



¿Para qué sirve el psicoanálisis?

El qué-hacer
con el paciente

LUIS CHIOZZA



libros del
Zorzal

Freud comenta que, en un diálogo publicado en un semanario humorístico de Múnich, un hombre se quejaba del carácter de las mujeres, que las convierte en complicadas y difíciles, y que su interlocutor le responde: “Sí, pero es lo mejor que tenemos en ese tipo de cosas”. Freud utiliza el comentario para afirmar, a continuación, que, para formar psicoanalistas, lo mejor que tenemos son los médicos.

Lo que el personaje del semanario decía de las mujeres podría también decirse de los hombres, y lo que Freud decía de los médicos podría decirse de muchas otras cosas. Si bien es cierto que el psicoanálisis es una empresa cuyas dificultades exigen un insospechado esfuerzo, y que transcurre perturbada por inevitables momentos de malestar en el paciente y en su psicoanalista, es lo mejor que tenemos para lograr lo que con él intentamos.

Pero ¿qué es lo que intentamos? ¿De qué tipo de cosas se ocupa el psicoanálisis? Podemos preguntarnos también: ¿para qué sirve el tratamiento psicoanalítico? Y ¿cómo podemos disminuir los disgustos que el proceso ocasiona? Estas dos últimas preguntas, que han merecido la atención del psicoanálisis desde sus mismos albores y que, dada su índole, han permanecido siempre abiertas hacia nuevas indagaciones, iniciaron el camino que condujo a escribir este libro.



libros del
Zorzal



puentes



LUIS CHIOZZA

¿Para qué sirve el psicoanálisis?

El qué-hacer
con el paciente



libros del
Zorzal

Chiozza, Luis
¿Para qué sirve el psicoanálisis?: El qué-hacer
con el paciente . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de
Buenos Aires : Libros del Zorzal, 2013.

192 p. ; 20x13,5 cm.

ISBN 978-987-599-312-9

1. Psicoanálisis. I. Título
CDD 150.195

Diseño de tapa: Silvana Chiozza

© Libros del Zorzal, 2013
Buenos Aires, Argentina
Printed in Argentina
Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra,
escribanos a:
<info@delzorzal.com.ar>

Asimismo, puede consultar nuestra página web:
<www.delzorzal.com>

Índice

Prólogo	15
Capítulo 1	
Necesidad y posibilidad del psicoanálisis	19
¿De dónde surge la necesidad del tratamiento?	19
El conflicto inconsciente	24
Los valores, los afectos y los actos	28
Tres maneras de la vida	31
Capítulo 2	
El proceso psicoanalítico	37
La transferencia de lo pasado en el presente	37
La consciencia de la transferencia inconsciente.....	41
Los árboles y el bosque.....	46
Capítulo 3	
El encuadre	51
El campo en el que se realiza la tarea	51
El escenario y las reglas	55
La importancia de no jugar con el encuadre	59
Los fáciles desvíos	65
Capítulo 4	
¿Qué, cuándo y cómo se interpreta?.....	71
¿Qué significa interpretar?.....	71
El “material” que se interpreta.....	75
“Psicopatología” de la vida cotidiana	79
El origen de la interpretación que se pronuncia.....	82

Capítulo 5

¿Cómo decir

lo que hace falta decir?	91
El sentido fundamental de un enunciado	91
Los cambios en la técnica psicoanalítica	95
Cuando el paciente interpela.....	101

Capítulo 6

Sobre la oportunidad

del hablar y del callar	105
Acerca del silenciar la transferencia.....	105
Aquí y ahora conmigo.....	108
Las distintas funciones del interlocutor en las transferencias recíprocas	113
La oportunidad del hablar y del callar	116

Capítulo 7

El psicoanálisis

del carácter	123
La construcción de un baluarte	123
El psicoanálisis interminable y los puntos de urgencia.....	129
El trabajo del paciente.....	135

Capítulo 8

Cuando el cuerpo habla	143
La percepción del cuerpo	143
El lenguaje que un órgano habla	148
El cuerpo en la sesión de psicoanálisis	153

Capítulo 9

El psicoanálisis de las enfermedades “del cuerpo”	157
El material somático	157
Las enfermedades y el carácter.....	162
La construcción de una patobiografía.....	166

Capítulo 10

La inquietud	173
Un movimiento “contranatural”	173

El espíritu enfermo	178
La agitación de la vida.....	181
La paz que la conciencia nos reclama	186

A quienes, hora por hora y día por día,
le otorgan a mi vida un sentido.

En un dibujo de Quino, el médico le dice a su paciente: “He leído su historia clínica y le diría que en general no está mal narrada. Su estómago, por ejemplo, como protagonista, logra conmover cuando cuenta los trastornos que sufre por su amor a lo prohibido, pero luego cita usted tantas veces a la gastritis que nos la hace un personaje muy aburrido. Es cierto que el relato retoma interés y un creciente suspenso atrapante cuando su tensión arterial comienza a subir,... a subir,... y pareciera que finalmente algo importante va a suceder, pero no, ahí entran en escena unas grageas de Losartán 50 mg que arruinan todo ese clima normalizando la situación. O sea: aquí falta emoción, garra, pasión, nervio,... no sé,... ¿Usted ha leído a Hemingway, por ejemplo?...”.

Prólogo

Freud comenta que, en un diálogo publicado en un semanario humorístico de Múnich, un hombre se quejaba del carácter de las mujeres, que las convierte en complicadas y difíciles, y que su interlocutor le responde: “Sí, pero es lo mejor que tenemos en ese tipo de cosas”. Freud utiliza el comentario para afirmar, a continuación, que, para formar psicoanalistas, lo mejor que tenemos son los médicos.

Quienes ejercimos la medicina y nos hemos encontrado tempranamente con el hecho de que algunos pacientes muy enfermos, o con heridas graves, inevitablemente se nos mueren, hemos aprendido que nuestra tarea no siempre logra restablecer la salud, y que bien vale la pena el esfuerzo de aliviarlos o, inclusive, que los ayudemos en el proceso de morir. A veces he pensado que, dado que también en el diván es frecuente que la enfermedad arrecie, aquella experiencia nos ayuda para elaborar mejor, como psicoanalistas, la resignación que necesitamos frente a la diferencia cotidiana entre lo que pensábamos posible y lo que en la realidad logramos.

Lo que el personaje del semanario decía de las mujeres podría también decirse de los hombres, y lo que Freud decía de los médicos podría decirse de muchas otras cosas. Por ejemplo, del tratamiento psicoanalítico, porque, si bien es cierto que es una empresa cuyas dificultades exigen un insospechado esfuerzo, y que transcurre perturbada por inevitables momentos de malestar en el paciente y en su psicoanalista, puede decirse que es lo mejor que tenemos para lograr lo que con él intentamos.

Cabe preguntarse, entonces, ¿qué es lo que intentamos? ¿De qué tipo de cosas se ocupa el psicoanálisis? O, también, ¿para qué sirve el tratamiento psicoanalítico? Y ¿cómo podemos disminuir los disgustos que el proceso ocasiona? Estas dos últimas preguntas, que han merecido la atención del psicoanálisis desde sus mismos albores y que, dada su índole, han permanecido siempre abiertas hacia nuevas indagaciones, iniciaron el camino que condujo a escribir este libro.

He procurado resumir en él lo esencial de lo que aprendí en muchos años, y escribirlo con palabras comprensibles para las personas que no dominan el lenguaje “conceptual”, en cierto modo abstracto, que se suele usar entre colegas, lleno

de sobrentendidos que, para colmo, a veces son malentendidos. Lo escribí, pues, en un lenguaje que prefiero, porque es el lenguaje natural, concreto y afectivo, que cotidianamente usamos “en la vida”. No se me escapa, sin embargo, que serán los colegas quienes reconocerán mejor lo que algunas ideas traen consigo, ya que, dada su experiencia en el campo del psicoanálisis, dispondrán de los ejemplos que las amplifican y esclarecen. Por razones similares, he omitido citas bibliográficas detalladas que interrumpen la lectura, pero el lector interesado podrá encontrarlas en otros libros, anteriores, publicados en nuestra página web, www.funchiozza.com.

Sólo me resta agregar que no me anima la pretensión de convencer escépticos. Eso forma parte de la resignación que todo médico aprende. Hay quienes dicen que los pueblos tienen los gobiernos que se merecen, y a veces he pensado que lo mismo podría decirse de lo que sucede entre los abogados, los arquitectos, los médicos o los psicoterapeutas, y las personas que requieren sus servicios. En todo caso, es poco lo que uno puede hacer al respecto; no mucho más que ejercer auténticamente, y describir de una manera fidedigna, expuesta a la crítica, lo que pudo aprender. Hay algo, sin embargo,

que me parece indudable, quienes ejercemos procedimientos distintos deberíamos procurar distinguirlos con distintos nombres.

Junio de 2013

CAPÍTULO 1

Necesidad y posibilidad del psicoanálisis

¿De dónde surge la necesidad del tratamiento?

Algunas personas recurren al psicoanálisis porque, anímicamente, “se sienten mal”, o porque en su vida se repiten cosas que les producen sufrimientos y que no logran superar. Otras concurren porque presentan síntomas que atribuyen a un trastorno en las funciones del cuerpo y alguien les ha dicho, o ellas mismas han pensado, que esos trastornos dependen de lo que les sucede en el alma. Quienes se psicoanalizan suelen decir que lo hacen porque tienen problemas que no pueden resolver sin ayuda; y cabe preguntarse, entonces: ¿de qué depende el que no puedan “arreglarse” sin recurrir a que alguien “les ofrezca una mano”?

Encontramos una respuesta fundamental cuando comprendemos que sería más exacto decir que esos supuestos problemas son, en realidad, dificultades. Las dificultades surgen cuando no encontramos la manera de obtener lo que deseamos, y arrecian cuando no logramos evitar que las cosas que más nos importan nos hagan sufrir. Solemos llamar problemas a las dificultades porque asumimos que se trata de acciones difíciles que se pueden alcanzar razonando; y aquí, en este punto, reside la cuestión esencial. Los procedimientos razonables permiten resolver las incógnitas cuando los datos disponibles son suficientes; y sucede que, precisamente, las dificultades que el psicoanálisis se propone resolver provienen de premisas que operan de manera inconsciente, es decir, de asuntos que, por estar reprimidos, se ignoran.

Nietzsche ha escrito: “Muy trágicas han de ser las razones que hacen de un hombre un filósofo”. Teniendo en cuenta esa frase, algunas veces hemos sostenido que “las razones” que conducen a un tratamiento psicoanalítico, aunque no suelen llegar a ser trágicas, son siempre serias. De más está decir que su seriedad no permanece en la consciencia de manera constante, sino que sufre los avatares del apremio que experimentamos en la vida. De modo

que la cuestión no sólo reside en que el psicoanálisis puede ser necesario, sino también en que la primera condición para que sea posible es la consciencia de su necesidad.

Cuando el apremio disminuye, todo parece más fácil, y tendemos a olvidarnos de las circunstancias aciagas. Nada tiene de extraño que, como dice el proverbio, sólo nos acordemos de Santa Bárbara cuando llueve, porque nuestra consciencia es un órgano destinado a resolver dificultades; y la memoria, o la noticia, de las cosas cuya urgencia pierde actualidad tiende a guardarse en un lugar que permanece lejos de la atención consciente.

Cuando el apremio, en cambio, aumenta, el desasosiego también se incrementa, y la memoria, o la noticia, de las cosas que ya se han resuelto pierde actualidad, y no siempre alcanza para infundirnos la confianza necesaria para emprender un esfuerzo que, como es natural, lleva siempre implícita la postergación de una satisfacción inmediata.

En el primer caso, con el apremio disminuido, un alivio transitorio suele conducir a la idea de que no necesitamos ayuda, y en el segundo, en que el apremio acosa, la impaciencia y el sufrimiento intenso a veces nos inclinan a negar que la ayuda es posible, y que el esfuerzo vale la pena. El psicoaná-

lisis “posible” transcurre, pues, entre dos escollos, un apremio insuficiente para mantener en la conciencia la necesidad del empeño, y otro, excesivo, que también puede conducir a rechazarlo.

Es importante mencionar una circunstancia esencial que colabora para que la persona que podría beneficiarse con un tratamiento psicoanalítico procure evitarlo o sustituirlo con algún otro tipo de medicina. Cuando se piensa, simplificando la cuestión, que la enfermedad es un proceso únicamente físico –que se curará con la cirugía o con el efecto de un fármaco, por ejemplo–, le corresponde al médico luchar, con su técnica terapéutica, “contra” la enfermedad, mientras que el paciente, en cambio, sólo “se presta” para esa tarea cuya responsabilidad recae, casi exclusivamente, sobre el profesional que la emprende. Las fuerzas físicas no tienen intenciones ni sentido, nada en el mundo físico puede ser moral o inmoral. A las moléculas no les importa “estar bien” o “estar mal”. De modo que el que sufre afectado por un proceso “físico” –frente al que asume que no lo domina y que no lo puede prever– es, por definición, irresponsable e inocente.

