacerse presente el material y ser adecuadamente interpretado.

Es frecuente observar este fenómeno en las personas que han sido sometidas a la experiencia de la orfandad/tardía. Con esto me refiero a las personas que han perdido uno o ambos padres después de los seis años de edad. En estos casos, la necesidad masoquista en el amor puede ser entendida de la siguiente manera: estos niños tuvieron la oportunidad y el privilegio de gozar durante los primeros cinco o seis años de su vida, de una relación estable y permanente con el objeto amoroso -madre y padre- y establecer con ellos un vínculo afectivo ambivalen-

te de amor y odio, como es normal y usual en todos los niños. Dicho de otra manera, establecieron vínculos afectivos estables con sus padres. Al perderlos por desaparición o muerte, o aparecer el estado de orfandad, se sienten abandonados por la razón de no haber sido queribles.

En mi experiencia he encontrado que las personas que tienen historia de orfandad tardía, pueden querer y amar dentro del contexto masoquista del amor y siempre dudan del amor del otro. Aceptan el amor y lo disfrutan, pero muy en secreto y en lo más profundo de su ser, dudan de que sean queribles y de que este amor -del otro-, sea verdadero. Allí, en lo más profundo está el recuerdo olvidado que si ese amor de su madre o padre hubiera sido verdadero, entonces esa persona no se hubiera muerto o desaparecido. Los casos de orfandad temprana, en donde el niño pequeño pierde a sus padres durante el primer año de la vida, plantean una situación amorosa completamente diferente. En estos casos el niño ha tenido que crecer y desarrollarse sin un objeto amoroso estable. Estos niños logran sobrevivir, pero para ello se hacen despegados y agresivos. Lo que ocurre es lo siguiente: cuando la situación de orfandad temprana se establece, el niño va a pasar por la experiencia de apegarse transitoriamente a una serie de figuras maternas sustitutivas, con quienes va a repetir la experiencia original de la pérdida de sus padres, ya que inevitablemente va a tener que perder estas figuras sustitutivas, porque son empleadas transitorias de la institución en la cual se encuentra recogido el niño. Estos niños se harán cada vez más egocéntricos y sus vínculos afectivos, en vez de estar dirigidos hacia las personas -lo humano-, estarán dirigidos hacia las cosas -dulces, juguetes y comida. Un niño, criado en una institución, que ha llegado a este estado, ya no mostrará mayor molestia cuando las figuras sustitutivas de madre y padre llegan o se van. Tampoco mostrará ninguna reacción afectiva ante la visita de personas conocidas. Puede mostrar interés por los regalos que ellos traen, pero no por ellos como personas significativas para él. Aun así el niño luce alegre, adaptado y sano, pero esta sociabilidad es aparente y superficial, ya que realmente él no se preocupa por nadie. Es decir, no vivió el sentirse deseado y querido y, entonces, no podrá querer. Lucirá

adaptado y podrá tener éxito profesional en la vida, pero no podrá amar. Muchos pacientes, aun cuando no son huérfanos tempranos, en el sentido real de la desaparición física de los padres, participan de este tipo de conflicto psíquico por la ausencia afectiva de sus padres. La revivencia de este conflicto infantil reprimido en la neurosis de transferencia -facilitada por la regresión --intra-sesión-- representa la única esperanza que tienen estos pacientes para rescatar la posibilidad de poder amar.

Capítulo 8 **LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO CON LOS SUEÑOS**

Sigmund Freud deseó que en la casa de veraneo de Bellevue, al pie de los montes de Kahlemburg, en las afueras de Viena, se colocara una placa que dijera: "*En esta casa el 24 de julio de 1895 le fue revelado al doctor Sigmund Freud el secreto de los sueños*". Cosa que hoy en día ya se hizo.

*Freud, Sigmund (1900)
Carta Nº 137 a Wilhelm Fliess
12 de Junio de 1900*

Estoy plenamente de acuerdo con Freud cuando dice que en el lenguaje de los sueños está el camino más amplio y directo a las estructuras del inconsciente (1900). Soy de los que piensan que los sueños son un producto de la actividad mental que de una forma aparentemente inocente, nos permiten conocer lo que está ocurriendo fuera del área de la conciencia. Aún más, lo importante para el proceso de la terapia es que los sueños nos permiten conocer más profundamente las distintas vicisitudes de la situación transferencial a lo largo de este proceso. Además, los sueños contienen no sólo el deseo prohibido que pugna por satisfacerse, sino también el conflicto infantil en su forma más elemental, repetido en la transferencia ---encuentro del deseo y la prohibición-- con sus cargas intensamente afectivas/emocionales, como si los objetos internos del soñante, presentes en los distintos elementos del sueño, poseen y/o reactivan todo su contenido afectivo/emocional. Es trabajando todas estas emociones reprimidas o suprimidas que he encontrado se

profundiza aún más el fenómeno regresivo, tan necesario e indispensable para una verdadera posibilidad de transformación y cambio en la estructura de la personalidad. La revivencia de los distintos aspectos de la verdad inconsciente que se descubren en el trabajo de los sueños va a complementar esta posibilidad. Estoy de acuerdo con Ronald Fairbairn (1954) y con Frederick Perls (1960), cuando plantean que todos los elementos del sueño, personas, cosas, ruidos, silencios, olores y sensaciones, representan distintas partes de la estructura mental del soñante. Después de haberse hecho conocidas las teorías de Freud sobre la estructura mental, y después que Melanie Klein elaboró sus conceptos sobre la realidad psíquica y los objetos internos, es posible comprender la idea de que todas las figuras y elementos del sueño representan aspectos y/o partes de la personalidad del soñante y de su mundo interno concebido en términos de la segunda tópica. Yo -Ello- SuperYo. Los distintos elementos del sueño representan partes de los objetos internalizados, con sus propios deseos, contra-deseos y conflictos.

Por lo pronto volvamos al comienzo. Fue Freud quien puso las bases para el estudio del inconsciente al iniciar un análisis sistemático del contenido de los sueños. Por eso es profundamente conmovedor y emocionante leer su carta del 12 de junio de 1900 a Wilhelm Fliess, su único amigo y confidente durante esos duros años de aislamiento y crítica (38). Allí le dice a Fliess que ha leído los libros recientes de Mach y de Kroell sobre los sueños y que se encuentra encantado, como el enanito en el cuento de hadas, cuando éste se da cuenta de que la princesa no sabe nada. Le agrega: algún día se colocará una placa en esta casa de Bellevue con las siguientes palabras: "En esta casa, el 24 de julio de 1895 le fue revelado al doctor Sigmund Freud el secreto de los sueños". No se trataba de una revelación, ni de un golpe afortunado de intuición. Freud se refería a un sueño que él tuvo en la noche

³⁸ Freud, Sigmund (1954): "**The origins of Psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess, drafts and notes**" (1887-1902), editado por Marie Bonaparte, Anna Freud y Ernest Kris. Basic books, N.Y.

del 23 de julio y al cual sometió, por primera vez en la historia, a un minucioso y sistemático análisis al día siguiente.

Freud había soñado con una de sus pacientes a quien llamó Irma y a quien había sometido a tratamiento psicoanalítico unos meses atrás. En este caso la cura había terminado con un éxito parcial, ya que la paciente había quedado libre de la angustia histérica, pero no de sus síntomas somáticos. Según la propia interpretación de Freud, el sueño intentaba exculparlo de cualquier responsabilidad en relación a los síntomas somáticos de Irma. El día anterior al sueño, Freud recibió la visita de su colega y amigo Oskar Rie --en el sueño referido como Otto-- quien había visitado a Irma y a su familia en su residencia veraniega (39). Al preguntarle Freud cómo había encontrado a la enferma, éste respondió: "Está mejor, pero no del todo". Freud dice que estas palabras o la forma como fueron pronunciadas por su amigo, le molestaron mucho. Creyó ver en ellas un reproche por haber prometido demasiado a la paciente. Aquella misma tarde redactó por escrito el historial clínico de Irma con el propósito de enviarlo y justificarse con su importante colega Joseph Breuer, quien en el sueño es referido como el doctor M. Fue en esa noche del 23 al 24 de julio de 1895 que Freud tuvo el sueño de Irma, el cual escribió y analizó con todo detalle al despertarse por la mañana del día siguiente y que lo hizo decir que, finalmente le había sido revelado el secreto de los sueños.

Pasemos ahora al sueño con más detalle. Freud soñó que Irma se encuentra en un amplio salón con muchos invitados. Freud le dice: "Si todavía tienes dolores, es exclusivamente por tu culpa". Irma se le queja de dolores en la garganta, el vientre y el estómago. Freud le examina la garganta encontrándole manchas y una escara grisácea. Presuroso llama al doctor M., quien confirma lo ob-

³⁹ Según Max Schur, médico personal y biógrafo de Freud. Posteriormente psicoanalista. Citado en su libro "**Freud-Living and Dying**" (1973), IUP, en la página 166 de la primera edición. N.Y.

servado y dice: "No cabe duda, es una infección. Pero no hay cuidado, sobrevendrá una disentería y se eliminará el veneno". La infección proviene de una inyección que Otto le ha puesto a Irma con una sustancia química venenosa. Freud reprocha a Otto: "No se ponen inyecciones de este género tan ligeramente". En la mañana siguiente Freud pensó que la visita de Oskar Rie y la redacción del historial clínico habían movilizado fuertes emociones en él, que siguieron activas durante el reposo nocturno, manifestándose de una forma disfrazada en el contenido del sueño. Para tratar de comprender y descubrir el significado oculto del sueño, Freud decidió fragmentarlo en pequeñas unidades y darse a la asociación libre con cada fragmento. Luego de un análisis detallado, Freud dice: "El sentido del sueño ha surgido ante mis ojos. He advertido una intención que el sueño realiza y que ha tenido que constituir su motivo. El resultado del sueño es que no soy yo, sino Otto el responsable de los dolores de Irma. Otto me ha irritado con sus observaciones sobre la incompleta curación de Irma -Oskar Rie- y el sueño me venga de él, volviendo en contra suya sus reproches. Así yo me absuelvo de toda responsabilidad por su estado. Sin embargo, he de admitir que en el sueño aparecen otros temas, cuya relación con mis descargos respecto a la enfermedad de Irma no se muestra tan transparente. Me refiero a la enfermedad de mi hija y de la de una paciente de igual nombre, la toxicidad de la cocaína, la afección de mi paciente residente en Egipto --la disentería-- mis preocupaciones sobre la salud de mi mujer, de mi hermano y del doctor M., mis propias dolencias y la preocupación que me inspiran los intereses nasales de mi amigo ausente" (40).

En estas líneas vemos como Freud se da cuenta de que sólo ha podido captar un aspecto del contenido del sueño y que este contiene aún muchos más secretos por descu-

40 El sueño -de la inyección de Irma- se encuentra descrito en su totalidad y con su respectivo análisis, en el capítulo II de la obra de Freud titulada **La interpretación de los sueños**, publicada el 1 de enero de 1900. OC-BN, 3 edición corregida, tomo I, pág. 406 y en la SE-IV, pág. 96.

brir, pero también ha logrado descubrir un método para penetrar en el secreto de los sueños. También es cierto que desde varios años atrás, desde sus Estudios sobre la Histeria y sobre la formación de los síntomas histéricos, ya Freud había podido entrever el enorme valor de los sueños que, como fenómeno psíquico, eran una fuente inagotable para profundizar en el estudio de las estructuras del inconsciente. Tres meses después de su conmovedora carta a Wilhelm Fliess, en julio de 1900, Freud comenzó a atender en análisis a una nueva paciente de dieciocho años de edad (41). Esta paciente conocida en la literatura psicoanalítica con el nombre de "Dora" y por una carta a Fliess del 14 de octubre de 1900, sabemos que Freud la atendió solamente por tres meses. Se trataba de un caso de histeria, en donde las conexiones y la comprensión de los aspectos más importantes del caso lo hace Freud con la ayuda de dos sueños que tuvo la paciente. Por eso mi interés de traerla a este capítulo.

Realmente Freud no publicó el caso Dora sino hasta noviembre de 1905, con el siguiente título: "Fragmentos del análisis de un caso de histeria". Quisiera referirme solamente al primer sueño. En un momento transferencial importante, Dora trae a Freud un sueño que dice se le ha repetido varias veces. Freud decidió trabajar este sueño con detalle. He aquí el sueño relatado por Dora. - La casa estaba en fuego, incendiándose. Mi padre estaba parado al lado de mi cama y me despertó. Me vestí rápidamente. Mamá quería detenerse para rescatar su caja de joyas, pero papá dijo: "Me rehúso a dejarme quemar y que mis dos hijas se quemen, sólo por salvar tu caja de joyas". "Nos apuramos escaleras abajo y tan pronto salimos de la casa, me despierto". Quedaba claro para ambos que el sueño había aparecido por primera vez mientras veraneaba en el lago "L". Lo había soñado por tres noches consecutivas. Debo mencionar que allí había ocu-

41 Esto lo sabemos por la carta #139 y 140 a W. Fliess del 14 de octubre de 1900, publicadas en "**The origin of psychoanalysis: letters to Wilhelm Fliess, drafts and notes**", (1887-1902), editado por Marie Bonaparte, A. Freud y E. Kris. Basic Books. N.Y. (1954).

rrido la escena amorosa con la proposición que le hiciera el señor "K". Dora hace sus primeras asociaciones al sueño y dice: "Papá ha tenido recientes peleas con mamá debido a que ella cierra con llave la puerta del comedor. El cuarto de mi hermano no tiene otra entrada sino a través de esa puerta. Papá no quiere que mi hermano esté encerrado por la noche y dijo: "Algo puede pasar durante la noche que haga necesario que él salga del cuarto". Hasta aquí las primeras asociaciones al sueño. Freud le dio gran importancia a lo que dijo el padre, calificándolo de una idea ambigua que podría estar encubriendo toda una serie de elementos psíquicos importantes, por descubrir. Las subsiguientes asociaciones revelan que durante su estada en el lago "L", el señor "K" había entrado al cuarto de Dora. Ella se había despertado un día y lo había encontrado parado al lado de su cama. Le dijo que él entraría cada vez que quisiera. Al día siguiente Dora no pudo encontrar la llave de su cuarto. Freud interpreta que aquí está el mismo tema de la llave, que había emergido en las primeras asociaciones cuando habló el padre y que él piensa en el significado simbólico de esta llave, que, indudablemente, es la llave que "abre a las mujeres". Freud le pregunta si la frase: "Me vestí rápidamente" no pertenecía a esta secuencia. Entonces Dora recuerda sus temores de ser sorprendida por el señor "K" cuando ella se estuviera vistiendo. Con esto Freud pasa a presentarle una primera interpretación a su sueño.

Dice textualmente: "Ahora comprendo. En la tarde del día de la escena del lago, usted formó la intención de escaparse de la persecución del señor "K". Durante las próximas tres noches, usted repite esta intención en el sueño. Como si se dijera a usted misma: -yo no debo descansar y tener un sueño tranquilo hasta que no esté fuera de esta casa-. En el sueño, usted lo convierte en lo contrario y dice: --tan pronto salí de la casa, me desperté!" Más adelante, en el texto, Freud continúa el trabajo del sueño tomando el tema del cofre de joyas. Este estaría representando los genitales femeninos. Freud le presenta la siguiente interpretación: "Usted está lista para entregarle al señor "K" lo que su esposa no puede darle y ese es el pensamiento que usted ha reprimido con tanta fuerza y que ha hecho necesario que cada uno de los elemen-

tos se conviertan en sus opuestos. Creo que el sueño confirma algo que ya le he dicho. Que usted está utilizando el viejo amor por su padre para protegerse del amor que usted siente por el señor "K". No sólo tiene usted miedo del señor "K", sino de usted misma y de su amor y tentación hacia él-. Agregó que la reaparición del sueño en esos días del tratamiento, lo forzaban a concluir que la misma situación del señor "K" ha vuelto a resurgir con Freud y que él piensa que ella podría dejar el tratamiento por el temor a estos sentimientos amorosos hacia él... (42). Freud habría de saber pocas semanas más tarde, lo extremadamente correcto de esta interpretación, cuando el temor de estos sentimientos amorosos impulsan a Dora a dejar el análisis. Esta es una de las primeras referencias que encontramos en la obra de Freud en la teoría de la transferencia y que tan importante papel habría de jugar en el desarrollo posterior de la Técnica y Teoría Psicoanalítica (43).

Los sueños y su contenido de emociones.

Los sueños son expresión de una función mental común a todas las personas. Representan una actividad psíquica inseparable de la vida misma. Es posible que no podamos recordar nuestros sueños, pero mientras hay vida, esta actividad psíquica de la fantasía inconsciente, es permanente, tan presente e incesante como los procesos fisiológicos, de los cuales tampoco tenemos conciencia cuando dormimos. Los mecanismos inconscientes que participan en la formación de la actividad onírica, fueron descritos por Freud en su monumental obra, ya citada, del año 1900: "La Interpretación de los Sueños". Freud les dio el nombre de condensación, desplazamiento, sim-

42 **"Fragmentos del análisis de un caso de histeria"**. Se encuentra publicado en su trabajo del mismo título de 1905. OC-BN, 3ª edición corregida, tomo I, pág. 967. SE: VII, 64 (1905).

43 Para profundizar más en este tema pueden leerse dos trabajos de Freud: **"La dinámica de la transferencia"** (1912), OC-BN, 3ª edición corregida, tomo II, 1648, y **"Observaciones sobre el amor de transferencia"** (1915), OC-BN, tomo II, 1689.

bolización y elaboración secundaria. Estos mecanismos transforman el contenido latente (oculto) del sueño en el contenido manifiesto (visible), que es el que recordamos al despertar. Precisamente, el trabajo del paciente y del terapeuta es el de tratar de rescatar y descubrir lo máximo posible del contenido latente, ya que esto representaría el rescate de aspectos desconocidos de la personalidad. Quiero decir, aspectos de nosotros que rechazamos y no queremos conocer. En terapia decimos que la asimilación de lo inconsciente a través del, Yo constituye un aspecto esencial en el proceso de la curación y el trabajo de los sueños nos ofrece una valiosa oportunidad de rescatar elementos profundos del inconsciente a través de la palabra y del trabajo específico de las emociones. Durante el proceso del tratamiento, el análisis y el trabajo emocional de los sueños constituye una ayuda, no sólo para recuperar situaciones emocionales específicas del pasado, sino también para hacernos cargo de emociones reprimidas o disfrazadas en relación al vínculo con el terapeuta. Esto es de gran importancia, ya que el pasado tiene a repetirse y nuestras vinculaciones emocionales más profundas, inconscientes e invisibles con nuestros padres, se repetirán con nuestro terapeuta de una forma también invisible. El análisis y el trabajo emocional de los sueños nos ayuda a vivirlas de nuevo, a conocerlas, trabajarlas y hacernos cargo de ellas. En una palabra, trabajar los sueños ayuda a la revivencia de lo transferencial. Como ustedes pueden ver, yo soy de los que piensan que los sueños son un instrumento de trabajo sumamente valioso, ya que nos permiten conocer lo que está realmente ocurriendo fuera del área del Yo consciente. Incluso nos permiten saber y conocer lo que está ocurriendo en las distintas épocas transferenciales del proceso terapéutico.

Para ilustrar este punto, quiero permitirme traer un material clínico proveniente de un insigne y muy apreciado psicoanalista inglés: Donald Meltzer. Este material proviene de un pequeño trabajo leído por él en 1963 en el 23 Congreso Psicoanalítico Internacional en Stockolmo

(44) titulado "La diferencia entre los delirios somáticos y la hipocondría". Allí Meltzer planteó el caso de un joven de aproximadamente veintitrés años que sufría de delirios persecutorios, alucinaciones aterradoras ocasionales y marcados delirios hipocondríacos, que involucraban los genitales, los intestinos, los pulmones, el corazón y la vista. Estos síntomas existían desde los trece años aproximadamente, en una personalidad esquizoide, con rasgos paranoides, incapacidad para la escolaridad, poco social, una extrema dependencia y ambivalencia hacia su madre, masturbación de tipo compulsiva y manifestaciones sado-masoquistas. La imagen de sí mismo estaba dividida. Un aspecto bello, santo y maravilloso existía al lado de otro aspecto de su persona, horrible, desfigurado, vicioso, degenerado y, a veces, estúpido.

Los primeros tres años del análisis se llevaron a cabo con una cooperación muy superficial, donde además había una actitud de burla y pesimismo. Sin embargo, la rehabilitación de sus objetos internos continuó progresando, aliviándolo mucho de sus problemas hipocondríacos, permitiéndole mantener un trabajo y desarrollar un futuro profesional. El resultado fue la reaparición de la esperanza, acompañada de sentimientos de respeto y admiración, pero, a la vez, un severo deterioro en su cooperación-burlona: retención de material mental y sus actuaciones alternaban con períodos de pasividad e indiferencia. En el material, la transferencia estaba a nivel de objeto parcial. Se vinculaba sólo con pedazos de su Yo infantil. Todas las partes de su Yo aparecían alteradas groseramente con magnificación de los celos, envidia, crueldad, incapacidad para amar e intolerancia al dolor. Parecía que ningún aspecto de su Yo podía surgir en una alianza firme con el objeto bueno, donde pudiera haber confianza. El centro de sus aspectos destructivos fue afortunadamente aclarándose poco a poco. Su fría destructividad -según las propias palabras del paciente, había aparecido desde el comienzo del tratamiento. Se hizo evidente en el primer sueño que él trajo al análisis, en

donde, "sobre un ascensor que él controlaba deja caer una cadena de oro, para ser destruida". La cadena de oro simboliza las palabras e interpretaciones del analista, que son así destruidas, dificultándose el poder beneficiarse de su trabajo analítico. Esta destructividad no estuvo accesible para ser trabajada y resuelta, durante los primeros dos años y medio del análisis, manteniéndola disociada y proyectada en las máquinas de sus sueños. En el tercer año de análisis, sus contenidos oníricos mostraron la transformación de las máquinas en un gato. Este asumió una forma real y corpórea al encontrarse el paciente un gato herido en la puerta de su casa. Este gato se convirtió en un objeto de gran ternura y cuidados, debidos a su pata rota, pero no fue trabajado ampliamente en el análisis, más que como un hallazgo casual. El paciente mantenía que este gato era su objeto bueno, dañado, y que él estaba siendo cariñoso y reparador con él. Sin embargo, el hecho era que sueño tras sueño se mostraba que el gato era una parte destructiva de sí mismo, que mataba pequeños pajaritos (45). En otros sueños se identificaba con la promiscuidad y el escapismo del gato. Cuando en el cuarto año de su análisis y por el efecto de las interpretaciones, estas actuaciones en el gato cedieron, el gato comenzó de nuevo a aparecer regularmente en los sueños como parte de su Yo físico. Por ejemplo, un sueño "con el gato casi muerto por el frío", despertó al paciente temblando y lo hizo prepararse una comida muy caliente. Cuando en las sesiones aparecieron acusaciones de que su análisis era frío y sin sentimientos, inmediatamente apareció esto en el sueño "alimentando al gato con pescado frío y congelado". Aquí vemos como en el sueño podemos detectar aspectos poco visibles de la realidad transferencial.

Dos meses y medio después, otro sueño, uno de extraordinaria claridad, mostraba esta relación del gato con aspectos de sí mismo. A la vez, representaba un modelo de la situación transferencial con el pecho analítico, mos-

45 Se trata de una simbolización de la actividad depredadora del gato, propia de su vida animal.

trando cómo esta parte gato-destructiva podría meterse libremente dentro del alimento analítico <interpretaciones> que ahora era reconocido como cálido y bueno. Esta parte gato-destructiva podía así transformar las interpretaciones nutritivas en basura venenosa. Esto resultó ser una clave importante para el trabajo analítico subsiguiente. Cuatro semanas antes de la interrupción de navidad, el paciente había revelado un síntoma que estaba presente desde el comienzo, pero que ahora era más intenso: la convicción de que su ano era incapaz de contener sus flatos, por lo tanto era necesario que se mantuviera separado un poco de la gente para que no se dieran cuenta. El consideraba que esto era la causa para su inhibición social, que todavía se mantenía.

Esta revelación vino como resultado de analizar un sueño en que "el gato se estaba dejando morir". Su cara mostraba preocupación y tristeza. A pesar de las interpretaciones, el paciente actuaba estos sentimientos en el consultorio. Se comportaba de una forma pueril haciendo chistes y ridiculizando el proceso analítico. Cuando él soñó que "ciertos periódicos de la izquierda estaban emitiendo gases venenosos", se hizo aparente que "dejar que él muriera" significaba no tener control sobre sus esfínteres y lo que emergía era un flato mental, un cinismo venenoso y un desinterés por la vida, proyectando estos sentimientos en el analista. Así percibía que el analista sentía igual desinterés por todo. El soñó que "estaba comiendo en una mesa; entonces el gato brincó, tomó el plato y comenzó a comer y a defecar, simultáneamente. El paciente, pensando que la comida pasaba tan rápido de la boca al ano, y por lo tanto no debía estar muy alterada, procedió a comerse las heces". En los subsiguientes dos años de análisis, el gato sufrió nuevas transformaciones a una forma humana. Lo que había sido delirio somático fue reemplazado por la conciencia de un contenido mental tipo "heces de gato". Al principio, susurrado a su oído en el diván, luego, compartido con el analista por muchas sesiones. Se trataba de ataques sádicos, no sobre el cuerpo, sino sobre sus pensamientos. En esta época los sueños cambiaron de "ser inofensivos, a trampas peligrosas, incluyendo la entrada repentina de Adolf Eichmann en el consultorio (el paciente era de origen ju-

dío centro europeo; Eichmann fue responsable durante el nazismo, del invento de la exterminación de los judíos de Europa). En los sueños siguientes, Eichmann se convirtió en hermano del paciente, contra quien dirigía entonces toda su rabia y celos (sadismo). Fue entonces cuando se pudo estudiar en detalle, cómo la parte de su Yo que estaba muy unida al pecho bueno analítico, resistía y rehusaba compartir el análisis con otras partes de su personalidad, excluidas de la posibilidad de tratamiento, a pesar de que esa actitud provocaba que esos otros aspectos de su mente se mantuvieran primitivos y amenazantes. Yo pienso que su hermano, en el sueño, representaba partes de sí mismo. Aspectos de su propio Yo que el paciente mantenía disociado y reprimido, es decir, alejado del análisis, impidiendo así que pudieran beneficiarse de ser llevados a la conciencia; pero afortunadamente emergían en el contenido de los sueños.

Pasemos ahora a otro punto. Sabemos que el reposo onírico y el dormir son indispensables para mantener la salud. Los sueños, dijo Sigmund Freud, son los guardianes de ese reposo. En cierta forma, soñamos para poder dormir tranquilos. Los sueños, para poder garantizar ese reposo, tienen que disfrazar y resolver de alguna manera nuestros conflictos neuróticos inconscientes. Por esto es que, según mi criterio, es tan importante contraindicar el uso de sedantes y somníferos para combatir las distintas manifestaciones del insomnio. Es preferible intentar comprender las razones del porque algunos de nuestros pacientes presentan manifestaciones de insomnio. Por mi parte he encontrado que las dificultades para conciliar el sueño están estrechamente relacionadas con dos tipos de respuestas emocionales. Unas, relacionadas con la rabia, y otras, con ciertos tipos de miedo. Pero permítanme explicarme con más detalle. Tratar de conciliar el sueño cuando existe un conflicto psíquico que moviliza protesta, rabia, indignación, es muy difícil, si no imposible. Detectar la naturaleza de este tipo de conflicto y trabajarlo en la sesión, es mucho más útil que recetar un tranquilizante o somníferos que tendrían más bien una acción claramente contraproducente al bloquear o interferir la capacidad de soñar. En relación al temor en la conciliación del sueño, he encontrado que, a veces, el contenido de los

sueños es tan aterrador que la persona teme dormir por lo que va a soñar. Sólo conociendo los orígenes infantiles de estos terrores, es que la persona podrá rescatar su capacidad para dormir. En algunos casos he encontrado que esto se relaciona con la profunda incapacidad continente/reverie de la madre, reactivado en momentos en que el paciente necesita un buen continente confiable - buen holding-, por motivos actuales transferenciales y que, debido a la regresión terapéutica, se encuentra con una realidad interna archi histórica de una madre no continente y sin capacidad reverie, que es responsable de la aparición de los sueños aterradores de vacío y muerte. En los casos de insomnio tardío que se refieren a las personas que se despiertan a la mitad de la noche, o al terminar ésta, he encontrado generalmente estados de profundo temor y miedo -pertenecientes al conflicto infantil reprimido-, movilizados durante el sueño por la disminución de la fuerza de la represión. Detectar todos estos conflictos, poder trabajarlos dentro de la medida de lo posible, incluyendo la expresión intensa de sus contenidos emocionales, es indudablemente mucho mejor y provechoso que la receta de somníferos. Curiosamente he encontrado que los estados de tristeza -y no me estoy refiriendo a la depresión --no impiden ni dificultan el reposo onírico, a menos que movilicen estados de protesta y furia o de temor y pánico. Los sueños son los guardianes de nuestro reposo nocturno porque, de alguna forma, el sueño satisface nuestros deseos infantiles, a la vez que también intenta elaborar e integrar lo más profundo de nuestro conflicto infantil reprimido. En algunas oportunidades la distorsión y el disfraz del deseo, relacionado con el conflicto inconsciente no es suficiente, y los contenidos inconscientes, prohibidos, surgen demasiado claros. Las emociones que ellos movilizan son tan fuertes que los mecanismos del sueño no logran disfrazarlas exitosamente, surgiendo en el contenido manifiesto una inundación emocional que despierta al soñante y constituyen las pesadillas.

La forma como yo trabajo los sueños, incluye ciertas modificaciones en la técnica. Estas modificaciones fueron diseñadas para ayudar a profundizar en la expresión afectiva/emocional. Yo le doy importancia, no sólo al co-

nocimiento que podemos derivar del análisis del contenido del sueño, a través del cual podemos conocer algo del contenido latente u oculto del mismo, sino que también le doy importancia al trabajo y expresión de las emociones que surjan en el análisis del sueño. Generalmente pido escuchar el sueño dos veces. La segunda versión, acostado el paciente en el colchón, y algunas veces en oscuridad total. Le pido que trate de visualizar el sueño, como si lo estuviera soñando de nuevo. Según el caso, le puedo pedir asociaciones a algún fragmento del sueño. Si alguna emoción está presente o es intensa, le pido que grite esa oración o que exprese la emoción directamente con un grito y con el cuerpo. Luego, espero el material mental emergente. En oportunidades, el trabajo emocional de un sueño produce estados regresivos profundos, con sensación de pánico, despersonalización y/o alucinaciones, que sólo el fuerte continente que representa el vínculo terapéutico alienta a la persona a dejarse-ir y permitir el afloramiento de intensas emociones y recuerdos reprimidos. En otras oportunidades, se llega a estados regresivos pre-verbales, donde ya no existen palabras, sino sólo sonidos, gritos y torpes movimientos corporales de bebé.

Otro ejemplo.

León trae el siguiente sueño a una sesión: "... soñaba que estábamos mamá, tú (Rómulo) y yo, en mi casa (sitio de su infancia). Mamá estaba arrodillada y tú estabas haciéndole una sesión de evaluación. Le salía algo blanco por el lagrimal, no se si eran lágrimas o pus. Era algo blanco. La notaba compungida y traté de ayudarla. Entonces tú le dijiste: -Este problema, esta relación, puede ser mejorada". Aparece Manuel (hermano dos años menor) y dice: "-León, vente que el carro tiene una pieza del motor mala-. Sin embargo, el carro caminaba; tuve el impulso de irme con Manuel, pero tú dijiste: --Un momentito! esto que estamos haciendo con tu mamá es más importante que el motor de un carro. Esta sesión debe prolongarse por más tiempo.-" "Manuel no le dio importancia, no le paró bolas. Esa es su manera de ser. El no dijo nada, pero yo me di cuenta que Manuel no quiso entrar en eso. Nunca quiso entrar en cosas más serias. Dio la vuelta el carro y se fue. Yo sabía que él iba a regresar po-

co después que se acabara el problema. El sueño siguió, pero ya no me acuerdo de nada más." Mientras contaba el sueño, León se encontraba acostado en el colchón, boca arriba, en oscuridad total. Dijo que sentía una enorme contractura en la espalda y en la nuca, hasta la cabeza. Sus primera asociaciones al sueño, fueron las siguientes: "¿Manuel soy yo mismo! Siempre evadía enfrentar los problemas. También había otra parte de mí que sí se cargaba con los problemas. A veces quise ser como Manuel, pata de rolo. En un pleito con mi mamá, él se quedaba callado, mientras que yo me ponía a la defensiva y le argumentaba." "La primera parte del sueño no quiero verla". En este momento León dice que le sudan las manos y que siente un dolor en el brazo izquierdo, dice temer a un infarto de miocardio. Continúa y dice: "Esas lágrimas de mamá, grises. No eran tan blancas. El hecho de darle un poco de ternura a mamá y poder decirle que cambie un poquito, que no sea tan dura, que sea un poco más humana, me hace pensar que este problema tiene esperanza". Entonces yo le dije: --Díselo a tu mamá! León comenzó a gritar con todas sus fuerzas: "Mamá, se más humana! --mamá! --mamá! --se más humana! --te quiero muchísimo! --quiero cuidarte! --quiero ser tu hijo! --quiero meterme dentro de ti! --meterme dentro de ti! --tener tu calor!" Hubo un breve silencio y luego me dice: "No puedo, no puedo. Rómulo, yo quiero abrazarla". De nuevo le sugiero que se lo diga. Comenzó a gritar: --mamá ven, quiero abrazarte! --tanto que me jodiste, mamá! --eras muy dura! --mamá! --mamá!" Se incorpora bruscamente y comienza a vomitar repetidas veces en una papelera que estaba al lado del diván (46). Descansa y continúa diciendo: "Recuerdo a Isabel, mi hermana mayor, que se fue con otro hombre dejando a su marido. Papá y mamá decían que ella se había ido a Francia. A ella no la vi más

⁴⁶ En el trabajo emocional, es muy común que la intensidad de las emociones, particularmente el miedo intenso, produce náuseas y vómitos. Muchas personas resisten vomitar. Es una experiencia de pérdida de control, ya que se trata de un reflejo igual que el orgásmico, en donde es necesario dejarse ir y perder el control. A medida que adquieren mayor confianza en sí mismas, estas personas permitirse la experiencia de vomitar

nunca. Era mentira, Isabel nunca había ido a Francia. Yo lo acepté así porque tapaba las cosas. No las quería ver." Entonces comienza a gritar: "Mamá! ¿No me hubieras jodido tanto si me dices la verdad!"

Luego León agrega: "Veo que no conozco casi a Cecilia (una hermana menor). Supe años después que en una oportunidad quisieron meterla a monja. Que atrevimiento el de mamá". Comienza a gritar de nuevo: --Mamá! --Se más humana! --Se más humana! Luego de varios minutos, interrumpe y descansa. Luego me dice que hoy tenía miedo de venir a la sesión, que estuvo a punto de no asistir.

Yo le dije que trabajar lo de su mamá y de su enorme necesidad de ella, le produce mucho miedo. El necesita que ella le quiera y le proteja, queriendo entrar de nuevo en su vientre. Luego le dije que su relación con la mujer (su pareja actual), es como con una madre protectora que lo cuida. Es necesario darse cuenta que León en su vínculo con la madre, oscila entre una madre dura, amenazante, que le asusta (relación con su pareja anterior), y una madre protectora que lo cuida (relación de pareja actual). Como podemos ver, León lucha por tomar conciencia de estos vínculos y poder así discriminar la fantasía, de la realidad. Más adelante me interrumpe y me dice que, repentinamente, ha recordado otro sueño y me lo relata. "Un hombre, el hijo de Manuela, viene y se nos acerca (Manuela es su pareja actual). Entonces este hombre se transforma en un ladrón. Siento que tengo que defenderla y me encuentro paralizado. No puedo, no puedo. Me despierto en pánico". Yo le dije que se lo gritara. Así comenzó a gritar intensamente: --Es mía! --Es mía!" Luego quedó en silencio por unos minutos. Yo le dije que él temía ser desplazado por el hijo de Manuela. Que nuevamente va a quedar excluido como cuando niño encontraba que a su madre tenía que repartirla con tantos hermanos (eran quince). Me interrumpe y me dice que siente mucho miedo. Que le da miedo hablar de esto, pero que con Manuela siente que queda excluido cuando hay algún otro hombre en la relación. Yo le digo que se lo grite. Comienza de nuevo a gritar y dice: --Manuela, tú eres mía! --tú eres mía! --eres mía!"

Quisiera agregar que en el trabajo de este sueño aún quedaron muchos elementos por trabajar y que salieron de nuevo en sesiones posteriores. Por ejemplo, su relación conmigo, en donde León temía ser desplazado por los otros miembros del grupo -sus numerosos hermanos- y la presencia del tercero que era temida y a la vez deseada. Posteriormente se pudo ver un elemento erótico en este triángulo de obvia naturaleza edípica. La presencia del tercero (hombre), era temida y deseada. Le producía una excitación erótica que podía llevarlo al orgasmo. A un nivel más profundo, se trata de la presencia del padre, quien posee sexualmente a la madre -representada por Manuela-, pero que al fin siempre le pertenece a él, quien de esta forma resuelve el drama de ser excluido y triunfa sobre el padre, quedándose con la madre.

Dos semanas después, León trae a una sesión el siguiente material: "La relación de Manuela conmigo no debe caer en una relación donde se pierda la propia individualidad. Tanto la de ella, como la mía". Creo que esta es la idea básica, y se refiere a lo siguiente: "No quiero mantener una relación en la cual me sienta dependiente de una protección que guíe completamente mis acciones, es decir, una relación en la cual, el ser amado (Manuela o mis hijos), deben estar siempre conmigo para que yo pueda actuar eficientemente y que su lejanía, ya sea física o espiritual, me afecte tanto mi sentido de identidad". "Esto se puede aclarar así: El día domingo, después de haber conversado una semana antes extensamente este tema con Manuela, y de estar ambos de acuerdo -pues salió de ella- llegué yo al apartamento donde vivimos y ella no estaba. Había salido a casa de su hermana. Al entrar y no encontrarla, me sentí muy mal. Hablé con su hijo sobre el sentimiento de soledad. Luego comencé a sentir una rabia muy fuerte. Me metí en la bañera con agua caliente para que ella me encontrara y a la vez poder momentáneamente soportar la soledad" (47). "No pu-

⁴⁷ Recordemos el sueño de León, donde al trabajar el amor por su madre y al dejarse

de aguantar más. Me vestí, no acepté la cena que me ofreció la muchacha de servicio que trabaja desde hace doce años con Manuela, y que me quiere mucho, tomé el carro y me fui a un restaurante donde me senté solo a tomar. Sentí que perdía el mundo, no por el licor, sino por la tristeza que me lo velaba todo. Al poco rato no soporté, me paré y me fui sin pagar. Tomé de nuevo el carro y me fui al edificio quedándome abajo, pensando dormir en el auto para castigar a Manuela. Sabía que ella ya había llegado porque vi su carro." "Mis pensamientos eran: Manuela me traiciona. Manuela no quiere estar conmigo (48). Esto debe acabarse. Al mismo tiempo, empecé a pensar: --No! ya hablamos de esto, yo puedo estar solo en el apartamento, esperándola. Subí y Manuela me preguntó: ¿qué te pasa? Le dije: es sobre lo que hablamos. Sobre nuestra individualidad, pero como estoy muy confuso no quiero hablar ahora. Quiero analizar esto primero, saber qué parte es fantasía y rollo mío y cuál no. Espera hasta que yo mismo me aclare. Al día siguiente me sentía débil y con sentimientos de reproche hacia Manuela. Le comenté que me sentía muy mal por mi propia neurosis y que sentía mucho dolor y soledad. Al mediodía pude al fin hablar con ella. Le dije todo lo que había sentido, que a pesar de todo lo difícil y duro que había sido, me había hecho un bien increíble y que pude distinguir y separar la parte real de la fantasía mía, en toda esa situación. Hicimos el amor, dormimos un rato y me sentí un ser totalmente nuevo. Fui a mi oficina, pero me sentía pequeño como un niño. Creo que tengo que seguir trabajando todo eso, pero a la vez también siento que estoy progresando".

ir, gritando el amor que sentía por ella, surgió repentinamente el deseo de estar dentro de su vientre, protector y cálido. Creo que por eso es fácil de entender cómo al meterse en la bañera con agua caliente, encuentra "momentáneamente un alivio a su soledad".

⁴⁸ Típico drama edípico. Manuela a nivel emocional profundo, es de nuevo la madre que "lo traiciona" con sus quince hermanos y con su padre y "no quiere estar con él" ya que está con ellos, los otros y/o el otro (padre). Es la resolución de este drama edípico lo que permite y contribuye al surgimiento de un yo-real, capaz de discriminar la fantasía de la realidad.

Capítulo 9

LA REGRESIÓN

Las investigaciones psicoanalíticas modernas han profundizado desde las etapas edípicas y pre-genitales hasta los primeros momentos del desarrollo del bebé, dando por resultado la afirmación de que la relación con la madre es la verdadera base para el desarrollo de la personalidad. Era inevitable que tarde o temprano esto afectara poderosamente la técnica del tratamiento dándole especial importancia a la regresión, sobre todo en los casos más difíciles.

Winnicott, Donald (1954)
Aspectos clínicos y Meta psicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico

La regresión es un fenómeno clínico sumamente complejo que se puede presentar conceptualizado desde cuatro vértices diferentes: (a) La regresión como un mecanismo de defensa. (b) Como un mecanismo que participa en la patogénesis de las neurosis. (c) Como una de las formas más fuertes de resistencia. (d) Como uno de los factores más importantes en la profundización y revivencia del conflicto infantil reprimido. **El primer punto** se refiere al retroceso en la organización del desarrollo psicosexual cuando el dolor psíquico y la magnitud de la ansiedad producida por el conflicto neurótico son tan intensos que la persona no puede tolerarlo. Ante esta situa-

ción la persona puede utilizar la regresión como defensa y pasar de un nivel de funcionamiento genital, a uno anal u oral. **El segundo punto** se refiere a que este mecanismo de defensa regresivo puede hacer que la personalidad se mantenga más o menos en forma permanente a niveles infantiles de funcionamiento. Por ejemplo a un nivel oral u anal. Aparecen síntomas neuróticos que realmente son normales o usuales para esa época del desarrollo, tales como dependencia exagerada, fobias diversas, temores exagerados a la separación, uso magnificado de la negación y represión entre otros. **El tercer punto** de la regresión como una de las formas más fuertes de resistencia, se refiere a que muchas veces el paciente resiste al proceso terapéutico y al hacerse/cargo de sus propios conflictos y contenidos inconscientes, con el mecanismo de la regresión. Así en momentos cruciales del tratamiento, motivado por la ansiedad excesiva que surge al hacer contacto con el conflicto neurótico infantil reprimido, gracias al mecanismo de la regresión, el paciente puede pasar de un nivel verbal a uno no/verbal -con rasgos autistas- haciendo esto no para revivir el conflicto reprimido, sino para evitar el hacerse/cargo. Puede así caer en largos periodos de silencio improductivo, o perder el conocimiento -estado de desmayo- como una manera extrema de resistir al tratamiento. En una oportunidad me tocó trabajar con un joven de veinte años que utilizaba esta defensa tan primitiva y extraña. Algunas veces esta resistencia al tratamiento a través de la regresión es inevitable y hasta necesaria. Es necesario tener paciencia ya que en casos como este, la magnitud de la ansiedad es tal, que se hace muy difícil para la persona el poder hacerse/cargo de sus contenidos inconscientes. El progreso en el tratamiento va a permitir que lentamente pueda hacerse/cargo de conflictos cada vez más dolorosos. **El cuarto punto** de la regresión como un factor muy importante en la profundización y revivencia del conflicto infantil reprimido, se refiere a la regresión como un fenómeno involuntario, automático e inconsciente -como el resto de los otros tres puntos- que lleva al paciente a revivir intensamente estos conflictos reprimidos. Para los efectos de este capítulo sólo me referiré al punto cuatro, es decir, a la regresión como uno de los factores más importantes en el progreso del tratamiento. Desde este punto de vista la re-

gresión es bienvenida y su presencia va a intensificar enormemente la revivencia del conflicto infantil reprimido al igual que intensifica la situación de transferencia. Es decir, va a revivir sus conflictos edípicos y pre-genitales de amor y odio, con el terapeuta.

A través de la regresión el paciente se va a retrotraer a momentos anteriores de su vida y a revivir a través de las palabras y/o de la expresión de emociones ciertos conflictos infantiles reprimidos, de los cuales se ha defendido con su neurosis y con el desarrollo de un Yo/falso. Algunas veces la regresión llega a niveles pre-verbales expresándose las emociones sólo con ruidos, gritos inarticulados, quejidos y movimientos corporales torpes propios de un bebé. La presencia de un Yo/observador y la capacidad del paciente para establecer una alianza/terapéutica efectiva ⁴⁹ va a permitir que en una misma sesión el paciente se deje/ir y retrotraer a uno de los conflictos infantiles reprimidos, llegando a niveles de regresión profunda con incontinencia emocional y/o de esfínteres, para luego reorganizarse y progresar a un nivel adulto al final de la sesión. Durante los períodos de regresión, en los cuales el paciente funciona a un nivel emocional muy primitivo y arcaico, el terapeuta funciona como una madre que contiene a su pequeño niño. La relación objetal en estos episodios es de tipo parcial y el tipo de material que surge en la mente del paciente puede ser desintegrante y aterrador o bien muy matizado de contenidos paranoides. En el encuadre del tratamiento ya sea en sesiones de grupo o individuales existe una suficiente cantidad de continencia por parte del terapeuta en donde el paciente sabe que si se deja/ir hacia su mundo interno en la expresión emocional intensa, todas sus manifestaciones ideativas y/o emocionales van a ser contenidas por el terapeuta y algunas veces por todo el grupo. Esto va a facilitar la disposición a dejarse/ir y a revivir el conflicto infantil reprimido –pre-genital y/o edípico. Otros aspectos

⁴⁹ Me refiero al concepto introducido independiente y simultáneamente por Elizabeth Zetzel

(Boston) y Ralph Greenson (San Francisco) en el año de 1959.

del encuadre también ayudan en la disposición para que la regresión sea posible. Me refiero a los aspectos del encuadre del tratamiento que incluyen la regularidad estricta de las sesiones: los mismos días y las mismas horas cada semana, en la misma habitación, con el mismo mobiliario. La regresión también se favorece con la intensidad del tratamiento: cuatro horas por semana, siendo más fácil cuando son ocho horas semanales como en la mayoría de mis pacientes. El trabajo acostado en el colchón y en algunas oportunidades en oscuridad total también facilita la disposición a la regresión. Las intervenciones e interpretaciones del terapeuta que traen a la conciencia del paciente material reprimido es uno de los factores que más importancia tiene en la precipitación del fenómeno regresivo. Cuando el contexto del tratamiento es grupal, el hecho de poder observar y participar en el trabajo regresivo de los otros miembros del grupo actúa como un incentivo y permite perder un poco el miedo a dejarse/ir. El obstáculo más fuerte que se opone a la regresión está representado por el temor al contacto con el propio mundo interno reprimido. La mayoría de las veces es el miedo a la locura y en otras oportunidades el terror a la muerte. Con frecuencia surgen a la superficie toda una serie de ideas delirantes en relación a la falla de algún órgano vital y por lo tanto la presencia de la muerte súbita. Surgen temores a un infarto del miocardio, a una crisis hipertensiva, a una arritmia cardíaca o a una insuficiencia respiratoria. He observado el surgimiento de crisis asmáticas súbitas que ceden al profundizar aún más el fenómeno regresivo y al encarar, concientizar y luchar con los temores básicos que allí se encuentren. En mi experiencia estos temores siempre han estado relacionados con la imagen de una madre/asesina interna reprimida y el terror que surge al hacer contacto/interno con esta imagen y encontrarse en una situación de desvalimiento e indefensión ante ella.

Es muy común que debido a la intensidad con que aparecen las emociones, particularmente el miedo, aparezcan náuseas y vómitos. En los inicios del tratamiento es frecuente observar que las personas con estructura caracterológica de tipo obsesivo/compulsivo resisten el vomitar, ya que se trata de una experiencia de dejarse/ir y de pér-

dida del control, esto es precisamente de lo que estos pacientes más se defienden con su estructura de carácter. Donald Winnicott, quien es un eminente y controversial psicoanalista inglés y quien llega al psicoanálisis después de muchos años de práctica en la pediatría, escribió en 1954 un pequeño trabajo clínico sobre un tema que para esa época era considerado difícil y conflictivo. Este trabajo se tituló "Aspectos clínicos y meta-psicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico" (50). Aquí Winnicott escribe una serie de ideas muy interesantes en relación a la enorme utilidad de la regresión en el éxito de la cura psicoanalítica. Refiere el caso de una mujer de treinta y seis años que había desarrollado su adaptación al mundo, a través de la construcción de un Yo/falso durante sus años de infancia. Winnicott dice que para lograr que el tratamiento fuera eficaz debía permitirse y favorecerse una regresión a la búsqueda de su Yo/real. Como vemos ya Winnicott desde 1954 plantea la importancia y la utilidad de la regresión dentro de la estructura del proceso terapéutico. Aún más, Michael Balint, psicoanalista húngaro, distinguido discípulo de Sandor Ferenczi, quien luego emigró a Inglaterra, publica ya desde el año de 1932 una serie de trabajos sobre la importancia de favorecer la regresión durante el curso del tratamiento analítico (51). Estos textos aparecieron inicialmente en alemán y sólo posteriormente fueron traducidos al inglés. Sabemos que Balint continuaba los trabajos iniciales de Sandor Ferenczi en esta área que sólo su muerte prematura impidió que continuara desarrollando. También sabemos de la lamentable discrepancia y el trágico desacuerdo que surgió entre Sigmund Freud y Sandor Ferenczi en relación a este tema de la regresión. Esta discrepancia iba ciertamente a retrasar el estudio y el escl-

⁵⁰ Trabajo publicado en el "International Journal of Psychoanalysis", vol. 36 (1955). Aparece publicado en español en 1969 en la "Revista Argentina de Psicoanálisis", vol. 26.

⁵¹ Estos trabajos son los siguientes: "Análisis del carácter y el nuevo comienzo" (1932); Hogarth Press, London. "El objetivo final" (1934); Hogarth Press, London. "Cambiando la técnica" (1949); Hogarth Press, London. "Suspense y regresión" (1959); Hogarth Press, London. "Aspectos terapéuticos de la regresión" (1968); Hogarth Press, London.

recimiento de la regresión por lo menos por un periodo de quince años.

Pero volvamos al trabajo de Donald Winnicott de 1954. En este trabajo dice que la regresión en este contexto -al servicio de la cura analítica- no representa ni es la simple inversión del proceso de la progresión, ya que en este fenómeno tan importante se incluyen otros elementos psíquicos como son:

1) Que la capacidad para regresionar implica la presencia de un cierto desarrollo del Yo, aunque esto haya sido a través de la construcción en la infancia de un Yo/falso.

2) Es obvio que la presencia de la estructura caracterológica de un Yo/falso implica la presencia de un fracaso adaptativo en la vida temprana del niño.

3) El volver a experimentar esta situación de fracaso a través del fenómeno de la regresión, va a permitir descongelar esa experiencia traumática y de fracaso que está ubicada a niveles pre-genitales y edípicos. Entonces al permitirse la revivencia de este conflicto infantil reprimido es cuando va a ser posible que surja un Yo/real. Por lo tanto, esta regresión terapéutica -al servicio de la curación- estaría en función de la progresión, del crecimiento mental y de la curación de la neurosis.

La regresión desde un punto de vista pulsional representa un viaje hacia atrás, de lo genital a lo fálico, de lo fálico a lo excretorio y de lo excretorio a lo incorporativo. En el encuadre del tratamiento ciertos aspectos técnicos reproducen las tempranas técnicas maternas e invitan, como ya dije, a la regresión. El paciente y el encuadre se fusionan debido al narcisismo primario y a lo confiable y adecuado del ambiente del tratamiento en relación especialmente con la persona del terapeuta quien representa en los momentos regresivos un continente materno adecuado. Para ilustrar este punto tan importante quisiera mencionar ciertas ideas de Wilfred Bion especialmente

las que se refieren al modelo continente/contenido (52). Según este modelo descrito por Bion, el bebé llora en un supuesto caso porque tiene hambre, pero la madre no está para satisfacerlo. En este caso el lactante experimenta el hambre como un tormento de muerte y la madre ausente como un pecho/malo. El lactante sigue llorando su tormento de hambre y viviendo su experiencia de muerte cuando entonces encuentra a su madre afectuosa y comprensiva que lo levanta, le sonríe y lo alimenta con cariño y amor. El niño se calma porque ha logrado, según el modelo, colocar en la madre a través de las identificaciones proyectivas su tormento de muerte. Estas enormes ansiedades aniquilatorias y sentimientos de dolor han podido ser depositados en ella, absorbidos por ella, siendo tolerados, metabolizados y desintoxicados por la madre, para entonces, ser devueltos al niño como una ansiedad muy suave y tolerable. La capacidad de continencia estaría representada por la capacidad de la madre de recibir y tolerar los sentimientos de dolor, llanto desesperado y angustia de su bebé -a esta capacidad se le llama función reverie-. Esto es precisamente lo que hace el terapeuta/madre en función reverie con su paciente desintegrado y fragmentado en el momento de la regresión. Por eso digo que el terapeuta produce con su paciente ciertas técnicas maternas tempranas. El ser depositario de enormes ansiedades aniquilatorias y sentimientos de desintegración permite al terapeuta recibir y contener en su propio aparato psíquico estas enormes ansiedades, para luego devolverlas suavemente al paciente en la interpretación y reconstrucción en una forma que es entonces tolerada y asimilada por el paciente.

Una paciente me trae a una sesión el material siguiente: Me dice que en la mañana, después de pasar muy mala noche con miedo y momentos de pánico, se sentó a desayunar. Al sentarse a la mesa, ¿qué te pasa? le preguntó el marido. Me dice que ella rápidamente subió su mano a protegerse la cabeza. Fue un movimiento involuntario porque se sentía horrorizada como si algo le fue-

⁵² Bion, Wilfred (1962): "A theory of thinking". IJP Vol. 43. 306.

ra a golpear. Como en un flash recordó las veces que su madre le golpeó la cabeza porque no quería desayunar. Para este momento de la sesión la paciente se sentía aterrada y muy confundida. Ella estaba en una sesión de grupo acostada en el colchón cuando me narraba todo este episodio. Yo hubiera podido interpretarle el terror a su esposo, quien en este momento surge como una madre punitiva y represiva que por algún motivo siente que la asusta y aterroriza. Preferí esperar un poco y permitir que la paciente profundizara aún más en la experiencia emocional de terror ante la madre/asesina. Comenzó a gritar y a tocarse la cabeza. Gritaba intensamente: No! No! Mi cabeza! Mi cabeza! protegiéndose la cabeza, enrollándose en sí misma y arrastrándose al rincón del cuarto. Continuó gritando intensamente por casi quince minutos. Yo la toqué con mis manos, cubriéndole con ellas parte de su cabeza y la nuca. Luego me dice que su padre era un hombre bueno pero muy asustadizo y pasivo y que no la defendía de su madre, quien le pegaba con mucha frecuencia mostrando en su cara una inmensa expresión de odio hacia su hija. Le dije que llamara a su padre, pero ella no podía. Poco a poco comenzó a llamarlo: --Pa..! - -Pa...! gritando cada vez más intensamente --Pa...! y finalmente --Papá! --Papá! --Papá ayúdame! --ayúdame! --ayúdame! gritaba y gritaba revolviéndose en el colchón y golpeándolo a veces con ambos brazos. Luego comenzó a llorar expresando un dolor profundo que me conmovió mucho. El miedo había desaparecido, ahora era todo dolor. La tomé en mis brazos y la abracé suavemente y comenzó a llorar aún más profundamente. Así lloró por más de veinte minutos hasta que quedó casi exhausta y me dijo que siempre había estado aterrorizada de su madre - cosa que hemos visto y trabajado muchas veces en el curso del tratamiento- pero que nunca se había dado cuenta tan claro como hasta hoy de la falta que le hizo el sentirse protegida y atendida por su padre. Al pedir la ayuda de su padre en este momento regresivo de la sesión y sentir todo el dolor profundo que hay en ello, expresa y significa que finalmente ha rescatado y encontrado a un padre interno bueno que la pueda acompañar y proteger. En la sesión siguiente se pudo ver con más claridad el impacto y los efectos que esta relación con la madre violenta, perseguidora y el padre cariñoso pero pa-

sivo y sumiso -drama edípico de esta paciente- habían tenido en la escogencia de su pareja y en las vicisitudes que con su pareja iba a tener en la vida conyugal. Su escogencia de pareja fue la de un hombre bastante suave y tranquilo, pero que con el tiempo y la convivencia iba a recibir todas las identificaciones proyectivas de ella y por lo tanto se iba a convertir progresivamente en la madre perseguidora. Por eso en el desayuno, después de una noche con sueños aterradores donde la persigue la madre/mala, es el esposo a quien ella ve como amenazante y perseguidor. Ella cree inconscientemente que es él quien la va a golpear en la cabeza. El haber trabajado intensamente estos elementos reprimidos en la sesión del día anterior, le permitió discriminar más claramente a la figura del esposo, como un hombre distinto de la madre y quien ciertamente no es la madre perseguidora.

Igual situación va a ocurrir en la relación transferencial con el terapeuta. En estos momentos del tratamiento su relación conmigo es muy positiva, me idealiza y me vivencia como a un protector -terapeuta/padre/protector-, pero a medida que el tratamiento progresa y la regresión se haga aún más intensa, entonces no tengo dudas que esa madre internalizada con características perseguidoras, violentas y algunas veces asesinas, va a ser revivida conmigo en la relación transferencial y me vivenciará a mí como un terapeuta peligroso y perseguidor. Es lógico y así será. Esto le servirá para poder resolver definitivamente sus permanentes estados de persecución. Aquí, en estos momentos de intensa transferencia negativa es donde la alianza terapéutica tiene que estar muy presente. Es necesario que exista algún área de su mente que pueda discriminar al terapeuta de la imagen internalizada de la madre/asesina. Es necesario que se de cuenta que está reviviendo conmigo toda esta situación aterradora de persecución con el solo propósito de lograr su curación. De otra forma, dejaría y abandonaría el tratamiento inmediatamente ya que su deseo e intención sería el de alejarse de mí, como si tratara de alejarse de su madre interna y perseguidora. Las contribuciones teóricas que diversos psicoanalistas han hecho en el estudio de la vida mental temprana del bebé han contribuido intensamente con nuestra capacidad de comprender toda una serie de

fenómenos sintomáticos y caracterológicos que muestran ciertos tipos de pacientes cuyas estructuras mentales funcionan con mecanismos primitivos y arcaicos. Por eso las contribuciones de Melanie Klein son en este respecto valiosísimas (53). Sin el conocimiento de sus teorías en relación a la vida mental del bebé y del desarrollo emocional del niño pequeño, sería imposible comprender el material que traen nuestros pacientes con estructuras narcisísticas, ni tampoco entender el material que surge en los momentos regresivos de cualquier paciente neurótico. Igualmente las contribuciones de Heinz Kohut y Otto Kernberg me han ayudado mucho a comprender el fenómeno transferencial con tendencias a la grandiosidad del objeto y del self, propio de las estructuras narcisistas.

Pero volvamos al tema específico de la regresión dentro del proceso de la terapia. En algunos pacientes la regresión llega a niveles orales/incorporativos y a veces me ha tocado trabajar con pacientes que se retrotraen a la experiencia de nacimiento. En estos niveles de regresión ya sea con luz artificial o en oscuridad total es común observar trastornos transitorios de la senso-percepción. Los recuerdos profundamente olvidados pueden surgir como imágenes alucinatorias, algunas veces agradables otras veces aterradoras. En las regresiones al nivel oral incorporativo es frecuente observar el chupeteo en los labios - propio del bebé-, adoptar la posición fetal y mostrar un deseo de protección y algunas veces de ser amamantado. En algunos casos el amamantamiento en estos momentos regresivos es rechazado violentamente. Cuando en estos momentos de regresión he ofrecido el tetero he observado pacientes/bebés que lo toleran y aceptan fácilmente en lo que asemeja ser una relación con el pecho/bueno internalizado. En otros casos con estructura narcisista he observado que ante la experiencia del tetero en estos momentos regresivos, gritan, muerden el chupón del tetero, escupen incesantemente y entran en una reacción de violento rechazo. Es como si no pudieran soportar el pezón

⁵³ Aquí incluyo la de otros analistas de la escuela inglesa kleiniana, como son: P. Heimann, H. Segal, D. Winnicott, Masud Khan, D. Meltzer, R. Money-Kyrle, W. Bion.

en la boca. En estos casos yo pienso que la experiencia original de amamantamiento fue traumática, angustiante y trágica. La he observado en pacientes con severos trastornos de personalidad, en donde la internalización de una buena experiencia con el pecho no fue posible. Sabemos que las primeras satisfacciones orales conducen a la incorporación e introyección de un pecho/ bueno y también a una buena relación con la madre real/externa. Este objeto bueno internalizado -pezón/pecho/madre-ayuda al niño a encontrar posteriormente en la fase genital otro objeto externo bueno y a sentir que sus impulsos amorosos hacia ese objeto le van a valorizar su propia persona y a dar la vida (54). Pero también las experiencias de frustración con el pecho son inevitables, lo cual significa que todos los bebés tienen una doble relación con el pecho: un pecho/malo -madre/mala- que depriva y frustra y un pecho/bueno -madre/buena- que gratifica, protege del dolor y de los tormentos del hambre que como sabemos son vividos por el bebé como una experiencia aniquilatoria y de muerte (55). El problema surge en aquellos bebés que debido a su intolerancia a la frustración o debido a una carga genética exagerada de agresividad, deflexionan en el pecho todo su odio y viven la experiencia de pecho/frustrante con demasiado odio, agresividad y rabia. Proyectan y deflexionan en el pecho la experiencia de muerte, lo cual significa que vivencian el pecho como algo amenazante y peligroso. En una palabra, vivencian al pecho/frustrante como un perseguidor que les amenaza. La madre es vivenciada, por lo tanto, como un objeto peligroso y odiado. Para que el desarrollo del bebé pueda continuar entre límites normales es necesario que los episodios de pecho gratificante y protector sean más frecuentes y numerosos que los episodios de pecho/frustrante y peligroso.

54 Melanie Klein, *DESARROLLOS EN PSICOANÁLISIS* (1952). Editorial Paidós. Buenos Aires.

55 Melanie Klein. "Ansiedades tempranas del bebé" en su libro *CONTRIBUCIONES AL PSICOANÁLISIS* (1948). Editorial Paidós.

Pienso que con aquellos pacientes que presentan regresiones profundas a la fase oral/incorporativa y que muestran en estos episodios regresivos un rechazo intenso y violento al pecho, debe permitírseles revivir este período de su vida todas las veces que sea necesario. Debe permitírseles expresar violentamente toda la rabia que sienten hacia el pecho que los frustra. Expresar estas emociones destructivas y violentas no es nada fácil y para algunos es la primera vez que pueden expresarlas en su vida. Toda esta violencia y destructividad se encuentra muy relacionada con la problemática de la envidia que generalmente tiene este tipo de pacientes en forma muy marcada.

Quisiera traer como ejemplo el caso de una mujer de veintisiete años de edad muy inteligente, hermosa y profesional que padeció una crisis psicótica a los veinte años con desorganización y fragmentación del Yo, desencadenada por la pérdida de un objeto amoroso --su novio compañero-. Esta pérdida amorosa representó la pérdida de una madre buena y protectora. Al perder esta relación con su pareja la paciente quedó a merced de una madre interna cruel y persecutoria, con enormes ansiedades, produciéndose el episodio de fragmentación psicótica. Fue en esta época de fuertes ansiedades psicóticas que me fue referida, durante el período de evaluación eran evidentes los fuertes temores paranoides, las visiones de ser descuartizada y verse despedazada en el pipote de basura de un hotel o sus pedazos de cuerpo metidos en una bolsa plástica transparente ensangrentada. Además mostraba intensa promiscuidad sexual y crisis de angustia confusional. El tratamiento conmigo duró cinco años a ocho horas y luego seis horas semanales. Durante el primero y segundo año de terapia caía frecuentemente en estados regresivos oral/incorporativos con deseos de ser cuidada y atendida como un bebé por su madre. Comenzaba sentada en el colchón con un movimiento de vaivén --rocking-- a llamar a su madre con gran dolor y llanto. Su llanto con desesperanza me transmitía la impresión de que ella la necesitaba pero que a la vez le era imposible el recibir algo de ella. Eventualmente se acostaba en el colchón y profundizaba aún más la regresión. Lloraba y expresaba un dolor muy profundo, en varias oportuni-

dades la tomé en mis brazos y la abracé suavemente. En una oportunidad le ofrecí el tetero en sus labios y esto produjo la reacción más violenta que jamás le observé. Rechazaba el biberón, lo mordía y lo escupía pasándose la mano por los labios con desesperación. Gritaba a su madre que se retirara, que se fuera. Le decía: --vete! --vete! --no quiero! --no quiero! En oportunidades, en que se encontraba en este nivel de regresión expresó odio, rabia y agresión intensa al pecho -madre/mala.

Esta paciente se encontraba atrapada en un drama oral aparentemente sin salida. Por un lado desea y necesita a su madre/buena que la quiera y la proteja. Por otro lado, cuando en su mente aparece finalmente la imagen materna, sólo encuentra a la madre/mala abandonante y asesina a quien ella odia. El revivir y expresar este conflicto tan primitivo -oral- le permitió conocer con todo detalle lo que ocurría y así comprender la naturaleza de sus episodios confusionales y paranoicos. Poco a poco logró expresar con intensas emociones de rabia y furia, toda la protesta con los aspectos internalizados de la madre/mala. Lo difícil del caso y a la vez lo más importante era lograr la integración y síntesis, en su mundo interno, de estos aspectos disociados y escindidos de su madre, pudiendo así quizá comprender estos aspectos punitivos y poder integrarlos. Al fin y al cabo las experiencias variadas de amor y odio con su madre son vividas con la misma persona. Había momentos en el curso del tratamiento en que la situación se hacía desesperante, como por ejemplo, ante un relativo progreso y ante la integración de ciertos aspectos disociados de su personalidad, volvían nuevamente a presentarse angustias confusionales y paranoicas con intensos ataques y quejas del tratamiento y especialmente a mí como terapeuta -terapeuta madre incapaz e incompetente--. Sin embargo, todas estas crisis que en algunos momentos pudieron ser catalogadas como pertenecientes a la Reacción Terapéutica Negativa, significaron luego de ser interpretadas y trabajadas que ella adquiriría un nuevo y sólido progreso. Que a su vez podía estar sometido a nuevos retrocesos. Como ustedes pueden darse cuenta la actitud terapéutica bási

ca de no/deseo (56) es fundamental en el curso del tratamiento, porque en última instancia, el paciente está en terapia para encontrarse a sí/mismo y no para complacer los deseos de curación de su terapeuta. En otras palabras, el paciente tiene derecho a no/curarse si así lo desea. Sin embargo, muchas veces he visto que esta actitud tan sana y necesaria de no/deseo es muy difícil de mantener y me he encontrado a veces, a pesar de mi voluntad, con intensos deseos ocultos de que un determinado paciente resuelva ciertos tipos de problemas.

Pero volvamos al caso de esta joven paciente. Los progresos que ella había alcanzado la prepararon afortunadamente para un episodio inesperado que irrumpió violentamente en el tratamiento. Se trató de la muerte trágica y sangrienta de su madre, quien murió descuartizada en un accidente de tránsito por irresponsabilidad y negligencia criminal del padre de la paciente quien iba manejando ebrio y quien a su vez salió ileso del accidente. El trabajo terapéutico que ella había realizado en los primeros dos años de tratamiento la preparó para enfrentarse con los dos aspectos terribles de la muerte de su madre:

1) Le permitió enfrentarse con la muerte trágica de su madre sin sentirse invadida por intensos sentimientos de culpa inconsciente, por el hecho de haber deseado su muerte.

2) Le permitió tolerar la pérdida de los aspectos buenos, cariñosos y protectores de la madre/buena, pudiendo defenderse de los severos ataques crueles y punitivos de la madre/mala interna.

Poco a poco fue surgiendo una personalidad más integrada y la preparó para una nueva vida, sola, sin su madre. A los pocos meses después, fue necesario que se mudara de apartamento ya que comenzaron a aparecer

⁵⁶ Es conveniente releer lo referente a la actitud analítica de atención/flotante

punto/cero y actitud de no/deseo, que aparece descrita en el capítulo 2

serios trastornos mentales pre-seniles en el padre, que eran muy difíciles para ella en esa época el poder manejarlos. Me refiero a la patología sexual incestuosa que apareció en el padre, obligándola a cerrar su puerta con llave y con una silla, temiendo un ataque sexual en cualquier momento. Ella se mudó, comenzó a trabajar y a mantenerse por sí misma, con muy poca ayuda económica de su padre. El tratamiento comenzó a tener un nuevo giro y comenzaron poco a poco a surgir todas las dificultades que ella tenía en la expresión del amor, dificultades en la escogencia de pareja y en la expresión de su sexualidad genital. Tal parecía que había evolucionado de un nivel oral, fragmentado y caótico, a un nivel genital más organizado aparecieron dificultades de otra índole a las cuales se avocó en la segunda etapa de su tratamiento. Pero no quisiera extender demasiado este caso. El punto que quería ilustrar era el de los diversos contenidos emocionales que surgen en los momentos regresivos, especialmente a nivel oral-incorporativo y también mostrar la importancia de revivir y revivenciar -a nivel regresivo- la privación y la agresividad del bebé cuando en esta corta edad ha existido, para el paciente, una verdadera situación traumática con el consecuente fracaso en el surgimiento de un Yo/real, lo cual va a influir en el desarrollo de la personalidad.

Para terminar quisiera resumir diciendo que sin la regresión, la intensificación del fenómeno transferencial y la revivencia del conflicto infantil reprimido, el tratamiento deja de tener una verdadera validez, convirtiéndose solamente en un proceso pedagógico y educativo que sólo produce un enriquecimiento del sistema defensivo del Yo, pero que de ninguna manera conduce a una exploración profunda del inconsciente.

Capítulo 10

INICIO DE EXPRESIÓN DE EMOCIONES

El mundo está lleno de millones de individuos aislados, rechazantes y necesitados de ayuda. Este proletariado terapéutico no puede ser liberado mediante una revolución económica, sino mediante una revolución en las técnicas de ayuda psicoterapéutica.