Es cierto que el médico, para poder curar, se ve obligado, una y otra vez, a recurrir a la colabora-

ción del enfermo, y necesita, entonces, ser capaz de una influencia psíquica que no siempre es fácil, pero, dado que su formación profesional no lo ha preparado para ese desempeño, suele ejercerla de un modo muy rudimentario. Señalemos, de paso, la frecuencia con que algunos pacientes, cuando se psicoanalizan, transfieren sobre la psicoterapia ese “modelo médico” que les facilita abstraer una gran parte de su responsabilidad en cuanto al logro de los resultados que esperan.

Volvamos otra vez sobre el hecho de que otras técnicas terapéuticas no requieren que la conciencia del paciente participe en cada uno de los íntimos pormenores de la acción que el médico o la droga ejercen para curarlo. Durante el tratamiento psicoanalítico, en cambio, tal como sucede con los procesos de aprendizaje –que deben cambiar los hábitos adquiridos–, el resultado depende, en lo fundamental, de una participación consciente del psicoanalizado que le demanda un esfuerzo “contranatural” y sostenido. Se trata, sin duda, de un empeño que debe ser considerado. Sin embargo, debemos asumir que si elegimos –siguiendo el ejemplo del gran Alejandro– cortar quirúrgicamente el nudo gordiano, hemos renunciado a desembrollar la madeja, y que de nada

vale, entonces, derramar lágrimas por la cantidad del hilo de nuestra vida que, enterrando recuerdos, desechamos.

El conflicto inconsciente

Suele decirse que la contribución más valiosa de Freud, que aun sus detractores aceptan, ha sido su reconocimiento de una vida psíquica inconsciente. Pero en esto el psicoanálisis ha tenido numerosos precursores. Ya San Agustín decía, por ejemplo: “Lo sabes pero ignoras que lo sabes”. No cabe duda, en cambio, acerca de la trascendencia alcanzada por el haber insistido en el hecho de que una parte muy importante de nuestros motivos permanece inconsciente por obra de una fuerza que los mantiene reprimidos.

El descubrimiento freudiano de esa fuerza represora florece rápidamente en una serie de conceptos fructíferos que enriquecen el panorama de la vida psíquica. La represión no procede “porque sí”, actúa para liberar a la consciencia de un conflicto entre fuerzas en pugna. En un principio, el esquema del conflicto fue sencillo: lo que se reprime es un deseo, y la razón que conduce a reprimirlo es la moral.

Sucede, sin embargo, que la represión no siempre es exitosa, y lo reprimido suele retornar bajo una forma nueva. En ella, el deseo, oculto, se realiza perturbado y convertido en alguno de los trastornos que el joven Freud procuraba esclarecer. De allí surge la primera y fundamental finalidad del psicoanálisis: se trata de conducir a la consciencia el litigio reprimido que retorna produciendo un trastorno, porque eso ayudará para conciliarlo y resolverlo de una mejor manera.

Años después, un gran médico alemán, Victor von Weizsaecker lo resumirá en una frase escueta: “Sí, pero no así”. En la segunda parte de esa frase, “así” alude a la enfermedad, mientras que en el “sí” de la primera parte se admite que la enfermedad esconde un motivo justificado y comprensible. Freud dice algo semejante cuando afirma que la enfermedad es un oponente digno, y también cuando sostiene que así como el molusco construye una perla sobre un grano de arena, todo delirio contiene en su interior el residuo de una “verdad” que forma parte de una historia.

La práctica psicoanalítica condujo, ya desde sus mismos inicios, a descubrir que la represión se presenta siempre, en el tratamiento, bajo la forma de una resistencia que es necesario vencer.

Allí radica, precisamente, una de las razones fundamentales que nos conducen a decir, acerca del psicoanálisis, que, a pesar de que no tenemos algo mejor “en su género”, lo acompañan esfuerzos, dificultades y penas. El desarrollo de un procedimiento efectivo para lidiar con esa resistencia pasó por diversas etapas.

En los comienzos de su técnica psicoanalítica, Freud procuraba hipnotizar a sus pacientes para que recordaran los acontecimientos traumáticos reprimidos. Más tarde recurrió a la llamada “sugestión en estado de vigilia”, cuando, presionando con sus dos manos sobre la cabeza del enfermo, le aseguraba que al retirarlas le surgiría una ocurrencia que debía comunicar. Muy pronto, sin embargo, la experiencia lo condujo a sustituir esos dos procedimientos por otro denominado “asociación libre”, que consistía en pedirle al paciente que comunicara, sin omisión alguna, todo lo que se le fuera ocurriendo, aunque le pareciera nimio o absurdo. Este último procedimiento constituye una “regla fundamental” del tratamiento, y en nuestros días continúa vigente.

La fuerza principal de la resistencia con la que tropezamos deriva de que, en algún lugar escondido, se conserva el registro del dolor que el conflic-

to original produjo y del alivio obtenido cuando se logró alejar de la consciencia una de las “partes” que allí sostenían el litigio. Dos circunstancias contribuyen, sin embargo, para que pueda emprenderse la tarea de rescatar lo reprimido renovando un intento de conciliación que antes falló. Una consiste en la convicción intelectual y adquirida (que la confianza que puede depositarse en el psicoanalista refuerza) de que el conflicto original suele ser propio de una circunstancia antigua que hoy es anacrónica, es decir, incongruente con la situación actual. La otra, más importante, se da cuando existen experiencias anteriores en las cuales el hacer consciente algo inconsciente reprimido condujo a incrementar el bienestar.

Lo que en un principio la teoría psicoanalítica concibió como un conflicto binario, entre los impulsos instintivos “naturales” y las normas que impone la cultura, permitió distinguir entre la neurosis, en donde los impulsos reprimidos adquieren una forma insalubre, y la perversión, en la cual la represión de la norma moral genera las conductas que se observan en la psicopatía.

Si observamos el recorrido que realizó Freud, desde sus primeros trabajos hasta los últimos, vemos que las fuerzas en pugna fueron quedand-

do ubicadas en representantes distintos: el ello, el superyó, la realidad “exterior”, o los hábitos que conforman el carácter del yo. Además, en la medida en que descubrimos que las desarmonías entre la naturaleza y la cultura no son forzosamente “naturales” –porque fuimos encontrando cada vez más naturaleza en la cultura y más cultura en la naturaleza–, nos fue quedando claro que las normas no sólo nos llegan desde el superyó o desde las costumbres que rigen en la sociedad en que vivimos. También funcionan como normas, que debemos conciliar, los impulsos instintivos, las exigencias de la realidad, o inclusive nuestros propios rasgos de carácter, configurados como hábitos, como procedimientos antiguos que en su momento consideramos efectivos, cuando ya no nos conforman y los queremos cambiar.

Los valores, los afectos y los actos

Las normas son valores; son procedimientos que funcionan como lemas a los cuales, con mayor o con menor fortuna, queriendo o sin querer, alguna vez nos adherimos. Weizsaecker, con intuición, perspicacia y lucidez, lo ha dejado bien claro. Vivimos en un mundo “óntico”, en donde las cosas físicamente son, y podemos imaginarlas

carentes, en sí mismas, de significancia, indiferentes a lo que les sucede; pero en nuestra consciencia también habita un mundo “pático”, en el doble sentido de pasión y padecer. Se trata de un mundo de afectos y procedimientos en el cual lo que nos hace bien se diferencia de lo que nos hace mal.

En ese mundo en el cual las cosas adquieren de ese modo, mediante esa diferencia, una importancia, un significado y un valor, Weizsaecker identifica los cinco verbos alemanes que constituyen los parámetros que definen las vicisitudes de la existencia pática. Son verbos auxiliares, ya que se utilizan para referirse a las acciones que otros verbos designan. Los usamos en sus formas afirmativa, negativa o interrogativa; en sus tiempos pretérito, presente y futuro; y también en los distintos modos (indicativo, subjuntivo, imperativo o condicional). Esto puede darnos una idea de la enorme cantidad de matices que pueden llegar a expresar a través de sus combinaciones.

En nuestra lengua carecemos de las palabras con que el idioma alemán diferencia entre deber como “estar obligado” (*müssen*) o como deuda moral (*sollen*) y poder como capacidad (*können*) o como “tener permiso” (*dürfen*). De modo que las cinco categorías que configuran el pentagrama pático de

Weizsaecker, *müssen, sollen, können, dürfen, y wollen* (querer), quedan en nuestro idioma reducidas a tres: deber, poder y querer.

Si tenemos en cuenta que tanto el “estar obligado” como la capacidad parecen aludir a la perentoriedad que asociamos a los aspectos materiales de la existencia, y la deuda moral o el “tener permiso” se inclinan, en cambio, hacia los componentes espirituales de la vida, no cabe duda de que también dentro del querer podríamos establecer una análoga diferencia entre necesitar y desear. Freud contribuye a establecer esa diferencia cuando afirma que la necesidad no admite con la misma ductilidad que el deseo la sustitución de los objetivos a través de los cuales alcanza su satisfacción.

Las categorías páticas fluctúan, se mezclan, se combinan o se sustituyen entre sí. Bastan unos pocos ejemplos para descubrir, con sorpresa, que las cinco categorías páticas impregnan de manera ubicua nuestro mundo cotidiano y se hallan presentes en todas y cada una de las sesiones de un proceso psicoanalítico. Introducen el alma en la realidad “física” en la cual vivimos, y en la “lógica” de una relación causal, con los principios intencionales que caracterizan a los personajes que habitan nuestro mundo psíquico. “Si quisiera, podría” o,

también, “aunque quiera, no podré”. “¿Quiero hacer lo que hago?”. Si me da culpa querer, podré creer que me obligan. “¿Puedo lo que quiero?”. Si me avergüenza mi impotencia, podré creer que no me dejan, que no me dan permiso. “¿Puedo hacer lo que debo?”. Si creo que no puedo, podré pretender que no debo. Si no quiero hacer lo que debo, también podré creer que no me dan permiso. Si siento que “no debo querer hacer lo que no puedo”, y siento que “no puedo dejar de quererlo”, puedo creer que no me dan permiso o, también, que “no quiero pero me obligan a hacer lo que no puedo”.

Tres maneras de la vida

Dedicamos un libro, *Corazón, hígado y cerebro. Tres maneras de la vida*, a explorar cómo esos tres órganos –que derivan respectivamente del mesodermo, el endodermo y el ectodermo embrionarios– simbolizan los distintos tipos de acciones que caracterizan al comportamiento de un organismo en su entorno. Como expresión de esas “tres maneras de la vida”, algunas de tales acciones, vegetativas, configuran sentimientos; otras, que pertenecen a lo que denominamos “vida de relación”,

se vinculan estrechamente con la voluntad o con el pensamiento.

No cabe duda de que el querer (“cardíaco”) es fundamentalmente un sentimiento, el poder (“hepático”) traza los límites de la voluntad, y el deber (“cerebral”) se configura como un procedimiento normativo que constituye la meta de todo pensamiento. Puede decirse también que, en un cierto sentido, el querer, cardíaco, coincide, desde un punto de vista, con la instancia que Freud denominaba “ello”; el poder, hepático, con el “yo”; y el deber, cerebral, con el “superyó”. Se completa de ese modo el esbozo de un esquema que nos permite comprender en el lenguaje de la vida cotidiana (metahistórico) los conflictos entre instancias (metapsicológicas) con los que se enfrenta la consciencia.

Antes de proseguir por ese camino esquemático, conviene aclarar que, si bien las categorías páticas y las tres maneras de la vida existen –dado que los verbos auxiliares que aluden a sus funciones o los usos del lenguaje certifican su existencia–, también es cierto que, más allá de los esquemas que podamos trazar, nunca funcionan aisladas y se interpenetran en múltiples combinaciones, influyéndose y transformándose reci-

procamente. Ortega, en *El hombre a la defensiva*, escribe: “Todo concepto es por su naturaleza una exageración, y en ese sentido una falsificación. [...] Este carácter de ficción que tiene el concepto, ésta su consciente falsedad, es su virtud mayor. [...] La exageración es el momento de creación que tiene el pensamiento. [...] La verdad resulta cuando al trasluz de ese mundo ficticio miramos la realidad”.