*Moreno, Jacob Levy (1959)
Psicoterapia de grupo y
Psicodrama.*

Aun cuando la catarsis y la expresión de emociones era algo conocido por los distintos profesionales del campo de la Salud Mental desde hacía muchos años, ésta no había sido considerada como algo valiosa e importante para el proceso de la cura de la neurosis. El mismo Sigmund Freud había progresivamente desechado el uso de la catarsis a medida que surgió el método psicoanalítico y para el año de 1895 ya prácticamente no la usa. Jacob Levy Moreno y otros psico-dramatistas y grupo-terapeutas de la década del treinta utilizaban recursos grupales que incluían la expresión de emociones de una manera indirecta, pero sin otorgarle un valor específico. Posteriormente, en la década del cincuenta, se comenzó a utilizar la expresión de emociones en forma directa: a través del rol playing o -juego de roles--, además de la manipulación y acupresura del cuerpo y del Grito primal. En el desarrollo de este recurso terapéutico del grito, Charles Dederich y la institución Synanon de California, de la cual él fuera su fundador, contribuyeron a dar un paso más en el des-

cubrimiento del uso de la expresión directa de emociones dentro de un proceso terapéutico. En el mes de octubre de 1958, Charles Dederich presenta sus ideas y experiencias con drogadictos realizadas en la Comunidad Synanon, a un panel de profesionales adscritos a la "Parole Officers Association" del estado de California. En este trabajo Dederich describe los fundamentos básicos de la Comunidad Synanon de la siguiente manera:

1. El primer fundamento básico: la estructura misma de la Comunidad Synanon está *estructurada como una familia* al establecer una relación de iguales entre todos sus miembros. No existe así el *nosotros y ellos* propios de las instituciones carcelarias y hospitales mentales.

2. El segundo fundamento básico es el *proceso de ingreso*. Durante la experiencia del ingreso debe quedar muy claro --para el aspirante-- cuáles son *sus verdaderos motivos y la fuerza de su interés* para entrar en la Comunidad Synanon.

3. El tercer fundamento básico: *el proceso de adoctrinamiento*. Esto se refiere a que la persona adquiere *nuevos valores y actitudes* anti-delictivas y antidrogas. Igualmente nuevas actitudes y capacidades para las relaciones afectivas adultas y responsables con los miembros de la comunidad.

4. El cuarto fundamento básico: *la dinámica de status y su movilidad* en la Comunidad Synanon. Los progresos en la maduración e integración de la personalidad pueden tener un reconocimiento y un ascenso en el status que se tiene en la Comunidad.

5. El quinto fundamento básico: *la participación en los Seminarios*. Se refiere a lo Seminarios diarios que se llevan a cabo en la Comunidad. Estos Seminarios son para discutir planteamientos filosóficos que no pretenden tener una solución ni llevar a una conclusión. Sólo pretenden ayudar a *movilizar el proceso de pensar y el auto conocimiento*.

6. El sexto fundamento básico: *la presentación pública*. Se refiere a lecciones diarias de presentación pública que se realizan frente a toda la Comunidad en el escenario del anfiteatro. Puede ir desde una simple declaración de no tener nada que decir, hasta una corta disertación sobre alguna idea en particular.

7. El séptimo fundamento básico: *el ritual primitivo del estrujón*. Consiste en una confrontación realizada por tres o cuatro miembros avanzados de la Comunidad a algún miembro que ha infringido alguna norma o que su conducta ha sido irresponsable.

8. El octavo fundamento básico: *el ritual primitivo de la hoguera*. Consiste en una confrontación colectiva, de toda la Comunidad, a un miembro que ha roto una regla cardinal de la Institución. Estas reglas cardinales se refieren a la prohibición estricta del uso de drogas o de la violencia dentro de la Comunidad.

9. El noveno fundamento básico: *la obligación de cumplir con el trabajo y tareas asignadas* por la Comunidad. Estas obligaciones son vitales para el funcionamiento de la Comunidad ya que se refieren a las actividades de la cocina, lavandería, limpieza, mantenimiento, reparación de equipo y otras actividades de similar naturaleza.

10. El décimo fundamento básico se refiere a las *sesiones de terapia de grupo* donde se inició la expresión intensa de emociones dentro de un contexto terapéutico.

Dederich dice en el referido trabajo de octubre de 1958 que por la empatía que existe entre las distintas personalidades infantiles de los adictos, éstos son capaces de detectar los inventos conscientes o inconscientes de negar o evadir su propia verdad interior. En estos grupos pueden expresarse con todas sus fuerzas y con cualquier tipo de lenguaje. No se trata de ponerse como ejemplo, ni de dar a entender que se es una persona sana. Estas sesiones proveen también una catarsis emocional que constituye a crear un deseo de búsqueda de esa verdad interior y esto se refleja en la vida social diaria dentro de la estructura familiar de Synanon. El compartir la experiencia emocio-

nal en estas sesiones parece que estimula a la tolerancia mutua y a la sinceridad plena. Estas palabras de Dederich escritas en octubre de 1958 constituyen una enorme contribución en el desarrollo de las comunidades terapéuticas. Igualmente hace una contribución importante al introducir el uso de la expresión emocional directa, como recurso terapéutico. Varios años después Daniel Casriel y Arthur Janov, actuando separados e independientemente, harían nuevas contribuciones en este sentido.

Daniel Casriel desarrolló un método de tratamiento basado en la expresión de emociones y la integración de lo que él llamó el hombre triangular que incluye tres aspectos de la personalidad: *los afectos, los pensamientos y la acción*. Dice que la idea de expresar emociones con gritos inarticulados constituye el eje del proceso (57). Hay motivos para los gritos, para las palabras y para los ejercicios emocionales específicos. Los gritos pueden liberar emociones reprimidas desde la niñez y la facultad de liberarlos puede provocar cambios positivos en la personalidad. Casriel dice que el origen de estas ideas se encuentra en una larga visita que él hizo en 1962 a la Comunidad Synanon dedicada a la rehabilitación de drogadictos. Él había quedado asombrado ante el éxito que esta Comunidad tenía en la recuperación de drogadictos avanzados considerados intratables e irrecuperables por psiquiatras y psicólogos. Tanto fue así que comenzó a utilizar este método con gran entusiasmo. Eventualmente desarrolló su propia técnica de gritos en un contexto grupal ambulatorio, con intensa expresión de emociones a través de ejercicios y gritos. Estableció el Instituto Casriel de Nueva York en Manhattan dedicándose a la práctica, entrenamiento e investigación de este particular modelo de tratamiento en grupos. Tuve la buena fortuna de pasar diversas temporadas con Casriel y sus grupos en proceso de entrenamiento. Luego traeríamos a Casriel con mucho éxito a Caracas

57 Casriel, Daniel (1972): A UN GRITO DE LA FELICIDAD. Editorial Monte Avila, pág. 12, edición en español de 1975.

Simultáneamente con estos trabajos de Casriel, Arthur Janov de Los Ángeles, California, desarrolló a mediados de la década del sesenta un método de tratamiento que utilizaba el grito y la expresión de emociones. Janov publicó sus experiencias en 1970 en su libro "El Grito Primario". Allí plantea con claridad lo que él considera fundamental en su concepción de la cura de la neurosis: utilizar el grito como vehículo para el rescate del dolor reprimido.

Janov acostumbra a iniciar su modalidad de tratamiento con tres semanas de terapia individual diaria de varias horas de duración, para luego pasar al trabajo en grupos. En este capítulo voy a presentar fragmentos del tratamiento, que un paciente de Arthur Janov hace de los primeros meses de terapia. En varias de las sesiones narradas vemos como Janov utiliza recursos provenientes de diversas escuelas, por ejemplo cuando utiliza la respiración profunda forzada, proveniente del trabajo con la coraza diseñada por Wilhelm Reich. También vemos como en este tipo de terapia -Grito Primario- se trata de hacer consciente lo inconsciente, que a su vez proviene de los descubrimientos de la Escuela Psicoanalítica. Pienso que cada terapeuta desarrolla su propio estilo de trabajo y este estilo está muy relacionado, no sólo con la biografía del terapeuta y los rasgos de su carácter, sino también con el tipo y magnitud de tratamiento que ha tenido para sí mismo. Creo que en estas sesiones se ve claro el origen psicoanalítico del enfoque de Janov, con su enorme interés en el surgimiento de un Yo-real, su trabajo en el rescate de lo reprimido y la importancia que él le otorga a la vida temprana infantil en la estructuración de la neurosis. Naturalmente su técnica de tratamiento es completamente original y totalmente diferente de la técnica psicoanalítica. Janov a través del Grito-Primario introduce una dimensión emocional intensa que es central en su concepción de lo que es la cura de la neurosis y en la importancia que él le da a la expresión y rescate del dolor reprimido. El plantea que nuestro sufrimiento y dolor hístico ha sido llevado a un depósito de dolor --pain pool-- por la fuerza de la represión. Creo que Janov ha hecho una contribución importante, sobre todo en lo que se re-

fiere a la expresión emocional, permitiéndome estar en desacuerdo con muchas de sus afirmaciones y con la forma como maneja el material en algunas de las sesiones.

El material clínico que sigue a continuación es, como ya dije, fragmentos de la narrativa de un caso. Me he permitido abreviarlo, reorganizarlo y eliminar algunas de las sesiones, con el cuidado de que aún así se pueda percibir claramente el estilo de trabajo de Janov. Creo que esto lo he logrado (58). He aquí el material:

"Al final de la tarde del día anterior a que mi terapia comenzara me alojé en un pequeño y tranquilo hotel y no salí de mi habitación hasta la mañana siguiente, cuando me fui al consultorio del doctor Janov. El estar solo en aquel cuarto de hotel tan pequeño, sin nada que hacer y sin nadie con quien hablar me puso en un aprieto. No había nadie más en los alrededores, sólo yo. Yo no tenía idea alguna sobre qué esperar de la terapia. El futuro para mí estaba en blanco. Todo lo que tenía era mi pasado. Antes de que transcurriera mucho tiempo todos los hechos más importantes y las personas más prominentes de mi vida comenzaron a proyectarse en las paredes de aquel cuarto de hotel. Para mi sorpresa, aquellos recuerdos y reflexiones eran extraordinariamente vívidos, sin embargo, curiosamente irreales. Quería involucrarme con cada uno de ellos en la medida en que iban sucediendo, pero no pude. ¿Por qué? No lo sé. Decidí irme a la cama. La terapia comenzó un lunes. Entré en el consultorio y me fue indicado que me acostara en un gran diván negro que había a un lado de la habitación. Entonces se me pidió que explicase por qué había decidido venir a la terapia. Había estado muy descontento con mi trabajo en los últimos dos años y tenía serias dudas si iba a continuar o no en la docencia. Mi vida amorosa no me había proporcionado la felicidad que estaba buscando. Había pasado ya por un matrimonio y dos relaciones estables extrama-

58 Proveniente del material clínico omitido en la traducción al español del libro de Arthur Janov *THE PRIMAL SCREAM*, Simón & Schuster, 1970, New York.

trimoniales. Cuando iba por la mitad del camino en la explicación de todo esto, Art me interrumpió: "Ese no es en absoluto el motivo por el cual estás aquí. Yo pienso que tú estás aquí porque eres un perdedor. No habrá ninguna diferencia por el tipo de trabajo que estés desempeñando; seguirás sintiéndote miserable. Eres un perdedor".

Con un solo corte rápido, yo había sido abierto totalmente. No había necesidad de ninguna otra explicación. Art quiso saber acerca de mi padre. El era gerente de cargas para una firma de transporte. Todo el mundo gustaba de él porque era bueno y servicial, pero no era mucho como padre. Pasaba la mayor parte del tiempo en la oficina. Nunca parrandeaba, ni bebía, sólo trabajaba en la oficina. Llegaba a la casa, comía y entonces se sentaba en el diván y se dormía. Puedo decir que nosotros pocas veces hicimos algo juntos. Un día él y mamá fueron a verme en un juego de baseball, yo estaba tan nervioso que no atrapé una pelota que estaba fácil. Unos minutos después vi el carro abandonando el campo de juego. Ustedes podrán imaginarse como me sentí. Me sorprendí cuando Art me hizo pedirle ayuda a mi padre. Yo no comprendía qué era lo que él estaba pidiendo, pero comencé a pedirle ayuda a papá. Después de unas cuantas súplicas le dije a Art que me parecía sin sentido porque yo sabía que mi papá no acudiría. No hizo más presión sobre mí y seguimos con otras cosas. Comencé a describir la vida alrededor de mi casa cuando era niño y comencé a hablar sobre el "programa".

Este era un esquema de vida algunas veces sutil, trazado para mi edificación y bienestar por fuerzas desconocidas y externas. El "programa" se hacía conocer a través de la casa, la iglesia y el colegio. Como mi madre era la voz de mando en la casa, llegué a asociar estrechamente el "programa" con mi madre. Era traído a mi atención por medio de un continuo machacar de repeticiones, censura, mal genio y chillidos. Cuando salía a jugar podía ensuciarme, pero no demasiado. Debía respeto a mis mayores, hacer lo que se me pedía y nada de pensamientos sucios. El traer a mis amigos a jugar en casa era virtualmente imposible. Mi madre se ponía nerviosa o indis-

puesta. Estábamos bajo constante vigilancia, no podíamos brincar ni hacer demasiado ruido. Mi familia era católica y fui educado por monjas durante doce años. Dos hermanas de mi madre pertenecían a esa orden y enseñaban en el colegio. Para mí era como una conspiración gigantesca, me caían de todas partes, no sabía realmente dónde terminaba la familia y dónde comenzaban la iglesia y el colegio. Ese era el "programa". Cuando terminé de describirlo, Art me preguntó sobre la emoción que me producía. Fue como si él hubiera echado un fósforo en un pozo de gasolina. Quería quemar el "programa" hasta las raíces. Repetidamente gritaba tan fuerte como podía: --Que se joda el programa! --Que se joda! --Que se joda! --Y jódanse ustedes también papá y mamá, representantes oficiales del "programa"! Después de estar acostado allí en silencio por un rato y de que el fuego se extinguiera en mí, comencé a hablar sobre mi hermano Bill. El y yo nunca tuvimos lo que puede llamarse una relación. El era mayor que yo y no le gustaba tener un hermano menor de cola tras él. Yo nunca sentí que podía acudir a él cuando tenía algún problema. Tu fuiste un niño bastante solitario, observó Art. Es muy cierto eso, repliqué. No había verdaderamente nadie a quien acudir ni con quien estar en mi casa. En mi adolescencia las cosas mejoraron y salí bastante de la casa a jugar a pelota. Baseball, baloncesto, football, lo que estuviera de moda. Los niños querían que yo formase parte de su equipo, ese era un sentimiento agradable, nunca me había sentido tan deseado antes. Luego comencé a salir en las noches a bailes y bares. Mientras más iba creciendo, más alejado me mantenía de la casa. Arte me hizo notar que había estado pasivo y sumiso en la relación con mi familia y yo estuve de acuerdo con él. Después de llegar a casa empecé enfurecerme de ser un perdedor. El término parecía calzarme. Incluso me cuestioné acerca de las fantasías homosexuales que Art había mencionado en la sesión. Las relaciones sexuales con hombres nunca me han atraído.

La sesión siguiente tuvo que ser pospuesta porque Art tenía laringitis. Comencé a ponerme furioso y resentí esto profundamente. A la mañana siguiente llegué tres minutos después de la hora y Art me preguntó porque había

llegado tarde. Le dije que había llegado con tiempo pero que había ido al baño. El me dijo que me acostase. Le dije que no quería, que quería verle a los ojos y hablarle a la cara. Chasqueó sus dedos y me dijo que me acostara pues estábamos perdiendo tiempo. El sonido de esos dedos sólo endureció mi propósito de tener un encuentro cara a cara con él. Me sentía aturdido y con la cabeza liviana por la furia. Caminé recto hasta la silla, me senté, me encaré con él y le dije que había algunas cosas que quería aclarar. Que ahora quería decirle lo que estaba sintiendo. El respondió que me acostara. Esta vez lo hice pero con sentimientos muy confusos.

Comenzamos con la rabia. Le dije que tras mi rabia con él, estaba la rabia conmigo mismo por ser perdedor. El me preguntó cómo y dónde la sentía. Como una presión en el pecho y un fuego en el estómago, le contesté. Me dijo que le pidiera a mi papá que me ayudara a sacarla. Me hizo respirar profundamente repetidas veces, con la boca muy abierta. La respiración profunda me transportó a otra vida. Le dije que mi papá no me ayudaría. El me preguntó cómo me hacía sentir eso. Como el ser dejado solo, el ser dejado fuera, contesté. Esto me hizo sentir triste. El me hizo respirar profundamente de nuevo y me dijo que sacara mi dolor. La tristeza que sentía y la respiración profunda hicieron que comenzara a retorcerme de dolor. Mi pecho lo sentía como si me estuviera aplastando. Art pidió que continuase que lo dejase salir. Le dije a Art que ya no me parecía sin sentido el pedirle ayuda a mi papá, pues ahora podía comprender que estaba hablándole al papá que estaba dentro de mí. Es cuestión de lograr que ese papá me acepte como yo soy, que me ayude a expulsar el sentimiento de ser dejado solo y de sentirme fuera. Entonces le dije lo bueno que era sentir que uno tiene un padre, uno que se preocupe y me ayude. Era una emoción tan agradable y buena que reí y lloré por largo rato. Cuando pude hablar otra vez, le dije a Art por cuan largo tiempo me había sentido solo y dejado afuera. Hoy Art hizo que me acostara en el suelo. Pasé esta semana, así como todas las siguientes, en el suelo. Tres hechos pasaron por mi mente y se los narré. El primero fue el día que papá nos llevó a un juego de baseball. Yo tenía cinco años y mi cabeza debía estar abrumada

por el escenario tan gigantesco. Al salir me di la vuelta para darle una última mirada al campo. Al regresar, papá y los otros ya no estaban por ninguna parte. Me dio pánico y comencé a llorar. Antes que pasara mucho tiempo vinieron a rescatarme. Nos montamos en un autobús, tenía tantas ganas de orinar que no podía aguantarme. Se lo dije a papá y dijo que nada podía hacer. Que tendría que orinarme los pantalones. Fue una orinada muy relajante. El segundo hecho se refiere a mis años escolares cuando llegaba a mi casa y encontraba la puerta cerrada. Lloraba y pateaba y le suplicaba a mamá que me dejase entrar. Mi madre había salido. El tercero se refiere a un domingo en que mis padres iban a dar una vuelta por el pueblo y me dijeron que no me esperarían más. Cuando llegué estaban arrancando, corrí tan rápido como pude, pero de nada sirvió.

Art me preguntó porque creía yo que habían sucedido estas cosas. Le dije: fueron momentos en que fui dejado de lado y solo. Luego me preguntó qué sentía. Le dije que me apretaba el pecho y el estómago. Me hizo intentar sacar esto probando respirar hacia arriba y hacia afuera como lo había hecho ayer. Yo estaba demasiado agotado para hacerlo. Me preguntó qué me pasaba. Le dije que me dolía la espalda, a lo que él respondió que no era dolor físico. Me pidió que me moviera, pero sólo para sentirlo. Permanecí acostado por cierto tiempo y sentí el programa agarrarme por la espalda. Le dije que había una forma de no ser dejado fuera, consistía en ayudar a la gente, en hacer cosas para ellos. Un día el abuelo me encontró en la calle sosteniendo un pedazo de papel y a dos tipos con un látigo rompiéndolo por la mitad. Detuvo el juego pues no podía comprender por qué yo lo estaba soportando. Art me dijo que el abuelo sí se preocupaba. Le grité al abuelo todo lo que él se preocupaba y cuánto significaba para mí. También le dije todo lo que me dolió cuando él murió. Entonces lloré torrencialmente como nunca había llorado antes, ni siquiera cuando él murió y eso que ese fue el día más triste de mi juventud. En la sesión de hoy comenzamos con mi sensación de abatimiento por darme cuenta de que todo mi estilo de vida ha sido construido alrededor del lema de ser un perdedor y el darme cuenta de que tenía un camino tan largo adelante en la cons-

trucción de un nuevo estilo de vida. Lloré mucho. Un poco el primer día y un poco cuando pusieron al abuelo bajo tierra. Traté de tomarlo como un hombre aunque sólo tenía trece años. Art me preguntó si le había dicho adiós al abuelo cuando lo estaban enterrando. Le dije que no, que con toda esa gente allí me hubieran tenido que sacar cargado. Art me dijo que me despidiera del abuelo ahora y que le dijera todo lo que él significaba para mí. Entonces le dije adiós al abuelo con todo el amor y dolor que había en mi cuerpo. Lloré y hablé con el abuelo hasta que no quedó nada por decir. Le dije cuánto lo amaba porque sabía que a él le importaba, porque él me enseñaba a hacer las cosas. Quería que me comprendiera. El me vio como me alejaba de la casa en la medida que fui creciendo y cómo tenía que ir de acuerdo a las nuevas normas y no a las viejas. --Tengo que continuar abuelo, tengo que continuar! grité esto una y otra vez --tengo que continuar abuelo, por favor comprende! --tú no me fallaste abuelo! --yo tengo que continuar! --adiós abuelo, adiós! Lloré como un riachuelo en el deshielo de la primavera, tal como estoy llorando ahora que escribo esto a máquina y como lloré la primera vez que lo escribí.

Entonces Art me pidió que le dijese a mi papá como yo quería que él fuese como el abuelo. Y lo hice. Se lo dije todo. Le dije como yo quería ser querido y cuidado como el abuelo me quería y cuidaba. Papá y mamá no querían que yo naciera. Papá había dicho que quiso cortarse la pinga con la ventana cuando supo que mi mamá estaba preñada de mí. Entonces yo le dije a papá, ¿sabes lo que yo realmente quiero? yo quiero que tu quieras el polvo completo, la tirada y todo lo que viene con ella, porque allí es donde está la cosa, papá. Yo quiero que realmente quieras a mamá, que realmente te pongas en ella y me quieras a mi también. Porque allí es donde yo estoy. --Tu tienes que quererla! --yo soy algo más que sólo yo, yo soy vida! --y tú, papá, tienes que quererla! Entonces hablé de mi madre y como ella actuaba como si nunca hubiera disfrutado de nada, ella no se permitía disfrutar, siempre chillando. Aquí comencé a sentir de nuevo el dolor en la espalda. Art hizo que me acostara un rato y que lo sintiera. El se mantenía preguntando cuál era el sentimiento. Le dije: el dolor forma un arco justo en mi rabadilla. Es

como si estuviera amarrado contra algo. ¿Contra qué? Contra el ser dejado afuera, el ser dejado solo. Le dije que era como caminar descalzo sobre piedras afiladas y tener que mantenerme tenso todo el tiempo o me cortaba. Así que Art me hizo decirle a mi madre que ella me estaba cortando. Y verdaderamente me dejé ir. Grité con todo lo que me daban los pulmones diciéndole que parase porque me estaba cortando. Siempre con sus chillidos. --Quítateme de encima. --Quítateme de arriba de mi espalda! Cuando terminé de gritar tuve que ir a orinar.

Hoy fue el primer día en la sesión de grupo. Por un rato sólo observé, después me acosté en el suelo y le dije adiós al abuelo otra vez. Hacia el final tuve el sentimiento de que el abuelo comprendería que él y yo tendríamos que tomar caminos diferentes, él hacia la muerte y yo hacia hacerme hombre. Luego dije que me había despertado esta mañana sabiendo que tenía que dejar de estar cogiendo mujeres, pues lo que estaba era desconectándome de demasiados sentimientos por medio del sexo. Art se volteó hacia mi y dijo que yo no parecía tan sexual, registró una ligera sorpresa con el hecho de que yo hubiera estado tirando con muchas mujeres. Entonces añadió que lo que yo estaba haciendo era tratando de encubrir una homosexualidad latente. Esto me liquidó. En el momento que llegué a casa la cabeza se me estaba partiendo del dolor y mi estómago estaba demasiado descompuesto como para comer nada. Todo lo que pude hacer fue acostarme en el suelo. Sentí que si tenía que ser un marico toda mi vida, latente o activo --carajo! no quería vivir. Yo quería eliminar el marico. Retrocedí e intenté identificar todos los sentimientos homosexuales. Lloré y decidí esperar hasta la próxima sesión. Hoy tuvimos dificultades para comenzar. Yo había cerrado mis sentimientos después de la última sesión a un punto de que de milagro podía funcionar. Art quiso saber qué había pasado. Traté de hacer un recuento en la medida en que me fue posible, pero fue sólo un viaje intelectual. No podía regresar emocionalmente a esta situación. Art me preguntó qué sentía ahora. Como un disparo estallé hacia él y llorando le grité: --Por qué no estabas el sábado cuando te necesité! --que forma de comportarte! --soltarme lo de la mariquera y luego dejarme por el fin de semana! --estoy seguro que

sabías el tipo de reacción que ibas a producirme! El me pidió que me acostara otra vez. Le conté sobre mi enamoramiento con Betty, mi relación con Luisa y mi matrimonio con Alicia. Desde que comencé a hablar de Betty me dieron unas intensas ganas de orinar. Art me dijo que solamente las sintiera y que no moviera un músculo. Anteriormente se me habían dormido los brazos cuando los extendí en el suelo. Me pidió que no me moviera y que sólo sintiera lo que estaba sucediendo, así que permanecí allí acostado. Poco después comencé a sentir algo en mis tripas, una sensación de fuerza hacia arriba. Pronto comencé a batir mis brazos y piernas y a girar mi cabeza en círculo. Era un bebé en la cuna, así podía sentirlo. Mis manos estaban apurruñadas como las de un bebé cuando llora, mi boca se secó como si estuviera sacando algo de un tetero vacío. No dije nada, ni grité, sólo aleteaba violentamente y jadeaba buscando aire. Finalmente me cansé tanto que dejé de moverme y me quedé acostado totalmente quieto. Estaba un poco confuso al salir de esta experiencia y no estoy exactamente seguro de cómo sucedió, pero fue más o menos así. Art me dijo: ¿no te permitían tocártelo, verdad? Yo me agarré el pene y le dije: no, siempre me pegaban. Entonces volví a pasar por la misma situación pegándome en la mano y contándole a Art cómo había sido. ¿No te era permitido tener un pene, verdad? No, le respondí. Así que me senté y me froté mi pene. Me puse de pie delante de un espejo, me bajé los pantalones y me froté el pene diciéndoles a mi papá y a mi mamá que no era malo hacerlo. Le dije a Art que sólo podía tener pene en secreto cuando me masturbaba, yo quería que mi pene fuera parte de toda mi vida. Fue una emoción maravillosa la que obtuve cuando me froté el pene diciéndole a mi mamá y papá que no era malo.

Después de llegar a casa pasé la mayor parte del día frotándome el pene y diciéndole a papá y mamá que estaba bien hacerlo. Saliendo del consultorio de Art vi a un hombre mayor de aspecto próspero que venía por el corredor. Mi primera reacción fue el viejo sentimiento de inseguridad, inquietud y vergüenza al ver un extraño que parecía más importante que yo. Entonces el sentimiento de tener pene y de que eso está bien me sobrecogió cambiando mi actitud. Repentinamente me sentí seguro,

tranquilo y abierto hacia él. Nunca antes había tenido tal sentimiento. Varias semanas después me ocurrió algo muy especial, algo muy físico. Le conté a Art como pensaba que aun el abuelo se hubiera vuelto en contra de mí de haber estado vivo. Igual como se volvió en contra de Mac. Tuve ganas de orinar y Art hizo que comenzara a jalarlo hacia arriba en vez de empujarlo hacia abajo. Lo hice con mi respiración, mi voz, mi pene, mis manos, mi estómago, piernas y espaldas. Sentí que la tensión gradualmente se desvanecía, que podía sentir mi cuerpo relajado. Me di cuenta que había estado fuera de sincronismo todos estos años. Tres días después le dije a Art que quería enfrentarme al estado de ánimo negro y melancólico que sentía. Me dije a mí mismo cuan poco bueno yo era. Como estaba perdiendo mi tiempo y mi dinero en la terapia y como las cosas no iban a ser distintas cuando saliera de ella. Me lamenté de no tener otras oportunidades de enseñar en un bachillerato mejor. Me lamenté de mi incapacidad de no poder regresar a la Universidad. No tenía dinero. Era demasiado viejo. Me quejé de que las cosas no iban a cambiar y que era inútil seguir intentando. Art me pidió que me hundiese más en este estado de ánimo. Le dije que me estaba hundiendo en un hueco negro donde todo estaba oscuro. Me dijo que le pidiera ayuda a papá y a mamá. Lo hice pero tuvo poco efecto en mí. Le dije a Art que papá no me podía ayudar porque estaba apagado y cerrado. Art me pidió que respirara profundo y que me hundiese aún más en ese hueco. Lo hice y me comenzaron a doler las tripas. Aquí en el hueco no confiaba en nadie, lo que quiero es estar solo. Cuando hay gente alrededor mío y estoy en el pozo negro, me vuelvo irritable. Me vuelvo impaciente e irritable porque no se qué me van a hacer. Recuerdo que cuando era muy pequeño me escondía en un closet muy oscuro y en una zapatera grandota que había en el cuarto de mis padres. Me gustaban lo sitios oscuros y aislados donde podía estar solo.

Hoy volví a mamá. Llegué a sentir algo del dolor de ser rechazado y desplazado. Me dio rabia y grité. Grité que odiaba todo eso y que odiaba a mi mamá por hacerme eso. Después lloré amargamente, traté de alcanzar a mamá y no sentía nada. Es fácil llorar por mi abuela y

por mi abuelo, pero que difícil llorar por mi propia madre y mi padre. Art me dijo: deja que el bebé llame a su mamá ahora. Llámala a gritos. Grité con gritos suplicantes, no verbales y me invadió completamente como una brisa fresca. Era pura emoción, no había palabras ni imágenes. Era pura necesidad. Grité con todo mi cuerpo mi necesidad con desgarradores sollozos y las lágrimas se desbordaron como la sangre de una herida abierta.

Ahora tengo a mi bebé y lo voy a cuidar bien, lo defenderé y le daré todo el apoyo que necesite. El resto del día me sentí como una débil planta que acaba de salir de la tierra. Todo me tocaba tiernamente. Al día siguiente en la noche escribí lo siguiente: "Me estoy sintiendo completo ahora. Soy mi cuerpo, tengo una gran variedad de emociones, todas ellas corriendo armoniosamente por mi cuerpo. Mi sexo, mi energía, mi rabia, miedo, calidez, tristeza, alegría, todas ellas tienen su tiempo y su textura. Porque hay textura en el tiempo. Me estoy volviendo completo ahora, renaciendo en mi propio linaje. Soy mi propio padre, mi padre, mi cuerpo. Soy lo que siento".

Quisiera dejar por aquí este material de Janov. Creo que con esto es suficiente para dar una idea de la forma como trabaja él. Como ya dije este material fue publicado en 1970. En los últimos nueve años Janov ha publicado cuatro libros más⁵⁹. En ellos el estilo de trabajo se ha mantenido igual con muy poca o ninguna modificación. Ahora bien, hay una serie de puntos en los cuales estoy en total desacuerdo con Janov. Como ustedes pueden haberse dado cuenta Janov no incluye ni trabaja para nada la situación transferencial, que es a mi entender crucial e indispensable en cualquier terapia que esté orientada a reestructurar la personalidad. En este material que les he presentado, Janov surge en la relación transferencial, en algunas sesiones como la madre quejosa, que no disfruta, que está siempre chillando. En otras

⁵⁹ THE ANATOMY OF MENTAL ILLNESS (1971), Simón and Schuster. N.Y. THE PRIMAL REVOLUTION (1972) Simón and Schuster, N.Y. THE FEELING CHILD (1975), Simón and Schuster, N.Y. THE PRIMAL CONCIUSNESS (1977), Simón and Schuster, N.Y.

ocasiones surge como el abuelo cariñoso, comprensivo y generoso. En otras es el padre indiferente, contra quien el paciente se revela con toda su furia. En todas estas circunstancias del material, Janov ignora el contenido transferencial. El está más interesado en que el paciente rescate la emoción reprimida -dolor, rabia, amor y miedo-, sólo que para lograr esto trabaja únicamente con el objeto imaginario, ignorando su presencia transferencial. Por eso mi enorme desacuerdo y discrepancia con el trabajo terapéutico de Janov. Sencillamente para mí, el trabajo transferencial es crucial e insustituible, además, es el centro y eje del tratamiento. Sin embargo, es necesario reconocer que Arthur Janov, al igual que Daniel Casriel, ha hecho una enorme contribución al darle a la expresión emocional directa un lugar primordial en el proceso de la cura de la neurosis. Ambos utilizan el grito como instrumento de trabajo y ambos han tomado ideas provenientes de Wilhelm Reich y de la Escuela Psicoanalítica.

Capítulo 11

EL EXISTENCIARIO

La salud mental no significa que la persona evite conflictos, implica la fuerza para tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas. Si disociamos o negamos excesivamente las emociones dolorosas restringimos y empobrecemos la personalidad. De esto se desprende que la salud mental no es comprensible con la superficialidad, puesto que ésta se vincula con la negación del conflicto interior y de las dificultades externas. Se utiliza la negación y la renegación de manera excesiva porque el Yo no es suficientemente fuerte para tolerar el dolor.

*Klein, Melanie (1960)
Sobre la salud mental*

En el presente capítulo presentaré ante ustedes una muestra del tipo de material mental con el cual trabajo diariamente. Se trata de fragmentos de sesiones, transcritas casi inmediatamente después de realizadas. En algunos casos les he pedido a mis pacientes que me escriban en sus propias palabras lo que recuerden de su trabajo en la sesión, incluyendo cualquier nueva idea o pensamiento que surja sobre sí mismos, sobre la terapia y sobre mi persona. Quisiera poder incluir aquí todas las observaciones y notas que he ido recogiendo en el curso de estos últimos diez años, sin embargo, en el esfuerzo de mantener el libro dentro de un formato que sea lo menos

voluminoso posible, me he visto forzado a escoger sólo una pequeña muestra de ellas. Naturalmente que todo el material que aquí aparece ha sido recogido con el consentimiento expreso de mis pacientes, modificando todos los datos que fueron necesarios para preservar la identidad de las personas en cuestión.

§1

Me acabo de contemplar, largamente, desnudo frente al espejo. Mis cabellos blancos, mi cabeza grande, signo de concentración en lo intelectual. Mi boca tal vez muy pequeña. Mis ojos con una expresión de temor. Mi cuello corto. Mi tórax grande cubierto de un vello canoso que me agrada. Mis brazos tal vez algo débiles, sin músculos marcados. Mis manos grandes, cuadradas, regulares. Mi vientre que siempre amenaza con abultarse y que me parece flojo. Mi pene pequeño y fino en la maraña de mis pelos. Mis muslos y piernas cortas y poderosas. Mis pies fuertes y seguros. Siento que este soy yo y así debo aceptarme. Así debe aceptarme quien me quiera. Este es mi cuerpo, fuente de mi vida y mi placer, fuente de mi dolor. Todavía no lo amo pero ya soy capaz de aceptarlo. Puedo semi-exhibirlo y mostrarlo completo a María y a Teresa. Este es, creo yo, el resultado más importante de mis dos años de terapia contigo. Podría recordar las miles de humillaciones que otra gente y mi propio intelecto ejercieron sobre este cuerpo. Aún sus ecos no se han desvanecido. Aún temo bailar sin inhibiciones. Aún me estremece un poco quitarme públicamente mi camisa. Aún mido el largo de mi pene erecto para verificar que es suficiente. Pero el cambio en la apreciación de mi cuerpo ha sido con todo radical y terminaré amándolo y viviendo satisfecho con él.

Hace muchos meses que descubrí que las sensaciones en mi cuerpo son una fuente inagotable de placer. Descubrí el gusto de acariciar el cabello, las orejas, los senos y los genitales de una mujer. Siento el agrado de ser acariciado, sobre todo en el pecho y la cabeza. Aún no puedo resistir las caricias en mis genitales. Me produce miedo o aún no he encontrado una mujer que sepa hacerlo. De todas formas mi placer en las relaciones sexuales ha aumentado enormemente, así como el de mi pareja. No

siento más la necesidad de masturbarme compulsivamente. He aprendido a identificar lo que siento. Se cuando algo me causa ira, dolor o temor y puedo aceptarlo. He aprendido a percibir las y aceptarlas en otras personas. Si algo me conmueve puedo llorar, puedo demostrar amor y no me avergüenza sentir miedo. Con la ira es algo más difícil, tiendo a postergarla. Estoy consciente de esto y espero poder solucionarlo. Estimo por primera vez en mi vida la amistad de algunos hombres. Con los hombres mi relación era buena, pero sólo podía ser competitiva y esto ha disminuido mucho. Con las mujeres mis relaciones siguen siendo difíciles. Es fácil buscar una cierta amistad pero me da miedo acercarme a relaciones más íntimas. El no tener hijos me entristece a veces. He reconocido mi agrado por los niños, que siempre había reprimido. Pienso seriamente en adoptar uno o vivir en una comunidad donde los haya.