Dado que deseamos aclarar de qué “tipo de cosa” se ocupa un tratamiento psicoanalítico, y cómo puede lograr lo que intenta, nos importa subrayar ahora que en el fondo de lo que un paciente aduce cuando recurre al psicoanálisis, siempre encontraremos un conflicto entre fuerzas en pugna que se inscriben en las categorías del deber, el poder y el querer. Un conflicto que ha conducido hacia un desequilibrio entre las magnitudes de esos tres parámetros que encuadran la existencia pática. Es un desequilibrio que a veces afecta al carácter de una persona, cuando una de las tres maneras –sea cardíaca, hepática o cerebral– funciona con un exagerado predominio o menoscabo frente a las otras dos.

Cuando la conducta (hepática), que ejercita el poder, predomina, porque se descuidan los influ-

jos del deber y del querer, se vive atrapado en un círculo vicioso que se derrumba inexorablemente conduciendo al inevitable sentimiento de que el poder no alcanza. Podemos verlo en los tiranos que oprimen a los pueblos que gobiernan, pero también algunas veces en los hombres de negocios cuando proceden en la forma que suele describirse con la expresión “hígado frío”.

Cuando se obedecen los influjos del querer (cardíaco) sin reparar en los límites del poder y en los que establece el deber, se ingresa igualmente en un círculo de retroalimentación positiva (que Bateson denominó esquismogénico) que conduce a la frustración y el fracaso. Podemos verlo en las personalidades infantiles que se rigen por caprichos, pero también en las personas que se entregan a los dictados del corazón “sin usar la cabeza”.

De manera análoga, cuando el deber como norma (cerebral) desestima y anula los requerimientos del poder y del querer, aumentan los sentimientos de culpa que se intenta “echar afuera” y que ocultan la impotencia. El malestar que se genera de ese modo crece de manera continua. Podemos verlo en los moralistas inflexibles que, entregados a una justicia ciega y desmesurada que ignora los matices de la condición humana, con-

cluye (como el inspector Javert en *Los miserables*, de Victor Hugo) en un dilema de conciencia que puede llegar a un extremo en el que se destruye la vida. Pero también en las personas que “se llenan la cabeza” con proyectos inalcanzables y viven continuamente torturadas porque jamás logran lo que “les hace falta”.

CAPÍTULO 2

El proceso psicoanalítico

La transferencia de lo pasado en el presente

Hemos visto que lo que el tratamiento psicoanalítico se propone es la conciliación del conflicto que condujo a la represión y al retorno de lo reprimido que, perturbado, se manifiesta en los síntomas que nos arruinan la vida. En cuanto a cómo lo logra, ya hemos adelantado una primera parte cuando señalamos que procura reactualizar el litigio escondido llevando nuevamente a la consciencia las fuerzas contradictorias en pugna.

La observación de lo que sucede en el tratamiento condujo a un descubrimiento muy importante que ha tenido una profunda influencia en el desarrollo de la técnica psicoanalítica. Suele decirse que los pueblos que no recuerdan su historia están condenados a repetirla, y el psicoanálisis descubre, poco a poco, ya durante los primeros intentos te-

rapéuticos, precisamente eso, que el paciente “repite en lugar de recordar”.

Los acontecimientos que no se recuerdan –entre los que cabe destacar los que fueron reprimidos junto con los sentimientos penosos que en su momento provocaron– no pierden completamente su fuerza por el hecho de permanecer inconscientes. Tienden, por el contrario, a reactualizarse y “se enlazan” –dice Freud en sus primeros trabajos sobre el tema de la transferencia– “a la persona del médico”, por el solo hecho, debemos agregar enseguida, de que él “está allí”, “físicamente” presente.

En esos primeros trabajos, Freud usaba la expresión “falso enlace” para referirse al hecho de que los vínculos que se establecen están impregnados con afectos e importancias que “no corresponden a la realidad presente”, sino que provienen de la transferencia de las figuras paternas sobre los sustitutos actuales. Hoy, aunque sabemos que es imposible considerar que un enlace sea definitivamente verdadero, podemos continuar diciendo que, en un cierto sentido, un enlace es falso cuando podemos concebir otro que nos parece más adecuado a la situación actual.

Junto a esa transferencia inconsciente e inmediata, que forma parte de la vida cotidiana, y que

es la misma que nos lleva a “pegar un portazo” cuando estamos enojados con alguien, el psicoanálisis descubre otra, que se denominó “neurosis de transferencia”. La neurosis de transferencia se constituye gracias a que la transferencia evoluciona en “la relación con el médico” durante las diferentes vicisitudes del proceso. Esa transferencia inconsciente —que en un cierto sentido es neurótica— puede observarse en cualquier tratamiento médico (o en una relación semejante, como la que se establece, por ejemplo, entre un discípulo y su maestro). Pero la que se constituye en un tratamiento psicoanalítico evoluciona con características propias, debido al hecho de que el psicoanalista trabaja con ella, procurando acercarla a la consciencia.

Es frecuente oír —y no sólo entre los legos, sino también, a veces, entre algunos psicoanalistas— que se juzgue a un determinado colega según el grado de consideración que muestra frente a la realidad en la cual vive el paciente. Muchas veces se aduce que, en los casos en que las personas sufren por carencias muy penosas que suelen llamarse “reales”, como la pobreza que deriva de la falta de un buen empleo, o el dolor que ocasiona la muerte de un hijo, necesitan, más que las inter-

pretaciones de un psicoanalista, la ayuda solidaria y concreta de otro ser humano que les “tienda una mano”.

Es cierto, sin duda, que los caminos de nuestro entorno pueden ser llanos y fáciles o, por el contrario, irregulares y plagados de circunstancias difíciles. Pero tampoco cabe duda de que transitaremos por ellos de muy distinta manera si los recorreremos guiados por un mapa trazado con premisas equivocadas. Freud decía que el psicoanálisis nada puede hacer con los sufrimientos que son “normales” en la vida, pero que puede, en cambio, liberarnos de aquellos “neuróticos”, que son innecesarios e inútiles. El psicoanálisis opera precisamente allí, sobre “el mapa” que nos guía, y contribuye a “corregirlo” cada vez que conduce a la consciencia una parte de la transferencia injustificada de lo pasado en el presente. La realidad que estudia el microbiólogo es la que coloca en la platina del instrumento que utiliza. La realidad que descubre el psicoanalista en su campo de trabajo reside, más que en las vicisitudes “reales” que el paciente relata, en “los pormenores” de las transferencias que surgen cuando nos relacionamos con él.

Señalemos por fin que al comenzar el tratamiento es frecuente una primera transferencia que

deriva de experiencias de amparo y protección que provienen de la temprana infancia (y que investigaciones posteriores remiten a la vida intrauterina). Esa transferencia, que atribuye al tratamiento la posibilidad “ideal” de otorgar un beneficio rápido sin mayores esfuerzos, pronto queda sustituida por una desilusión sobre la cual se transfieren experiencias frustrantes anteriores. Freud afirmaba que el tratamiento sólo podía continuar si en ese mismo lapso de tiempo se desarrollaba una transferencia positiva que, facilitada por actitudes e interpretaciones atinadas del psicoterapeuta, contribuyera a sostenerlo pasando por encima de la desilusión.

La consciencia de la transferencia inconsciente

En una primera época del psicoanálisis, su creador no creyó necesario ocuparse, durante el tratamiento, de llevar hacia la consciencia lo que el paciente transfería “sobre la persona del médico”, excepto cuando esa transferencia contribuía para aumentar la resistencia. De modo que, mientras la persona psicoanalizada colaborara con el tratamiento concurriendo a las sesiones y comunicando sus asociaciones, el psicoanalista, en esa prime-

ra época, debía centrar su labor en comprender, a través de las actitudes, los gestos y las palabras del paciente, cuáles eran los afectos reprimidos que generaban los síntomas que alteraban su vida.

Freud descubrirá muy pronto que esa actitud es errónea, y que se debe prestar atención a la transferencia desde el primer momento. Su experiencia lo conduce a sostener que así como “nadie puede ser matado en ausencia o en efigie”, la única posibilidad de que un conflicto se elabore hasta el punto en que se logra conciliar el litigio “original” es que se “batalle” en la relación con el médico —en la transferencia— con una suficiente participación afectiva. Más tarde descubriremos que, para que ese proceso se cumpla, esa participación afectiva debe ser tolerable, es decir que tampoco puede ser excesiva.

A pesar de la rotunda afirmación freudiana —y de los valiosos aportes posteriores de dos insignes psicoanalistas, Melanie Klein y Enrique Racker—, la práctica psicoanalítica predominante incurrió en un cierto descuido de los principios teóricos que condujo a continuar postergando cuanto fuera posible, durante los tratamientos, el “batallar” los conflictos en la transferencia. Un grupo más pequeño de psicoanalistas, dirigiendo su atención

a lo que constituye la esencia del proceso psicoanalítico, se ocupó de interpretar la transferencia ya desde la iniciación del tratamiento. Una gran mayoría, en cambio, continuó centrando su labor en “aplicar” el psicoanálisis para esclarecer los afectos inconscientes que se manifiestan en la relación del paciente con las personas de su entorno.

Investigaciones posteriores, motivadas por la necesidad de “dosificar” los afectos que surgen en el tratamiento, nos condujeron a proponer que el psicoanalista, mientras mantiene en su consciencia lo que el paciente siente en su relación con él, recurra al procedimiento de comunicárselo indirectamente, utilizando, por ejemplo, a las personas que forman parte de su relato. Debemos apresurarnos en aclarar que el uso de esta modalidad interpretativa no nos debe llevar a descuidar la primera parte (mantener en la consciencia lo que el paciente siente “en la relación con el médico”), porque ese descuido nos retornaría al ejercicio de un psicoanálisis “aplicado” que no presta suficiente atención a la transferencia.

No necesitamos ahora recorrer todos los jalones del itinerario que, a través de los años, aportó una creciente riqueza al concepto de transferencia. Bastará con referirnos a dos de esos jalones.

El primero radica en el descubrimiento freudiano de que el médico “contratransfiere”, lo cual significa que la transferencia es recíproca. El segundo lo encontramos en los trabajos de Racker, que convierten la contratransferencia (ya sea que se manifieste como una repentina ocurrencia en el psicoanalista o como la “posición” que él adopta frente a su paciente) en un instrumento técnico.

También en ese territorio –como ocurrió con la transferencia– los conceptos fueron evolucionando desde una actitud inicial, en la cual el análisis de la contratransferencia se utilizaba únicamente cuando surgía como una perturbación de la tarea, hasta llegar a comprender que constituye el único recurso que nos permite interpretar lo que el paciente siente y qué es lo que transfiere.

Muchos años después, el descubrimiento de “neuronas espejo” permitió encontrar una representación física al fenómeno de las transferencias recíprocas. Hoy podemos decir que entre los seres que consideramos dotados de una vida anímica, y no sólo en un tratamiento psicoanalítico, cada uno de los protagonistas de una relación contribuye con sus propios afectos al “clima” que se establece en el vínculo, transfiriendo sobre el presente los productos de una experiencia anterior.

Más aún, hemos descubierto que el único acceso a la interpretación de las transferencias recíprocas que funcionan en una sesión de psicoanálisis se da en un “punto” de encuentro –el único posible– constituido por la confluencia de dos “urgencias”, la que opera en ese momento de la vida del paciente y la que, análogamente, opera como “resonancia” inevitable, pero también imprescindible, en el psicoanalista. Podemos entonces afirmar que el trabajo psicoanalítico no sólo cambia lo que ambos, el paciente y el médico, se transfieren recíprocamente, sino también lo que cada uno de ellos transfiere sobre los seres significativos que pueblan su entorno.

Llegamos a comprender, por ese camino, que (dado que la transferencias recíprocas se influyen mutuamente, y que lo que el psicoanalista interpreta –más allá de si lo habla o lo calla– modifica su contratransferencia) el “agente” terapéutico por excelencia reside en el hecho de que, aunque el paciente tiende a repetir una historia “en su relación con el médico”, el psicoanalista funciona dentro de ella como un personaje inesperado que altera su sentido.

Los dos descubrimientos –el que se expresa diciendo que el conflicto debe ser elaborado en la

transferencia, y el de que la transferencia es recíproca— fueron trascendentes. A partir de allí, pudo distinguirse con mejor fundamento entre “aplicar” el psicoanálisis para comprender —con una escasa consciencia, en el médico, de su participación afectiva— lo que le ocurre al paciente “en su mundo”, y el verdadero proceso psicoanalítico, que ocurre empáticamente en la relación entre ambos, y que es el que le otorga la fuerza necesaria a “la palanca de cambio”.