Comentarios

Este es un hombre por quien sentí durante el tiempo en que me tocó trabajar con él en terapia, un particular afecto y cariño. Era un hombre de más de cincuenta años. Excepcional. En este material que corresponde al final del segundo año de su tratamiento se ven muy claras sus enormes ansiedades de castración y las dificultades en aceptar su cuerpo y otros aspectos de su personalidad. Las consecuencias de las relaciones tan difíciles que tuvo con su padre, quien era un hombre estricto, exigente y competitivo, se aprecian en las dificultades para adquirir una identidad masculina firme y estable. Siempre dudó de que su padre lo quisiera y sus enormes progresos en su intelectualidad y éxitos de inteligencia fueron compulsivos para satisfacer y adquirir finalmente el amor de su padre. Esto tuvo repercusiones en su adolescencia cuando la magnitud de su ira y la inflexibilidad de su padre casi lo lleva a matarlo. Sin embargo, su amor por él era enorme, se fue de la casa y se dedicó al cultivo de su inteligencia para complacer a su padre. Otra repercusión de este drama con su padre, fue la dificultad en integrar su genitalidad y superar los temores de castración. La relación con su madre, aunque menos traumática, fue intensamente ambivalente. La relación con ambos

estaba teñida de un intenso dolor, a tal punto que el único vínculo amoroso que él podía hacer era de naturaleza masoquista, en donde amaba pero sufría intensamente. En este material se ven los progresos en aceptar su cuerpo masculino y sus genitales. También en el rescate de ciertos aspectos femeninos de su personalidad. También el haber podido separar el disfrute y cultivo de sus capacidades intelectuales y poéticas, del amor por su padre. Cuando acepta su cuerpo y acepta quererse a sí mismo ha logrado resolver esa compulsión a satisfacer a su padre y reparar los deseos parricidas. Ha reconquistado su identidad. En la relación transferencial conmigo osciló al comienzo del tratamiento, en una relación a padre temido y odiado, pero afortunadamente con un buen margen de deseos de colaborar. En momentos la relación era competitiva, con enormes deseos y a la vez tristeza de que yo lo odiara y que yo le dijera que lo que él me daba no era suficiente, que debía esforzarse más. Al interpretarle estos deseos de tener motivos para odiar a su terapeuta/padre fue que comenzó a darse cuenta, de que por su padre también había un gran amor y que no encontraba cómo reparar sus deseos de matarlo, cuando el padre había surgido como un hombre arbitrario, cruel e impositivo. El resolver estos aspectos de la relación edípica con su padre, permitió que surgiera más claramente su identidad masculina, su satisfacción de ser un hombre -como su padre- y definir aún más su identidad. Su relación transferencial conmigo cambió a una relación a padre/querido-apreciado. Ya no habían los deseos de odio ni de desafío. Su relación con la figura femenina se hizo cada vez más segura y agradable, desapareciendo los temores de castración y de inadecuación sexual.

§2

Siento que al sentarme a escribir acerca de lo que me está pasando es ser deshonesto conmigo y con ella. También es como darte una oportunidad para que me conozcas mejor, lo cual es caer en una situación donde no voy a saber guiarme por lo que siento, sino por lo que me digas, cosa que temo y no quiero, porque en el fondo es como si me lo pautara la sociedad. Aunque creo que a es-

tas alturas puedo confiar en ti lo suficiente, sobre todo después de la sesión de esta tarde.

No se por donde empezar. Recuerdo aquella sesión hace un mes donde descubrí mis deseos de saberlo todo y de crearme superior, omnipotente. Recuerdo cuando estaba acostada en el colchón y comencé a gritar intensamente lo que más he temido: ¿ser una niña! Grité y grité: ¿Quiero ser una niña! ¿Soy una niña! ¿Puedo ser una niña! Recuerdo que muy en el fondo sentía un alivio de poder ser pequeñita y que tú me cuidarás. Sólo después que tú me lo dijiste, fue que pude darme cuenta de cómo huía de este sentimiento de ser pequeña, débil e indefensa. De cómo temía ser una niña. Después de este trabajo continué pensando y descubrí una cantidad de cosas sobre mí misma que me parece muy importante. Como tú sabes hace diez meses que me separé de Pedro y desde entonces volví a sentir que yo era una tipa bella, agradable y volví a recuperar mi capacidad de conquista que la relación con Pedro había destruido totalmente ya que me sentía fea, inadecuada y no querible. Por eso cuando conocí a Raquel, yo le decía que en ese momento estaba empezando a conocer la naturaleza de mis dificultades. Estaba comenzando a descubrir los problemas que surgían en mí al establecer una relación más o menos íntima con los hombres y que por eso me sería difícil, precisamente en estos momentos, aceptarla a ella físicamente. Sin embargo, eran tantas las cosas que descubríamos juntas y además todo lo que ella me transmitía, que creía en la posibilidad de tener una relación física, agradable con una mujer.

Muchas veces hemos peleado, yo le digo que ella ya ha cerrado su panorama hacia los hombres. Aunque pienso, que yo no tendría porque fantasear con hombres y masturbarme con ellos, sino que debería pensar sólo en ella y aceptar todo esto así. A veces pienso que deseo las dos cosas, pero me siento culpable porque creo que debo ser fiel a ella. Pero si mi interés por ambos sexos es legítimo, entonces todas estas dudas pierden su valor. Creo que me enrolló tanto porque además de preferir estar físicamente con un hombre, hay algo más detrás de todo esto que no llego a entender. También me parece que quiero

achacarle culpas a las relaciones sexuales para no hacerme cargo de mis propias inhibiciones y ataques fóbicos en relación al sexo, que de hecho se me presentan con cualquier persona.

Tengo que decirte que yo no me puedo mantener por mucho tiempo besando en los genitales a nadie, ni puedo dejar que nadie -hombre o mujer- me los bese por mucho tiempo ya que me pongo demasiado tensa y nerviosa. Esto también me pasa con Raquel, incluyendo sus pechos. Con ella me pasan otras cosas y es que no me gusta cuando el coito se interrumpe al acomodarnos para poder penetrarnos. Es un verdadero lío, porque a mí, además de que me da miedo y se me corta la excitación me desagrada sintiéndola a ella incómoda debajo de mí, penetrándome con su dedo. Y yo sintiéndome incómoda, porque con su mano entre mis piernas no me puedo mover como a mí me gustaría. Ella me dice que yo no me se mover, que soy muy terca y que debo aprender a moverme de muchas formas. Por otro lado, lo que para mí es más agradable es moverme con el peso de otro encima y en esa posición no se logra eso. Ahora pienso que todo esto que te he escrito puede ser demasiado para ti, aunque no lo creo. Estos días que vienen van a ser difíciles, porque como tú sabes Raquel y yo decidimos separarnos por un tiempo. Ya ella no está en mi casa, así que estoy aquí sola y necesito meterme más en mí misma. Ya ha pasado una semana y como sabes por las últimas sesiones, he hecho crisis en estos días y aunque he seguido viendo irregularmente a Raquel es claro que ya no vivo con ella.

Desde ayer me he sentido con mucho dolor sintiéndome así como a una niña que le ha ido mal en la vida. -- Mira a esta pobre niña donde ha ido a parar! Mis sentimientos más inmediatos estaban ligados con mi mamá y todo se desenvolvía como en una especie de drama --mi mamá y yo! --hasta cuando mi mamá y yo! Me venían sentimientos muy fuertes de rabia hacia ella, cobrándole todas las cosas en que yo creo me ha jodido en la vida. Pero como tú sabes las cosas no son así de sencillas y muchas veces toda esa rabia es hacia mí misma, como si yo fuera la responsable, y no ella, de lo que pasa con mi vida. Como tú sabes en estos días he tenido unas imáge-

nes de suicidio con toda una sensación de remolino que me envolvía, ya no podía estar clara, no sabía si todo lo que me estaba pasando tenía realidad. Lo que me satisface de todo esto es que no me hundo. Que aunque deprimida y con dolor he podido estar con gente y abrirme a las cosas. Todo esto es para mí muy duro, está sustentado en un drama de --yo no valgo! Este drama me tumba en ese hueco del que lucho por salir.

Con relación a Raquel, he hablado honestamente con ella con todas las cosas de mi proceso vital en la mano. Creo que esto ha sido muy bueno. Doloroso para ella, pero muy real para ubicarnos una frente a la otra. En la sesión de ayer vivencié varias cosas muy duramente, cuando me dijiste y me di cuenta de cómo toda la relación sexual con Raquel era para poder darle todo el placer que pudiera. A mí nunca me dio mucho placer, aunque sí lo tenía al dárselo a ella. Para mí ha sido importante el que ella me valore y me quiera y quizás una forma de hacerlo, entre muchas otras, era en lo sexual. Fue como decirle: --mira, si yo te doy lo que quieres, entonces me vas a amar! Nuestras relaciones sexuales habían comenzado con un viaje muy de nota. Yo sabía que ella quería empatarse sexualmente conmigo, porque me lo había dicho muy claro. Un no rotundo de mi parte en aquel momento o en aquella etapa de mi vida hubiera sido perder una relación que yo intuía podía ser muy bella y enseñarme muchas cosas. Así ha sido. Dentro de mí existe el sentimiento de que todo su amor me dio vida. En muchos aspectos el mío hacia ella también. Ella me enseñó a escribir cosas muy lindas y a relacionarme con la gente. Me enseñó desde cómo ponerme un tampax hasta cómo armar una carpa. Me enseñó a cantar y a poder volar. Me enseñó a sentirme libre en una nota de marihuana. A distorsionar la realidad que para mí era necesario, algo tan temido y a la vez tan importante. Esto último te lo estoy diciendo como un --coño, tú no sabes lo que es esto! Este coño expresa toda mi intensa necesidad de sentir que tú puedes comprender mi parte loca de la que te hablaba el otro día. Como ves tengo dudas, pero muchas veces creo que sí me comprendes. Más que nada por la forma como eres en la terapia y por la forma como me permites ser yo misma. También por las cosas que intuyo en ti, sobre todo cuan-

do trabajas con los sueños míos y también con los de los demás. Todo esto que estoy diciendo ahora es muy importante para mí. Necesito confiar en ti. Quiero que escuches mis cosas con atención y detenimiento. Quiero que pongas tu mira y tu mente bien afilada porque lo necesito. También quiero que sepas que me siento muy cerca de ti, queriéndote como nunca. Se que soy yo quien tengo que echarle bolas a todo esto, pero me gusta que lo sepas. Quiero que me ayudes porque necesito curarme y necesito mi tiempo para hacer muchas cosas en mi vida. De verdad ?quiero salir de esto!

Comentarios

Meses después de que ocurrieran estas dos sesiones, iba a darme cuenta de ciertos aspectos de la personalidad de esta mujer de veintiséis años y de ciertas características de su relación transferencial conmigo, que sorprendentemente he encontrado estaban ya incluidas en el contenido latente -oculto- de estas notas. Me refiero a su temor a ser débil, indefensa y pequeña, encubierto por un sentimiento de grandiosidad omnipotente que creo puede verse claramente a lo largo de todas estas anotaciones. Este temor a ser débil e indefensa ocultaba una tremenda envidia a mi persona, por el hecho de que si yo podía ayudarla significaba que yo tenía la sabiduría y el conocimiento dentro de mí. En cierta forma ella me otorgaba su omnipotencia a mí. Esto le era intolerable y su envidia comenzaba a destruir nuestra relación de trabajo. Esto se puede observar en la segunda sesión cuando trata de rescatarme y de salvarme en su mundo interno donde comienzo a estar devaluado e inservible. Ella se dice a sí misma que yo la comprendo, que yo puedo ayudarla y que soy importante para ella. Sin embargo, su desconfianza hacia mí creció en el año siguiente. Por cortas temporadas y por el efecto de las interpretaciones, regresaba a una nueva relación de confianza, pero el tratamiento progresaba dentro de una amenaza permanente de abandonarlo. Debo mencionar que la relación con su madre fue siempre muy difícil por la rivalidad y envidia tan intensa con sus hermanos varones, la ausencia del padre muerto precozmente complicó aún más las cosas. La relación transferencial conmigo oscilaba entre una re-

lación a padre protector, bondadoso y comprensivo -que carga a su niñita en los brazos- y una relación a la madre poderosa e inaccesible y por lo tanto envidiada. Su situación homosexual representa en el fondo la búsqueda del amor de esa madre sabia y maravillosa. La presencia en su mundo interno de un amor por el padre explica su situación bisexual y posiblemente pueda resolverse a una escogencia heterosexual. El interpretarles todos estos contenidos representaban pequeños y medianos progresos, pero a mediados del tercer año de tratamiento su desconfianza en mí y la relación transferencial a la madre/envidiada le impedía mantener un mínimo de confianza conmigo. Eventualmente interrumpió su tratamiento y decidió continuarlo con una terapeuta mujer. Creo que en el fondo esta decisión implica y representa un cierto progreso ya que ha podido escoger a una mujer para depositar su confianza.

§3

Voy a escribir esta porquería, toda esta basura para que la lea el coño de su madre de Lander. Son las seis de la tarde y es sábado. Aquí me encuentro recordando lo que he pensado, claro no todo, durante el día de hoy. Regresaba de estar donde trabaja Luisa y venía en un por puesto. A mi lado venía un tipo moviendo los dedos al compás de una canción que sonaba en la radio. Yo pensaba que él venía nervioso por mi presencia y que en cualquier momento iba a hacer la argolla con los dedos. Que se me iba a ofrecer y a bajar donde yo me quedara. Como hoy estoy solo en el apartamento le iba a decir que viniéramos aquí. --Casi tengo una erección pensando en esto! Pero me controlé, pensé que ya estaba harto de ponerles mis conflictos a otros. Sí, tenía que ser un error, ese tipo no podía ser marico. Así pues él se bajó en Chaquito. Llegué al apartamento y me acosté en la cama a pensar si no sería mejor matarme. Pensaba en cómo sería mejor hacerlo y en cómo se detendría así el tiempo. De pronto sentí miedo. Pensé que a lo mejor dentro de la urna aún estaría consciente. De repente sentí mucho calor y necesidad de gritar. Así lo acabo de hacer antes de comenzar a escribir esto. Sentía un dolor y un quejido muy profundo. --Ay! --Ay! --Ay! Menos mal que estoy solo y lo

pude hacer. El día de hoy lo he pasado aquí solo. Tuve miedo de ir a la playa con mi familia. Miedo de ir allá y repetir experiencias que ahora califico de auto-frustrantes. De meterme en un baño y sentarme en una poceta a mirar por las rendijas de los tabiques el pipí de los tipos que entran al baño a orinar. Sí, miedo de ir y de volver a hacer eso. Miedo de excitarme y de masturbarme. Miedo de sentarme a esperar que a alguien que estuviera orinando se le parara y se hiciera allí mismo la paja. Mirando me surgen los deseos de hacérmela yo también. --Coño de la madre casi estoy excitado ahora mismo! -- Que rabia! No se nada, pero lo que sí se es que toda esta tortura y sufrimiento tienen que terminar. Tengo que ver la luz de alguna forma. Estoy harto de ser infeliz, de fumar cigarrillos y de ser estúpido. Quiero vivir y ser feliz. Estar en paz conmigo mismo y con los demás. Casarme y tener hijos, saberlos criar para que nunca pasen lo que yo he pasado, ni tengan problemas similares. Yo tengo derecho a eso. Tengo que romper estas cadenas de mierda que me tienen atado. --Hasta cuando!

He salido a comer y a tomar un poco de fresco. Me fui caminando hasta la avenida pensando que yo no servía para nada, que debía cortarme las bolas. Un por puesto se detuvo y casi se iba pues yo distraído no le hice señas. Pegué un grito llamándolo angustiosamente y se detuvo. No se de donde me salió, era como pidiendo auxilio. Quería montarme en un carro y ver todo al pasar, no pensar y no perseguirme más. Al regresar, cuando subía en el ascensor también subía el tipo de la limpieza del edificio y de pronto casi tuve una erección. Llegué pronto al piso, me bajé y respiré aliviado. Creo que hoy he segregado más adrenalina que en toda mi vida. Todo el día con escalofríos y con las manos sudadas. Coño, quisiera morir o estar en un sitio donde me cuiden como a un niño, donde me hagan sentir bien e importante. Como no le importo a nadie y como nadie me va a cuidar como si fuera un niño, creo que será mejor matarme. Esto es horrible. Es una neurosis galopante que detengo sólo por momentos: a la espera de un castigo y la persecución que no me deja quieto. También están mi necesidades sexuales desde hace ocho años que quisiera ya estar bien para poder satisfacerlas. Hay un sentimiento negativo de que me

han jodido demasiado. Deseos de vengarme y de matar a alguien. Como no puedo matar a nadie me surgen los deseos de destruirme. Oleadas de rubor cubren mis mejillas. --Que vergüenza!

Todo comenzó cuando en Septiembre, antes de venir a Caracas, quería convencer a mamá y a papá de que yo no estaba bien. Estaba lo que pasó con Paco. Todo el mundo lo iba a saber, todo se me hundía. Quería ir a un seminario a esconderme del mundo y a reflexionar sobre mi vida por un tiempo. Liliana me había hablado de un grupo de amigos que se reunían para conversar de sus problemas como lo hacemos ahora en la terapia. De allí vino la idea de buscar a alguien que me ayudara. Papá sugirió la idea de que fuera donde tío Luis quien tuvo problemas parecidos, pero no me gustó eso. Así caí en los quince días que tuve en cama, con una depresión espantosa. Mis energías vitales cayeron totalmente. Y eso que yo siempre creí tener cara para todo, un vigor y un reto ante cualquier cosa. Pensaba si Paco se había dado cuenta o no. Trataba de entender mi amistad con él y de escudriñar en mi pasado desde que nos hicimos compañeros inseparables. El era mi salvación. Al mismo tiempo que fumaba y tomaba café en exceso me enredé más y más. Caí en fantasías homosexuales, viendo gente con problemas de este tipo en todas partes y sintiéndome perseguido. ¿Culpa? Si, por haber dañado mi amistad con Paco. Mis padres ya no creían en mí desde que mi hermana se casó. Me achacaron culpas por no haberla cuidado y no haber delatado su drogadicción y su noviazgo clandestino con Carlos desde el principio. Como no creían en mí, me daba risa y me encerraba a oír música. Yo que siempre me enfurecía como un animal si me acusaban injustamente, pasé a reírme hasta cuando me acusaban sin motivo y a sentir miedo por cualquier nimiedad. Dolor y miedo por los hombres. Dolor por la necesidad de su compañía para aprender comportamientos. Miedo a tener eyaculaciones espontáneas como me sucedió estudiando con Paco, tres veces. Esta es mi realidad, aunque he descubierto que el miedo siempre estuvo allí, desde hace muchos años. ¿Seré marico? ¿Qué me pasa? ¿Por qué veo las braguetas de los hombres? Recuerdo que fue Jorge quien me habló de los penes grandes y de lo importante que era tener un

pene grande cuando yo apenas tenía doce años. Ahora se que el miedo a la vagina viene de allí también. Me decía: --Mucho cuidado en la precisión a la hora de la penetración! Esto también me asustó. Al igual que cuando él me decía que mi pene era muy pequeño. Siguiendo sus instrucciones comencé a masturbarme como loco, para que me creciera. A pesar que siempre creí y creo que la masturbación era mala. Pensaba que si no me la hubiera hecho tanto a lo mejor habría sacado mejores notas en los exámenes.

Luego me vine a Caracas. Tenía miedo a todo. Pensaba: ¿Qué tendré? ¿Podrá alguien ayudarme? ¿Seré marico? Una noche estando en el hotel leí en una revista que el complejo de Edipo podía ser la causa de mis problemas. Esa noche me masturbé con fantasías homosexuales. En esos días tenía esperanzas de curarme con la terapia. También deseos de destruirme porque ya ni siquiera mis padres creían en mí. Cuando comencé la terapia me aliviaba el considerarme un caso interesante, casi hasta digno de ser estudiado por muchos psiquiatras. Me entró luego una loquera, --el tenebroso mundo del inconsciente! y cosas así. En medio de las nebulosas esperaba encontrar en el grupo una mujer suave y cariñosa, para acostarme con ella ¿que ingenuo! A la vez miedo y vergüenza de contar en el grupo mis cosas tan feas. Miedo de que lo que pudiera oír me hiciera daño. Y miedo de regresar a mi casa. Y miedo a todo. Matilde me dijo una vez en que le hablé de mi miedo a caer otra vez en fantasías homosexuales, que no importaba ya ahora estaba en el tratamiento. Tú no me regañaste como yo me lo esperaba. Y yo de bobo creí que podía tener todas las fantasías que se me ocurrieran. De una vez y por todas. Y ahora mismo estoy más asustado que nunca. Lo que me pasa en realidad, es que estoy atormentado por todas las fantasías homosexuales que he tenido y que no quería recordar. Y acosado por el temor y la certidumbre de volverlas a tener. Horror! De repente recuerdo que las niñas de Esteban querían que yo jugara con ellas. Y todos los penes que me atormentaban se los proyectaba a ellas. Y yo creyendo que las deseaba. En realidad no sucedía tal cosa. Sentía deseos de hablar eso con alguien, para entonces no me atrevía de hablar eso con nadie, ni contigo.

La tonta explicación que en aquel momento yo encontré, era que estaba regresando a mi niñez y que allí las cosas habían sido así. Quisiera algún día llegar a ser y decir cómo son las cosas a voz en cuello. Eso sí que me gustaría! y ser capaz de comprender a los demás, sin juzgarlos. Y a mí mismo! Esto debe ser así, por todo lo que estoy pasando. El sufrimiento solitario de muchos años, oyendo chistes sobre los homosexuales y tragando cosas que ya empiezo a ver como innecesarias. Algo muy bueno me quedó del trabajo de ayer en el grupo. Me refiero al trabajo que hice con el espejo. Sentí intensamente cuando gritaba, viéndome de cuerpo entero en el espejo y agarrándome los genitales con las manos. Gritaba y Gritaba: --soy un hombre! --soy un hombre! Sentí un hormigueo intenso en el escroto --de satisfacción! Incluso siento ese hormigueo cuando pienso cosas que me hacen sentir satisfecho de mí mismo. Cuando me siento yo mismo, el disfrutar de algo que me gusta, sólo por eso --porque me gusta-- siento un hormigueo intenso en la cabeza. Como si naciera en esos momentos. Me dan unas ganas infinitas de llorar y quejarme. Pero no puedo, aquí todos duermen ahora, menos yo.

Comentarios.

Este es un hombre joven, inteligente y bien parecido, atormentado por una serie de conflictos aparentemente de naturaleza homosexual. Digo aparentemente porque sus problemas sexuales no son realmente el centro de su sufrimiento. Sus preocupaciones y sus angustias sexuales representan el sufrimiento de no sentir unificados los elementos básicos de su personalidad. Ante la vivencia de fragmentación mental él recurre a la búsqueda de un pene que lo quiera y lo ayude. Es decir, de un padre que lo salve. Las relaciones tempranas con su madre -en los primeros dos años de su vida- fueron muy atormentadas. Su madre misma tenía una estructura mental psicótica incapaz de poder contener -ofrecer continencia- a las ansiedades de su niño/bebé, dificultándole el poder asimilar y metabolizar las ansiedades normales de este período de la vida. Entonces surge el padre, figura un poco más sana pero desgraciadamente ausente en forma periódica, a quien el niño/bebé busca desesperadamente para po-

der desarrollar un sentimiento de identidad/persona y luego uno de identidad/sexual. Desafortunadamente este padre al no poder tolerar la convivencia con esta madre psicótica, se ausentaba por largos días, haciendo imposible que este niño/bebé pudiera encontrar en él un continente adecuado para sus ansiedades confusionales y poder comenzar a unificar las distintas partes de su mente de niño. Esta fue una búsqueda parcialmente infructuosa. El deseo del pene, era el deseo de su padre. La búsqueda del pene, era la búsqueda de su padre. En los momentos de más angustias, la masturbación con fantasías homosexuales le ofrece un refugio momentáneo.

El rechazo familiar a la homosexualidad introdujo un nuevo elemento. En sus deseos de ser aceptado y querido por la familia, se une a este repudio y rechazo a sus propios deseos del falo confundido con deseos homosexuales. El niño pre-adolescente surge así, debido a la misma situación de caos pre-edípico, como un niño inseguro, confuso, aislado socialmente y atormentado. Su relación con los compañeros de escuela es por lo tanto imposible y la crisis adolescente iba a significar una intensificación y actualización de todas estas confusiones y ansiedades. Lo más importante para él era conquistar una identidad/persona y una identidad/sexual. Por eso dice que la relación con Paco era su salvación. Con Paco podía tener una nueva identificación, con Paco podía aprender a ser hombre. Desgraciadamente estas relaciones estuvieron erotizadas y ante la conquista de lo imposible, -el pene del padre- ocurría una erección y eyaculación espontánea, convirtiendo estas relaciones, que eventualmente pudieron ser identificatorias, en algo sexual, culposo y rechazable. En la relación transferencial conmigo tenía que suceder algo similar. Verme como a un padre/deseado. Querer ser como yo, y eventualmente, sentirse hombre -identidad sexual-. Pero también iba a ocurrir la erotización. En esta oportunidad, al interpretarle su amor por mí y su deseo de mi pene como un deseo de tener el amor del padre/sano, que lo ayuda y comprende, permitió un lento y progresivo avance en la unificación de su mente fragmentada y confusa.

El temor a la mujer y a la vagina que puede destruirlo, se explica por el temor a la relación de intimidad con la madre que fue percibida como peligrosa y dañina. Esto hizo surgir en mí ciertas dudas en relación a cual sería la escogencia definitiva de objeto sexual para la entrega y la satisfacción del amor genital. Si se resolvía este drama de temor y desconfianza como la mujer/madre, era posible entonces que escogiera como objeto de entrega y satisfacción a una mujer. Si no, escogería a un hombre.

§4

No se que va a ser de mí. Yo quise mucho a Marta y aún la quiero. Todo me la recuerda y todo lo quiero compartir con ella, especialmente las cosas buenas que me pasan. Ya no me provoca seguir viviendo. Quisiera encerrarme y no tener ningún tipo de futuro --el único futuro que me interesa no lo puedo tener! No la puedo olvidar y sólo me queda taparla. Taparla de día con el trabajo y de noche saliendo con otras --pero, qué otras, si ninguna se compara! además es muy difícil para mí tener una relación sincera con ninguna mujer. Pareciera que lo que quiero es sexo. El sexo me borra todo tipo de recuerdos, me sirve de alivio y de olvido. Sigo teniendo más éxito con las mujeres feas. Las que me recuerdan a la mujer de servicio de mi infancia, que tantas caricias sexuales me hizo, por tantos años. Las mujeres bonitas que me recuerdan a mi madre, las temo y no las puedo tratar. Eso es lo que yo más quisiera. ¿Qué hago? ¿Qué es la vida? ¿Qué es ser adulto? Creo que mi amor por los niños es porque dentro de mí el niño es mi parte más sincera. Estoy completamente desorientado y lo peor es que no quiero orientarme. La masturbación me distrae, me alivia y me da ánimos hasta la próxima vez. El uso de una mujer fea o de cualquiera de mis masajistas, no es sino una variación en mi sistema de masturbarme. Esto es contradictorio porque a la vez que me alivia, la eyaculación me hace sentir culpable y me quita energías para luchar, para comunicarme y para buscar una relación con una mujer bonita. Es increíble como yo vivo derrotándome por cualquier cosa. Ya sea porque me digan que soy chiquito o pequeño, porque me digan sucio o despeinado o porque me digan desorganizado y flojo. A veces con una sola mi-

rada me dicen: --no voy contigo! Es difícil para mí entender y aceptar que lo que me pasó con Marta fue una conclusión lógica de mi vida y de mi personalidad. Conocerla, acercármele y llegar a enamorarla, me parecen logros increíbles para mí. Tuve la suerte de que ella gustó de mí desde el primer momento y de que ella estaba desilusionada de los hombres y no tenía pretendientes. Lo que sí es claro y terrible es que nuestras relaciones sexuales desde el primer momento fueron destructivas para ambos y que mi derrotismo salió a prevalecer en mis actuaciones. Toda mi crueldad sólo consiguió alejarla cada vez más.

Hoy es domingo y estoy aquí solo en mi apartamento. Como siempre, oscilando entre la tristeza y mis ensueños. A ratos tengo fantasías sexuales con Marta y deseos de masturbarme. Quisiera escribirte sobre una conversación imaginaria que estoy teniendo ahora con Marta. En esta conversación le digo lo siguiente: "Ha pasado ya un año de nuestra separación y quisiera contarte cómo veo las cosas ahora. "Primero me preguntarás por qué insisto tanto en comunicarme contigo. ¿Por qué no te dejo de una vez? ¿Por qué no me resigno a que tu no quieres oír de mí? ¿O, por qué no acepto que todo ha terminado entre los dos y que ya es hora de poner la vista hacia adelante, hacia otros rumbos?" A esto te contesto que tu fuiste y eres todavía una verdadera compañera y amiga con quien yo podía compartir un mundo inmenso de cosas que pasaban. Claro está que yo buscaba en ti una gran madre cariñosa que nunca tuve. Y que tu buscabas en mí un padre que tampoco tuviste. Desgraciadamente todo se dañó por mi rabia contra la mujer y por mi deseo de venganza por la falta que me hizo mi madre desde pequeño. Acompañado por la injusticia de lo que creí era el cariño verdadero, pero eran las caricias sexuales de una mujer que no era mi madre y lo cual nunca nadie me explicó. Aún más, creo que mi verdadera madre siempre me juzgó culpable de pecado. Siento que me vio toda su vida a través de una mirada acusadora. "En consecuencia, reconozco que lo que tu has debido recibir de mí a través de mis miradas acusadoras, actos de desprecio, rabias vengativas y deseos de destruirte, era una cruel y vil destrucción preconcebida y planeada dentro de mí, con el

propósito ulterior de buscar mi propia destrucción. Creo que todo esto viene porque desde niño mi madre, o mi propia locura, me encontró culpable y me condenó a crecer sin el cariño sincero de una madre, ni de nadie. "Es irónico que la fuerza que nos unió es también la fuerza que nos separó. Si, es irónico y doloroso y me pone a pensar mucho cómo son las cosas. "Pero tu vuelves a insistir y me dices qué gano yo con echármelas ahora de psiquiatra, con tratar de analizar toda mi vida y que por favor no extienda mis nuevas teorías hacia ti, que no te toque, ni te hable, ni te escriba, ni haga ninguna locura de esas que yo sólo puedo inventar. "Sobre todo que me de cuenta que entre tu y yo todo se acabó, finish, caput, zero, nada de allá par acá, ni a la inversa, punto, stop, no más, finish. STOP.

--Ay Marta! para qué vamos a hablar de sentimientos, ¿por ejemplo del amor? ¿Qué es este sentimiento? ¿Qué quiero sentir yo con una mujer? --No lo se! a veces pienso que no estoy contento aquí solo en mi apartamento. ¿Y quién dice que no estoy contento? Estoy libre. Disfruto del "Midnight-Special" en la televisión, con esas canciones tan bonitas que me agradan. Ya viví una hora con las aventuras de Kojak y salí a visitar a mis amigos. "¿Qué me hace falta? Dicen que la compañera hace falta. ¿Pero, para qué? ¿para los sociales? ¿para tener hijos? ¿para tener compañía y no hablar con la pared? ¿para las necesidades sexuales? ¿para ser cocinera? ¿para tener alguien con quien pelear? "De mi época de casado o digamos, de cuando yo estaba enamorado, habían momentos donde algo agradable se movía dentro de mí. Un sentimiento de alegría. Hoy puedo recordar estos momentos como si dentro de mí tomara una fotografía para poder ver esa escena. Yo sabía que estos momentos de alegría no me eran permitidos, los grababa en mi mente para repetirlos en la noche y así poder dormir. "Me pregunto si habrá alguien así como yo, quizás una mujer que me acepte como soy y me quiera así, porque entonces podría cultivar esos momentos pensando que me son permitidos y que son una realidad. Podría disfrutarlos y tener derecho a ellos. Aprendería a no destruir esta relación.

Comentarios

Este material corresponde al final del primer año de la terapia de un hombre solitario, excepcionalmente inteligente, derrotista y en cierto sentido huérfano. Su madre había sufrido durante los primeros años de su infancia, un severo estado melancólico que obligó a que para su sobrevivencia fuera criado por una cargadora, quien eventualmente erotizaría a nivel genital el vínculo amoroso. Su padre era desgraciadamente un ausente.

A los nueve años fue enviado interno a otro país, para continuar su educación. Esto completó su vivencia y sensación de orfandad, en donde él percibe que la madre que es la --mujer bonita-- no lo quiere y lo rechaza y la cargadora, madre sustituta que es la --mujer fea-- lo acepta incestuosamente para realizar distintos juegos sexuales con él. La visión de sí mismo es la de un hombre rechazado, que no entiende en qué consisten y cómo son las relaciones humanas. Ni qué es el amor, el afecto y la confianza en el otro. Sólo sabe que él puede ser aceptable a través de convertirse en un objeto sexual. Sus relaciones con las mujeres quedaron divididas en dos tipos, las feas y las bonitas. Sus relaciones con las mujeres feas que representaban a la madre sustituta: la --cargadora-- eran más fáciles y eran principalmente para un intercambio sexual y sentirse aceptado. Eran relaciones a nivel de objeto parcial. Con las otras mujeres tipo madre bonita la relación era muy interferida, sentía que le decían con la mirada: --contigo no voy! Por eso en la relación con su esposa, quien él consideraba que pertenecía al tipo madre bonita, presentó tantas dificultades desde un primer momento. No comprendía como ella se había fijado en él. Dice que ella gustó de él --un hombre extraño-- porque estaba desilusionada de los hombres y no tenía pretendientes. Las relaciones sexuales con ella tenían que ser destructivas, porque para él las relaciones sexuales eran sólo el vínculo incestuoso y culposo con la madre sustituta. No sabía cómo darse satisfactoriamente con la madre bonita. Esto se hacía más claro cuando él hablaba de su estilo masturbatorio que consistía en acostarse en el suelo y en erección introducir el pene en el desagüe del piso del baño. Este era un coito doloroso, frío e inhumano con

la madre tierra. A la vez con un objeto erótico sin vida humana.

Las relaciones con su esposa estaban por lo tanto desde un primer momento muy interferidas. Él no sabía, ni comprendía en qué consistía su vida sexual. ¿Por qué separaba a las mujeres feas y bonitas? ¿Por qué su estilo de masturbación tan particular? ¿Por qué su incapacidad para una entrega sexual y genital satisfactoria con su esposa? La separación y los trámites de divorcio produjeron un nuevo fenómeno que fue lo que precipitó la necesidad de tratamiento. Su esposa representaba el vínculo con la madre/bonita a quien siempre anheló. Su relación con ella fue de naturaleza infantil, sin capacidad genital. Separarse de ella era revivir nuevamente la separación y pérdida de la madre original, a la vez significaba perderse otra vez en el caos y en el abandono de la orfandad. Prácticamente era como enloquecer. Separarse de ella, de la madre bonita era imposible. Por eso surge en él un intenso estado de confusión y sufrimiento con la idea de ser un monstruo sexual, de haber dañado su vida y de haberse destruido. Naturalmente que los deseos suicidas eran diarios. A la vez su caos y confusión mental le limitaban e incapacitaban para trabajar en forma efectiva. Su sufrimiento, motivación y deseos de ayuda eran tan fuertes que facilitaron mucho las fases iniciales del tratamiento. En la relación transferencial yo surgía como una madre/bonita, con la cual él quería relacionarse y que yo lo atendiera cariñosamente como a un niño/bebé. Sus temores eran de que yo lo despreciara, lo rechazara y no lo atendiera. Al interpretar estos contenidos transferenciales comenzó a comprender y a revivir la naturaleza de su drama de infancia. La confusión mental empezó a desaparecer rápidamente. En otros momentos me percibía en la relación transferencial como la madre/sustituta, con los deseos de erotizar el vínculo para que yo como madre/sustituta lo quisiera. El interpretar estos elementos transferenciales provocaba intensos estados regresivos intra-sesión. A su vez esto permitió descubrir todos los elementos de gratitud y afecto que él tenía por esta madre/sustituta quien representaba el único afecto que había recibido en su temprana infancia. Ese cariño, erotizado incestuosamente fue lo único que él tuvo en esos

largos años de orfandad en el extranjero, del cual se agarraba en las fantasías de su masturbación con el desagüe del baño que representaba a la cargadora que lo bañaba y lo acariciaba amorosamente.