Los árboles y el bosque

Las cosas que nos suceden en la vida suelen parecernos particulares y distintas, y sin embargo, si las juntamos en racimos, descubrimos que remiten a unas pocas que siempre son las mismas, que se repiten una y otra vez en contextos diferentes. Al fin y al cabo, somos semejantes, y si no fuera por eso, viviríamos aislados en un mundo inabordable. Lo que acabamos de afirmar no evita que los detalles de algún particular disgusto que irrumpe desequilibrando nuestra existencia cotidiana y nos arruina un día, una semana o, a veces, se perpetúa en años puedan sorprendernos como una calamidad inesperada que, de acuerdo con lo que pensa-

mos con frecuencia, tiene muy poco que ver con lo que somos.

Sabemos que los árboles pueden impedirnos contemplar el bosque, pero en nuestra tarea como psicoterapeutas a veces nos sucede que, en nuestro afán por mejorar el desarrollo de una rama, nos olvidamos del tronco que la nutre y perdemos de vista la salud del árbol. Por intenso que sea el sufrimiento con el cual un paciente recorre el drama “urgente” de un suceso puntual que lo atormenta, conviene evitar que nuestro deseo de ayudarlo nos distraiga de los asuntos que están en la raíz.

Dijimos antes que uno tiende naturalmente a repetir en lugar de recordar, y que, en la medida en que lo que se repite perjudica, la tarea del tratamiento debe consistir en procurar que el paciente recuerde en lugar de repetir. De más está decir que en aquello, reprimido, que no se recuerda, y que cuando se repite perjudica, encontramos la raíz de donde surgen los dramas que aquejan al paciente.

Vale la pena reproducir aquí unas palabras de Gandhi, porque iluminan de manera sencilla cómo llega a constituirse ese “núcleo” perjudicial inconsciente: “Cuida tus pensamientos, porque se transformarán en actos; cuida tus actos, porque se transformarán en hábitos; cuida tus há-

bitos, porque determinarán tu carácter; cuida tu carácter, porque determinará tu destino; y tu destino es tu vida”.

Ya nos hemos referido al hecho de que el paciente, sin tener plena consciencia de lo que le sucede, transfiere sobre la relación que establece con su psicoanalista –configurada con los pormenores que forman parte del proceso psicoterapéutico– los detalles de un drama “pretérito” que también suele transcurrir en el presente con alguna de las personas de su entorno. Suele pensarse entonces, a partir de ese hecho indiscutible, que nuestra tarea principal consiste en llevar a la consciencia del paciente que él transfiere sus sentimientos desde una relación, en la cual han surgido, a otra, actual, con el médico, que juzga semejante, aunque no siempre lo sea. Señalemos, de paso, que no conviene insistir demasiado en este último punto, porque a veces la relación es semejante, y lo importante reside, en cambio, en que los afectos que el paciente pone en juego no son adecuados.

Debemos reparar en el hecho de que, aunque el paciente puede enriquecer su consciencia acerca de sí mismo descubriendo que transfiere, lo esencial –en lo que ahora decimos– no reside en ese punto. Entre los sentimientos que en la sesión

se transfieren sobre el psicoanalista, algunos son conscientes, aunque, mientras tanto, puede permanecer inconsciente el hecho de que son transferidos. Esos sentimientos transferidos que actualmente son conscientes también lo fueron en los conflictos con su entorno que durante la sesión nos relata. Por eso es necesario subrayar que lo esencial de lo que ahora señalamos no reside en que los afectos conscientes son transferidos, sino, por el contrario, en que suelen ser inadecuados en la medida en que se los utiliza para encubrir otros que permanecen ocultos.

Allí debemos entonces apuntar a ese otro estrato inconsciente y latente, resistido, que, tal como lo ha señalado Racker, también es el producto de una transferencia que “se esconde detrás” de la que opera como resistencia. Porque es el lugar en donde moran las disposiciones afectivas que el paciente reprime, inhibe y substituye con síntomas, con conductas erróneas, o con otros afectos que la situación no justifica.

Nos queda por aclarar en este punto una última cuestión. A pesar de que llevar hacia la consciencia del paciente un afecto o un significado reprimido puede enriquecer su comprensión de lo que le sucede, es importante reparar en que eso no es sufi-

ciente para obtener el cambio duradero de actitud que puede conducirlo a superar alguna de las dificultades por las que recurre al tratamiento.

Los “complejos” –es decir, el conjunto de ligámenes entre sentimientos e ideas, preformados como hábitos de pensamiento o de conducta que funcionan como malentendidos– se comportan como malformaciones sostenidas por múltiples “raíces” que se manifiestan en distintas circunstancias. De modo que el esclarecimiento (el *insight*) que una interpretación produce sobre un determinado asunto debe repetirse una y otra vez (elaborarse) en cada uno de los puntos en los que el “tumor” se “arraiga” (o se manifiesta), para lograr, por fin, que se disuelva. Agreguemos, además, que lo que una interpretación acertada logra llevar a la consciencia tiende a volver rápidamente a lo inconsciente. Por eso es necesario insistir en que el trabajo en las sesiones es un trabajo “de hormiga” que debe repetirse, de una manera continuada y minuciosa, para alcanzar “el día” en que se obtiene un cambio irreversible.

CAPÍTULO 3

El encuadre

El campo en el que se realiza la tarea

Podemos vivir apuntando hacia la verdad, la realidad, la autenticidad y la actualidad, o hacia la mentira, la ilusión, la falsedad, y también hacia la historia de un ayer que ya no es. Podemos vivir “en lo que somos”, o —cuando damos por cumplido el deseo de ser lo que ahora no somos— podemos vivir imaginando ser algo distinto que, quizás, una vez fuimos. Verdad y mentira, realidad y delirio o ilusión, autenticidad y falsedad son oposiciones que encierran un campo intermedio entre la actualidad y la historia, que funciona impregnado por la transferencia del pasado en el presente.

Se constituye de ese modo, en un continuo “viaje de ida y vuelta” entre la percepción de lo que somos y la imagen de lo que deseamos, o tememos ser, la experiencia de un “como si lo fuéramos”.

Ese campo intermedio configura una tercera manera de vivir que podemos observar en el teatro, o en el juego, y que forma una parte esencial de una sesión de psicoanálisis. Tal como sucede cuando vamos al teatro o jugamos un partido de tenis, en donde un conjunto de “ilusiones” que no suelen ser conscientes nos lleva a sentirnos de un modo diferente cada vez que ganamos o perdemos, allí vivimos una suerte de ficción, “a medias creída”. Así habitamos ese campo que transita entre la vida que llamamos “real” y el enlace “ficticio” con una historia que en esa realidad fingida “se repite”. Es muy importante agregar aquí algo que Freud nos ha permitido comprender: en el tratamiento psicoanalítico la transferencia conduce a una repetición, pero también, como ocurre con el teatro y con el juego, y como producto de una especie de “reedición” modificada de lo que ya se ha vivido, el proceso puede traducirse en un cambio de lo que en lo sucesivo se transfiere.

Una parte de la sesión de psicoanálisis constituye una suerte de teatro en el cual —por obra de las transferencias recíprocas— el paciente y el psicoanalista funcionan como una persona que “se presenta” representando a otra. Ese teatro —en donde todo ocurre “como si” algo que “no es” fuera “real”—

se ubica, en cada situación particular aisladamente considerada, a una distancia variable entre ambos extremos: la realidad y la ficción. De modo que, a pesar del proverbio que afirma que del dicho al hecho hay mucho trecho, en un momento dado “el enlace” que la transferencia recorre conduce, cuando el trecho se acorta, hacia experimentar lo que se vive como un hecho “real”, y en otro, cuando se alarga, a experimentarlo como “una forma de decir”, como una historia que se cuenta sintiendo que es ficticia.

Podemos afirmar que el tratamiento psicoanalítico se realiza a la manera del tejido de una urdimbre, y que el paciente y el psicoanalista, mientras recorren un curso progresivo, oscilan, juntos o separados, entre ambas oposiciones, abandonando a veces la historia para ingresar en la vida real, y otras veces la vida real para ingresar en la historia. En el trabajo psicoanalítico con las transferencias recíprocas, la dificultad fundamental surge cuando el paciente o el psicoanalista o, peor aún, ambos, permanecen unilateralmente atrapados, o “fijados”, en uno de esos dos extremos que, como ocurre frecuentemente con los extremos, se tocan en el punto en el cual la resistencia triunfa.

La resistencia a permitir que lo reprimido penetre en la consciencia puede manifestarse como hostilidad y antipatía (transferencia “negativa”) o como un deseo de amor (transferencia “erótica”) que pretende sustituir el propósito original que motivó la relación que se establece con el psicoanalista. Lo que debía funcionar como un “teatro” queda confundido, entonces, con una realidad de la vida que transcurre impregnada por una turbulencia emocional (producto de lo que suele denominarse una “transferencia masiva”). Encontramos un ejemplo de ese último aspecto de la transferencia en lo que ocurre cuando dos adolescentes que han comenzado a jugar a que pelean ingresan paulatinamente en una contienda cada vez más real, que transcurre con dolor, con miedo y con hostilidad crecientes. Un juego deja de ser juego cuando se quebrantan sus reglas, y lo mismo ocurre con el proceso psicoanalítico cuando se perturba su encuadre.

Cuando, en cambio, los afectos ocultos permanecen inconscientes e inhibidos –junto con el drama que el “teatro” no ha logrado convocar por el temor a que se despierten emociones incontrolables–, el tratamiento psicoanalítico se agota en el relato de historias que evocan afectos escasos o

emociones que sustituyen a las reprimidas. Allí se toca el otro extremo, y el proceso psicoanalítico se convierte en un procedimiento exageradamente “intelectual” que esteriliza el tratamiento.

El escenario y las reglas

Durante los procesos de aprendizaje no sólo se adquiere la capacidad que se persigue, que se reintroducirá luego, de manera espontánea, en la vida del que aprende, en donde se constituye como un nuevo hábito automático inconsciente. También se aprende algo en general (que Bateson denominó deuteraprendizaje) acerca de la manera de aprender. No cabe duda de que el fundamento principal del proceso psicoanalítico reside en que la vida real de ambos protagonistas se enriquece cuando, en vez de vivirla plenamente en la sesión, se procura contemplarla en el campo de las transferencias recíprocas, reintroduciéndola, de manera mesurada, en un acto de consciencia. Lo que aquí significa “de una manera mesurada” se comprende mejor si recordamos que el compromiso afectivo, que acompaña al proceso que conduce a la consciencia algo de aquello que se guardaba reprimido, debe cumplir con el doble requisito de ser suficiente y, al mismo tiempo, tolerable.

El tratamiento psicoanalítico, en cuanto configura un verdadero “encuentro” entre el paciente y su psicoanalista, forma una parte importante de sus vidas “reales”, en las cuales influye. De modo que lo que ocurre en la relación entre los dos no sólo debe ser contemplado desde el campo teatral –o lúdico– de la situación analítica. Por el contrario, tal como sucede en el teatro o en el juego, deben trazarse y mantenerse en la conciencia las coordenadas (temporales y espaciales) de un encuadre que constituye el escenario del teatro y las reglas del juego. Así como un científico establece un encuadre cuando, para realizar una estadística, homologa las variables, o el cirujano respeta las reglas que aseguran la asepsia, el psicoanalista debe fijar un encuadre para “limpiar” el campo de observación dentro de cual trabaja.

El encuadre, con su escenario y sus reglas, forma parte de la vida real, de modo que cabe subrayar ahora que no solamente con las reglas “no se juega”, sino que constituyen un campo adicional del proceso analítico. En ese campo “adicional” se vive una experiencia que les ocurre al paciente y al psicoanalista “en realidad” y de una vez para siempre. Es un territorio que puede y debe ser continuamente registrado mientras se contempla el

campo “teatral” de la sesión de psicoanálisis. Por eso decíamos antes que el “teatro” de la situación psicoanalítica sólo constituye una parte del “campo” en el cual se realiza la tarea. No sólo es necesario descubrir la influencia de la transferencia en los acontecimientos de la vida real, sino también de qué manera los acontecimientos de la vida real influyen en la evolución de la transferencia, dado que, al fin y al cabo, son dos vertientes de un mismo proceso.

Un juego deja de ser juego cuando se quebrantan sus reglas, y lo mismo ocurre con el proceso psicoanalítico cuando se perturba su encuadre. Sin embargo, tanto el quehacer teatral como la teoría de los juegos nos brindan la posibilidad de comprender un espacio creativo que proviene de la importancia (¡medurada!) puesta en juego y que se ejercita en la distinción entre la trampa burda y la introducción de una variante que renueva su interés.

En el mundo animal (tal como lo ha señalado Bateson), los cachorros que juegan comunican que no muerden “en serio” porque simultáneamente mueven la cola mostrando un estado de ánimo que no refleja hostilidad. Sólo la capacidad específica del autor teatral le permite saber cuándo puede ingresar un personaje al escenario desde la

platea, aumentando el afecto comprometido sin destruir el campo de ficción imprescindible para el ejercicio del teatro.