§5

Ahora estoy en mi apartamento, pensando en la sesión de esta tarde. Antes de ir al grupo me encontraba muy metida dentro de mí misma viendo un álbum de fotografías de mi infancia. Allí vi una fotografía de mi tía Ana y recordé que yo quería ser como ella. Es una foto en el jardín, en la casa de mi abuelo. En esa casa yo me sentía como una pequeña reina. Estaba tan metida dentro de mí que sentía como mi tía Ana me cuidaba, me peinaba y me enseñaba a cantar. Para el matrimonio de ella me estaban haciendo un lindo vestido azul. Se que iba a llevar las arras que estaban en la mesa del comedor de mi abuela ---Que contenta estoy! --Pero me siento horrible! Me doy cuenta que no puedo recordar la casa donde vivía con mis padres. Es como si no hubiera vivido nunca con ellos. Trato de recordar y lo logro sólo por breves momentos. Ahora estoy viendo las fotografías donde están ellos. Me da vergüenza que tú veas las fotos de mi madre y me da miedo que veas las de mi padre. Todos estos pensamientos hacen que la cabeza me de vueltas, siento que la tengo muy llena. Cuando salía para el grupo se me perdieron las llaves, también perdí la noción del tiempo. Cuando finalmente iba en el carro sentí muchos deseos de llorar y así lo hice. --Al fin llegué! Ahora estoy en el grupo --en un rincón-- me duele la cabeza y me siento muy aturdida. No estoy atenta a lo que ocurre y sigo pensando en mi familia. De repente decido sacar las fotografías que escogí y mostrártelas. Esto me da mucho miedo porque en ellas está papá y temo que tu lo veas, sin embargo las traje porque quiero mostrártelas.

De repente me recuerdo y me he puesto a hablar de un sueño que tuve anoche contigo. Soñé que yo decía que tu eras muy hermoso y que no tenías arrugas, entonces alguien me dice que tu eras un viejo calvo a quien le habían hecho injertos en el pelo y que tu tenías un secreto para no tener arrugas. En el sueño te veo la marca de los

injertos en el pelo y pienso en un señor mayor, calvo y con los ojos chiquitos. --Por Dios! esa es la imagen de mi padre y entonces en el grupo comienzo a gritar: --tú no me gustas! --mi mamá se va contigo! --tú te la llevas! Estoy acostada en el colchón y de repente recuerdo otro sueño de ayer: estaba desnuda en una cama con tres compañeras del grupo, haciendo el amor. Al hablar de esto me llega inmediatamente un flash de papá y mamá. Ellos están en una cama, mi papá sobre ella, los puedo oír y a ella le gusta estar con él. Oigo que ella hace muchos ruidos de placer. ¿Cómo es que ella se va con él y me deja a mí sola? ¿Cómo es que ella puede expresar tanto placer con él y ser tan inexpresiva conmigo? Ahora mismo, escribiendo todo esto, me siento muy excitada.

Creo que desde esa época empecé a masturbarme. Siempre me masturbaba pensando en esa misma escena. Hoy en día casi no lo hago y cuando lo hago -no se por qué- me pongo a llorar desesperadamente. Yo recuerdo que cuando los oía coger, yo quería hacer lo mismo y estar allí con ellos. Yo sé que la quiero a ella toda para mí, pero no puedo sentirla. En este momento quisiera morirme. Me siento tan frágil que cualquier expresión de amor y afecto me podría asfixiar. Tendría que recibirlo muy poco a poco, hasta poder tolerarlo. Me siento como un bebé.

Comentarios.

Esta sesión corresponde al inicio del tercer año de tratamiento de esta bella e inteligente mujer de veintiocho años de edad. Había comenzado terapia en un estado de desorganización y fragmentación mental con intensas ansiedades paranoides e intensa actividad sexual de características promiscuas e irresponsables. La pérdida de su madre le había resultado intolerable, sólo que había logrado mantener una relativa integridad mental durante unos meses ayudados por el vínculo estrecho y de características simbióticas con su novio. Cuando éste se separa de ella, el abandono y la sensación de vacío y pánico fue intolerable, produciéndose el progresivo estado de fragmentación con ansiedad intensa, episodios de promiscuidad e ideas paranoicas. Como se ve en este frag-

mento de sesión, la relación de esta mujer con su madre fue exageradamente ambivalente y la relación con el padre aparece como a un objeto deseado y a la vez temido. Este hombre había sido muy indiferente durante su infancia. Su vergüenza a mostrarme sus objetos internos dañados, como si al darme cuenta de lo que ella tiene dentro de su mente, yo iría entonces a despreciarla, ponerme indiferente y a no/quererla. Por eso su ansiedad es tan intensa y siente que la cabeza le da vueltas y que se le llena. Pierde así la noción del tiempo y del espacio – todo esto le hizo que perdiera las llaves.

En el grupo se encuentra en un rincón muy aislado y en una actitud que yo entiendo como autística metida dentro de sus propios objetos internos -padre y madre-. Por eso la asociación del primer sueño, que es un sueño con sus padres internos. El soñar conmigo como un viejo calvo -como su padre- pero mejorado ya que me habían hecho injertos en el pelo y tener un secreto para no tener arrugas, representa una forma de disfrazarme debido al terror de verme como si fuera su padre, a quien le une un intenso vínculo doble de miedo y de deseos de ser aceptada y querida por él. Dicho de otra manera, sentirse deseada por su padre, pero a quien teme intensamente. El querer mejorarme con los injertos tiene también el propósito de mantenerme idealizado e inaccesible. Ahora bien, ante el miedo a esta relación transferencial positiva y cariñosa -a padre- y a la cual teme por ser de naturaleza incestuosa -incluyendo el temor a la retaliación de la madre- ella prefiere la relación incestuosa con la mujer/madre, expresada en la asociación que siguió y que fue la asociación del segundo sueño donde realiza el coito con tres mujeres del grupo. Al meterse en este material se produjo una nueva asociación que fue la de la escena primaria en donde ella desea estar incluida y en donde el rival es el padre -un rival por la madre-. Pareciera que ella se encuentra identificada con el padre y con una escogencia de objeto sexual femenino: la madre. Dice muy claro que la quiere -toda para ella- pero no la puede sentir ni disfrutar. Esto le produce pánico y desea morir. Yo creo que lo que ella desea es tener a la madre a un nivel oral, protector, cariñoso. Como un objeto que la protege y le da amor. Y no a un nivel genital como lo ubica

su estado de confusión. Por eso entiendo cuando ella dice que se siente frágil, débil y que cualquier expresión de amor podría asfixiarla. Sólo podría recibir amor muy poco a poco, a un nivel de madre/pecho con su pequeño bebé.

Por lo pronto su identidad/persona parece estar firmemente establecida, no así su identidad/sexual, que oscila entre ser un varoncito como su padre o una hembrita como su madre. Cualquier actividad genital en estas condiciones es completamente fuera de tiempo y de ocurrir representaría sólo una genitalización de la oralidad. Serían relaciones genitales con un objeto parcial, donde el pene representaría al pecho materno. Esta situación puede evolucionar favorablemente cuando ella integre los distintos aspectos disociados de su personalidad, adquiera una identidad/sexual estable e incorpore su genitalidad a un nivel adulto.

§6

Estoy de acuerdo contigo que la sesión de ayer fue muy importante. En primer lugar me sirvió para analizar más claramente el problema con Marcos. Aunque no lo creas, para mí hablar es útil. Me ayuda a comprender. Anoche la conversación con Marcos fue una apertura, pudimos escucharnos y tratar de entender qué pensaba cada uno respecto al asunto. Se aclararon varias cosas, otras no. Lo más importante fue que se rompió la barrera del silencio y volvimos a plantearnos por milésima vez ¿qué esperaba cada uno de la pareja? ¿por qué estábamos juntos? Revisamos la validez de una serie de postulados, que por tácitos se vuelven con el tiempo borroso y casi se olvidan. No todo lo que se dijo fue hermoso, no todo lo que uno dijo al otro lo entendió por completo. Sin embargo fue bueno porque hablamos sin enojo, sin sentir que teníamos que ponernos uno en contra del otro.

Creo que un cambio fundamental en mí es el hecho de que he perdido el miedo. Puedo decir lo que pienso sin temor a perder el afecto de Marcos, sin necesidad de agradarle o de coincidir con él para que no se enoje. Eso le da un tono mucho más honesto a la discusión. Marcos dijo algo que también habías dicho tú en la sesión. Que él

sentía que nuestra pareja era una bomba de tiempo, una cosa en constante peligro. Yo le contesté que afortunadamente es así. Además creo que cualquier pareja consciente es una pareja en peligro. El cuestionamiento, la duda, la pregunta, me parecen ventajas y no defectos. Las parejas que nunca se cuestionan a sí mismas están muertas. Le repetí a Marcos lo que te dije en el grupo. Que yo sólo accedo a estar en pareja en la medida en que esa unión me resulte gratificante y plena. El día que yo sienta que estoy a su lado sólo por afecto, por los hijos, o por mantener una situación más o menos cómoda, voy a separarme. Ahí radica el peligro y también la conciencia. Volví a concluir que nuestros objetivos no son del todo comunes, para Marcos es fundamental la tranquilidad y la familia. Para mí, la intensidad. Creo que esto no se puede cambiar, es parte de la personalidad de cada uno. Sin embargo, no son cosas incompatibles. El epílogo de todo esto fue una cogida magistral.

Volviendo a la sesión, lo que más me jodió de tus interpretaciones fue el enfoque esquemático y unilateral del asunto. Creo que tengo derecho a tener una filosofía de vida propia, que no tiene porque ser la que impone la sociedad. Las reglas establecidas dictan que la pareja y la familia son sagradas. Además el tener una pareja estable es síntoma de salud y eso hay que lograrlo a cualquier costo. Pero yo no pienso del todo así. Creo que la pareja es una alternativa, nada más. Que también se puede vivir solo y tener otro modo de convivir que no sea específicamente el matrimonio. Por otra parte, creo que cada uno tiene una expectativa con respecto a lo que es una buena pareja. Para algunos implica seguridad, estabilidad económica e hijos. Para otros implica amor, sexo y libertad. Esto es algo que proviene de los valores de cada uno y nadie tiene derecho a invadir los valores de los demás e imponerle sus propios patrones de buena-pareja. Mi necesidad de intensidad es tan respetable como la necesidad que otras personas tienen de estabilidad. ¿Por qué una tiene que ser mejor que la otra? ¿Simplemente porque la puta sociedad así lo dice? No olvidemos que esta es la misma sociedad que entroniza valores como el prestigio, el estatus, la virginidad y otras menudencias. Sentía que cuando tú hablabas de mi deseo y necesidad de

estar en el pico de la intensidad, que mi madre siempre fue conformista, mi relación con mi padre que fue tan violenta y la relación con mi hermano que fue tan adorable e incestuosa, sentía que lo hacías en tono de crítica. A pesar de tu Rol de terapeuta, que teóricamente no debe emitir valores, no puedes desprenderte de los tuyos propios que los tienes tan consustanciados con tu propia naturaleza.

Es cierto que aprendo de niña cuales son las cosas buenas y cuales las malas. Pero yo me revelo. Es evidente que soy una rebelde por principio y desafío el orden impuesto y aprendido. Para mí la intensidad es la vida. Y eso no es cuestión de salud o enfermedad. Si para que me consideren sana tengo que apartarme a los dictados de la sociedad, si tengo que plegarme y no rebelarme, si tengo que manejarme con pautas impuestas, entonces nunca me darás de alta. Como pienso desde hace años, la parte negativa de la terapia es la parte adaptadora, la que trata de integrar el individuo a la sociedad para que deje de cuestionar y de revolucionar. Por ejemplo, hacer heterosexuales a los homosexuales. Y eso me jode. La parte positiva es la ayuda en el auto-conocimiento. Creo que estos elementos de conocimiento que me da la terapia, tengo que instrumentarlos como más me convenga. Tengo que tener mucho cuidado porque la terapia es muy sutil, más aún que la educación convencional, la religión y otras formas de avasallamiento de la personalidad. El grupo me decía que me encontraba muy cerrada, muy defendida. Que intelectualizaba demasiado. En todo lo que dijeron había un deje de envidia. Se sintieron inferiores, simplemente porque saben que carecen del nivel intelectual como para entender lo que yo decía o hacer planteos similares. Para ellas expresarse a través de las emociones es mucho más fácil, está más al alcance de sus posibilidades. En mí conviven las dos cosas: soy perfectamente capaz de sentir y de expresar emociones, de reconocerlas y de vivir con ellas. También puedo pensar y funcionar a través de mi intelecto, que es una parte mía que amo y que creo tan respetable como la otra. El prejuicio de la emoción sobre la razón es tan perjudicial como el de la razón sobre la emoción. Mi hablar no es sólo un intento de encubrimiento, sino también de descubri-

miento. Creo que no me comprendiste. Que nadie me comprendió, todos trataron de acomodar lo que yo decía en el molde conocido, para así escapar a la necesidad de entender algo distinto. Creo que soy la oveja negra del grupo, la que se atreve a cuestionar los principios y los métodos y hasta tu autoridad/sagrada. Esto lejos de halagarme me jode mucho. Para mí es importante que veas cuál es mi personalidad-real: no soy una racionalizadora, pajera y negadora. Todo mi dolor y llanto de ayer se debe a cuando me dijiste que yo te sentía como a mi padre atropellador e injusto y que toda mi lucha y rebeldía era para buscar tu amor y aceptación. Que te dieras cuenta que yo era mejor que mi madre, activa, cuestionadora y rebelde. Contigo, como si fueras mi padre en el túnel del tiempo, ya trataba de que me quisieras, desplegando lo que creo es lo mejor de mí. No se por qué me moviste tanto dolor --tanto! Lloré como nunca. Creo que en el fondo tienes razón. Las hermanas del grupo me dieron mucha rabia porque las sentí de tu lado. Además no te quiero compartir.

Comentarios

En este caso sólo me limitaré a comentar sobre la naturaleza de la situación transferencial en esta brillante y estimulante mujer de veintiséis años y sobre su intenso deseo de cuestionar permanentemente la vigencia de los vínculos de pareja. Tanto con su pareja matrimonial como con su terapeuta/pareja surge en ella la necesidad compulsiva de cuestionar y dudar de la presencia y realidad del vínculo, como si permanentemente es necesario ponerlo al borde de la disolución para poder percibirlo como valioso o real.

Su madre había sido una mujer pasiva, adaptada y lo que fue peor aún, resignada. Esto fue particularmente doloroso para ella por el siguiente motivo: su padre había sido un hombre violento y a la vez profundamente deseado por ella, pero ella pensaba que su padre había sido así de inaccesible debido a la pasividad de su madre. De allí que desplazó sus deseos incestuosos a su hermano. Yo creo que estas características de su madre explican su rebeldía compulsiva y su rechazo a cualquier actitud que

semeje adaptación o pasividad. Precisamente a esto es a lo que teme secretamente: a su propio núcleo pasivo. Esto también explica su necesidad de estar permanentemente en un pico de intensidad, lo más apartada posible de la resignación y monotonía que había visto en su madre. Por eso que la pareja que no se cuestiona está muerta y que lo más importante para ella es vivir en la intensidad. Por eso su relación transferencial conmigo tenía que ser particularmente intensa, e igual de intensa su relación de rivalidad con el resto de los miembros del grupo. Su deseo, su intensidad y su fuerza están concentrados en que yo la prefiera por encima de todos los otros miembros del grupo -es decir sus hermanos. Yo creo que en el fondo su desafío y su permanente cuestionamiento - además de lo positivo que esto tiene- persigue un propósito más profundo, que es el de llamar la atención de su padre violento, poderoso y sagrado para que la admire y la quiera. Pero esto es un deseo inconsciente por eso el interpretárselo la conmueve tanto y le produce tanto dolor.

Capítulo 12 **LOS MECANISMOS DE LA CURACIÓN**

Creo que un área de nuestra práctica clínica que podríamos explorar con gran beneficio es aquella que está relacionada con la teoría de la cura. Se y es bien conocido, el hecho de que nosotros los psicoanalistas evadimos utilizar el concepto de la curación en nuestro trabajo escrito. Ese temor y el considerar al tema de la cura como algo tabú lo hemos heredado del mismo Freud, quien como todos sabemos no era partidario de la idea de considerar a la curación como un objetivo del análisis.

Masud R. Khan (1974)
The privacy of the self

Ciertamente escribir sobre la cura en Psicoterapia es una tarea difícil y peligrosa. Digo peligrosa porque pueden distorsionarse y mal entenderse las ideas sobre los mecanismos que favorecen el crecimiento mental y la curación. El peligro está en transformar estas ideas en un objetivo del tratamiento. Cosa que no lo son. El verdadero objetivo del tratamiento es la búsqueda de la verdad interna del individuo. Como acertadamente plantea Wilfred Bion (1967), la búsqueda de la verdad es esencial para el crecimiento mental, tanto como el alimento lo es para el crecimiento físico. Sin verdad sobre sí mismo la mente no se desarrolla, muere de inanición. Es una paradoja que el terapeuta, quien dedica su vida a esta profesión tan difícil, tenga que conducir el tratamiento y participar inten-

samente en todos los distintos aspectos del proceso terapéutico, en una forma tal, que él no tenga ningún deseo personal que imponer al paciente y a la vez realizarse a lo largo de su vida como un investigador de los procesos mentales. El terapeuta tiene que estar así, dentro de lo posible en una actitud neutral de no deseo, para entonces, poder escuchar sin prejuicios el material mental que el paciente le va a ofrecer. Freud llamaba a esto la atención flotante. Wilfred Bion se refirió a este mismo problema como la capacidad del terapeuta de poder ubicarse en un punto cero de no/deseo. Esta capacidad sólo se adquiere después de muchos años de análisis personal, ya que al resolver sus conflictos neuróticos, el terapeuta va a estar más o menos libre de necesidades neuróticas inconscientes y de dificultades serias de personalidad que impidan su capacidad de neutralidad ante el material mental que emerge del paciente.

Cuando el terapeuta tiene deseos personales de ser un curador, puede encontrarse en la difícil posición de que su objetivo consciente en el tratamiento sea el de curar a su paciente, va entonces a encontrarse rígidamente fijo y prejuiciado a cumplir este objetivo que naturalmente incluye lo que para el terapeuta es su propio concepto de salud. Sencillamente en la terapia las cosas no son de esta manera. La cura de la neurosis es importante, pero el objetivo es ayudar al paciente a buscar y encontrar aspectos de su propia verdad interior. Encontrar aspectos de esta verdad lo lleva a estados de integración mental, mayor desarrollo, una vivencia de identidad y eventualmente adquirir lo que esa persona en particular considera su curación. En relación con estas ideas recordemos lo que Sigmund Freud escribió el 25 de enero de 1909. Este día Freud escribió una carta a C. G. Jung y allí le decía lo siguiente: "... para salvar mi conciencia siempre me he dicho a mí mismo que por encima de todo no trate de curar, que me conforme con aprender y ganarme la vida. Creo que estos han sido mis propósitos conscientes más útiles en el ejercicio del psicoanálisis..." (60). Aquí Freud

60 Freud, Sigmund (1960), *LETTERS: 1873-1939*, editado por Ernest Freud, Basic Books, New York.

trata de preservar lo más posible su neutralidad, suspender sus propios deseos, llegar a una verdadera atención flotante que es lo que en última instancia va a permitir el análisis de lo inconsciente.

Si el paciente percibe un deseo del terapeuta de curarlo, es posible que al percibir este deseo el paciente llegue a una pseudo curación o falso crecimiento. Esto ocurre así ya que el paciente estaría dispuesto a complacer y satisfacer los deseos del terapeuta/padre o madre. La toma de conciencia de este fenómeno transferencial y resistencial -en caso de que sea así- podría aún representar para el paciente un beneficio, porque adquiriría un pedazo de su propia vida interior. Por eso todas las cosas que ocurren en el proceso de la terapia, si son comprendidas y hechas conscientes se convierten en una ayuda al proceso de la integración mental y del crecimiento psíquico. Como vemos la cura no es el objetivo de la terapia sino un producto secundario a la integración mental y búsqueda de la verdad. Aun así, creo que sí es posible teorizar sobre los mecanismos básicos que operan en el aparato mental para que se logren esta integración y unificación de los distintos aspectos de la mente y que van en última instancia a representar el crecimiento psíquico. En este trabajo me permito proponer cinco mecanismos básicos que considero fundamentales para que se logre progresivamente este crecimiento. Comenzaré por el primero de ellos.

1. El darse cuenta: insight.

El darse cuenta se refiere a la importancia del insight. Este insight -expresión inglesa intraducible- significa la toma de conciencia de aspectos de nuestra propia personalidad generalmente desconocidos para nosotros. Son aspectos de nuestras vidas que han estado sometidos a las fuerzas de la represión y la disociación. Esto se refiere no sólo a ciertas experiencias y vivencias infantiles que fueron ubicadas en el inconsciente por las fuerzas de la represión y/o disociación, sino también a lo pulsional instintivo -prohibido- que no puede, ni ha podido expresarse ni satisfacerse debido a las fuerzas de la censura automática e inconsciente expresión del Super Yo cruel

infantil. El darse/cuenta -insight- significa el conocimiento consciente de algunos aspectos de estos procesos inconscientes. Este conocimiento de lo inconsciente es muy distinto al conocimiento de otros aspectos de la vida. Se refiere al conocimiento consciente de aspectos arcaicos de la mente, ordinariamente inaccesibles en la vida cotidiana. Este fenómeno del darse cuenta, de adquirir nuevos conocimientos de la parte más inaccesible y oculta de nuestra mente, forma parte del trabajo diario de la terapia.

Ahora bien, esto no es tan fácil de lograr porque a la conquista del conocimiento se oponen por lo menos dos enormes fuerzas -una, *la resistencia* y otra *el falso conocimiento*-. El proceso de rescatar aspectos inconscientes de la mente es intensamente doloroso, porque lo reprimido y disociado son en sí mismos aspectos angustiantes que fueron capaces de producir dolor psíquico y por eso fueron disociados, proyectados y reprimidos. Rescatar estos elementos es revivir de nuevo ese dolor psíquico. Por eso la persona resiste al proceso de darse/cuenta porque ese insight va a ser doloroso y angustiante. El trabajo de la pareja terapeuta/paciente va a consistir en ayudar y permitir esta toma de conciencia. A veces la angustia ante el insight surge en ambos miembros de la pareja terapéutica apareciendo una resistencia enorme al insight y al darse/cuenta en ambos: en el terapeuta y en el paciente ⁶¹. Son situaciones en que el dolor psíquico y la angustia es enorme en ambas personas. Sólo progresivamente, a través del proceso de la terapia con la emergencia repetida del conflicto infantil reprimido es que la persona se capacita para tolerar y darse/cuenta de estos aspectos dolorosos de su propia personalidad. La elaboración exitosa de estos aspectos y sentimientos, con la capacidad para tolerar el dolor psíquico que todo esto conlleva, va a consolidar la aparición de mecanismos mentales más maduros como la capacidad para la reparación,

⁶¹ Naturalmente esto representa una actividad neurótica del terapeuta que requiere de mayor análisis personal, simultáneo con sus actividades de terapeuta. Sugiero releer el capítulo #2 sobre "El Proceso".

los nuevos insights, la integración, una mejor discriminación de la realidad y la autonomía. Con frecuencia he observado que desgraciadamente este mecanismo del insight y de la adquisición del conocimiento es muy laborioso y difícil. A veces la persona adquiere un conocimiento de sí mismo que es puramente intelectual. Sabe de su propia neurosis, pero no ocurre ningún cambio en la estructura mental. Ha ocurrido un falso conocimiento. Es decir, un saber que no se sabe. Wilfred Bion lo conceptualiza como "cambio en K" a diferencia del verdadero conocimiento que es el "cambio en O" 62. La K se refiere sólo al intelecto (knowledge), sólo un conocimiento intelectual de sí mismo que es incapaz de producir cambio psíquico ni transformación. El cambio en O (corresponde a la letra O) es profundo, se refiere a lo vivencial, con capacidad para producir transformación psíquica y crecimiento mental.

2. El hacerse/cargo: la revivencia.

El hacerse/cargo se refiere a la revivencia del conflicto infantil reprimido. Con la ayuda del trabajo terapéutico el paciente logra poco a poco sobreponerse al miedo de conocerse a sí mismo. Logra vencer las resistencias que este temor produce. Progresivamente va a lograr el insight y el conocerse a sí mismo. Se acerca a la verdad. A través de este proceso se superan aspectos del falso Yo y cuando se hace/cargo de su verdad crea las condiciones para el surgimiento de su Yo verdadero, sobre lo que se fundamenta el sentimiento y la vivencia de su propia identidad. Como vemos el concepto del insight y el del hacerse/cargo tienen que ver con el conocimiento de sí mismo y están relacionados entre sí. Surgen de las experiencias del paciente en el proceso de la terapia. El hacerse/cargo significa el revivir lo que se ha descubierto. Se trata de una experiencia emocional que está muy relacionada con el insight y con la regresión. Si la persona no se deja ir, permitiendo la regresión, no va a poder revivir lo que en ese momento está descubriendo. No va a poder revivir

sus sentimientos de debilidad, temor, fragilidad y vulnerabilidad de sus conflictos infantiles o sus sentimientos de furia, protesta y odio. O en otro caso los sentimientos de ternura y amor. No se trata de saber-de-sí-mismo, ya que esto no es suficiente para producir transformación y cambio de la estructura mental. Se trata de ser-uno-mismo. De hacerse/cargo de los propios conflictos neuróticos, contradicciones, ambivalencias y temores, en donde el dejarse/ir y la capacidad para regresionar juegan un papel muy importante. La experiencia emocional generalmente es intensa y aparatosa. Los gritos ayudan a intensificar las emociones. Algunas veces no son suficientes y se hace necesario la participación del cuerpo con movimientos y gesticulaciones, buscando la intensificación de la experiencia emocional. Muchas veces todo esto conduce a creer que se trata sólo de una experiencia de catarsis o de descarga de emociones. Al contrario, el grito, los movimientos corporales y las gesticulaciones no son para descargar sino para encontrar y revivir el conflicto infantil reprimido. Los gritos no son de catarsis, sino todo lo contrario para hacerse/cargo. Bion plantea ideas muy similares cuando dice que el saber acerca de sí mismo es parte importante del proceso analítico y que la transformación en "o" (letra o) es algo así como *ser lo que se es* y que por eso, este tipo de transformación es temida y por lo tanto resistida. Dice que los fenómenos resistenciales pueden entenderse como una oposición al peligro que implica el devenir en "o": *ser-uno-mismo, ser-la-propia-verdad*. Sólo las interpretaciones e intervenciones del terapeuta que logren efectuar las transformaciones del saber-acerca-de-algo o *ser-ese-algo*, es decir conocimiento intelectual en "k" a conocimiento en "o", tendrán un efecto de cambio y maduración mental. Estas ideas de Bion coinciden con mi proposición de que la revivencia del conflicto infantil reprimido experimentada emocionalmente de una forma intensa, ayudada por la regresión y la expresión de emociones es fundamental para el cambio y transformación de la estructura mental.

3. *El rescate de lo reprimido: la reconstrucción.*

Fue Freud quien hizo el descubrimiento de que el conflicto psíquico y la fuerza de la represión eran los respon-

sables de la dificultad de recordar el pasado. La explicación que Freud dio a la amnesia infantil -aspecto muy importante de lo reprimido- era de que el olvido de las experiencias de la temprana infancia era debido a la progresiva represión de la sexualidad infantil, que llegaba al máximo de su intensidad en el tercero y cuarto año de la vida (63). La presencia de la amnesia infantil no fue un descubrimiento de Freud, pero ante este fenómeno Freud no se contentó con la explicación basada en la inmadurez funcional del sistema nervioso central, sino que vio en ella la presencia de las fuerzas de la represión, que afectan a la sexualidad infantil y se extienden a la casi totalidad de los acontecimientos de la infancia temprana. La posibilidad de recordar y revivir a través de la regresión terapéutica ciertos hechos -olvidados- de la infancia me hace pensar que no se trata de una dificultad en la fijación de los recuerdos de esa época remota, sino como decía Freud, del efecto de las fuerzas de la represión que cuando es levantada, permite el surgimiento de hechos aparentemente olvidados. Durante el proceso de la terapia, el terapeuta observa y escucha el material mental que el paciente ofrece. La asociación libre en la cual se entrega voluntariamente el paciente, representa el camino más importante por el cual es posible penetrar en el inconsciente. De allí surgirán elementos de lo reprimido, situaciones históricas y emociones reprimidas y disociadas por muchos años. El terapeuta devuelve al paciente a través de la interpretación un intento de comprender lo que le está ocurriendo, le muestra un aspecto de su verdad interna desconocida y por lo tanto tiene un efecto regresionante. En la reconstrucción que es un fenómeno fundamentalmente intelectual el terapeuta ofrece una comprensión más amplia de ese aspecto de su vida mental que ha sido rescatada de la represión. Es de suma importancia señalar que la reconstrucción ocurre en el proceso de la terapia siempre después que el paciente ha revivido y rescatado durante el fenómeno regresivo que ocurre intra sesión, todo el componente afectivo emocio-

63 Freud, Sigmund (1905): *THREE ESSAYS ON THE THEORY OF SEXUALITY*. SE: 7, 173. Hogarth Press. London.

nal de ese aspecto en particular de su mundo interno reprimido. Sólo entonces va a estar preparado para beneficiarse verdaderamente de la reconstrucción. De otra manera el recordar va a encubrir y evitar el revivir, produciendo un falso crecimiento.

En este trabajo de percibir lo inconsciente existen afortunadamente para la pareja terapeuta/paciente al menos dos elementos que ayudan en esta difícil tarea. Me refiero a la *situación transferencial* y a la *compulsión a la repetición*. En la situación transferencial el paciente va a revivir y rescatar, lo que debido a las fuerzas de la resistencia no puede recordar. El terapeuta va a percibir lo transferencial, lo conscientiza y puede así entonces señalarlo a su paciente a través de la interpretación y eventualmente de la reconstrucción. Mientras el paciente no logre revivir intensamente estas situaciones conflictivas, ambivalentes y angustiosas de su mundo interno disociado y reprimido va a estar condenado a repetirlas, hasta que eventualmente en una de esas repeticiones las rescate a través de la revivencia y posteriormente de la reconstrucción y las integre en su Yo consciente. Freud hablaba, cuando se refería a los elementos presentes en el proceso del Análisis, de la necesidad de rellenar las lagunas mnémicas. Naturalmente se estaba refiriendo al rescate de lo reprimido y a la utilidad de conocer la propia biografía a través de la reconstrucción. Este proceso de rescatar lo reprimido y disociado produce indudablemente una expansión del Yo y un enriquecimiento de la personalidad. Se trata de un proceso doble: intelectual y afectivo emocional, en donde la interpretación, la reconstrucción, la regresión terapéutica y la revivencia de lo reprimido están íntimamente ligadas y relacionadas entre sí. Por eso considero que este fenómeno de rescatar lo reprimido constituye uno de los elementos básicos de la curación. Es un elemento en el proceso de la terapia que contribuye a la integración progresiva de las partes disociadas permitiendo así el desarrollo y crecimiento mental.

4. La regresión.

La esencia del proceso terapéutico está en la posibilidad de que entre la pareja terapeuta/paciente se desarro-

lle el fenómeno transferencial. Este fenómeno aparece a medida que el paciente se permite a sí mismo la libre asociación y la progresiva regresión intra sesión (64). La terapia provee un encuadre adecuado en el que el paciente puede regresionar con relativa seguridad. La confianza que le ofrece este encuadre y el continente representado por el espacio mental del terapeuta -*buen holding*- junto con la permanente acción regresionante de las interpretaciones, hace posible la aparición de este fenómeno regresivo tan importante e indispensable para el verdadero progreso de la terapia. Por esto es que uno de los principales efectos de la interpretación en el tratamiento de pacientes neuróticos es el de que contribuye a desarmar sus defensas neuróticas y a facilitar el movimiento regresivo intra sesión. La capacidad para regresionar implica la presencia de un cierto desarrollo del Yo, aunque este desarrollo al que me refiero sea producto de la construcción durante los años de infancia de un Yo/falso. Es obvio que la presencia de una estructura patológica defensiva neurótica de un Yo/falso, implica la presencia de un fracaso en el desarrollo de la vida temprana del niño. El volver a experimentar y revivir esta situación de fracaso a través del fenómeno de la regresión va a permitir descongelar -usando la terminología de Winnicott- esa experiencia traumática y de fracaso que se encuentra ubicada a niveles de desarrollo pre genital y edípico. El paciente al permitirse la revivencia involuntaria de este conflicto infantil reprimido, a través de la regresión, es cuando se le va a hacer posible el rescate y la integración de ese aspecto de su vida temprana disociada y reprimida. Por lo tanto esta regresión terapéutica -al servicio de la cura- está en función de la progresión, del crecimiento mental y de la cura de la neurosis.

5. *Los nuevos introyectos.*

El proceso terapéutico al igual que el proceso analítico puede relacionarse y compararse con el proceso normal de desarrollo de la personalidad. El desarrollo del Yo y del

⁶⁴ Recomiendo releer el capítulo #9 sobre "La regresión".

SuperYo se retoma en cierta forma durante el proceso de la terapia, lográndose mayores niveles de integración, maduración y diferenciación en el aparato mental. Diversos mecanismos mentales y acontecimientos terapéuticos tales como la regresión, el insight, la reconstrucción y la revivencia del conflicto infantil reprimido van a contribuir a la integración, consolidación y enriquecimiento del Yo y a la atenuación y diferenciación en la actividad persecutoria culpabilizante del SuperYo infantil sádico que evoluciona así hacia una nueva ética más madura, adulta y discriminada. La importancia que tiene la introyección del proceso terapéutico y de la persona del terapeuta es una idea que ha sido presentada anteriormente por muchos analistas (Strachey, 1934; Ferenczi, 1920; Alexander, 1950; Balint, 1968; Schafer, 1968; Volkan, 1976; Kernberg, 1970; Loewald, 1960; Giovacchini, 1967 y Boyer, 1971). Sin embargo, a través de los años el fenómeno de la capacidad de introyectar al terapeuta durante el proceso terapéutico, ha sido un tema sumamente controversial y que se presta a malos entendidos.

Quisiera plantear ahora el por qué considero a este mecanismo de --el nuevo introyecto-- como un mecanismo importante en el proceso del desarrollo mental y la cura de la neurosis. Planteo lo siguiente: aquellos pacientes que durante el tratamiento tienen la posibilidad de desarrollar una relación transferencial regresiva (neurosis transferencial) y que por lo tanto reactivan y movilizan las relaciones objetales tempranas que estuvieron presentes en la formación del Yo y del SuperYo, van a proyectarlas y revivirlas en la relación objetal transferencial durante el tratamiento. Naturalmente que esto ocurre así por la permanente presencia de las identificaciones proyectivas de diverso tipo. De esta manera, la tendencia es a que se perpetúen las relaciones objetales transferenciales cargadas de crueldad y persecución debido a la deflexión y proyección del instinto de muerte en el objeto transferencial. La presencia y la acción constante de las interpretaciones en momentos regresivos y progresivos, permiten y facilitan la diferenciación gradual entre el nuevo introyecto/analítico y el introyecto/arcaico. La presencia de este nuevo introyecto "diferenciado" introduce la posibilidad

para una modificación estructural del SuperYo infantil y de algunos aspectos del Yo consciente e inconsciente.

Lo intenso del fenómeno transferencial hace casi inevitable el diálogo interno con la figura del terapeuta. El terapeuta se constituye como una figura interna que en forma oscilatoria -como un péndulo- oscila entre un polo más discriminado y diferenciado de aquel introyecto/arcaico distorsionado y cruel y el otro polo en el que se encuentra casi confundido y fusionado con este introyecto/arcaico. Hay momentos, por lo tanto, en que el objeto transferencial terapeuta es percibido y vivenciado como benigno y cariñoso y en otros momentos como cruel y persecutorio. Es importante subrayar que este mecanismo del nuevo introyecto que implica en algunos momentos la presencia de un objeto bueno interno y en otros un objeto malo, dependiendo del nivel de integración y progreso en que se encuentre en ese momento el paciente, debe ser tomado por el terapeuta con mucha cautela. Digo esto por lo siguiente.

El peligro está en que el terapeuta pueda caer en las tentaciones de seducción del paciente que lo desea convertir en su modelo de salud mental y de sabiduría, sucumbiendo así el terapeuta a sus propias necesidades neuróticas narcisísticas inconscientes. A veces en casos absurdos es el terapeuta el que se fabrica a sí mismo como modelo de salud y de sabiduría, debido a restos neuróticos inconscientes no resueltos en su propio tratamiento. En el caso en que el paciente intente seducir al terapeuta alabando sus grandes cualidades, estamos en presencia de una resistencia. Yo diría que el paciente teme el encuentro con sus objetos internos malos y resiste a este contacto al convertir al terapeuta en un ser ideal: la idealización al servicio de la resistencia. De esta manera quedan disociados y reprimidos todos los aspectos persecutorios y amenazadores de un pasado arcaico terrible. El terapeuta que acepta esta situación transferencial -tal como se le presenta- sin darse cuenta y por lo tanto sin poder interpretar estaría dentro del campo de acción de su propia contra resistencia. Estaría aceptando la idealización sin poder señalar e interpretar lo que está ocurriendo. Por lo tanto, la idea es que el -nuevo intro-

yecto- no significa que el terapeuta es modelo de salud o de madre/padre bueno. Significa que el paciente puede introyectar un objeto analítico bueno, benigno que contribuye a la modificación estructural del aparato mental.

Capítulo 13

LOS RESULTADOS DE LA TERAPIA

¿Hasta qué punto es posible obtener un resultado completo en la terapia? Esto es de gran importancia para mí porque está relacionado con la amnesia de un trauma severo que tuve a los tres años y medio en relación con la muerte de mi hermano Percy, dos análisis exitosos no lograron superarla. Pude resolverlo después en forma inesperada y como efecto post analítico ya que la principal fuerza de la represión había disminuido durante los años de análisis.

*Guntrip, Harry (1985)
Mi experiencia analítica con
Fairbairn y con Winnicott*

He decidido incluir en este capítulo un trabajo extraordinario que Harry Guntrip ha escrito a los setenta años de edad sobre su propia experiencia como paciente en análisis, primero de Ronald Fairbairn y luego de Donald Winnicott. Este es un trabajo poco conocido y a la vez de una riqueza y belleza extraordinaria, en donde Guntrip plantea la naturaleza de la relación terapeuta-paciente (transferencial y contratransferencial), los límites del análisis y la magnitud de los beneficios de la terapia de orientación psicoanalítica. Guntrip escribió este corto trabajo en 1975 y apareció publicado el mismo año en el *International Review of Psychoanalysis*, posteriormente apareció publicado en la *Revista de Psicoanálisis de la APA* en 1981. El lo tituló originalmente "Mi experiencia

analítica con Fairbairn y con Winnicott" con un subtítulo: ¿Hasta qué punto es completo el resultado de la terapia psicoanalítica?

Sin más, quisiera dejarles con el texto original abreviado. Dice Guntrip: ..."No intentaré responder de una manera puramente teórica a la pregunta del subtítulo, pues no creo que la teoría sea el problema principal. La teoría es un sirviente útil pero un mal amo, susceptible de dar origen a ortodoxas de toda clase. Siempre deberíamos utilizarla con cautela y tratar de encontrar maneras de mejorarla a la luz de la práctica terapéutica. La práctica es la que constituye el verdadero núcleo del problema. En última instancia, los buenos terapeutas no nacen sino que se hacen al aprovechar al máximo la formación. Quizá la pregunta ¿hasta qué punto es completo el resultado de la terapia psicoanalítica? nos lleve a este otro interrogante ¿hasta qué punto fue completo el resultado de nuestros propios análisis personales? "Si se aconseja a los analistas que se muestran abiertos a las mejoras post analíticas es quizás porque no esperamos de ningún análisis un resultado completo y definitivo. De ahí que sea necesario conocer los cambios post analíticos para evaluar los verdaderos resultados del análisis. Resulta imposible encarar este problema sólo sobre la base de los registros de nuestros pacientes. Necesariamente, estos son incompletos al cabo del primer análisis, e inexistentes más tarde. Como esta pregunta tuvo relevancia imperiosa e inesperada en mi vida, me vi obligado a encontrar una respuesta y por eso decidí correr el riesgo de describir mi análisis personal con Fairbairn y con Winnicott y sus efectos posteriores. Esta es la única manera en que puedo ofrecer un cuadro realista de lo que, a mi entender, es la relación entre las contribuciones respectivas de estos dos grandes analistas y de lo que les debo. "La pregunta del subtítulo ¿hasta qué punto es posible un resultado completo? encierra una enorme importancia para mí porque está relacionada con la amnesia de un trauma severo que tuve a los tres años y medio en relación con la muerte de mi hermano Percy. Dos análisis exitosos no lograron superarla. Pude resolverlo después en forma inesperada y como efecto post analítico ya que la principal fuerza de la represión había disminuido du-

rante los años de análisis. Confío en que esta experiencia personal pueda interesarles. La búsqueda había sido larga y decidí tomar esta iniciativa de publicar mis observaciones porque pienso que puede ayudar a otros. Tanto Fairbairn como Winnicott pensaban que de no haber sido por ese trauma quizá yo nunca me habría convertido en psicoterapeuta. Fairbairn dijo en cierta ocasión que si no tuviéramos nuestros propios problemas nos resultaría imposible comprender qué fuerzas nos motivan a convertirnos en psicoterapeutas. El no era demasiado optimista y en otra ocasión me dijo que una vez que la pauta básica de la personalidad se fija en la temprana infancia, resulta muy difícil modificarla. Las nuevas experiencias pueden limpiar las viejas pautas emocionales, pero el agua siempre puede volver a correr por esos viejos cauces secos. No se le puede proporcionar a nadie una historia distinta de la que tiene. En cierta ocasión me señaló que era posible analizarse indefinidamente sin llegar a ningún lado. El elemento terapéutico es la relación humana. La ciencia se guía solamente por los valores científicos, es decir, los valores esquizoides del investigador que, para observar científicamente, se coloca fuera de la vida. Es algo puramente instrumental, útil durante un tiempo, pero luego es necesario regresar a la vida. Eso era su visión del analista espejo, un observador científico no participante y que se limita a interpretar. Así, él sostenía que la interpretación psicoanalítica no es terapéutica por sí misma, sino sólo en la medida que expresa una relación humana y una genuina comprensión. Mi propia opinión es que la ciencia no es necesariamente esquizoide sino que está motivada por factores de orden práctico y a menudo se vuelve esquizoide porque ofrece un fácil refugio a los intelectuales esquizoides. En la psicoterapia, cualquiera sea su tipo, no hay ni debe haber lugar para esto.

"Yo ya pensaba entonces que la terapia psicoanalítica no es puramente teórica sino una relación personal verdaderamente comprensiva y así lo había señalado en mi primer libro antes de saber quién era Ronald Fairbairn. Luego de leer su trabajo de 1949, quise conocerlo porque compartíamos una misma posición teórica y sabía que ningún desacuerdo intelectual podría interferir el análisis. Pero la capacidad para establecer una relación no

depende tan solo de nuestras teorías. No todos tenemos la misma facilidad para establecer relaciones humanas, y a todos nos es más fácil relacionarnos con algunas personas que con otras. El factor imponderable de un encaje natural tiene mucho que ver en esto.

"Así, a pesar de su convicción Fairbairn no tenía la misma capacidad que Winnicott para la relación personal espontánea. En mi caso se comportó más, de lo que él mismo creía o de lo que yo esperaba, como un intérprete técnico, pero es necesario hacer algunas aclaraciones en este sentido. Lo conocí en la década de 1950, cuando ya él no se encontraba en el apogeo de su capacidad creativa y su salud empezaba a decaer lentamente. Me dijo que en la década de 1930 y en la de 1940 había tratado con éxito varios pacientes esquizofrénicos regresivos, y que eso lo había llevado a su revisión teórica de 1940. Consideraba que había cometido un error el publicar su teoría antes de contar con pruebas clínicas. Desde 1927 hasta 1935 había trabajado como psiquiatra de niños. De sus experiencias con pacientes psicóticos regresivos y con niños surgió su revisión teórica basada en la cualidad de la relación madre-hijo y no en las etapas del desarrollo psicosexual. Se trataba de una teoría de la personalidad y no de una teoría del control de la energía. Resumió sus puntos de vista al decir que la causa del problema es que los padres no logran hacerle sentir al niño que lo aman por lo que es, como una persona por derecho propio. Poco antes de 1950, cuando ya me trataba con él, decidió con sensatez no aceptar más pacientes con regresiones esquizofrénicas. Con sorpresa comprobé que volvía gradualmente a ser un analista clásico con una técnica interpretativa, cuando yo sentía que necesitaba hacer una regresión al nivel de aquel severo trauma infantil. "Fairbairn y Winnicott aparentemente eran muy distintos en mentalidad y métodos de trabajo. Esto les impidió darse cuenta de hasta qué punto se encontraban cerca uno del otro. Ambos tenían profundas raíces en la teoría y la técnica freudiana clásica y de distintas maneras ambos abrieron nuevos rumbos a partir de ellas. Fairbairn lo comprendió intelectualmente con más claridad que Winnicott. Sin embargo, en la década de 1950 Fairbairn era más ortodoxo que Winnicott en la práctica

clínica. En esa época tuve algo más de mil sesiones con Fairbairn y muy poco más de ciento cincuenta con Winnicott en la década siguiente. Conservé siempre un registro detallado de todas las sesiones con ambos y de toda la correspondencia. Winnicott me señaló una vez que jamás había tenido un paciente que pudiera decirle con tanta exactitud lo que había dicho la última vez. El año pasado (1974) un artículo de Stephen Morse y una nueva lectura del registro de mis dos análisis me hicieron desconcertar al comprobar hasta que punto arrojaban luz sobre el motivo por el cual mis dos análisis no pudieron resolver mi amnesia con respecto al trauma sufrido a los tres años y medio, pero ambos de distintas maneras, prepararon el camino para su resolución como un logro post analítico. Esto me llevó a preguntarme una vez más ¿en qué consiste el proceso terapéutico analítico? "En general comprobé que Fairbairn se volvía más ortodoxo en la práctica que en la teoría. Winnicott, al contrario, era más heterodoxo y revolucionario en la práctica que en la teoría. En cierta forma ambos eran opuestos complementarios. En una nota necrológica (1956) se escribió: "Fairbairn tenía un aire levemente formal, notablemente aristocrático, pero hablando con él se comprobaba que no era en absoluto formal ni remoto. Para él, el arte y la religión constituían profundas expresiones de las necesidades humanas, por las que sentía hondo respeto, pero sus intereses revelaban una actitud conservadora bastante desusada". "Yo lo encontré formal en las sesiones. El analista que interpreta con precisión intelectual, pero luego de las sesiones hablábamos sobre teoría y él solía dejar de lado su actitud formal. Pude descubrir al Fairbairn humano, cálido, mientras hablábamos cara a cara. "En términos realistas era mi padre bueno, comprensivo después de las sesiones. Durante estas y en la transferencia era mi madre mala y dominante que me imponía interpretaciones exactas. Considero que en Fairbairn, luego del período experimental y creativo de la década de 1940, se fue infiltrando lentamente una actitud más conservadora. El golpe que significó la súbita muerte de su esposa en 1952 creó obvios problemas domésticos. A comienzos de la década de 1950 tuvo el primero de sus ataques de influenza, que se volvieron más intensos a medida que transcurrieron los años. Los dos posteriores a la muerte de su mujer los

dedicó de lleno a su excelente trabajo "Observaciones sobre la naturaleza de los estados histéricos". (1954) y que marcó el final de sus concepciones originales. En un trabajo titulado "Consideraciones derivadas del caso Schreber" (1956) se observa un cambio sutil. Aquí Fairbairn vuelve a su psicología del "Yo y sus relaciones objetales" según la cual, todo se explica sobre la base de las excitaciones libidinales y de los temores derivados de la escena primaria. "Finalmente en su último trabajo titulado "Sobre la naturaleza y las metas del tratamiento psicoanalítico" (1958) todo el acento está puesto en el "sistema cerrado interno del análisis edípico" en un sentido amplio y no en términos de los instintos, sino de relaciones libidinizadas y anti-libidinizadas internalizadas en un objeto malo. Acudí a él para superar la amnesia con respecto al trauma provocado por la muerte de mi hermano. Quería llegar a lo que había detrás de ese episodio. Yo sentía que allí se encontraba la causa de mis vagas experiencias previas de aislamiento esquizoide e irrealidad. Sabía que tenían que ver con mis más tempranas relaciones con mi madre. "Después de la muerte de mi hermano Percy, inicié una activa batalla con mi madre que duró cuatro años y cuyo objetivo era obligarla a relacionarse conmigo. Renuncié al intento y crecí apartado de ella. "Por motivos de orden práctico describiré esa época como el período de relaciones edípicas internalizadas con el objeto malo. Poblaban mis sueños, una y otra vez hacían irrupción, claras y súbitas experiencias esquizoides que Fairbairn interpretó siempre como retraimientos, en el sentido de -huidas- de las relaciones internalizadas con el objeto malo. Fairbairn me llevaba constantemente a los conflictos tripersonales edípicos, libidinales y anti libidinales de mi mundo interno. Igualmente a las escisiones objetales kleinianas y a las escisiones yoicas de Fairbairn en el sentido de excitaciones libidinales edípicas. En 1956 le escribí para pedirle que me dijera exactamente qué pensaba sobre el complejo de Edipo y me respondió "el complejo de Edipo es básico para la terapia, pero no para la teoría". Le repliqué que no podía aceptar esa posición ya que para mí la teoría era la teoría de la terapia y lo que resultaba válido para una debería serlo para ambas. Desarrollé una doble resistencia consciente con respecto a él, en parte sentía que era mi madre mala que me obli-

gaba a aceptar sus puntos de vista y en parte estaba en abierto desacuerdo con él por motivos genuinos. Comencé a insistir en que mi verdadero problema no tenía que ver con las malas relaciones del período posterior a la muerte de mi hermano, sino con la incapacidad básica de mi madre para relacionarse de algún modo conmigo. Le dije que el análisis edípico me hacía marcar el paso en el lugar, me obligaba a utilizar relaciones malas porque eso era mejor que nada, con lo cual éstas seguían siendo operativas en mi mundo interno como una defensa contra el problema esquizoide más profundo. En su opinión, esa actitud constituía un rasgo caracterológico defensivo de retraimiento. Para mí era un problema por sí mismo y no sólo una defensa contra un sistema cerrado de tipo mundo interno de relaciones con un objeto malo.

"Aun así mi análisis edípico con Fairbairn no constituyó una pérdida de tiempo. Era necesario analizar las defensas y además me permitió comprender que en realidad había reprimido el trauma de la muerte de Percy y todo lo que aquello ocultaba, constituyendo sobre él una compleja experiencia de lucha sostenida en las relaciones de tipo objeto malo con mi madre, que a su vez también tuve que reprimir. Esa era la base de mis abundantes sueños y de la aparición intermitente de síntomas de conversión. Durante mucho tiempo Fairbairn insistió en que ese era el verdadero núcleo de mi psicopatología. Sin duda él estaba equivocado, pero también, sin duda era necesario analizarlo a fondo para poder alcanzar niveles más profundos. Y eso fue lo que sucedió. Fenómenos esquizoides regresivos y negativos comenzaron a aparecer en el material que le llevaba. Por último empezó a aceptar en teoría lo que ya no tenía fuerzas para enfrentar en la práctica. Con gran generosidad, aceptó mi concepto de un -yo regresivo- disociado de su "yo libidinal" y la conclusión de que era inútil seguir luchando por obtener una respuesta de mi madre. Cuando publiqué esa idea, Winnicott me escribió para preguntarme; ¿quisiera saber si su yo regresivo es retraído o reprimido? Yo le contesté: las dos cosas. Primero retraído y luego se le mantiene reprimido. Fairbairn me escribió lo siguiente: Esta es su propia idea, no la mía, es original y explica lo que nunca pude explicar en mi propia teoría, es decir, la regresión. El acento

que pone en la debilidad yoica produce mejores resultados terapéuticos que la interpretación en términos de tensiones libidinales y anti libidinales.

"En 1960 cuando publiqué "Debilidad Yoica: el verdadero núcleo del problema de la psicoterapia", me dijo en una carta: "Si pudiera escribir ahora, me ocuparía precisamente de ese tema". Yo sabía que mi teoría era en general correcta a pesar de que conceptualizaba lo que todavía no podía lograr a través del análisis, hecho que con gran valentía Fairbairn aceptó. "Completaré mi descripción de Fairbairn como analista y como hombre señalando la diferencia que existe entre él y Winnicott desde un punto de vista humano, factor éste que desempeña un importante papel en la terapia. El arreglo del consultorio crea una atmósfera que encierra cierto significado. "Fairbairn vivía en el campo y veía a sus pacientes en la antigua mansión de los Fairbairn en Edimburgo. Yo entraba a un salón grande que servía de sala de espera, amueblado con bellas y valiosas antigüedades. Pasaba al estudio, que cumplía las funciones de consultorio. Era muy amplio y con una antigua biblioteca que ocupaba casi toda una pared. Fairbairn se sentaba detrás de un gran escritorio y me daba la sensación de ser una especie de alto dignatario en un sillón de terciopelo y respaldo alto. La cabecera del diván daba al frente del escritorio. A veces sentía que él podría inclinarse sobre el escritorio y golpearme en la cabeza. Todo esto me resultaba extraño en alguien que no creía en la teoría del "analista espejo". Tardé mucho en advertir que era yo quien había elegido esa posición del diván, pues también podía sentarme en un pequeño sillón a un costado del escritorio, lo que finalmente terminé por hacer. En un sueño que tuve durante el primer mes de tratamiento se puso de manifiesto que esta situación imponente tenía un significado transferencial inconsciente para mí. Debo explicar que mi padre fue predicador metodista de notable elocuencia como orador público y que a partir de 1885 fundó y dirigió una misión que llegó a transformarse en una Iglesia que aún existe. En los sueños de toda mi vida él apareció siempre como una figura de apoyo frente a mi madre y en realidad, ella jamás se irritó en su presencia. Yo quería que Fairbairn fuera en la transferencia un padre protector

que me ayudara a hacer frente a mi madre agresiva, pero sin duda inconscientemente sentía otra cosa, pues soñé lo siguiente: "Me encontraba en la misión de mi padre. Fairbairn estaba de pie sobre la plataforma pero tenía el rostro duro de mi madre. Yo estaba pasivamente acostado en un diván colocado sobre el piso y cuya cabecera daba al frente de la plataforma. El descendió y dijo: ¿sabes que la puerta está abierta? Le respondí: yo no la dejé abierta. Se mostró complacido al ver que le había hecho frente. Luego regresó a la plataforma..." "Se trataba de una versión apenas distorsionada de su consultorio y mostraba que yo quería que Fairbairn actuara como un padre que proporciona apoyo, pero que este deseo se veía anulado por una clara transferencia negativa con mi madre severa y dominante. Así siguió siendo en general mi relación transferencial con Fairbairn -en las sesiones- y él interpretaba esto como el tipo de relación alternante entre el niño y el progenitor malo, en el que siempre uno de los participantes domina al otro. La situación sólo puede modificarse si se la invierte. Esto me resultó muy esclarecedor pues contenía todos los ingredientes de las necesidades insatisfechas, la rabia ahogada y la espontaneidad dividida. Fue la relación transferencial predominante en las sesiones. Fuera de ella, Fairbairn era capaz de adoptar una actitud informal en nuestras conversaciones sobre teoría y terapia: el padre bueno y humano.

"Esta transferencia negativa durante las sesiones se veía fomentada por sus interpretaciones intelectualmente muy precisas. En cierta ocasión interpretó lo siguiente; "... Algo impide el proceso activo en el curso de su desarrollo..." Yo habría dicho: "... Su madre aplastó su self que era de naturaleza activa". Fairbairn prefirió analizar con toda exactitud mi lucha emocional por obligar a mi madre a actuar como tal luego de la muerte de Percy y me mostró de qué modo la había internalizado. Era necesario hacer eso primero. En su opinión, constituía el problema edípico central y no pudo aceptar, hasta que fue demasiado tarde, que esa situación ocultaba un problema mucho más profundo y serio. Más tarde Winnicott me señaló en dos ocasiones: "... En usted no hay signos de haber tenido jamás un complejo de Edipo..." Mi patrón familiar no era edípico, lo mismo se veía en mis sueños,

uno de los cuales lo revela con gran claridad: "... Me encontraba sitiado y hablaba sobre el tema con mi padre, ambos sentados en una habitación. Era mi madre la que me sitiaba y yo le decía a mi padre: "Tu sabes que jamás me rendiré a ella. No importa qué suceda. Jamás me rendiré". Mi padre respondió: "Si, lo se. Iré a decírselo". Se alejaba para decirle a mi madre: "Será mejor que renuncies. Nunca lograrás que se someta". Y mi madre seguía su consejo..." "La insistencia de Fairbairn en hacer interpretaciones edípicas que yo no podía aceptar como definitivas lo colocaba en el papel de la madre dominadora. Me enteré de que Winnicott y Hoffer consideraban que mi apoyo escrito a la teoría de Fairbairn se debía a que esto no le permitía analizar mi agresión en la transferencia. Pero ellos nunca me vieron tirar al suelo su cenicero ni darle un puntapié a la puerta -claro que por accidente- pero todos sabemos lo que esto significa en una sesión. No me vieron cuando en una ocasión desparramé sobre el piso algunos de los libros que ocupaban los estantes de la enorme biblioteca, como expresión simbólica de arrancarle una respuesta a mi madre, para luego colocarlos ordenadamente en su lugar para hacer una reparación a la Melanie Klein. Después de las sesiones solíamos hablar y yo siempre encontraba al ser humano espontáneo y cálido detrás del analista que me hacía interpretaciones exactas. "La mejor manera de describirlo es a través de una comparación con Winnicott. El consultorio de este era sencillo, discreto en cuanto a colores y muebles, nada ostentoso, cuidadosamente planeado por los Winnicott, según me dijo su esposa, para que el paciente se sintiera cómodo. Yo solía golpear y luego entraba y pocos segundos después Winnicott aparecía con una taza de té en la mano y un alegre hola. Se sentaba en una pequeña silla de madera junto al diván. Yo me sentaba atravesado en el diván o bien me recostaba cuando sentía deseos de hacerlo. Cambiaba libremente de posición según lo que sentía o lo que decía en ese momento. Al terminar la sesión, él siempre extendía la mano para estrechar la mía en gesto cordial. Cuando me despedí de Fairbairn después de la última sesión comprendí de pronto que en todo ese tiempo nunca nos habíamos dado la mano y que me dejaba partir sin ese gesto amistoso. Extendí la mano y él no vaciló en tomarla. De pronto las lágrimas se deslizaron por

sus mejillas. Vi el corazón tierno de este hombre de mente clara y naturaleza tímida. Posteriormente me invitaba a tomar el té en compañía de mi mujer cada vez que visitábamos a mi suegra en Perthshire. "Para que el final de mi análisis con Fairbairn resulte significativo, debo presentar un breve bosquejo de mi historia familiar. Mi madre era una -madrecita- abrumada antes de casarse, la mayor de once hermanos a cuatro de los cuales vio morir. Su madre había sido reina de belleza y era una mujer frívola que dejó que la hija mayor se encargara de todo desde que tuvo edad para ir a la escuela. Mi madre a los doce años huyó de su casa donde se sentía muy desdichada, pero la hicieron regresar. Su mejor virtud era un profundo sentido del deber y de la responsabilidad para con su madre viuda y sus tres hermanos menores, lo cual impresionó mucho a mi padre cuando todos ellos ingresaron a su misión. Se casaron en 1898. Mi padre no sabía que su esposa ya había cumplido con su cuota de maternidad y no deseaba ya tener más hijos. En mi adolescencia a veces mi madre me hacía confidencias y me contaba lo hechos más destacados de la historia familiar. Por ejemplo, que había decidido amamantarme para evitar así otro embarazo y que se había negado a amamantar a Percy, motivo por el cual ya no quiso tener más relaciones sexuales con mi padre.

"Mi padre era el hijo menor de un familia conservadora de clase alta y perteneciente a la Iglesia oficial. El era políticamente el rebelde izquierda y desde el punto de vista religioso no conformista. Mi padre estuvo a punto de perder su empleo por negarse a firmar una petición en favor de la guerra contra los Boers. Ese momento de ansiedad proporcionó a mi madre la oportunidad de destetarme de pronto y abrir una tienda. Nos mudamos cuando yo tenía un año. Mi madre eligió un mal lugar para la tienda y perdió dinero durante siete años, aunque la mudanza siguiente le permitió recuperar más de lo que había perdido. Esos primeros siete años de mi vida, seis de los cuales transcurrieron en la primera tienda, constituyeron el período severamente perturbado de mi vida. Quedé al cuidado de una tía inválida que vivía con nosotros. Percy nació cuando yo tenía dos años y murió un año y medio después. Mi madre me dijo que mi padre sostenía que

Percy habría vivido si ella lo hubiera amamantado, lo cual la enfureció. Fue una época convulsionada. Ya vieja, cuando vivía en mi casa, solía decir cosas reveladoras: "Jamás debí casarme y tener hijos. La naturaleza no me hizo para ser esposa y madre. Sino una mujer de negocios. Creo que jamás comprendí a los niños. Nunca me interesaron..." "Me dijo que cuando yo tenía tres años y medio entré en su cuarto y vi a mi hermano desnudo y muerto en su falda. Me abalancé sobre Percy y dije: "... No lo dejes ir -nunca lo volverás a encontrar-". Me hizo salir del cuarto y yo enfermé de un mal misterioso, a tal punto que se pensó que moriría. "El médico le dijo: "... se está muriendo de pena por su hermano. Si su intuición de madre no puede salvarlo yo tampoco puedo hacer nada..." Ella decidió llevarme a casa de una tía materna que tenía varios hijos y junto a los cuales pude recuperarme. Tanto Fairbairn como Winnicott pensaban que yo habría muerto si no me hubiera alejado de ella. El recuerdo de ese episodio estaba por completo reprimido. La amnesia persistió durante el resto de mi vida y a pesar de los dos análisis, hasta hace tres años, cuando cumplí setenta. Pero este recuerdo reprimido ha permanecido vivo en mí y sin que yo lo supiera, hechos análogos a lo largo de los años sirvieron para que lo recordara.

"A los veintitrés años de edad ya en la Universidad me hice amigo de un compañero que fue para mí la figura de un hermano. Cuando él dejó la Universidad y yo regresé a casa para las vacaciones, me enfermé de un misterioso agotamiento que desapareció en cuanto regresé a la Universidad. No tenía idea en aquel momento de que la Universidad era el equivalente a la familia de mi tía materna. En 1938, a la edad de treinta y siete años me convertí en ministro de una iglesia de Leeds cuyas actividades educacionales, sociales y recreativas eran numerosas y muy organizadas. Los domingos acudían mil personas a las reuniones vespertinas y ochocientas a las nocturnas. Era demasiado para un solo ministro. Vino un colega que se convirtió en otro sustituto de mi hermano Percy. Se fue de Leeds cuando la amenaza de una guerra comenzó a convertirse en realidad y volví a enfermarme del mismo misterioso mal. Esta vez se atribuyó a exceso de trabajo, pero para esa época yo ya contaba con considerables co-

nocimientos psicoanalíticos. Había estudiado mis propios sueños durante dos años. Por lo tanto ya me encontraba alerta cuando esta enfermedad trajo otro sueño importante: "... Yo descendía a una tumba y veía a un hombre enterrado vivo. Este trataba de salir pero yo lo amenazaba con la enfermedad, lo encerraba y me alejaba con rapidez..." "A la mañana siguiente de este sueño me sentí mejor. Por primera vez reconocí la reaparición de mi enfermedad en relación con la muerte de Percy y comprendí que siempre había vivido sobre la base de su represión. Supe entonces que no podría descansar hasta haber resuelto el problema. "Cuando comenzó la guerra me dediqué a la psicoterapia de emergencia. Me otorgaron una cátedra en la facultad de medicina y seguí estudiando mis propios sueños. Hace poco volví a leer las anotaciones de mis sueños y comprobé que en aquellas sólo había hecho interpretaciones edípicas algo forzadas y típicas de libros de texto. Lo importante era que se destacaron tres tipos de sueños: 1) Una mujer salvaje que me atacaba. 2) Una figura paterna, serena, firme y amistosa que me apoyaba. 3) Un misterioso sueño con amenazas de muerte, el ejemplo más claro basado en el recuerdo de un episodio en el que, cuando yo tenía seis años, mi madre me llevaba al dormitorio de mi tía inválida quien yacía blanca y silenciosa. Todos la creían al borde de la muerte. Este es uno de los sueños: ..."Trabajaba en la planta baja sentado en mi escritorio cuando de pronto una banda invisible de ectoplasma me arrastraba fuera de la habitación. Sabía que terminaría por absorberme. Luché y de pronto la banda se soltó y supe que estaba libre..."

"Tenía suficientes conocimientos como para suponer que el recuerdo de mi tía moribunda cumplía un papel encubridor con respecto al recuerdo reprimido de mi hermano muerto, que seguía ejerciendo en mí una influencia inconsciente que me apartaba de la vida y me llevaba hacia el derrumbe y la muerte aparente. En 1946, el profesor Dicks me nombró primer miembro titular del nuevo Departamento de Psiquiatría y me comentó que, dado mis puntos de vista, me convendría leer a Fairbairn. Así lo hice y hacia finales de 1949 comencé a analizarme con él. "Durante los primeros años su análisis edípico de mi mundo de relaciones internalizadas con un objeto ma-

lo encajaban sólo con un período de mi infancia. Luego de la muerte de Percy y de mi regreso al hogar, entre los tres años y medio y los cinco, luché por obligar a mi madre a actuar como madre con respecto a mí, mediante constantes trastornos psicosomáticos triviales: dolor de estómago, salpullido, pérdida del apetito, constipación, fiebre alta y repentina, ocasiones éstas en las que me armaba una especie de cama en la cocina e iba de la tienda para verme. Me dijo que el médico le había dicho: "... Nunca volveré a ver a su hijo. Realmente me atemorizan sus súbitas fiebres y comprobar a la mañana siguiente que está bien..." Pero todo fue en vano. Cuando tenía aproximadamente cinco años decidí cambiar de táctica. Una escuela nueva y más grande me dio más independencia y mi madre me dijo: "... Empezaste a no hacer caso a lo que te digo..." Entre los cinco y siete años ella solía encolerizarse y golpearme. Cada vez que se rompía la vara con que me golpeaba, me enviaba a comprar otra. A los siete años pasé a una escuela aún más grande y poco a poco desarrollé una vida independiente fuera de mi casa. Volvimos a mudarnos cuando cumplí ocho años a otra tienda que le deparó a mi madre un gran éxito comercial. Empezó a sentirse menos deprimida, me daba todo el dinero que necesitaba para mis pasatiempos y actividades al aire libre -excursiones y deportes- poco a poco olvidé casi todos los recuerdos de esos siete años que habían sido tan malos. El análisis con Fairbairn se ocupó precisamente de todos los temores, rabias, culpas, síntomas psicosomáticos pasajeros, sueños perturbados y conflictos que cubrían el período entre los tres años y medio y los siete. Siendo ya una anciana mi madre me dijo: "... Cuando tu padre y la tía Mary murieron y yo me quedé sola, quise tener un perro en la casa, pero tuve que abandonar la idea ya que no podía dejar de golpearlo..." Eso fue lo que ocurrió conmigo. No es extraño que tuviera un mundo interno de relaciones internalizadas con un objeto malo. Debo mucho al profundo análisis que sobre esta materia tuviera con Fairbairn.

"Luego de los primeros cuatro años llegué a convencerme de que esto me obligaba a permanecer en un mundo interno sadomasoquista de relaciones con un objeto malo -madre-. A la vez era una defensa contra pro-

blemas muy distintos que correspondían al período previo a la muerte de Percy. Ese material más antiguo presionaba desde entonces por salir a la superficie. El episodio desencadenante tuvo lugar en diciembre de 1957 con la súbita muerte de mi antiguo amigo, cuyo alejamiento de la Universidad había provocado mi primer episodio de la crisis -enfermedad Percy- en 1927. Por tercera vez el agotamiento se apoderó de mí. Conservaba suficientes fuerzas como para trabajar y viajar a Edimburgo para analizarme, con la sensación que ahora podía llegar al fondo del problema. Entonces, justamente cuando sentía que estábamos avanzando, Fairbairn contrajo un grave virus gripal del que estuvo a punto de morir y que le impidió trabajar durante seis meses. Tuve que restablecer mis mecanismos de represión y así comencé a intelectualizar el problema que no había podido elaborar con él en persona. No se trata de una pura intelectualización mediante un pensamiento deliberado. En todo momento surgían insights espontáneos y los anotaba a medida que aparecían con intensidad cada vez mayor. Este material dio origen a tres trabajos que se convirtieron en la base de mi libro "El fenómeno Esquizoide, las relaciones de objeto y el self" (1968). Los tres trabajos a los que he hecho referencia, fueron los siguientes: 1) Debilidad del Yo: el verdadero núcleo del problema de la psicoterapia que corresponde al capítulo seis y fue escrito en 1960. 2) El problema esquizoide, la regresión y la lucha por preservar un Yo que corresponde al capítulo dos y fue escrito en 1961. 3) El problema maniaco depresivo a la luz del proceso esquizoide que corresponde al capítulo cinco y que fuera escrito en 1962. En dos años estos artículos me llevaron más allá del punto en que se había detenido Fairbairn, quien aceptó generosamente estas contribuciones como una ampliación válida y necesaria de su teoría.

"Cuando Fairbairn volvió a trabajar en 1959 y reinicié mi análisis me referí a la muerte de mi amigo y a la enfermedad de Fairbairn. Recibí una interpretación decisiva. Me dijo: "... Creo que desde mi enfermedad ya no soy su padre bueno ni su madre mala, sino su hermano que muere en usted...." De pronto vi toda la situación analítica bajo una luz extraordinaria y le escribí una carta que aún conservo pero que nunca le envié. Sabía que esa car-

ta le obligaría a un esfuerzo que su precaria salud no podría tolerar. Comprendí de pronto que jamás podría resolver mi problema con un analista. Le escribí:" Me encuentro en una paradoja. Debo poner fin a mi análisis para tener verdadera oportunidad de completarlo. Por otra parte, se que no puedo contar con usted para ayudarme en tal sentido..." Una vez que Fairbairn se había convertido en mi hermano en la transferencia, el hecho de perderlo ya fuera poniendo fin al análisis o permaneciendo con él (Fairbairn) hasta su muerte, para mí, representaría de todas maneras la muerte de Percy y en segundo caso yo sufriría un irrupción en gran escala de este hecho traumático sin contar con ninguna ayuda. ¿Podría Fairbairn haberme ayudado en tal sentido en el análisis de la transferencia? No en su precario estado de salud. Además, en ese año me desinteresé gradualmente de mi análisis. Tengo sobrados motivos para estarle agradecido por haber permanecido junto a mí, a pesar de su salud cada vez más débil, hasta que hube alcanzado ese insight crítico.