Dijimos antes que el tener en cuenta la magnitud del compromiso emocional nos proporciona un parámetro para encontrar la medida que buscamos. Debemos subrayar ahora, desde otro ángulo, que encontrarla no sólo depende de la capacidad de movilizar una “pequeña magnitud” de afecto que permite que los procesos de simbolización puedan ser utilizados para ejercer el pensamiento, sino también de la posibilidad de movilizar una cantidad suficiente para brindar aquello que proporciona (de acuerdo con lo que sostiene Susan Langer) un cierto grado de plenitud a la función simbólica.

Freud sostuvo que los procesos psíquicos funcionan de dos modos. Uno, primario, que condensa y desplaza, con magnitudes plenas, la importancia que atribuye a los sucesos. Es un proceso que, sin un cuidado suficiente de su justificación, se traduce en una equiparación de los símbolos con lo que simbolizan. Hanna Segal denominó “ecuación simbólica” a esa “confusión” (cuyo paradigma es la psicosis) que conduce, por ejemplo, a relacionarse con la palabra “pan” como si fuera el alimento que designa. Otro, secundario, que fun-

ciona con magnitudes pequeñas y caracteriza a los procesos del pensamiento racional que establecen diferencias (razones) y proceden con símbolos saludablemente constituidos.

Debemos reconocer, sin embargo, que ambos procesos se “combinan” para generar ese campo “intermedio” del cual nos estamos ocupando, y que constituye el territorio en el cual se desarrolla la tarea que se propone acercar a la consciencia las transferencias recíprocas. Ese modo “terciario” que funciona como un tránsito fugaz entre los procesos que el psicoanálisis denomina primario y secundario (difícilmente perceptible, como ocurre con los cambios catastróficos), ha sido descrito con diferentes nombres por distintos autores. Es el “lugar” en donde ocurre la gestación de los símbolos y, de acuerdo con lo que escribe Charles Peirce, gracias a su operación pueden ocurrir “la metáfora, el sueño, la parábola, la alegoría, todo el arte, toda la ciencia, toda la religión, y toda la poesía”.

La importancia de no jugar con el encuadre

No cabe duda, entonces, de que el primer requisito esencial de toda técnica psicoanalítica consiste

en establecer el encuadre dentro del cual se realizará la tarea. Una disposición importante de ese encuadre radica en que el paciente se reclina en el diván y el analista se siente detrás. Freud señalaba que facilitaba su tarea el poder trabajar sin que lo incomodara el hecho de que la persona que debía psicoanalizar pudiera mirarlo intentando percibir sus impresiones. Podemos, sin embargo, sostener que la razón fundamental reside en que un paciente que, acostado y distendido, no dirige su atención hacia el entorno, puede contemplar mejor los pensamientos que espontáneamente se le ocurren y que derivan de sus impulsos reprimidos.

Contribuye a mantener esa situación (“enviar en dirección retrógrada los procesos de excitación”) el hecho de que durante la relación y el diálogo que se establece con el terapeuta se tienda a evitar (regla de la abstinencia) que los impulsos se deriven en acciones. Por los mismos motivos, conviene que la respuesta a las palabras que el paciente pronuncia, o a las solicitudes que realice, se reduzca, hasta donde se pueda, a un mínimo imprescindible.

También forma parte del encuadre el modo en que el psicoanalista cobra el dinero que recibe como retribución de su labor. Freud recomendaba cobrar los honorarios de una manera franca, direc-

ta y exenta de ambigüedades. Se ocupó, además, de la cuestión, insistiendo en la importancia de asumir dos actitudes. Cuando esas dos actitudes no son bien comprendidas, suele pensarse que reflejan una rigidez innecesaria que no tiene en cuenta las dificultades que pueden presentarse en la vida del paciente.

Aconsejaba cobrar los honorarios a intervalos regulares y, en definitiva, ese consejo se concreta, en la mayoría de los casos, en que se pague lo que se adeuda cada mes. El fundamento esencial de esa actitud –más allá de si se respeta lo convenido en forma rigurosa o con cierta flexibilidad– consiste en que, periódicamente, se cancele la deuda en su totalidad, sin dejar cabos sueltos que modifiquen en la práctica los acuerdos que fueron convenidos sobre principios claros. También recomendaba dejar establecido que el paciente mantiene reservado un tiempo de su psicoanalista, y que debe pagar las sesiones que contrata aunque se justifiquen los motivos que le impiden concurrir a una cita convenida.

Cuando no se perciben adecuadamente los principios que fundamentan la importancia de esos dos consejos, suele pensarse, como ya dijimos, que reflejan una rigidez innecesaria. Si agregamos

ahora que, además, en el fondo, muchas veces se la considera injusta, se comprende mejor que de ese modo se incurra con frecuencia en algunos de los “fáciles desvíos” que esterilizan la tarea psicoanalítica. Subrayaremos enseguida los principios que motivan lo que Freud recomienda, pero antes debemos señalar que las actitudes que Freud aconsejaba sólo parecen injustas cuando se las contempla de un modo superficial. Algunas de las críticas que suelen oírse ilustran la cuestión.

A veces se sostiene que si el paciente se ve obligado a programar sus vacaciones en una fecha que no coincide con las de su psicoanalista es injusto que no goce de los mismos derechos. Pero reparemos en que es innegable que una cosa es elegir el momento en que se tomarán las vacaciones, y otra distinta es pagar las sesiones que no se utilizan. Cuando se alquila una vivienda, por ejemplo, el locatario no pretende dejar de pagar el alquiler durante el lapso de tiempo en que se va de vacaciones. Conviene reparar en el hecho de que un psicoanalista que respeta los parámetros de un encuadre adecuado a las necesidades del proceso compromete una parte considerable de su agenda y, por consiguiente, cuando un paciente interrumpe el tratamiento sin cancelarlo,

le deja vacante una parte importante del tiempo que destina a su trabajo sin otorgarle la libertad de ocuparlo con otra persona.

Otras veces se aduce un argumento similar al de las vacaciones cuando un acontecimiento que no depende de la voluntad del paciente le impide concurrir a su sesión de psicoanálisis. Se piensa de manera diferente, sin embargo, cuando una persona compra un objeto en un bazar y, luego de salir del negocio, alguien se lo roba. Nadie pretende en ese caso que el vendedor se lo reponga sin volver a pagarlo.

Debemos volver ahora sobre los motivos que sostienen las dos actitudes que (en lo que atañe al pago de los honorarios) deben formar parte de las reglas del “juego” que constituye nuestro campo de trabajo. Esos motivos surgieron de la necesidad de disminuir las ocasiones que se producen cuando un paciente, mientras realiza “acciones” que son un importante producto de la transferencia, da por sentado que no pertenecen al territorio en donde lo que ocurre se debe, o se puede, psicoanalizar.

La importancia que aquí subrayamos radica en que cada uno de los detalles de la relación entre un paciente y su psicoanalista termina siendo, muchas

veces, el “lugar” en donde los afectos transferidos se traducen en acciones que “la realidad” aparentemente justifica, y se substraen, de ese modo, de la posibilidad de analizar qué significan. Si una ley estableciera –decía Freud– que en una determinada plaza de la ciudad no se permite que la policía aprese a los ladrones, no debería extrañarnos que en un tiempo breve todos ellos se refugien allí.

La actitud que asumimos cuando la persona que psicoanalizamos expresa su transferencia, de manera inconsciente, mediante alteraciones del encuadre (pagando, por ejemplo, los honorarios con retraso), es muy importante. En esas circunstancias podemos interpretar en silencio los significados inconscientes de una transgresión, pero si incluimos esos fundamentos en el enunciado de nuestras interpretaciones, aceptamos, implícitamente, el uso de la transgresión como una forma legítima de lenguaje. Por ese motivo, si queremos evitar que el paciente continúe “jugando” con las reglas del juego, no nos queda otro recurso que elegir entre dos opciones. Aceptar el cambio, si se juzga tolerable, sin pretender comunicarle al paciente lo que significa como expresión de la transferencia o, por el contrario, establecer firmemente que se trata de una transgresión inaceptable.

Los fáciles desvíos

Debemos ocuparnos, por fin, entre las distintas disposiciones del encuadre, de la que constituye el lugar en donde la resistencia encuentra un refugio con mayor frecuencia. Freud, en *La iniciación del tratamiento*, recomienda comenzar con seis sesiones por semana y aclara que luego de que el análisis adquiere un buen ritmo se pueden reducir a tres. Es cierto que en la primera época, anterior al descubrimiento de que era necesario psicoanalizar el carácter, y no sólo los síntomas, los tratamientos se sustanciaban en unos pocos meses. Pero, tal como lo afirma el creador del psicoanálisis, mientras un tratamiento largo y frecuente sea mejor que otro breve y más fácil, habrá que optar por el primero.

En un comienzo trabajaba en reuniones de dos horas, pero luego prefirió reducir el tiempo a la mitad. El deseo de establecer un pequeño intervalo entre las sesiones condujo muy pronto a la costumbre, que hoy comparte la mayoría de los psicoanalistas, de que duraran cincuenta minutos. Un insigne psicoanalista francés, que generó muchos discípulos, Jacques Lacan, acostumbraba trabajar en reuniones más cortas, que solía finalizar cuando lograba una interpretación satisfactoria. La experiencia enseña, sin embargo, que es

necesario disponerse a compartir con el paciente los momentos en que “nada sucede” –que muchas veces aburren y abruma a los dos integrantes del encuentro– porque suelen preceder a la emergencia de pensamientos, o de interpretaciones, “protegidos” por una intensa resistencia.

Es fácil darse cuenta de que la frecuencia semanal es un requisito compartido por otros procedimientos que, como sucede con el entrenamiento o con el aprendizaje, ponen en juego procesos que tienen algo en común. Sin embargo, en la inmensa mayoría de las psicoterapias actuales se acepta, con la excusa, absurda, de que es mejor algo que nada, que el paciente elija la frecuencia que más le complace. Para colmo, cuando se lo formula en inglés, *once a week*, por ejemplo, el asunto adquiere visos de seriedad científica. Nada tiene de malo que un paciente y su médico limiten su propósito al ejercicio de un procedimiento distinto y se conformen con los resultados que obtienen. Lo malo reside en que suele aducirse que esas otras formas de la psicoterapia son psicoanalíticas, conduciendo a que se desvalorice, o se ignore, el alcance terapéutico del psicoanálisis.

¿De qué depende, entonces, que se piense diferente cuando se trata de la dosis de un fármaco, de

la continuidad y frecuencia de un entrenamiento deportivo, de un proceso de aprendizaje, o de una rehabilitación neuromuscular? ¿No admitimos, acaso, que es absurdo que un enfermo interrumpa prematuramente la ingestión de un antibiótico y en lugar de aniquilar a los microbios los “vacune”?

No caben demasiadas dudas de que, del lado del paciente, influyen las resistencias que despierta el hacer consciente lo inconsciente. Resistencias en cierto modo similares suelen presentarse en procedimientos que –como las dietas, los entrenamientos o los aprendizajes– deben muchas veces luchar contra los hábitos que, en algunas ocasiones, funcionan como verdaderas adicciones. Del lado del médico, es imposible desconocer el hecho de que –por desgracia– son muchos los que, atrapados por resistencias semejantes, prefieren adaptarse a lo que más abunda en el mercado y eligen cobrarle más por menos tiempo a un paciente que, cuando se desilusione, será más fácil reemplazar.

El motivo que más se utiliza para eludir la frecuencia semanal de sesiones que el psicoanálisis requiere es que no se dispone de suficiente dinero para enfrentar lo que cuestan; y cuando la situación económica holgada no permite utilizar ese argumento, el paciente suele recurrir a la idea de que no

puede sustraer ese tiempo a las ocupaciones irrenunciables que rellenan su vida. De vez en cuando, sin embargo, aparece un motivo que nos acerca a una reflexión más profunda. Algunas personas aducen que si realizaran sesiones con la frecuencia que el psicoanalista les propone, se les acabarían los temas, y no sabrían, entonces, de qué podrían hablar. ¡Pero, precisamente, cuando se aduce ese motivo, es porque “se sabe algo que se ignora saber”! Podríamos decir, extremando el asunto, que cuando “los temas” se acaban, el verdadero psicoanálisis comienza, porque surgen entonces los pensamientos resistidos e insólitos que lo inconsciente arroja desde la urgencia de una insatisfacción reprimida.

En el adulto, mucho más que en el niño, los intervalos de dos o tres días entre las sesiones permiten rellenarlas con la hojarasca constituida por los detalles de sucesos aparentemente importantes, que repiten, una y otra vez, el intento de postergar lo esencial para un momento ulterior. Tal vez fue por este motivo (que difiere del que en su momento se adujo) que un conjunto de psicoanalistas que se agruparon en torno a Melanie Klein propugnaban realizar las sesiones en forma cotidiana de modo que quedaran separadas por un solo intervalo semanal.

Entre los fáciles desvíos de la trayectoria fructífera quizá pueda decirse que es ese el principal, pero no debemos omitir dos importantes. Uno, que en realidad ya hemos mencionado, es el psicoanálisis “aplicado” a interpretar, desde “afuera”, y desde una posición intelectual que no compromete suficiente afecto, lo que ocurre en la vida de un paciente que proyecta sobre su psicoanalista la imagen de un gurú que se las sabe todas y al cual es imprescindible consultar cada vez que se necesite decidir. El otro funciona como una especie de “pacto” que mantiene de manera indefinida una situación invariante dentro de la cual el paciente, sin el menor esfuerzo, resulta ilusoriamente confortado y protegido mientras cumpla con los requisitos formales que se han convenido.

CAPÍTULO 4

¿Qué, cuándo y cómo se interpreta?

¿Qué significa interpretar?

La etimología de la palabra “interpretación” nos aclara que, en su origen, el intérprete era el mercader, el mediador o el intermediario, que explicaba lo que el vendedor o el comprador no querían o no podían poner en palabras. El diccionario consigna que el término “interpretar” se usa para designar distintas acciones: determinar el sentido; traducir o explicar en un idioma lo que se ha dicho en otro; atribuir un acto a un determinado fin o causa; comprender y expresar, bien o mal, el asunto de que se trata, y también, por extensión, representar una obra de teatro o ejecutar una composición musical.

Podemos pensar que, entre todas esas acepciones del verbo “interpretar”, la que tal vez puede representar mejor a todas las demás es la que lo

define como “determinar el sentido”. “Sentido” es un término polisémico. Por un lado, denota un significado, por otro, lo que se siente y, por fin, la dirección hacia la cual una acción se encamina.

Es necesario reparar en el hecho de que el significado nace siempre de lo que llamamos importancia. Existe en castellano una palabra, “insignificancia”, para denominar aquello cuyo significado se comprende y, al mismo tiempo, se comprende que no tiene suficiente importancia. La existencia de esa palabra compuesta nos señala de manera inequívoca que se ha originado en otro término –“significancia”– que, a pesar de que en nuestro idioma ha caído en desuso, alude precisamente a un significado dotado de importancia.

La operación que convierte una significancia en un significado es el recurso que permite ensayar, mediante el pensamiento, distintos cursos de la acción, sin comprometer una magnitud de afecto que convertiría el proceso que denominamos “pensar” en un ejercicio intolerable. Por ese motivo el pensamiento puede conducir a una verdad racional, pero para que esa verdad se constituya en un valor (sea positivo o negativo) en el cual efectivamente se cree, es imprescindible haberla sentido con una magnitud de afecto suficiente.

Ese afecto puede ser, en las mejores condiciones de autenticidad, el mismo que originó el valor que hoy puede acompañar a una cosa, a una conducta, o a una relación. Pero también es cierto que hay valores que adoptamos como consecuencia de nuestros vínculos afectivos con las personas que los sustentan.

Es necesario, además, tener en cuenta que la esencia misma de la comunicación reside en el hecho de que se habla siempre en un sentido indirecto. Cuando dos personas hablan, se comprenden gracias a que son sensibles a ese tipo de enunciación parcial. Si, por ejemplo, quisiera ahora que alguien cierre la ventana, podría limitarme a decir “tengo frío”.

No es posible, pero tampoco es necesario, verbalizar un pensamiento completo. Las palabras son símbolos, y la etimología de la palabra “símbolo” muestra que se refiere a dos partes que marchan al unísono. El símbolo funciona como una contraseña, como la mitad de un enunciado que sólo puede completar quien conoce la otra parte. La experiencia muestra que cuando no podemos comunicarnos con pocas palabras, cuando no podemos encontrarnos recorriendo cada uno la mitad del

camino, corremos el riesgo, aunque usemos muchas, de ingresar en un malentendido.

Nos hace falta definir, ahora, la interpretación psicoanalítica. No alcanza con decir que consiste, frente a las cosas que poseen un doble sentido, en encontrar el “segundo” sentido, porque ese tipo de perspicacia también suele lograrse sin necesidad de recurrir al psicoanálisis. Podemos, en una primera aproximación, decir que una interpretación psicoanalítica es la que sustituye un significado consciente que se admite, por otro, oculto, cuya admisión despierta resistencia. La resistencia surge porque el significado inconsciente rechazado, a pesar de haber sido reprimido en otro tiempo, mantiene su represión de manera actual.

Aunque los términos “actual” y “presente” suelen ser usados como sinónimos, podemos, a partir de la etimología, establecer una diferencia que nos resulta útil. Desde ese punto de vista, presente (aquí) es aquello que se percibe (“materialmente”) en el mundo, y actual es lo que actúa (ahora) como una sensación, que se registra (se siente) predominantemente en el propio cuerpo. Un alfiler presente puede producir entonces un dolor actual. Dado que los afectos son actuales, es necesario tener en cuenta que, en última instancia, psicoanalizar lleva

implícito prestar más atención a la actualidad que a la presencia.

Subrayemos por último que, en un sentido más restringido, usamos la expresión “interpretación psicoanalítica” para referirnos a la actividad interpretativa de un psicoanalista en una sesión de psicoanálisis. En ese ámbito, el segundo sentido que, resistido, constituye la meta de toda interpretación psicoanalítica es siempre una significancia actual que se transfiere sobre el psicoanalista, porque es la única persona que, materialmente, está presente allí.

El “material” que se interpreta

Para comprender dónde estamos y lo que somos, para actuar en la vida o, sencillamente, para percibir, siempre interpretamos. Tal como lo expresa Ortega y Gasset, ninguno ha visto jamás una naranja completa, ya que vemos sólo una parte por vez y construimos, gracias a que disponemos del concepto y de los recuerdos pertinentes, la percepción de la naranja entera. Vivimos inmersos en una actividad interpretativa, porque percibir es siempre interpretar.

Nada tiene de extraño, entonces, que la interpretación psicoanalítica se realice sobre una pri-

mera interpretación, generalmente inconsciente y automática, que constituye “el material” percibido. Cuando oímos hablar, por ejemplo, interpretamos que no se trata de un ruido sino de un conjunto de sonidos; que esos sonidos son palabras; que ese conjunto de palabras es hablar en tal idioma; y que proviene de esta persona y no de aquella. Por fin, si “sabemos hablar” en ese idioma, comprendemos lo que dice y, en ese punto, si se trata de un paciente durante una sesión psicoanalítica, pensamos que es ese “un material” que tenemos la ocasión de interpretar. No valdría la pena detenerse en todo ese proceso previo si no fuera porque el discurso verbal del paciente no es lo único que psicoanalizamos durante una sesión de psicoanálisis.

Es importante señalar que la interpretación de lo que dicen las palabras no sólo depende del significado semántico de los símbolos verbales. Es obvio que cuando una persona habla también interpretamos, aunque no siempre de manera consciente, el tono de su voz, su mímica, sus gestos y muchas cosas más. Si una persona nos dice, por ejemplo, “tengo que adelgazar porque esta situación me resulta insoportable”, el significado de sus palabras es distinto si la vemos obesa o, en cambio, muy delgada. Interpretamos las palabras, y otras veces los gestos, las actitudes, la palidez del rostro

o, inclusive, y gracias a lo que hemos aprendido, trastornos que se manifiestan como alteraciones en la forma o en las funciones “del cuerpo”.

Podemos preguntarnos, entonces: ¿de qué depende la elección del “material” que psicoanalizamos? No cabe duda de que elegimos de manera inconsciente y automática movidos por la resonancia que la transferencia del paciente produce en nuestra propia transferencia, y que en esa resonancia también influyen nuestras anteriores experiencias.

Conviene agregar, en este punto, que la “objetividad” de la elección no debe preocuparnos en primera instancia, porque lo importante radica en comprender. Es evidente que cuanto más sepamos, más capacidad tendremos para percibir “el material”, pero, dado que el material siempre sobrebunda, y que se expresa simultáneamente en distintos registros, no es necesario que un analista “sepa todo” para poder interpretar.

La sesión se desarrolla, siempre, entre dos motivaciones del paciente que son contradictorias: la de ser comprendido y la de mantener la represión. Como consecuencia de ese interjuego de tendencias suele suceder que los pacientes “regulan”, inconscientemente, la claridad, o la oscuridad, de lo que expresan adaptándose a la capacidad interpretativa de su psicoanalista.

Debemos mencionar, ahora, algo que sólo podremos enunciar aquí, porque profundizar en ese asunto, como lo hicimos en trabajos anteriores, dedicados a colegas, excedería el propósito que anima este libro. Se justifica, sin embargo, introducir el tema, porque abre un campo en el cual puede responderse adecuadamente a la cuestión, que algunas veces se oye, de si los procedimientos que utiliza el psicoanálisis pueden adquirir el valor que le adjudicamos a la ciencia y a la técnica.

Detengámonos entonces un momento sobre lo que en la jerga que usamos los psicoanalistas suele llamarse “el material”. Es necesario notar que desde ningún punto de vista es obvia la razón por la cual denominamos así a todo lo que en una sesión podemos psicoanalizar. Material es lo que pertenece a una categoría (materia) que reúne lo que nuestros órganos sensoriales pueden registrar (como presente) y constituye un cuerpo físico que ocupa un lugar en el espacio. El significado (con su grado de significancia), en cambio, es quizás el único referente irreductible al “material”, dado que su sentido no pertenece a la física.

Parece indudable que, si llamamos “material” a lo que interpretamos en la sesión, lo hacemos motivados por el deseo, equívoco, de otorgar al traba-

jo psicoanalítico una presunta objetividad que, en última instancia, concebida de ese modo es ilusoria. Sin embargo, los significados no necesitan ese tipo de objetividad para constituir conocimientos valiosos. A veces, durante alguna discusión entre colegas, por ejemplo, se aduce: “¡Veamos qué dice el material!” ..., como si el material fuera un dato que puede hablar por sí mismo, una especie de árbitro definitivo al cual no le afecta la teoría con la cual lo contemplamos. Pero, aunque es cierto que la realidad sensorial constituye el único lugar en el cual podemos comprobar “objetivamente” si lo que pensamos funciona en lo que necesitamos hacer con esa realidad, los datos no hablan; los que hablan son, siempre, los intérpretes.

“Psicopatología” de la vida cotidiana

El psicoanálisis nació cuando finalizaba el siglo XIX y comenzaba el XX. Puede decirse también que Freud descubrió la magnitud de la empresa que había comenzado cuando, conmovido frente a la muerte de su padre, acometió la dificultosa tarea de psicoanalizar sus sueños. Escribió, entonces, uno de sus libros más monumentales, *La interpretación de los sueños*, seguido, en muy poco tiempo, por *Psicopatología de la vida cotidiana* y *El chiste y*

su relación con lo inconsciente. La tarea que describe en el primero de esos libros lo llevó a sostener que los sueños constituían la *vía regia* del psicoanálisis, y los tres, en conjunto, lo conducen a una conclusión. Los sueños, los actos fallidos y los chistes demostraban que lo inconsciente reprimido, que producía los síntomas histéricos, también “funcionaba” manifestando sus efectos en la vida cotidiana del hombre “normal”.

Hoy nadie duda de que los sueños sean “alucinaciones oníricas” en las que vemos “realizados” deseos que durante la vigilia no asumimos. Es allí, durante el dormir que suspende nuestras acciones sobre el mundo, donde nos atrevemos a vivirlos. El lenguaje habitual lo testimonia cuando decimos, por ejemplo, “esto no se me habría ocurrido ni en sueños”.

Sin embargo, mientras dormimos, una cierta censura funciona todavía, y la realización de los deseos transcurre enmascarada bajo una forma simbólica, mediante un trabajo que, cuando fracasa, convierte el sueño en una pesadilla que interrumpe la alucinación y nos despierta. Una pesadilla que, a veces, ni siquiera recordamos, pero que suele constituir un motivo, oculto, de algunas formas de insomnio.

La afirmación de que los sueños constituyen la *vía regia* no significa, necesariamente, que constituyan, siempre, el material que debe ser privilegiado durante una sesión de psicoanálisis. Tiene el valor, en cambio, de subrayar el hecho de que la “arquitectura” de los sueños transparenta, de la mejor manera, la forma y los caminos que los procesos inconscientes adoptan en su trayecto hacia la consciencia.