"El motivo principal que me llevó a formular mis ideas teóricas durante la década 1952-1962 fue la reactivación del trauma de Percy, que provocó un torrente de ideas espontáneas. Pude contenerlas y utilizarlas para la investigación constructiva, en parte porque renunciaba gradualmente a Fairbairn y en parte porque éste aceptó la validez de estas ideas y también porque yo había decidido analizarme con Winnicott antes de que Fairbairn muriera. "Fairbairn me conectó con Winnicott en 1954 cuando le pidió que me hiciera llegar un ejemplar de su trabajo: "La regresión dentro del marco psicoanalítico". Me lo envió y para mi sorpresa agregó una carta en la que decía: "... Lo invito a estudiar el tema de su relación con la obra de Freud, de modo que pueda usted tener su propia relación y no la de Fairbairn. Este arruina su excelente labor con su deseo de derrocar a Freud..." Intercambiamos cartas en tres ocasiones. Le señalé que mi relación con la obra de Freud había quedado establecida muchos años antes de oír hablar de Fairbairn, cuando estudiaba con Flugel en Londres. Yo rechazaba la psico-biología de los instintos de Freud, pero comprendía la enorme importancia de sus descubrimientos en psicopatología. Con res-

pecto a esa correspondencia, comprendo ahora que me anticipé en dieciocho años a las conclusiones de Morse (1972) quien dijo: "... El self verdadero de Winnicott no tiene lugar en la teoría freudiana. Sólo es posible encontrarlo en el Ello, pero eso resulta imposible debido a que el Ello no es más que energía impersonal..." De hecho, sentía que Winnicott había dejado tan atrás a Freud en la terapia como Fairbairn en la teoría. En 1961 le envié un ejemplar de mi libro "Estructura de la personalidad e interacción humana" y me contestó que ya había comprado un ejemplar. Yo leía sus trabajos a medida que se publicaban y lo mismo hacía Fairbairn, quien lo describía clínicamente brillante. Hacia 1962 no había duda en mí de que era el único hombre al que podía recurrir en busca de ayuda. Por esa época sólo podía viajar a Londres una vez por mes para tener un par de sesiones, pero la experiencia analítica con la que ya contaba me permitió sacar buen partido de ellas.

"Entre 1962 y 1968 tuve ciento cincuenta sesiones, cuyo valor era muy superior a su número. Winnicott me manifestó que le sorprendía haber podido elaborar tanto con sesiones tan separadas entre sí, lo cual se debió según creo a todo el trabajo preliminar que ya había realizado con Fairbairn y al hecho de que yo podía mantener vivo el análisis entre una sesión y otra, pero sobre todo a los profundos insights intuitivos de Winnicott con respecto al período de la infancia que yo tanto necesitaba esclarecer. Winnicott me permitió obtener pruebas notablemente claras de que mi madre había tenido un período inicial de genuina actitud maternal conmigo, su primer hijo, durante quizás un par de meses antes de que sus problemas de personalidad me privaran de esa madre buena. Había olvidado por completo la carta que nunca le envié a Fairbairn sobre la paradoja en que me encontraba, es decir, no poder poner fin al análisis ni continuar con él, una vez que mi analista se convirtió en Percy en la transferencia. Poner fin al análisis equivaldría a la muerte de Percy y no contaría con nadie que me ayudara a tolerar las consecuencias. Si no ponía fin al análisis, lo único que haría sería utilizar a mi analista para impedir la irrupción del trauma y por lo tanto no recibiría ninguna ayuda al respecto y corría el riesgo de que aquél mu-

riera. Tampoco mi análisis con Winnicott me permitió superar mi amnesia con respecto a este trauma temprano. Sólo hace poco pude comprender que, de hecho y sin saberlo, esta relación con Winnicott modificó toda la naturaleza de este problema al permitirme recuperar a una madre buena inicial y recrearla en él y en la transferencia. Descubrí más tarde que me había puesto en condiciones de enfrentar el doble trauma de la muerte de Percy y la actitud de mi madre hacia mí.

"Cuando releo las notas de esta época me sorprende la rapidez con que Winnicott llegó al núcleo del problema. En la primera sesión mencioné mi amnesia con respecto al trauma de la muerte de Percy y sentí que con Fairbairn había hecho un análisis profundo de las defensas internalizadas contra el objeto malo. Estas defensas habían sido construidas para protegerme de ese trauma, pero nunca habíamos llegado a lo que, en mi opinión, constituía el problema básico. Esto es, no la madre activamente mala de la niñez, sino la madre anterior con la cual no había podido relacionarme en absoluto. Casi al final de esta sesión Winnicott me dijo: "... No tengo nada de particular que decir, pero si no hablo usted puede empezar a sentir que no estoy aquí..." En la segunda sesión señaló lo siguiente: "... Usted sabe cosas sobre mí, pero todavía no soy una persona para usted. Es posible que se vaya sintiendo que está solo y que yo no soy real. Debe haber tenido usted una enfermedad anterior al nacimiento de Percy y posiblemente sintió que su madre lo abandonaba y usted debía cuidar de sí mismo. Aceptó a Percy como su propio self infantil que necesitaba cuidados. Cuando él murió se quedó sin nada y se derrumbó..." "Fue una interpretación perfecta de tipo relaciones objetales pero surgida de Winnicott y que curioso, no de Fairbairn. Mucho más tarde señalé que en ocasiones experimentaba una sensación estática, algo inanimado muy hondo en mi interior y sentía que no podía moverme. Winnicott me dijo: "... Si el cien por ciento de usted se sintiera así, probablemente no podría moverse y alguien tendría que despertarlo. Cuando Percy murió, usted se derrumbó, desconcertado pero logró salvar bastante de usted mismo como para seguir viviendo, con gran energía y colocó el resto en un capullo como el del gusano de seda, reprimi-

do, inconsciente..." "Querría tener más tiempo para ilustrar con mayores detalles su penetrante insight. Señalé que las personas a menudo se referían a mi actividad y energía inagotables y que en las sesiones no me gustaban los momentos de silencio y a veces hablaba mucho. Según Fairbairn intentaba así tomar el control del análisis y realizar su tarea: robar el pene paterno, rivalidad edípica. Winnicott arrojó una luz nueva y dramática sobre esta situación. Me dijo: "... Su problema consiste en que esa tendencia a derrumbarse nunca se resolvió. Tuvo que mantenerse vivo a pesar de ella, no puede dar por sentada su existencia activa. Tiene que esforzarse mucho por mantenerla. Usted teme dejar de actuar, de hablar o de estar despierto. Siente que podría morir en un momento de inactividad o silencio, al igual que Percy, porque si deja de actuar su madre no puede hacer nada. No podría salvar a Percy o a usted. Inevitablemente teme que yo no pueda mantenerlo vivo por lo cual mantiene relacionadas sus sesiones mensuales conmigo mediante sus registros. No debe haber brecha alguna. No puede sentir que yo experimente un interés permanente por usted, porque su madre no puede salvarlo. Usted es un experto en estar activo, pero no en simplemente crecer, simplemente respirar mientras duerme, sin que tenga que hacer nada al respecto..." "Comencé a poder tolerar algunos momentos de silencio y en cierta ocasión sintiéndome algo ansioso, me alivió oír que Winnicott se movía. No dije nada pero con sorprendente intuición Winnicott me señaló: "... Usted empezó a temer que yo lo abandonaría. Siente que el silencio es abandono. La brecha no consiste en que usted olvide a su madre, sino en que ésta lo olvide a usted. Ahora vuelve esa situación conmigo. Está comenzando a recuperar un trauma previo que quizás jamás habría encontrado sin la ayuda de la repetición que significó el trauma de Percy. Tiene que recordar el abandono de su madre transfiriéndomelo a mi..."

"Me resulta casi imposible transmitir la honda impresión que me produjo comprobar que Winnicott trabajaba directamente con el vacío que hubo en los comienzos de mi vida con una madre incapaz de relacionarse. "Casi al final de mi análisis reapareció mi tendencia a hablar incesantemente durante la sesión. Esta vez Winnicott me

hizo un señalamiento distinto y extraordinario: "... Es como si usted diera a luz un niño con mi ayuda. Me dedicó usted media hora de charla concentrada, rica en contenido. Tuve que hacer un esfuerzo para escucharlo y contener la situación para usted. Usted necesitaba saber que yo podía tolerar que me hablara así sin quedar destruido. Tenía que soportarlo mientras usted se encontraba en el trabajo de parto, con una actitud creativa, no destructiva, produciendo algo rico en cuanto a su contenido. Usted está hablando de relacionarse con objetos y de utilizar al objeto. Comprobar que no lo destruye. No podría haberle hecho esta interpretación hace cinco años..." "Más tarde Winnicott presentó en 1971 en los Estados Unidos su trabajo sobre "El uso de un objeto" y fue blanco de muchas críticas, lo que en mi opinión era de esperar. Sólo un hombre excepcional como él podía haber llegado a esa clase de insight. Se convirtió en una buena madre pecho para mi self infantil en mi inconsciente profundo, en el punto en que mi verdadera madre había perdido su actitud maternal y ya no podía tolerarme como un bebé vivo. En ese momento no comprendí, como lo hice más tarde, que había transformado toda la comprensión del trauma de la muerte de Percy para mi. Sobre todo cuando Winnicott me agregó: "... También usted tiene un pecho bueno siempre ha sido más capaz de dar que de recibir. Soy bueno para usted, pero usted es bueno para mi. Analizarlo es casi lo más tranquilizador que me sucede. El paciente anterior a usted me hace sentir que no sirvo para nada. Usted no tiene que ser bueno conmigo. No lo necesito y puedo arreglármelas sin eso, pero lo cierto es que es bueno..." "Por fin tenía una madre que podía valorar a su hijo y por eso pude hacer frente a lo que había de venir. Casi no vale la pena mencionar que las únicas ocasiones en que estaba en desacuerdo con Winnicott fueron cuando se refería a llegar al sadismo primitivo, a la crueldad y a la actitud implacable del bebé. Lo hacía de una manera que no sugería mi lucha rabiosa por lograr una respuesta de mi madre fría sino una expresión de los instintos destructivos según Freud y Klein.

"Debo completar esta narración con el único hecho que no pude prever. Que Winnicott se convirtiera en la madre

buena que me permitía estar vivo y ser creativo. Eso transformó la significación de la muerte de Percy de modo tal que me permitió resolver ese trauma y mi dilema acerca del modo de poner fin al análisis. Al relacionarse conmigo en mi inconsciente profundo, Winnicott me permitió ver que no se trataba sólo de la pérdida de Percy, sino también del hecho de quedar solo con la madre que no podía mantenerme vivo, lo que provocó mi derrumbe y mi aparente agonía. Pero gracias a su profundo insight intuitivo, ahora no estaba solo con una madre incapaz de relacionarse. Lo vi por última vez en julio de 1969. En febrero del año siguiente mi médico me dijo que estaba trabajando demasiado y que si no dejaba de hacerlo, la naturaleza me obligaría. Debo haber sentido inconscientemente que se trataba de una amenaza de que la madre naturaleza terminaría por aplastar mi self activo. Cada vez que descansaba sentía la compulsión a regresar al pasado, que se expresaba como el deseo de repasar los detalles de la partida del ministro que había sido una figura fraterna en 1938 y mi posterior agotamiento después de nuestra separación. Pronto comprendí que esto era significativo y decidí escribir toda la historia de mi vida, como si tuviera que descubrir todo lo que me había ocurrido. En octubre contraí neumonía y pasé seis semanas en el hospital. El especialista me dijo: "Debe descansar. Es usted demasiado activo..." Yo seguía sin comprender que luchaba contra una regresión compulsiva inconsciente. Nunca había relacionado la idea de dejar de trabajar con el profundo temor a perder mi batalla con mi madre para mantener vivo mi self activo. Luego de una lenta recuperación durante el invierno, el día de año nuevo de 1971 me enteré de que Winnicott había tenido un ataque de influenza. Me apresuré a averiguar a través de Masud Khan cómo se encontraba Winnicott y me respondió que ya estaba trabajando y que quería tener noticias de sus amigos, por lo cual le envié unas líneas. Poco después sonó el teléfono y una voz conocida dijo: "Hola, gracias por su carta..." y así charlamos durante unos minutos. Unas dos semanas más tarde el teléfono volvió a sonar y su secretaria me dijo que había muerto. Esa misma noche tuve un sueño sorprendente. Vi a mi madre -de negro- inmobilizada, contemplando fijamente el espacio, ignorándome por completo, mientras yo la miraba y me

sentía congelado hasta la parálisis total. Era la primera vez que la veía así en un sueño, ya que antes siempre me había atacado. Mi primer pensamiento fue: He perdido a Winnicott y estoy solo con mi madre, hundida en la depresión y sin tener noticias de mi existencia. Así me sentí cuando murió Percy. Pensé que había tomado la pérdida de Winnicott como una repetición del trauma de la pérdida de Percy. Sólo en los últimos tiempos me he dado cuenta de que estaba totalmente equivocado. No soñé así con mi madre cuando murió mi compañero de estudios o cuando mi colega dejó la Iglesia en 1938. En esas ocasiones me enfermé, como había ocurrido después de la muerte de Percy. Esta vez se trataba de algo muy distinto. Ese sueño fue el primero de una serie que prosiguió noche tras noche y que me llevó en orden cronológico a través de todas las casas en que había vivido: Leeds, Ipswich, la Universidad, la segunda tienda de Dulwich y por último a la primera tienda en la primera casa de los primeros siete años de mi vida. Figuras familiares, mi esposa, mi hija, mi tía María, mi padre y mi madre reaparecían una y otra vez -mi padre siempre prestándome apoyo, mi madre siempre hostil- pero no había señales de Percy. Trataba de permanecer en el período posterior a su muerte, el período de la batalla con mi madre.

"Luego, al cabo de unos dos meses, dos sueños me permitieron superar la amnesia con respecto a la vida y la muerte de Percy. Quedé atónito al verme en un sueño en el que tenía tres años y podía reconocerme claramente, sosteniendo una cunita en la que se encontraba mi hermano que tenía un año. Estaba tenso mirando ansiosamente a la izquierda, donde se encontraba mi madre, para ver si nos prestaba atención. Pero ella tenía la mirada perdida en el vacío, no se ocupaba de nosotros, como en el primer sueño de esa serie. La noche siguiente tuve un sueño aún más sorprendente: "... Me encontraba de pie junto a otro hombre. Mi propio doble. Los dos extendíamos la mano para alcanzar un objeto muerto. De pronto el otro hombre se derrumbaba como una bolsa de papas. El sueño cambió de pronto y estaba en una habitación iluminada, donde volvía a ver a Percy. Sabía que era él, sentado en las faldas de una mujer que carecía de rostro, brazos o pecho. No era más que las faldas para

sentarse, no una persona. Percy se veía profundamente deprimido, con las comisuras de los labios hacia abajo. Yo trataba de hacerlo sonreír..."

"En ese sueño había recuperado el recuerdo de un derrumbe cuando lo vi como un objeto muerto y traté de agarrarlo. Pero había hecho más aún. En realidad en ambos sueños había retrocedido hasta la época anterior a su muerte, para lograr ver a la madre despersonalizada y sin rostro. A la madre deprimida y de negro, que no había podido relacionarse con ninguno de los dos. Winnicott me había dicho: "... Usted aceptó a Percy como su propio self infantil que necesitaba cuidados. Cuando él murió usted se quedó sin nada y se derrumbó..." ¿Por qué soñé primero con derrumbarme y luego con regresar para cuidar de Percy? Supongo que el derrumbe fue mi primera reacción de desesperanza, aterrado ante el golpe que significó encontrar a Percy muerto en las faldas de mi madre. En la familia de mi tía aproveché la oportunidad para permanecer vivo al encontrar otros seres por los que podía vivir. "Esta serie de sueños me hizo repasar todas las notas y registros que había hecho de mi análisis hasta que comprendí que, aunque la muerte de Winnicott me había hecho recordar la de Percy, la situación era completamente distinta. Ese proceso de regresión no había comenzado con la muerte de Winnicott sino con la amenaza de -dejar de trabajar- como si mi madre hubiera logrado por fin socavar mi fuerzas. No soñé con la muerte de Winnicott sino con la de Percy y con la total incapacidad de mi madre para relacionarse con nosotros. ¿Qué mejor prueba se podría tener de lo acertado de las palabras de Winnicott cuando me dijo: "No existe eso que se considera un bebé. Debe haber una madre y un bebé". ¿Qué mejor prueba de acierto de Fairbairn en el sentido que la realidad psíquica básica es la "relación objetal personal"? ¿Qué me dio fuerzas en mi inconsciente profundo para volver a enfrentar ese trauma básico? Debe haber sido porque Winnicott no estaba ni podía estar muerto para mí y sin duda tampoco para muchos otros. Nunca pude sentir que mi padre estaba muerto, sino profundamente vivo en mí, ayudándome a enfrentar la activa influencia inhibitoria y paralizante de mi madre. Ahora Winnicott estaba activamente relacionado precisamente con mi par-

te perdida que enfermó porque mi madre no se relacionó conmigo. Ha ocupado el lugar de mi madre y ha hecho que me resulte posible y seguro recordarla en una repetición onírica de su retraimiento esquizoide paralizante. Lentamente eso se convirtió en una firme convicción que crecía en mí y me recuperé del turbulento trastorno de esa serie de sueños autónomos que había buscado en el análisis a lo largo de veinte años. Una vez elaborados todos los recuerdos detallados, los sueños, los síntomas de hechos traumáticos, las personas y las tensiones emocionales específicas, sólo una cosa quedaba: la calidad de la atmósfera general de las relaciones personales que constituyeron nuestra vida familiar de esos primeros siete años.

"Esta sensación persiste como una emoción de tristeza por mi madre, que sufrió daño en su infancia, que no pudo ser su verdadero self ni permitir que yo fuera el mío. No puedo tener recuerdos distintos. Todo esto se ve contrarrestado por mi descubrimiento en el análisis del grado en que mi padre se convirtió en una firme posición mental dentro de mí. Apoyó mi lucha por encontrar mi ser, mi verdadero self y por el hecho de que Fairbairn logró resolver mi transferencia negativa con él, como mi madre dominante, hasta que se convirtió en otro padre bueno que tenía fe en mí. Por último, el hecho de que Winnicott pudo penetrar en el vacío dejado por mi madre incapaz de relacionarse. Esto permitió que yo pudiera experimentar la seguridad de ser mi propio self. "Debo agregar que sin la comprensión y el apoyo de mi esposa no hubiera podido someterme a esos análisis y quizás ni alcanzar estos resultados. ¿Qué es la psicoterapia psicoanalítica? En mi opinión, consiste en proporcionar una relación humana confiable y comprensiva capaz de establecer contacto con el niño interno traumatizado, profundamente reprimido, de modo tal que permite al paciente volverse más capaz de vivir, en la seguridad de una nueva relación real con la herencia traumática de los más tempranos años formativos a medida en que se insinúan o irrumpen en la conciencia. "Es un proceso de interacción, un función de dos variables, las personalidades de dos individuos que trabajan juntos para lograr un crecimiento espontáneo y libre. El analista crece tanto como el

paciente. Algo no marcha bien cuando un analista permanece sin modificarse a pesar de enfrentar tales experiencias personales dinámicas. "Para mí, Fairbairn como persona construyó a partir de lo que mi padre había hecho por mí. Como analista, me permitió descubrir con gran detalle de que modo mis luchas por la independencia con respecto a mi madre entre los tres y los siete años habían llegado a formar parte de mi personalidad. Sin eso podría haberme deteriorado en la vejez y convertido en una persona tan extraña como mi madre. "Winnicott, una personalidad totalmente distinta, comprendió y llenó el vacío por mi madre en los primeros tres años y medio de mi vida. Los necesité a ambos y tuve la increíble fortuna de encontrarlos. "Quizás ningún terapeuta puede ser todo lo que un paciente necesita y debemos conformarnos con dejar que los pacientes saquen de nosotros el mayor provecho posible. No somos, ni podemos presentarnos, como seres omniscientes y omnipotentes sólo por el hecho de que tenemos una teoría del aparato mental. El mismo Fairbairn dijo en cierta ocasión: "... se obtiene del análisis lo que se pone en él" y creo que eso se aplica tanto al analista como al paciente. Pienso que el desarrollo de un claro conocimiento consciente significa haber tomado plena posesión de los beneficios logrados en el plano emocional. Y continuar en condiciones de tomar nuevos riesgos de nuevas experiencias emocionales que significarán un mayor crecimiento emocional. Representa no sólo una comprensión consciente sino también el fortalecimiento de un núcleo interno -de la mismidad- y de la capacidad para relacionarse. Tanto en el análisis como en la vida real, todas las relaciones tienen una naturaleza sutilmente dual. Durante toda la vida incorporamos figuras buenas y malas que nos fortalecen y nos perturban. Lo mismo sucede en la terapia psicoanalítica: es el encuentro y la interacción de dos personas reales con todas sus complejas posibilidades".

Capítulo 14

INDICE DE PALABRAS

Corresponde a palabras y conceptos presentados en el texto con su correspondiente número de página.

- a poder tolerar algunos momentos de silencio, 199
- abandona el tratamiento, 117
- Abraham Kardiner, 17
- actitud básica del analista, 41
- actividad persecutoria, 178
- actuación de deseos edípicos incestuosos, 86
- actuaciones, 17
- actuaciones intra-sesión, 18
- Adam Limentani, 49
- adaptación, 66
- Además no te quiero compartir, 166
- adiós al abuelo otra vez, 136
- afectos, 43
- Afectos y la Situación Psicoanalítica, 49
- agrado de ser acariciado, 142
- agresión, 65
- agresión indirecta, 66
- agresión y destructividad del bebé, 84
- aislamiento del afecto, 20
- alegría, 81
- amamantamiento en estos momentos regresivos, 118
- amnesia infantil, 33, 175
- amor, 81
- amoroso a través del dolor abrumador, 87
- análisis clásico ortodoxo, 14
- análisis de lo inconsciente., 171
- análisis sistemático del contenido de los sueños, 92
- analizarme con Winnicott antes de que Fairbairn muriera, 196
- Ana-O*, 27
- angustia, 73
- angustia de aniquilación, 74
- angustia del nacimiento, 74
- Anny Katan, 44
- ansiedad de castración, 75
- ansiedad de separación, 74
- ansiedad persecutoria, 74
- ansiedades confusionales, 86
- año de 1945, 13
- años de análisis., 181
- Aparato Mental, 47
- aparece la psicoterapia dinámica, 14
- Arthur Janov, 128
- asociación libre, 29, 175
- aspectos constructivos del odio, 66
- aspectos del encuadre, 112
- aspectos del falso Yo, 173
- aspectos destructivos del odio, 68
- ataque contra sí mismo, 45
- ataques sádicos, 101
- atención flotante, 37, 171
- auto acusaciones, 48
- autoestima, 48
- Bellevue, 91
- beneficiarse verdaderamente de la reconstrucción, 176
- beneficios de la terapia de orientación psicoanalítica, 181
- bloquear la aparición de sentimientos, 20
- bloqueo, 61
- bloqueo muscular, 57
- buen continente confiable holding, 103

- búsqueda de un pene, 153
- cambio interno, 33
- capacidad de amar, 82
- capacidad de introspección, 41
- capacidad para darse en el amor, 87
- capacidad para el coito, 84
- capacidad para el orgasmo, 84
- capacidad para regresionar y el desarrollo del Yo, 114
- carga afectiva, 44
- carga genética exagerada de agresividad en el bebé, 119
- caricias en mis genitales, 142
- caso Dora, 95
- catarsis, 18, 125
- Charles Dederich, 125
- cinismo, 66
- cinismo y hostilidad, 68
- coito de los padres, 34
- Comienza a gritar de nuevo, 106
- complejo de Edipo, 39
- complejo de Edipo de tipo negativo, 41
- compulsión a la repetición*, 176
- comunicaciones no verbales, 50
- Comunidad Synanon, 126
- Comunidad Terapéutica de Synanon, 17
- Comunidades terapéuticas, 14
- conceptualización de la rabia, 67
- conflicto infantil, 33
- conflicto infantil reprimido, 36, 103
- conflicto psíquico, 18
- conflictos neuróticos, 174
- conflictos pre-genitales, 84
- conflictos pre-genitales persecutorios, 86
- confrontación, 71
- confrontación en psicoterapia, 70
- conocimiento, 50
- conocimiento analítico, 25
- conocimiento de la teoría psicoanalítica, 19
- continencia, 42
- continencia emocional, 46
- contratransferencia, 38
- coraza caracterológica muscular, 57
- crueldad del SuperYo, 48
- cualquier expresión de amor y afecto me podría asfixiar, 161
- cualquier pareja consciente es una pareja en peligro, 164
- cuerpo, 43
- cura de la neurosis, 170
- Daniel Casriel, 17, 128
- darle a la expresión emocional directa un lugar primordial, 140
- defensas obsesivas, 77
- deflexión del instinto de muerte, 82
- delirios hipocondríacos, 99
- depresión, 64
- desapareciendo los temores de castración y de inadecuación sexual., 144
- descarga de emociones., 174
- descarga emocional, 18
- deseos suicidas diarios, 159
- deshonesta conmigo y con ella, 144
- desnudo frente al espejo, 142
- detiene el progreso, 20
- diálogo interno con la figura del terapeuta, 179
- dificultades para conciliar el sueño, 102
- Dije
- la debilidad Yoica es el verdadero núcleo del problema de la psicoterapia, 188
- dimensión emocional intensa, 129
- dinámica de la transferencia, 33
- discriminar más claramente, 117
- disfrute del placer genital., 85
- disfrute genital completo, 84
- dolor, 55
- dolor de ser rechazado, 138

- dolor profundo, 20
dolor reprimido, 57
dolor sintiéndome así como a una
niña que le ha ido mal en la
vida, 146
dolor y soledad, 108
Donald Meltzer, 98
Donald Winnicott, 36, 181
dos análisis exitosos no lograron
superarla, 181
drama de ser excluido, 107
drama oral aparentemente sin
salida, 121
- Edipo positivo en la mujer, 34
efecto de cambio y
transformación, 174
efecto post analítico, 181
el darse cuenta
insight, 171
el falso conocimiento, 172
El golpe que significó la súbita
muerte de su esposa, 185
El hacerse/cargo significa el
revivir, 173
El hacerse-cargo
la revivencia, 173
el inconsciente, 175
el objetivo del tratamiento es la
búsqueda de la verdad, 169
el paciente se permite a sí mismo
la libre asociación, 177
el problema esquizoide, 195
El proceso de rescatar aspectos
inconscientes, 172
el psicodrama, 14
El rescate de lo reprimido
la reconstrucción, 174
el sacrificio de su propio dolor
mental, 42
el sueño de León, 104
el sueño satisface nuestros deseos
infantiles, 103
el terapeuta y su propio concepto
de salud, 170
elementos emocionales, 18
elementos reprimidos, 117
eludir las necesidades orales
insatisfechas, 86
emocionalización unilateral, 19
emociones básicas., 54
emociones, 43
emociones destructivas y
violentas, 120
emociones reprimidas y
disociadas por muchos años,
175
en esa época empecé a
masturbarme, 161
En este momento quisiera
morirme, 161
en paz conmigo mismo y con los
demás, 150
encuadre del tratamiento, 114
enfermedad somática, 16
enfermedades nerviosas, 26
entrar de nuevo en su vientre.,
106
entrega amorosa, 87
Eric Berne, 14
erotismo de la boca, 84
escena del lago, 96
escena primaria, 162
escisión del Yo, 45
escogencia de objeto sexual, 84
escogencia de pareja, 117
esperanza, 89
esquema de vida, 131
estados de integración mental,
170
estados fóbicos, 77
estímulos dolorosos, 55
Esto le era intolerable y su
envidia comenzaba a destruir
nuestra relación de trabajo, 148
estructura de la personalidad, 51
estructura muscular, 57
estructura patológica defensiva
neurótica de un Yo/falso., 177
Estudios sobre la Histeria, 28, 48
existenciario, 141
expansión del Yo, 176
experiencia afectiva, 43
experiencia de amor, 81
experiencia de catarsis, 174

- experiencia de dejarse/ir, 112
 experiencia de la orfandad, 87
 experiencia del amamantamiento, 82
 experiencia del tetero, 118
 Experiencia Emocional
 Correctiva, 23
 experiencia traumática y de fracaso, 177
 experiencias de la temprana infancia, 175
 experimentar y revivir esta situación de fracaso, 177
 expresar emociones con gritos inarticulados, 128
 expresión de dolor profundo, 18
 expresión de emociones, 20, 125
 expresión emocional directa, 128
 éxtasis, 81
- facilitar el movimiento regresivo intra sesión, 177
 factor degenerativo y hereditario, 26
 falso crecimiento, 171
 fantasías sexuales, 156
 Felipe Pinel, 26
 fenómeno de la sonrisa, 81
 fenómeno Esquizoide, 195
 fenómeno transferencial, 179
 fenómeno transferencial y resistencial, 171
 fenómenos para-verbales y no-verbales, 50
 fenómenos resistenciales, 174
 Franz Alexander, 22
 Frederick Leboyer, 56
 Frederick Perls, 92
 frustración, 65
 frustración con el pecho, 119
 fuerza de la represión, 56, 129
 fuerza destructiva, 65
 fuerzas de la represión, 175
 fuerzas de la resistencia, 176
 función del grito, 44
 fundamental en mí es el hecho de que he perdido el miedo, 163
 furia, 65
- ganas de orinar, 138
 genitalidad, 85
 George Groddeck, 48
 gesticulación corporal, 32
 gritan y muerden el chupón del tetero en sesión, 118
 gritando casi por cuatro minutos, 17
 gritando intensamente por casi quince minutos, 116
 gritar su furia, 17
 Grité con todo mi cuerpo, 139
 grito de furia, 45
 Grito primal, 125
 Grito Primario, 129
 grito y la expresión de emociones, 20, 129
 Grupo de Adolescentes, 16
- hacer una reparación a la Melanie Klein, 190
 Harry Guntrip, 181
 harto de ser infeliz, 150
 hasta qué punto es posible un resultado completo, 182
 he tenido unas imágenes de suicidio, 147
 Heinrich Racker, 25
 Heinz Kohut, 118
 Helene Deutsch, 55
 hipnosis, 26, 28
 historial clínico de Irma, 93
 Hospital Militar de Caracas, 15
 huída en la genitalización prematura, 86
 hundiendo en un hueco negro, 138
- idealización, 86
 identidad persona, 154
 identidad sexual, 154
 identidad-persona, 83
 identificación sexual, 83
 impulsos sexuales, 30
 incapacidad para el coito, 85
 incapacidad para la represión, 86
 inconsciente, 47

- inflexibilidad de su padre casi lo
 lleva a matarlo, 143
 insomnio, 102
 Institución Synanon, 125
 Instituto Psicoanalítico de
 Chicago, 22
 instrumento de triunfo y
 dominación, 85
 integración del Yo, 46
 intelectualización unilateral, 19
 intensidad del tratamiento, 112
 intensificación de la transferencia,
 32
 intenso temor a la castración, 18
 interpretación, 30
 interpretación de las resistencias,
 30
 interpretación transferencial, 31
 introyecto arcaico, 178

 Jacob Levy Moreno, 125
 Jean Martín Charcot, 26
 Josef Breuer, 26, 27
 juego de roles, 125

 K.R. Eissler, 43

 la cura no es el objetivo de la
 terapia, 171
 la diáspora psicoanalítica, 13
 la experiencia emocional, 174
 La Interpretación de los Sueños,
 97
 la madre ausente como un
 pecho/malo, 115
 La masturbación me distrae, 155
 la parte negativa de la terapia es
 la parte adaptadora, 165
 La parte positiva es la ayuda en el
 auto-conocimiento, 165
 la pérdida de Winnicott como una
 repetición del trauma, 202
 la persona se deja ir, permitiendo
 la regresión, 173
 la progresiva regresión intra
 sesión, 177
 la propia biografía, 176
 la quiere -toda para ella, 162

 La regresión, 176
 la relación con la madre es la base
 para el desarrollo, 109
la resistencia, 172
 lactante experimenta el hambre
 como un tormento de muerte,
 115
 Las parejas que nunca se
 cuestionan, 164
 las resistencias, 173
 le sorprendía haber podido
 elaborar tanto con sesiones tan
 separadas entre sí, 197
 lenguaje de los sueños, 91
 libre asociación, 37
 Liebault y Bernheim, 27
 límites del análisis, 181

 lloró por más de veinte minutos,
 116

 lo que más me jodió de tus
 interpretaciones, 164
 lograr el insight y el conocerse a
 sí mismo, 173
 Los gritos no son de catarsis, 174
 Los nuevos introyectos, 177
 los sueños contienen, 91
 Los sueños son los guardianes del
 reposo, 102

 madre afectuosa y comprensiva
 que lo levanta, le sonríe y lo
 alimenta con cariño y amor,
 115
 madre protectora, 106
 madre terrible, dominante y
 castrativa, 18
 madre/asesina interna reprimida,
 112
 madre/bruja, 35
 madre/buena- que gratifica,
 protege del dolor y de los
 tormentos del hambre, 119
 madre/mala- que deprime y
 frustra, 119
 manifestaciones somáticas, 19

- mantenerme idealizado e inaccesible, 162
 más de ciento cincuenta sesiones con Winnicott, 185
 masturbación de tipo compulsiva, 99
 material clínico de Janov, 130
 material mental, 141
 Maxwell Gitelson, 50
 mayores niveles de integración mental, 178
 Me dijo
 el complejo de Edipo es básico para la práctica , pero no para la teoría, 186
 me sentía pequeño como un niño, 108
 Me siento como un bebé, 161
 mecanismos de escisión, 85
 mecanismos de la curación, 169
 mejor trabajo terapéutico posible, 41
 Melanie Klein, 35, 36, 141
 mente y cuerpo, 44
 método hipnótico-sugestivo, 29
 mi análisis edípico con Fairbairn, 187
 Mi experiencia analítica con Fairbairn y con Winnicott, 182
 Mi necesidad de intensidad es tan respetable como la necesidad que otras personas tienen de estabilidad, 164
 Michael Balint, 113
 miedo, 73
 miedo a esta relación transferencial positiva y cariñosa -a padre, 162
 miedo de conocerse a sí mismo, 173
 miedo en sesión y las náuseas y vómitos, 112
 miembros del grupo, 18
 mis dos análisis no pudieron resolver mi amnesia, 185
 modificación estructural del SuperYo infantil, 179
 modificaciones a la técnica, 13
 modificaciones en la técnica, 103
 momentos de intensa transferencia negativa, 117
 Motivo para los gritos, 128
 mundo externo, 51
 mundo interno, 51
 Musculos como bloqueadores del dolor psíquico, 57
 músculos del cuerpo, 57

 necesidad de sufrir, 87
 necesidad inconsciente de castigo, 48
 necesidades masoquistas, 87
 necesidades masoquistas mutuas, 87
 necesidades neuróticas inconscientes, 170
 neurosis infantil, 33
 neutralidad, 170
 Nina Searl, 44
 nivel de integración, 75
 niveles de bloqueo muscular, 57
 niveles de bloqueo muscular, 57
 no, 119
 no incluye ni trabaja para nada la situación transferencial, 139
 no me provoca seguir viviendo, 155
 no pueden soportar el pezón en la boca, 119
 no puedo recordar la casa donde vivía, 160
 No se por donde empezar, 145
 no se preocupa por nadie, 88
 no/deseo, 37
 NTL laboratories, 14
 nuestra pareja era una bomba de tiempo., 164
 nueva teoría y técnica, 13
 nuevo introyecto, 178
 nuevo introyecto analítico, 178

 objeto bueno internalizado, 119
 objeto interno, 44
 objeto interno bueno, 82
 objeto malo, 45
 objeto parcial idealizado, 85