Freud, a pesar de la importancia que asignaba a la interpretación de los sueños, se ocupó de señalar la frecuencia con que sucumbían a la represión, hasta el punto que consideraba innecesario pedir a sus pacientes que los anotaran, ya que el motivo por el que no podían recordarlos influiría, de todos modos, para que no pudieran llevarle al psicoanalista sus anotaciones.

También es frecuente que algunas personas utilicen, como expresión de su resistencia a comunicar “asociaciones libres”, una gran parte de su sesión de psicoanálisis contando un sueño largo y con una gran cantidad de detalles, que provienen de una elaboración secundaria, consciente. El intento de psicoanalizar esos sueños (que suelen denominarse “resistenciales”) conduce a una tarea que, además de ser difícil, suele culminar en inter-

pretaciones que, carentes de suficiente afecto, son muy poco fructíferas.

Freud aconsejaba elegir algunos elementos del sueño que el paciente narraba y preguntarle, a continuación, qué asociaba con ellos. Vale la pena destacar (porque constituye el único párrafo en donde anticipa el uso de la contratransferencia como instrumento técnico) que, en *Introducción al psicoanálisis*, escribe: “En lugar del sujeto es el analizador el que a ellos asocia bien definidas ocurrencias”. Lo cierto es que hoy muy pocas veces pedimos, a nuestros pacientes, cuando nos cuentan un sueño, sus asociaciones con algunos de sus elementos. Lo que habitualmente hacemos es utilizar las nuestras. La pretendida “objetividad” del asunto no nos preocupa, ya que, de todos modos, cuando un psicoanalista le solicita a su paciente sus asociaciones, es él quien elige la parte del sueño sobre la que le preguntará qué asocia.

El origen de la interpretación que se pronuncia

Llegamos ahora a la posibilidad de preguntarnos: ¿cómo nace y cómo se formula la interpretación que el psicoanalista pronuncia? Imaginemos

que una persona cuente, en una sesión de psicoanálisis, que el chocolate que ha comido la noche anterior, mientras miraba las fotografías que su cuñado había obtenido durante sus vacaciones en Estambul, le ha hecho mal “al hígado”, y que a su psicoanalista “se le ocurra” que esos trastornos provienen de haber reprimido una envidia que no pudo sentir. Podemos pensar, entonces, que en el inconsciente del psicoanalista se ha reactivado su propia predisposición a la envidia, “contagiada simpáticamente” por el “amago” de ese afecto que, reprimido, opera en el inconsciente del paciente derivando su magnitud hacia la descompostura digestiva.

Si esto sucede en una sesión, es posible que en la consciencia del psicoanalista, gracias a la permeabilidad que le ha otorgado psicoanalizarse durante su formación profesional, aparezca, con magnitudes pequeñas, una “muestra” del afecto envidia que adquiere la forma de lo que llamamos una “ocurrencia”, y de ser así, podríamos decir que eso le ha permitido comprender el significado de los trastornos que el paciente cuenta (identificándose con él).

Sabemos que la interpretación psicoanalítica nace siempre como producto de una atribución de

sentido que surge de lo que el psicoanalista transfiere de manera inconsciente (su contratransferencia). Aunque el núcleo esencial de la interpretación está constituido por una ocurrencia que podemos denominar “oniroide”, dado que se inicia como una especie de ensoñación diurna, esa forma que adquiere en su origen muy pocas veces llega a la consciencia.

En cuanto a la cuestión de cómo se recorre el camino que lleva desde la primitiva ocurrencia hacia el enunciado de la interpretación que se le dice al paciente, resumiremos, en pocas palabras, lo que sostuvimos en dos trabajos que publicamos en 1969 (*Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar*, y *El uso del pensamiento lógico durante la interpretación puesto al servicio de la contrarresistencia*). El logro de la interpretación que un psicoanalista dice podrá ser un resultado de numerosas reflexiones y elaboraciones teóricas que se realizan sin la presencia del paciente, pero el procedimiento sólo puede funcionar adecuadamente, en el transcurso de una sesión de psicoanálisis, cuando la interpretación que se enuncia surge como un producto espontáneo en un profesional cuya formación lo ha conducido a desarrollar esa capacidad.

Las consideraciones teóricas pueden realizarse durante un seminario, una supervisión o una discusión entre colegas, pero no durante la tarea de psicoanalizar al paciente. En otras palabras: cuando el camino que va de la contratransferencia a la interpretación no lo recorre de manera espontánea un psicoanalista que, gracias a su formación, ha adquirido una capacidad —que puede continuar acrecentando mediante el estudio y la discusión entre colegas—, la reflexión consciente, durante la sesión, no suele mejorar el rendimiento. En una situación como ésta es preferible esperar procurando, mientras tanto, conservar en la consciencia las ocurrencias surgidas.

Es necesario reparar en qué consiste la formación psicoanalítica. Es, sobre todo, psicoanalizándose donde se aprende a psicoanalizar. La mayor parte, y sin duda alguna lo esencial, de lo que sabe un psicoanalista lo aprende durante su propio psicoanálisis, ya que el tipo de saber que necesita adquirir es el que surge de una “maduración” afectiva que se parece mucho a lo que ocurre durante la infancia con la formación del carácter y que no puede ser sustituida por un saber únicamente intelectual.

La formación se continúa y se perfecciona en las supervisiones con colegas de mayor experiencia y, a pesar de que se las denomina de ese modo, no funcionan, como es obvio, como un certificado que avala la calidad de un producto. Aunque el supervisor puede contribuir de manera indirecta para mejorar lo que se obtiene, quien psicoanaliza al paciente es el supervisado, y forma parte de un buen entrenamiento psicoanalítico comprender, cuanto antes, que no se puede delegar la responsabilidad de la tarea.

Las supervisiones, aunque no se lo suele aceptar de manera consciente, funcionan como un segundo psicoanálisis, porque el supervisor opera más sobre el supervisado que sobre el paciente que se supervisa. ¿No son acaso los propios escotomas los que le impiden al alumno interpretar mejor? Ocurre muy frecuentemente, por ejemplo, que cuando el supervisado comprende algo que mantenía reprimido, suele encontrarlo también en los pacientes que no supervisa, y que, por decirlo de algún modo, “estaban esperando” que su psicoterapeuta fuera capaz de interpretarlo.

Conviene subrayar cuatro circunstancias que nos ayudan a comprender mejor la índole y la magnitud de la tarea que debe realizarse duran-

te las supervisiones: 1) el trabajo psicoanalítico se ejerce psicoanalizando el vínculo que se desarrolla durante las sesiones; 2) la transferencia y la contra-transferencia, influyéndose mutuamente, cristalizan en un producto “integrado” como transferencias recíprocas; 3) las transferencias recíprocas se constituyen confluyendo en un punto en el cual el paciente y su psicoanalista comparten sus propias urgencias; 4) durante las supervisiones se reflejan, en el vínculo que se establece entre el supervisado y el supervisor, las transferencias recíprocas que operan entre el supervisado y su paciente.

Sólo a partir de una buena formación psicoanalítica se podrá reflexionar sobre la teoría, sobre el diagnóstico, sobre métodos mejores para interpretar, o sobre cómo formular las interpretaciones, de una manera fructífera. Sin embargo, el aprendizaje deliberado que suele llamarse entrenamiento debe reservarse para los intervalos entre una y otra sesión del tratamiento. Reflexionar acerca de lo que estamos haciendo mientras lo estamos haciendo es tan perturbador para la tarea de psicoanalizar como lo sería para jugar un partido de tenis o ejecutar un concierto de piano. Nuestra tarea siempre empieza, de más está decirlo, en el “ahora” de lo que el paciente está diciendo, y cada vez que se

nos escapa su significado inconsciente deberemos recuperar la disposición que nos apronta para la próxima vez.

En condiciones óptimas, el psicoanalista no sólo comprende lo que el paciente reprime, sino también el motivo por el cual lo reprime. Aceptemos la hipótesis de que en un paciente la consciencia de un sentimiento de envidia, que él considera vil, le ocasionaría una desagradable vergüenza. Si comprendemos que se puede evitar una vergüenza reprimiendo la envidia, también comprendemos que los motivos de la represión pueden permanecer inconscientes.

En las condiciones que consideramos óptimas, la sensibilidad de un psicoanalista que, gracias a su formación, no reprime de la misma manera, le permite comprender los motivos que sostienen la represión del paciente. Eso lo lleva a enunciar una interpretación adecuada y oportuna que, siendo suficiente, sea además tolerable. Una interpretación que, por esas cualidades, despertará una menor resistencia y, por lo tanto, un menor sufrimiento.

Si los trastornos que aquejan a un paciente provienen de un compromiso entre las fuerzas en pugna, queremos psicoanalizarlo en la medida

en que pensamos que el precio que paga como consecuencia de ese compromiso es demasiado elevado. Nuestra interpretación, por lo tanto, se encamina a que el paciente sustituya la transacción que ha elegido por otra más ventajosa, cambiando, como sostenía Freud, un sufrimiento “neurótico” por otro que suele ser normal en la vida.

Tal como lo expresamos antes, en condiciones óptimas la interpretación adecuada a “la medida” de cada paciente surge ya formulada, en la conciencia del psicoanalista, gracias a que sus procesos preconcientes se “permeabilizan” durante una formación psicoanalítica que jamás se interrumpe. Otras veces, y de la misma manera, lo que surge es un silencio adecuado. Cuando el psicoanalista ha aprendido a reconocer el estado en el cual ambas cosas ocurren, ha aprendido también a esperarlo, y se defiende mejor de interferencias tales como “no dejar pasar un material importante” o el temor a “dejar al paciente esperando una interpretación que no viene”, que suelen perturbar el proceso.

CAPÍTULO 5

¿Cómo decir lo que hace falta decir?

El sentido fundamental de un enunciado

Hemos visto que más allá del significado que suele llamarse directo (o manifiesto) la interpretación psicoanalítica establece un segundo sentido (latente o inconsciente), una significancia resistida, en un material que no sólo se constituye con palabras, sino también con el comportamiento, el dibujo, el juego o los trastornos que se manifiestan “en el cuerpo”. Mientras que el término “material” remite a la física, la palabra “sentido”, en su significado pleno, alude, en cambio, a la significación que posee una historia.

La palabra “historia” denota dos significados. Por un lado, refiere a una disciplina (que coincide con lo que los ingleses denominan *history*) que estudia una sucesión crono-lógica de causas y efectos;

por el otro, a un relato, narración o cuento (*story*). Es importante subrayar que la palabra “sentido” alude a ese último tipo de historia que funciona (como sucede con lo que se denomina un enunciado) como una unidad de significado que no puede reducirse a una cualquiera de sus partes sin perder lo esencial de su razón de ser.

Si decimos, por ejemplo, que el viento, abriendo una ventana, ha roto una lámpara de aceite, hemos dicho algo cuya significación se entiende, pero se trata de un significado que así, aislado de otros que constituyen su contexto, a nadie interesa. En otras palabras: no se trata en realidad de una historia. Si continuamos diciendo que la lámpara rota, derramando combustible sobre el fuego de la estufa, ha incendiado la casa, el interés aumenta, pero le falta algo todavía para constituir una historia. La cuestión se convierte en una historia cuando nos enteramos de que el incendio ha destruido el documento que podía reparar una injusticia, pero una injusticia de la cual sabemos “todo”, porque sabemos de los pormenores que la fueron construyendo hasta llegar a constituir ese núcleo de convergencia, típico y universal, que denominamos “injusticia”.

Una historia no se “arma” solamente porque la importancia del asunto aumenta, sino, sobre todo, porque su significado se generaliza en la medida en que, mediante la identificación con sus personajes, puede compartirse una importancia que genera el enredo que denominamos intriga. Lo que ha sucedido, entonces, es “un caso”; algo particular, y al mismo tiempo típico, que puede suceder a todos y, por este motivo, se constituye como un tema universal.

Cuando, en el ejemplo precedente, comenzamos diciendo que el viento, abriendo la ventana, ha roto la lámpara, nace dentro del oyente un estado de ánimo que puede representarse adecuadamente con la pregunta “¿y...?”. Si el discurso continúa afirmando que la lámpara, al caer sobre la estufa, ha incendiado la casa, todavía se genera un “¿y...?” en el alma del que escucha; pero en el momento en que comunicamos la destrucción del documento que reparaba la conocida injusticia, se produce una variación del ánimo que equivale a la expresión “¡ah!”. Una variación que señala “el final”, siempre provisorio, de una historia, completando, gracias a que tenemos la experiencia de situaciones parecidas que quedan allí representadas, lo que antes llamamos “unidad de significado”.