- objeto total, 83
 objetos buenos, 45
 odiar a su terapeuta/padre, 144
 odio, 65
 orfandad, 159
 orfandad tardía, 88
 orfandad temprana, 88
 oscuridad total, 112
 Otto Kernberg, 118
 Otto Rank, 48
- paciente y el encuadre se fusionan
 debido al narcisismo, 114
 pacientes psicosomáticos, 66
 padre estricto, exigente y
 competitivo, 143
 padres como organizadores, 46
 pain pool, 129
 palabra, 16
 Papá y mamá no querían que yo
 naciera, 135
 Para mí la intensidad es la vida,
 165
 parálisis histéricas, 27
 paralizar el proceso, 20
 participación del cuerpo, 174
 pasé la mayor parte del día
 frotándome el pene, 137
 patología somática, 66
 pecho como algo amenazante y
 peligroso, 119
 pecho malo, 82
 pecho que los frustra, 120
 pene, 85
 persecución del señor "K", 96
 persona del analista, 31
 personalidad del soñante, 92
 personalidades narcisistas, 85
 Phillis Greenacre, 50
 poder dejarse-ir, 20
 por encima de todo no trate de
 curar, 170
 posibilidad de transformación, 92
 posición depresiva, 74
 posición esquizo-paranoide, 74
 posición terapéutica, 19
 Postgrado de Psiquiatría
 Dinámica, 15
- postura, 57
 pozo negro, 138
 prejuicio de la emoción sobre la
 razón es tan perjudicial como
 el de la razón sobre la
 emoción., 165
 preocupación por el otro, 85
 prepararon el camino para su
 resolución como un logro post
 analítico, 185
 problemas hipocondríacos, 99
 proceso doble
 intelectual y afectivo
 emocional, 176
 proceso regresivo, 19
 procesos mentales, 87
 promiscuidad sexual y crisis de
 angustia confusional, 120
 pseudo curación, 171
 Psicodrama, 125
 Psicoterapia psicoanalítica, 13
 psiquiatría biológica, 13
 Psiquiatría dinámica, 13
 puedo pensar y funcionar a través
 de mi intelecto, 165
 pulsiones sexuales, 36
 punto cero, 170
 punto/cero, 37
- Que es el amor, 157
 Qué es la vida, 155
 Qué es ser adulto, 155
 qué esperaba cada uno de la
 pareja, 163
 querer a sí mismo, 144
- rabia, 65
 rabia afirmativa, 68
 rabia asesina, 68
 rabia asesina., 66
 rabia de indignación, 68
 rabia intelectual, 67
 rasgos autistas, 110
 Reacción Terapéutica Negativa,
 79, 121
 realidad psíquica, 92
 rechazo a las emociones básicas,
 70

- recibir amor muy poco a poco, 163
- reconocer sus emociones, 46
- reconstrucción que es un fenómeno fundamentalmente intelectual, 175
- recuerdos, 34, 175
- recuerdos profundamente olvidados, 118
- regresión, 109
- regresión como un mecanismo de defensa, 109
- regresión dentro del proceso de la terapia, 118
- regresión y la patogénesis de las neurosis, 109
- regresión y la resistencia, 109
- regresión y niveles pre-verbales, 111
- regresión y profundización y revivencia del conflicto infantil reprimido., 109
- regresiones al nivel oral incorporativo, 118
- regresiones profundas a la fase oral/incorporativa, 120
- rehabilitación de drogadictos, 128
- relación edípica con su padre., 144
- relación transferencial con el terapeuta, 117
- relaciones de objeto y el self, 195
- relaciones objetales totales, 83
- rellenar las lagunas mnémicas, 176
- repose onírico y el dormir, 102
- represión, 28
- represión de la sexualidad infantil, 175
- represión de las emociones, 45, 48
- rescatar lo reprimido, 176
- rescate de lo reprimido, 129
- resiste al proceso terapéutico, 110
- resisten a perder el control, 19
- resisten el vomitar, 112
- resistencia, 28, 29
- resolución satisfactoria del conflicto edípico, 84
- respuesta alucinatoria, 81
- respuesta del Yo, 43
- respuestas del Yo, 74
- respuestas emocionales básicas del Yo, 53
- resuelto el complejo de Edipo, 84
- resultados de la terapia, 181
- reverie, 42
- revivencia del conflicto infantil reprimido, 123
- revivencia del conflicto infantil reprimido., 173
- revivir a través de la regresión, 20
- revivir la situación de fracaso a través del fenómeno de la regresión, 114
- ritual primitivo del estrujón*, 127
- Robert Furman, 44
- rol playing, 125
- Ronald Fairbairn, 181
- sadismo vuelto contra el Yo, 64
- salud mental, 141
- Sandor Ferenczi, 21, 113
- Sandor Rado, 17
- Se acerca a la verdad, 173
- se puede vivir solo, 164
- se siente frágil, débil, 163
- secreto de los sueños*, 91
- Segmento bucal, 58
- Segmento del abdomen, 59
- Segmento del cuello, 58
- Segmento del diafragma, 59
- Segmento del tórax, 59
- Segmento ocular, 58
- Segmento pélvico, 59
- Segunda guerra mundial, 13
- segunda tópica, 48
- sensaciones en mi cuerpo, 142
- sentarme en una poceta a mirar por las rendijas de los tabiques el pipí de los tipos, 150
- Sentí que perdía el mundo, 108
- sentimiento de exclusión, 87
- sentimiento de persona, 68
- sentimiento de tener pene, 137

- sentimientos inconscientes de culpabilidad, 48
- sentirse deseada por su padre, 162
- ser lo que se es*, 174
- ser un curador, 170
- ser-ese-algo*, 174
- sesión en oscuridad total, 118
- severos trastornos de personalidad, 119
- sí/mismo, 64
- Sigmund Freud, 113, 125
- Sigmund Freud., 25
- significado inconsciente, 30
- sin capacidad genital, 159
- síntomas histéricos, 26
- situación contratransferencial, 39
- situación del nacimiento, 74
- situación edípica, 83
- situación transferencial*, 176
- situaciones históricas, 175
- sonrisa, 81
- soy la oveja negra del grupo, 166
- su relación conmigo, 107
- su secretaria me dijo que había muerto, 201
- su verdad interna desconocida, 175
- Sueño de la inyección de Irma, 93
- sueños, 91
- sueños y su contenido de emociones, 97
- sufrimiento y dolor histórico, 129
- superar los temores de castración, 143
- SuperYo cruel y arcaico, 79
- SuperYo infantil sádico, 178
- SuperYo sádico, 79
- surgimiento de su Yo verdadero, 173
- Técnicas de Grito, 18
- temor a la mujer y a la vagina, 155
- temor a perder mi batalla con mi madre, 201
- temor al contacto con el propio mundo interno reprimido, 112
- temor al fracaso, 75
- temor en la conciliación del sueño, 102
- temores de castración, 75
- temores paranoides, 120
- tensión muscular crónica, 57
- teoría de la cura, 169
- Teoría de los Afectos, 53
- Terapeuta de Grupos*, 14
- terapeuta peligroso y perseguidor, 117
- terapéutica -al servicio de la cura-, 114
- tercera teoría de la ansiedad, 73
- ternura, 84
- tomar conciencia, 106
- trabajar lo de su mamá, 106
- trabajo de los sueños, 92
- trabajo directo con emociones, 20
- trabajo en grupos, 23
- trabajo interpretativo, 18
- transferencia, 31, 33
- transferencia como repetición, 31
- transferencia como resistencia, 31, 34
- transferencia erótica, 32
- transferencia incestuosa, 35
- transferencia negativa, 32, 189
- traumatizados de guerra, 13
- tres niveles de rabia, 67
- triumfo sobre el padre, 107
- tuve algo más de mil sesiones con Fairbairn, 185
- un enriquecimiento de la personalidad, 176
- un solo corte rápido, 131
- una amenaza permanente de abandonar la terapia, 148
- una mujer que me acepte como soy, 157
- único vínculo amoroso que él podía hacer era de naturaleza masoquista, 144
- Universidad Central de Venezuela, 15
- Universidad de Harvard, 14
- Universidad de Viena, 26

utilizan el grito como instrumento
de trabajo, 140

vagina, 85

ver lo invisible, 18

verbalización de los afectos, 44

verbalización en el niño, 45

verdad interior, 16, 170

vergüenza, 80

vida mental del analista, 35

Viena, 91

vínculo amoroso, 85

violencia y destructividad, 120

Virginia Satir, 14

vivencia de identidad, 170

vivencias olvidadas, 28

Wilfred Bion, 114, 170

Wilhelm Fliess, 21, 91

Wilhelm Reich, 29, 140

Winnicott había dejado tan atrás a
Freud en la terapia, 197

Winnicott trabajaba directamente
con el vacío que hubo en los
comienzos de mi vida, 199

Yo inmaduro, 45

yo me revelo, 165

yo quien había elegido esa
posición del diván, 188

Yo/falso, 45, 51, 113

Yo/falso implica la presencia de
un fracaso adaptativo, 114

Yo/real, 36, 51, 114

Capítulo 15

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K. (1955) *"Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría"*. Editado por su hija Hilda. Versión en español de Paidos. Buenos Aires. 1961.
- ADLER, G. y MAYERSON, P. (1973) *"Confrontation and psychotherapy"*. Science House. New York.
- ALEXANDER, F. (1950) *"Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment"* in "Outline of psychoanalysis" de Clara Thompsom (1955), página 436. Modern Library. New York.
- ALEXANDER, F. (1958) *"Psiquiatría dinámica"*. Editorial Paidos. Buenos Aires.
- ANZIU, D. (1969) *"La interpretación en primera persona"* aparece en "Prácticas psicoanalíticas comparadas en las neurosis". Editado por Grimberg L. Paidos. Buenos Aires. 1976.
- ARAY, D. (1969) *"Manías tristes"*. Monte Avila Editores. Caracas.
- ARLOW, J. (1977) *"Affects and the psychoanalytic situation"*. Inter. J. of Psychoana. 58:233. London.
- ASSAGIOLI, R. (1965) *"Psycho-synthesis"*. Penguin Books. New York.
- AULAGNIER, P. (1975) *"La violencia de la interpretación"*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- AULAGNIER, P. (1980) *"Los destinos del placer"*. Ediciones Pretel. ESpaña.
- BAKER, E. (1967) *"Man in the trap: the causes of blocked sexual energy"*. Avon Books. New York.
- BALINT, M. (1932) *"Character analysis and new begining"*. Hogarth Press. London.
- BALINT, M. (1934) *"The final goal"*. Hogarth Press. London.
- BALINT, M. (1948) *"On genital love"*

- in "Primary love and psychoanalysis technique". Hogarth Press. London.
- BALINT, M. (1949) *"Changing techniques"*. Hogarth Press. London.
- BALINT, M. (1959) *"Thrills and regressions"*. Hogarth Press. London.
- BALINT, M. (1968) *"The basic fault"*. Tavistock Publications. London. (Therapeutic aspects of regressions).
- BEAN, O. (1971) *"Me and the orgone"*. Fawcett Publications. Conn.
- BICK, E. (1968) *"The experience of the skin in early object relations"*. Intern. J. of Psychoan. Vol. 49:484. London.
- BION, W. (1961) *"Experiences in groups"*. Tavistock Publications. London.
- BION, W. (1962) *"A theory of thinking"*. Intern. Journal of Psychoan. Vol. 43.
- BION, W. (1963) *"Elements of psychoanalysis"*. Basic Books. New York.
- BION, W. (1970) *"Atención e interpretación"*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1974.
- BION, W. (1970) *"Second thoughts"*. Heinemann London y la edición en español de Paidós. Buenos AIRES. 1970.
- BLEGER, J. (1967) *"Simbiosis y ambigüedad"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- BOADELLA, D. (1973) *Wilhelm Reich: the evolution of his work*. Dell Publishing Co. New York.
- BOYER, L. (1971) *"Psychoanalytic technique in the treatment of certain characterological and schizophrenic disorders"*. Intern. J. of Psychoan. Vol. 52: 67-85. London.
- CASRIEL, D. (1963) *"So fair a house. The story of Synanon"*. Prentice Hall, New York.
- CASRIEL, D. (1971) *"Day top: three addicts and their cure"*. Hill & Wang. New York.
- CASRIEL, D. (1972) *"A scream away from happiness"*. Grusset & Dunlap. New York. Versión en español: "A un grito de la felicidad". Monte Avila. Caracas. 1975.
- CATTIER, N. (1971) *"Vida y obra de Wilhelm Reich"*. Editorial Tiempo Nuevo. Caracas.
- CHESSER, E. (1972) *"Reich and sexual freedom"*. Nison Press. London.
- DEUTSCH, H. (1937) *"Absence of Grief"*.

- Psychoanal. Quart. Vol. 6: 12-22. New York.
- EISSLER, K. (1954) "A unknown letter by Freud and a short comment". Int. J. of Psych. Vol. 32: 319-324. London.
- FAIRBAIRN, R. (1954) "An object relations theory of the personality". Basic Books. New York.
- FAST, J. (1971) "Body language"
Pocket Books. Evans and Co. New York.
- FELDENKRAIS, M. (1940) "Body and mature behavior".
I.U.P. New York. 1970.
- FELDENKRAIS, M. (1949): "Cuerpo y conducta: un estudio sobre la ansiedad, el sexo, la gravitación y el aprendizaje" IUP, New York.
- FERENCZI, S. (1920) "Los nuevos adelantos en la terapéutica activa en el psicoanálisis" en "Teoría y técnica del psicoanálisis". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1967.
- FERENCZI, S. (1926) "Problemas y métodos del psicoanálisis". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1966.
- FERENCZI, S. (1926) "Teoría y técnica del psicoanálisis". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1967.
- FRAIBERG, G. (1977) *Insight from the blind*.
Basic Books. New York.
- FREUD, A. (1936) "The ego... and the mechanisms of defense". I.U.P. Nueva York. 1966.
- FREUD, S. (1893) "Nota necrológica de J.M. Charcot".
OC-BN. 3ª edición corregida. Tomo I. Madrid: SE: 1,25.
London.
- FREUD, S. (1894) "Las neuro-psicosis de defensa".
SE: 3,43. London.
- FREUD, S. (1895) "Estudios sobre la histeria".
OC-BN. 3ª edición corregida. Tomo I, Madrid. SE: 2,3.
London.
- FREUD, S. (1895) "Project for a scientific psychology".
Parte 4: The Biological Standpoint. SE: 2,301. London.
- FREUD, S. (1899) "Carta Nº 106".
OC-BN. 3ª edición corregida. Tomo I. Madrid.
- FREUD, S. (1900) "La interpretación de los sueños".
OC-BN. 3ª edición corregida. Tomo I. Madrid. SE: 4,96.
London.
- FREUD, S. (1904) "Freud's psychoanalytic procedure".
SE: 7,249. London.
- FREUD, S. (1905) "Three essays on the theory of sexuality".
SE: 7,173. London.
- FREUD, S. (1905) "On psychotherapy".

- SE: 7,257. London.
- FREUD, S. (1905) "*Fragment of an analysis of a case of hysteria*". SE: 7,3-112. London.
- FREUD, S. (1914) "*Introducción al narcisismo*". SE: 14,67-73. London.
- FREUD, S. (1910) "*Contribuciones a la psicología del amor*", SE: 11, 155-168. London.
- FREUD, S. (1912) "*Contribuciones a la psicología del amor, II*". SE: 11,169-184.
- FREUD, S. (1918) "*Contribuciones a la psicología del amor, III*". SE: 11, 185-104.
- FREUD, S. (1912) "*La dinámica de la transferencia*". OC-BN. 3ª edición corregida. Tomo 2. Madrid.
- FREUD, S. (1915) "*Observaciones sobre el amor de transferencia*". OC-BN. 3ª edición corregida. Tomo 2. Madrid.
- FREUD, S. (1915) "*Lo inconsciente*". Parte tercera: Las emociones inconscientes. OC-BN.3ª edición corregida. Tomo 2. Madrid.
- FREUD, S. (1916) "*Criminales por sentimiento de culpabilidad*". SE: 14,332. London.
- FREUD, S. (1917) "*Carta Nº 176*". OC-BN. 3ª edición corregida. Tomo I. Madrid.
- FREUD, S. (1917) "*Duelo y melancolía*". SE: 14, 251. London.
- FREUD, S. (1918) "*Lines of advance in psychoanalytic the rapy*". SE: 17,159. London.
- FREUD, S. (1921) "*Psicología del grupo y análisis del yo*". SE: 18, 105-129. London.
- FREUD, S. (1923) "*El Yo y el Ello*". SE: 19,28. London.
- FREUD, S. (1926) "*Inhibición, síntoma y angustia*". SE: 20,87-132.
- FREUD, S. (1937) "*Construcciones en psicoanálisis*". SE: 23,258.
- FREUD, S. (1937) "*Análisis terminable e interminable*". SE: 33,209.
- FREUD, S. (1939) "*Esquema del psicoanálisis*". Cap. V. Aclaraciones a la interpretación de los sueños. SE: 23,165. London.
- FREUD, S. (1954) "*The origins of psychoanalysis: letters to Wilhelm Fliess, drafts and notes 1887-1902*". Editado por Marie Bonaparte, A. Freud y E. Kris, Basic Books. New York.

- FROMM-REICHMANN, F. (1958) *"Principios de psicoterapia intensiva"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- FURMAN, R. (1978) *"Some developmental aspects of the verbalization of affects"*. Psychoanal. Study of the child. Vol. 33, 187-211. Yale U. Press. New Haven.
- GARFIELD, C. (1977) *"Rediscovery of the body"*. Laurel edition. New York.
- GIOVACCHINI, P. (1967) *"The frozen introject"*. Intern. J. of Psychoanal. Vol. 48-61-67. London
- GIOVACCHINI, P. (1972) *"Tactics and techniques in psychoanalytic therapy"*. Science House. New York.
- GIOVACCHINI, P. (1975) *"Psychoanalysis of character disorders"*. Jason Aronson. New York.
- GIOVACCHINI, P. (1979) *"Treatment of primitive mental states"*. Jason Aronson. New York.
- GITELSON, M. (1952) *"The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation"*. Internat. J. of Psychoanal. Volumen 33: 1-10.
- GLOVER, E. (1939) *"The psychoanalysis of affects"*. in *"The early development of mind"*. I.U.P. New York. 1956.
- GOLEMBIEWSKI, R. (1970) *"Sensitive training and the laboratory approach"*. Peacock Publis. Illinois.
- GREEN, A. (1977) *"Affect and the psychoanalytic situation"*. Intern. J. of Psychoanal. Vol. 58.
- GREENACRE, P. (1975) *"On reconstruction"*. J. of the American Psychoanal. Ass. Vol. 23: 693-712,
- GREENSON, R. (1967) *"The technique and practice of psychoanalysis"*. I.U.P. New York.
- GREENWALD, H. (1967) *"Active psychotherapy"*. Atherton Press. New York.
- GRIMBERG, L. y Otros. (1968) *"Psicoanálisis en las Américas"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- GRIMBERG, L. (1972) *"Introducción a las ideas de Bion"*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- GRIMBERG, L. (1976) *"Teoría de la identificación"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- GRIMBERG, L. (1977) *"Prácticas psicoanalíticas comparadas en las neurosis"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- GRIMBERG, L. (1977) *"Prácticas psicoanalíticas comparadas en niños y adolescentes"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- GUNTRIP, H. (1979) *"El Self en la teoría y práctica psicoa"*

- nalítica*". Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- GUNTRIP, H. (1975) *"Estructura de la personalidad e interacción humana"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- GUNTRIP, H. (1975) *"Mi experiencia analítica con Fairbairn y Winnicott"*. Intern. Review of Psychoanalysis. Vol. 2. 1975. Parte 4. London.
- HARTCOLLIS, P. (1964) *"Hospital romances: some vicissitudes of transference"*. Bulletin of the Meninger Clinic. Vol. 28, 62.
- HARTMANN, H. y Otros. (1949) *"Notes in the theory of aggression"*. Psychoana. Study of the Child. Vol. 3-4. I.U.P. New York.
- HEIMANN, P. (1950) *"On countertransference"*. Internat. J. of Psychoan. Vol. 31: 81-84. London.
- HESS, E, y POLT, J. (1960) *"Pupil size in relation to interest value of visual stimuli"* in Science. Vol. 132: 349-350.
- HOWARD, J. (1970) *"Please touch"*. McGraw Hill books. New York.
- JACOBSON, E. (1953) *"The affects and their pleasure-unpleasure quality in relation to the psychic discharge processes"* in "Drives, affects and behavior". Vol. 1, by Loewenstain. I.U.P. New York.
- JACOBSON, E. (1964) *"The Self and the object world"*. I.U.P. New York.
- JACOBSON, E. (1971) *"Depression: comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions"*. I.U.P. New York.
- JANOV, A. (1970) *"The primal scream"*. Delta Book, New York.
- JANOV, A. (1971) *"The anatomy of mental illness"*. Putman. New York.
- JANOV, A. (1972) *"The primal revolution"*. Simon and Schuster. New York.
- JANOV, A. (1973) *"The feeling child"*. Simon and Schuster. New York.
- JANOV, A. (1975) *"Primal man: the new consciousness"*. Thomas Crowell Co. New York.
- JONES, E. (1958) *"Vida y obra de Sigmund Freud"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- KAPLAN, H. y Otros. (1971) *"Comprehensive group psychotherapy"*. Williams and Wilkins, C. Baltimore.
- KATAN, A. (1961) *"Some thoughts about the role of verbalization"*.

- tion in early childhood*" in "The psychoanalysis study of the Ch." Vol. 16: 184-188. I.U.P. New York.
- KAUFMAN, I. (1956) "*Therapeutic consideration of the borderline personality structure*" in "Ego psychology and the dynamic casework". FSAA. New York.
- KELEMAN, S. (1976) "*The human ground: sexuality, self and survival*". Editado por Science and Behavior Books. California.
- KELEMAN, S. (1976) "*Your body speaks its mind*". Simon and Schuster. New York.
- KERHNER, O. (1970) "*Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities*". J. of the American Psychoan. Ass. Vol. 18, 45-85.
- KERHNER, O. (1976) "*Object relations theory and clinical psychoanalysis*". J. Aronson. New York.
- KAHN, M. (1974) "*The privacy of the self*". Hogarth Press. London.
- KIZER, M. (1980) "*Comunicación personal*". Caracas.
- KLEIN, M. (1932) "*Psicoanálisis de niños*". Editorial Paidós. Buenos Aires.
- KLEIN, M. (1935) "*Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*". Contribuciones al psicoanálisis, editado en español por Paidós. Buenos Aires. 1964.
- KLEIN, M. (1937) "*Amor, culpa y reparación*". Aparece en las Obras Completas de Melanie Klein en español por Paidós. Buenos Aires. 1977.
- KLEIN, M. (1945) "*El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas*". Contribuciones al psicoanálisis, editado en español por Paidós. Buenos Aires. 1964.
- KLEIN, M. (1946) "*Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*". Desarrollos en psicoanálisis, editado en español por Paidós. Buenos Aires. 1962.
- KLEIN, M. (1948) "*Ansiedades tempranas del bebé: sobre la teoría de la ansiedad y la culpa*". Desarrollos en psicoanálisis, editado en español por Paidós. Buenos Aires. 1962.
- KLEIN, M. (1952) "*Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante*". Desarrollos en psicoanálisis, editado en español por Paidós. Buenos Aires. 1962.
- KLEIN, M. (1957) "*Envidia y gratitud*". Obras Completas de Melanie Klein editado en español por Paidós. Buenos Aires. 1977.

- KLEIN, M. (1960) *"Sobre la salud mental"*.
Obras Completas de Melanie Klein editado en español por Paidos. Buenos Aires. 1977.
- KLEIN, M. (1971) *"Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico"*. Obras Completas de Melanie Klein editado en español por Paidos. Buenos Aires. 1977.
- KOHUT, H. (1971) *"The analysis of the Self"*.
I.U.P. New York.
- KOHUT, H. (1977) *"The restoration of the Self"*.
I.U.P. New York.
- LACAN, J. (1966) *"Escritos"*.
Editado en español por Siglo XX. 1971.
- LACAN, J. (1968) *"The language of the Self"*.
Translated from the french and notes by Anthony Wilden.
Del Press. New York.
- LACAN, J. (1973) *"The four fundamental concepts of psychoanalysis"* on the Internat. Psychoanalytic Library Hogarth Press. Vol. 106. London. 1977.
- LAIN, R. (1960) *"El Yo dividido"*.
Fondo de Cultura Económica. Mexico.
- LAMP-DE-GROOT, J. (1965) *"The development of the mind"*.
I.U.P. New York.
- LANDER, R. (1979) *"Melanie Klein: Reflexiones sobre su vida y su obra"*. Editorial Ateneo de Caracas.
- LANDER, R. (1980) *"La aparición del espacio psíquico interno: un estudio sobre el proceso introyectivo temprano"*.
Monografía. Presentado en la Asoc. Venezolana de Psicoanálisis. Octubre. 1980.
- LANGE, A. (1976) *"Responsible assertive behavior"*.
Research Press. Illinois.
- LANGER, M. (1964) *"Maternidad y sexo"*.
Paidos. Buenos Aires.
- LEBOYER, F. (1975) *"Nacimiento sin violencia"*.
Dobleday. New York.
- LEE, P.C. (1976) *"Sex differences"*.
Urizen Books. New York.
- LEVIN, S. (1977) *"On Shame"*.
in the "World of emotions" by Socarides, S. I.U.P. New York.
- LEWIN, B. (1958) *"Dreams and the use of regressions"*.
I.U.P. New York.
- LEWIN, B. (1965) *"Reflections on affects"*

- in "Drives, affects and behavior. Vol. 2 by Schur, M. I.U.P. New York.
- LEWIS, H. (1971) "*Growth games*".
Harcourt and B. and J. Editions. New York.
- LEWIS, M. (1974) "*The origins of fear*".
Wiley and Sons. New York.
- LILLY, J. (1969) "*The center of the cyclone*".
Simon and Schuster. New York.
- LILLY, J. (1975) "*Simulations of God*".
Simon and Schuster. New York.
- LILLY, J. (1977) "*The deep Self*".
Waener Books. New York.
- LIMENTANI, A. (1977) "*Affects and the psychoanalytic situation*". Internat. J. of Psych. Vol. 58: 171-182. London.
- LISS, J. (1974) "*Free to feel*".
Wildwood House. London.
- LOEWALD, H. (1960) "*On the therapeutic action of psychoanalysis*". Internat. J. of Psych. Vol. 41: 16-33. London.
- LOPEZ, R.E. (1980) "*Símbolo y mutación*".
Monte Avila. Caracas.
- LORAND, S. (1948) "*Técnica del tratamiento psicoanalítico*".
Editorial Paidós. Buenos Aires.
- LORENZ, K. (1966) "*On aggression*".
Bantam Books. New York.
- LOWEN, A. (1958) "*The language of the body*".
Grune and Stratton. New York.
- LOWEN, A. (1965) "*Love and orgasm*".
MasMian. New York.
- LOWEN, A. (1970) "*Pleasure*".
Penguin Books. New York.
- LOWEN, A. (1972) "*Depression and the body*".
Penguin Books. New York.
- LOWEN, A. (1975) "*Bioenergetics*".
Cowards Books. New York.
- MAHLER, M. (1968) "*On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*". I.U.P. New York.
- MAHLER, M. (1975) "*The psychological birth of the human infant*". Basic Books. New York.
- MALCOHN, A. (1975) "*The tyranny of the group*".
Lettlefield, Adams and C. New Jersey.
- MASLOW, A.H. (1956) "*Cognition of being in the peck experience*". Monografía. Waltham Mass. Brandeis Univ.

- MELTZER, D. (1964) *"La diferencia entre los delirios somáticos y la hipocondría"*. Internat. J. of Psych. Vol. 45: 246-257. London.
- MELTZER, D. (1967) *"El proceso psicoanalítico"*. Edición en español por Paidós. Buenos Aires.
- MELTZER, D. (1974) *"Los estados sexuales de la mente"*. Edición en español por Kargieman. 1975.
- MELTZER, D. (1975) *"Exploraciones en autismo"*. Edición en español por Paidós. Buenos Aires. 1979.
- MENNINGER, K. (1958) *"Teoría de la técnica psicoanalítica"*. Harper and Torchbook. New York.
- MORENO, J.L. (1959) *"Psicoterapia de grupo y psicodrama"*. Fondo de Cultura Económica. Mexico. 1966.
- NICOLAS, R. (1973) *"Reich: la revolución radical"*. Ediciones Fareso. España.
- OLSEN, P. (1976) *"Emotional Flooding"*. Human Press. New York.
- OYLE, I. (1976) *"Time, space and the mind"*. Celestial Arts. California.
- PANKEN, S. (1973) *"The joy of suffering"*. J. Aronson. New York.
- PERLS, F. (1974) *"Yo, hambre y agresión"*. Fondo de Cultura económica. Mexico. 1975.
- PERLS, F. (1951) *"Gestald Therapy"*. Delta Book, New York.
- PERLS, F. (1969) *"Dentro y fuera del tarro de la basura"*. Ed. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
- PERLS, F. (1969) *"Sueños y existencia"*. Ed. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
- PETO, A. (1946) *"Weping and laughing"*. Internat. J. of Psych. Vol. 27: 129-133.
- PETO, A. (1968) *"On affect control"*. Internat. J. of Psych. Vol. 49: 471-76.
- RACKER, H. (1960) *"Estudios sobre técnica psicoanalítica"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- RADO, S. (1962) *"Psicoanálisis de la conducta: Obras Seleccionadas"*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- RAKNESS, O. (1970) *"Wilhelm Reich and orgonomy"*. St. Martin Press. New York.
- RANK, O. (1914) *"El doble"*. Meridian Book. New York. 1979.
- RANK, O. (1936) *"Truth and reality"*. Norton Co. New York.

- RANK, O. (1936) *"Will therapy"*.
Norton Co. New York.
- RADAPORT, D. (1942) *"Emotions and memory"*.
I.U.P. New York. 1971.
- RADAPORT, D. (1953) *"On the psychoanalytic theory of affects"* in *"Collected Papers"*. Basic Books. New York. 1967.
- RASCOVSKY, A. (1971) *"Niveles profundos del psiquismo"*.
Editorial Sudamericana. Buenos Aires.
- REICH, W. (1925) *"Análisis del carácter"*.
Edición de 1975 por Editorial Paidós. Buenos Aires, en base a la tercera edición ampliada de 1942.
- REICH, W. (1927) *"La función del orgasmo"*.
Meridian Books. New York. 1971.
- REICH, W. (1935) *"La revolución sexual"*.
Visión Press. London. 1972.
- REICH, W. (1931) *"The invasion of compulsory sexuality"*. Penguin Books. New York. 1971.
- REICH, W. (1973) *"Selected Writings"*.
Editorial Farrar and S and G.
- REICK, T. (1974) *"Masochism in sex and society"*.
Pyramid Book. New York.
- ROBINSON, P. (1970) *"The sexual radicals"*.
Paladin Books. London.
- RODRIGUEZ, E. (1966) *"El contexto del proceso analítico"*.
Editorial Paidós. Buenos Aires.
- ROLF, I. (1976) *"Structural integration: counterpart of the psychological integration"* in the *"Emotional Flooding"* by Olsen Human Sciences Press. 1976.
- ROLF, I. (1977) *"Rolfing: the integration of human structures"*. Harper and Row. New York.
- ROSENFELD, H. (1965) *"Estados psicológicos"*.
I.U.P. New York.
- ROSENFELD, H. (1969) *"Sobre la identificación proyectiva"*.
Montreal. Coloquio sobre Psicosis. Monografía.
- ROSENFELD, H. (1978) *"Some therapeutic factors in psychoanalysis"*. Intern. j. of Psychan. Psychotherapy. Vol. 7: 152. Aronson, New York.
- RUITENBEEK, H. (1970) *"The new group therapies"*.
Avon Books. New York.
- RYCROFT, CH. (1969) *"Wilhelm Reich"*.
Viking Press. New York.
- SADOCK, B. y Otros. (1976) *"The sexual experience"*.

- Williams and Wilings Co. Baltimore.
- SATIR, V. (1967) *"Conjoint family therapy"*.
Science and Behavior Books. California.
- SATIR, V. (1972) *"People-making"*.
Science and Behavior Books. California.
- SCHUR, M. (1965) *"Drives, affects and behavior"*.
I.U.P. New York.
- SCHUR, M. (1973) *"Freud: living and dying"*.
I.U.P. New York.
- SCHUTZ, W. (1967) *"Joy: expanding human awareness"*.
Grove Press. New York.
- SEARL, N. (1933) *"On screaming"*
in "The world of emotions" by Socarides, C. I.U.P. New
York.
- SEARLES, H. (1979) *"Counter-transference and related sub
jects"*. I.U.P. New York.
- SEARLES, H. y Otros. (1979) *"Advances in psychotherapy
of the borderline patient"*. J. Aronson. New York.
- SHAFFER, R. (1968) *"Aspect of internalization"*.
I.U.P. New York.
- SINGER-KAPLAN, H. (1974) *"The new sex therapy"*.
Bruner & Mazel. New York.
- SMITH, R. (1974) *"Beyond monogamy"*.
John Hopkins Univ. Press. Balti.
- SOCARIDES, C. (1977) *"World of emotions"*.
(Estudio psicoanalítico de los afectos y de su expresión).
I.U.P. New York.
- SPITZ, R. (1953) *"Aggression: its role in the establishment of
objects relations"* in "Drives, affects and Behavior" by
Schur, M. I.U.P. New York.
- SPITZ, R. (1965) *"El primer año de vida"*.
I.U.P. New York.
- STEVENS, B. (1970) *"Don't push the river"*.
Real People Press. Utah.
- STEVENS, J. (1971) *"El darse cuenta"*.
Ed. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.
- STONE, I. (1971) *"The passions of the mind: life of Freud"*.
Dobleday Co. New York.
- SEGAL, H. (1962) *"The curative factors in psychoanalysis"*.
Intern. J. of Psychoan. Vol. 43: 212-217.
- STRACHEY, J. (1934) *"La naturaleza de la acción terapéuti
ca del psicoanálisis"*. Intern. J. of Psychoan. Vol. 15:
127.

- VOLKAN, v. (1976) *"Primitive internalized objects relations"*. I.U.P. New York.
- WINNICOTT, D. (1947) *"Hate in the countertransference"*. Intern. J. of Psychoanal. Vol. 30: 245. London.
- WINNICOTT, D. (1949) *"Birth Memories, birth trauma and anxiety"* in *"Through paediatrics to psychoanalysis"*. Basic Books.
- WINNICOTT, D. (1950) *"Aggression in relation to emocional development"*. The Psychoanal. Study of the Child. Vol. 3/4: 37-56. I.U.P. New York.
- WINNICOTT, D. (1954) *"Aspectos clínicos y meta—psicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico"*. *"Through paediatrics to psychoanalysis"*. Pág. 248. Basic Books. New York. En español en la Revista Argentina de Psicoanálisis. Vol. 26.
- WINNICOTT, D. (1958) *"Through paediatrics to psychoanalysis"*. Basic Books. New York.
- WINNICOTT, D. (1965) *"The maturational processes and the facilitating environment"*. I.U.P. New York.
- YALOM, I. (1970) *"The theory and practice of group psychotherapy"*. Basic Books. New York.
- ZETZEL, E. (1970) *"The capacity for emotional growth"*. I.U.P. New York.
- ZILBOORG, G. (1933) *"Anxiety without affect"* in *"The World of emotions"* by Socarides, C. I.U.P. New York.