Dado que, como hemos señalado ya, los enunciados nunca son completos, cuando dos personas hablan sobre un significado no siempre se alcanza a comprender el sentido fundamental (que suele denominarse “verdadero”) de lo que se enuncia. En este punto, uno podría preguntarse si es siempre necesario interpretar buscando un segundo sentido. Suele aducirse, irónicamente, que cuando un psicoanalista se encuentra en el ascensor con un colega que le dice “buen día”, se pregunta: “¿Qué me habrá querido decir?”.

Tal como afirma el conocido lingüista Tzvetan Todorov (en *Lingüística y significación*), se debe interpretar cuando nos encontramos frente a una “falta” de sentido y debemos dejar de interpretar cuando desaparece esa falta. Sin embargo, si tenemos en cuenta que percibir es interpretar, es imposible percibir algo que no tenga sentido. De modo que lo que llamamos absurdo, o falto de sentido, es sólo un contrasentido que genera la apariencia de una falta que, como tal, no existe. El sentido “falta” cuando algo que llama nuestra atención nos parece absurdo porque surge de significados contradictorios que se experimentan como una incongruencia. La necesidad de interpretar surge pues del registro de esa incongruencia, y cesa cuando

la interpretación establece un sentido coherente. Eso, que vale para cualquier interpretación, es especialmente útil durante una sesión psicoanalítica, en donde la coherencia se restablece muchas veces llevando a la consciencia significados inconscientes. Pero también es cierto que, en algunas ocasiones, habrá que tolerar la incongruencia, ya que no todo se puede, o se debe, interpretar.

Cuando un psicoanalista permanece obsesivamente fijado en la necesidad de comprender cada detalle, es posible, por ejemplo, que si su paciente deja olvidado su paraguas, los árboles le impidan ver el bosque. Racker, además, señalaba que, durante una sesión de psicoanálisis, el psicoanalista no debe comunicar todo lo que sabe, sino únicamente aquello que el paciente necesita y está en condiciones de saber.

Los cambios en la técnica psicoanalítica

Tal como antes dijimos, luego de abandonar el uso de la hipnosis y el de la sugestión en estado de vigilia, y de instalar definitivamente la utilización de las asociaciones libres, Freud sostuvo que la interpretación debía mencionar de un modo explícito la transferencia sólo cuando constituía el moti-

vo por el cual el paciente dejaba de comunicar sus asociaciones.

Aunque no tardó en afirmar que, finalmente, todos los conflictos debían ser combatidos en la transferencia, en esa primera época el psicoanalista interpretaba –usando su “atención flotante”– el significado inconsciente de la escena, o de la historia, que surgía del relato que escuchaba en la sesión. Si un paciente, por ejemplo, hubiera dicho: “Ayer me peleé con mi mujer porque me pedía que fuéramos al cine, pero yo le dije que estaba cansado de someterme”, el analista, en esa modalidad de trabajo, hubiese podido interpretar: “Usted ha dicho que estaba cansado de someterse a los deseos de su mujer, pero tal vez lo impulsaba un deseo de vengarse por la ofensa de la semana anterior”.

Esa primera orientación de la técnica psicoanalítica (que postergaba la interpretación de la transferencia) ha sido seguida por muchos años y por muchos psicoanalistas. Sin embargo, Freud inició la apertura de un segundo camino cuando escribió (en el epílogo del historial de Dora) que había cometido un error, porque, aunque su paciente aportaba material interpretable, la resistencia fue creciendo de tal modo como para que por fin ella interrumpiera el tratamiento.

Apoyándose en lo que Freud describía, Melanie Klein sostuvo que se debía interpretar la transferencia de manera explícita y continua desde la primera sesión. Racker, que enriqueció la teoría de la transferencia demostrando que la contratransferencia podía ser utilizada como un instrumento técnico, realizó una contribución muy importante al desarrollo de ese camino kleiniano (basado en la afirmación rotunda de que, durante la sesión, todo lo que proviene del paciente debe ser interpretado como una referencia a lo que transfiere sobre su psicoanalista).

En esa segunda etapa de la técnica, si, por ejemplo, un paciente dijera: “Anoche me he peleado con mi mujer”, el analista podría interpretar: “Usted me cuenta acerca de la pelea con su mujer para aludir a lo que siente ‘aquí y ahora conmigo’”. (Subrayemos, de paso, que el error más común en el cual algunas veces se incurría consiste en deslizar la interpretación hacia algo parecido a “usted no está peleado con su mujer, sino conmigo”.)

Cuando se interpreta en forma continua de la manera que hemos caracterizado como propia de la segunda etapa (kleiniana), el paciente y el analista tienden, en forma progresiva, a hablar, casi exclusivamente, sobre la relación que los vincula.

Aunque la interpretación logre cambiar algunos de los sentimientos transferidos, siempre aparecerán, en su lugar, otras transferencias de intensidad similar, de modo que la intensidad del afecto tiende permanentemente a aumentar. La transferencia, entonces, va perdiendo de un modo progresivo ese carácter de “como si” que configura el “campo de ilusión”, hasta ingresar en lo que denominamos una transferencia “masiva”.

Así desaparece el territorio que necesitamos para que el psicoanalista funcione como un catalizador que, luego de facilitar un cambio, se retira de la reacción que ha provocado. Sólo cuando ese territorio se conserva, la intensidad emocional de las transferencias recíprocas no llega a emular los sentimientos –y menos aún los conflictos– que cada uno de ellos mantiene en su relación con las personas más significativas de su vida familiar o social.

Ya dijimos que dos circunstancias importantes, la necesidad de “dosificar” la magnitud del afecto y la de evitar que el paciente finalizara por “saturar” el campo sobre el cual se trabaja hablando casi exclusivamente de su relación con su psicoanalista, nos condujeron a sostener, hace ya algunos años, que debíamos encaminarnos hacia una nueva eta-

pa. Podemos descomponerla, esquemáticamente, en dos tareas sucesivas.

La primera consiste en interpretar la transferencia en silencio. Equivale a pensar: “Si el paciente dice lo que ahora dice, es porque su relato alude a sensaciones y sentimientos actuales que recaen sobre mí ‘atraídos por mi presencia’”. En otras palabras: lo siente “aquí y ahora conmigo”. Una interpretación que el analista piensa en silencio influye inevitablemente sobre su contratransferencia y, por lo tanto, también en la transferencia del paciente, ya que si aceptamos que la transferencia influye de tal modo sobre el psicoanalista como para que llamemos a lo que siente, o se le ocurre, “contratransferencia”, deberemos admitir, en virtud de ese mismo principio, que también la contratransferencia influye sobre la transferencia.

La segunda tarea es formular la interpretación y enunciarla verbalmente utilizando un lenguaje indirecto, que omita referirse de manera explícita a la persona del psicoanalista. La expresión “lenguaje indirecto” se refiere a utilizar la alusión, como lo hace, por ejemplo, el paciente, cuando utiliza los personajes del relato para aludir indirectamente a lo que siente frente a su psicoanalista. Señalemos, además, que tanto las alusiones indirectas

del paciente como sus sentimientos adquieren en él, en distintas situaciones, distintos grados de consciencia.

Suele suceder, sin embargo, que más tarde o más temprano, el campo de todos modos se sature, generando una transferencia masiva que conduce la resistencia hasta un punto que puede llegar a ser insuperable, y que a veces arrastra también a la contratransferencia hacia las mismas magnitudes de afecto. Es obvio que esto no se mejora con el expediente ingenuo de querer aclararle al paciente, a último momento, que el analista sólo representa “al padre odiado” y que lo que el paciente siente no es “verdaderamente” actual, sino, por el contrario, una injustificada repetición de la historia. Como decía Freud, no podemos convocar a los demonios del averno y pretender luego mandarlos de vuelta sin haberlos interrogado.

La situación mejora menos aún si pretendemos volver a la primera etapa y, desestimando la transferencia, nos dedicamos a profundizar en el significado inconsciente de las vicisitudes que el paciente experimenta en el vínculo con las personas de su entorno. Allí corremos el riesgo de engañarnos, ingenuamente, mientras creemos comprender, desde una presunta sagacidad, desgracias, injusticias, de-

fectos o virtudes. Sólo las transferencias recíprocas nos aportan, con la riqueza emocional imprescindible, las dos voces del litigio, pero debemos mantenerlas en el campo del juego.

Quando el paciente interpela

Nos falta describir todavía la actitud que, dentro de la modalidad interpretativa indirecta que proponemos, conviene asumir cuando es el paciente quien habla de sus sentimientos hacia el psicoanalista. Cuando la persona que psicoanalizamos, como respuesta a una interpretación indirecta, se expresa en términos equivalentes a “creo que esto me está ocurriendo con usted”, bastará con agregar algo parecido a la expresión “naturalmente”, porque sus palabras nos muestran que el hacer consciente el afecto transferido no le ocasiona un malestar que no tolera.

Quando, en cambio, cuestiona la manera de ser, o de proceder, de su psicoanalista con la actitud del que solicita, o exige, un trato diferente, la situación es otra. Se trata de una circunstancia que puede quedar representada, por ejemplo, en palabras que adquieren las características de una interpelación que exige una respuesta: “Así no puedo seguir, se me hace muy difícil, su amabilidad me suena fal-

sa, en el fondo lo siento frío y despectivo”. Sería inútil entonces decirle algo semejante a “usted me siente del mismo modo en que solía sentir a su padre”, ya que, aunque tal vez pueda aceptar que lo que su psicoanalista le está diciendo es cierto, eso no cambia su convencimiento acerca de algo que –como producto de lo que “sin darse cuenta” transfiere– siente “de verdad”. En ese caso, nuestra actitud interpretativa no puede ser otra que la de permanecer en silencio mientras el paciente no altere el encuadre, ya que, cuando hablamos, nuestras palabras provienen del mismo objeto que ha recibido, precisamente, ese tipo de transferencia que, por su intensidad, llamamos “masiva”.

Agreguemos aquí algo que, en realidad, ya hemos mencionado en el capítulo tercero. Allí decíamos que, si el paciente altera el encuadre, lo que hablemos deberá dedicarse sin demora –dejando de lado la interpretación– al propósito de restablecerlo. El tema se presta para aclarar otro punto importante. Es necesario evitar que el paciente confunda el asociar libremente con el “decir lo que se le ocurra” utilizando expresiones cargadas de afecto. No es lo mismo que diga, por ejemplo, “usted es un estúpido”, que decir: “No sé cómo decirlo..., porque me parece un poco violento.

Dentro de las cosas que he pensado, se me ocurrió la idea de que usted es un estúpido. Me molesta decirlo”. Podemos considerar que la segunda forma de decirlo corresponde a la comunicación de una “asociación libre”, mientras que la primera es una perturbación del encuadre, análoga a la que ocurriría si un niño, en una sesión de psicoanálisis, dibujara en la pared en lugar de dibujar sobre el material adecuado.

Es necesario recordar que también con las palabras se puede alterar el encuadre. Creer que esto no es posible equivale a creer que las palabras no tienen importancia. Si decimos que con las palabras se puede curar, entonces también debe ser cierto que con las palabras se puede dañar, y si dejamos que el paciente transgreda verbalmente el encuadre, le estamos diciendo, en forma implícita, que en realidad no creemos en el valor de las palabras.

La asociación libre, lo ha dicho muy claramente Freud, se produce cuando uno se coloca como si estuviera frente a la ventanilla de un tren y va describiendo con palabras todo lo que ve pasar, sin cancelar nada, aunque parezca absurdo o banal. Debemos admitir que hoy no se suele prestar suficiente atención al hecho de que los pacientes

evaden, con frecuencia, la asociación libre. No siempre queda claro, por ejemplo, que la asociación libre difiere de la actitud que se asume cuando se piensa algo en silencio y luego se comunica un resumen de lo que se ha pensado. Cuando una persona que se psicoanaliza habla de lo que está pensando mientras lo está pensando, no necesita resumirlo, porque el flujo de su pensamiento coincide con el ritmo del flujo verbal.

Subrayemos entonces que si el paciente —como producto de una transferencia masiva— habla de lo que sucede entre él y el analista con la actitud del que interpela pretendiendo un cambio, es oportuno callar o restablecer el encuadre. Además, dado que, como dijimos antes, podemos representar al proceso psicoanalítico como una reacción química que se produce por medio de un catalizador, lo ideal es que el psicoanalista “entre para volver a salir”. “Entrar” significa que el afecto sea suficiente; “poder salir”, que no haya sido excesivo. Un motivo más para pensar que es mejor que el lenguaje de la interpretación pronunciada sea, como el que se ejerce en la vida, fundamentalmente indirecto.

CAPÍTULO 6

Sobre la oportunidad del hablar y del callar

Acerca del silenciar la transferencia

Hay casos en los cuales se produce durante el tratamiento una desfavorable sobrecarga de los afectos que el paciente experimenta “hacia la persona del médico” porque “se ha omitido interpretar la transferencia”. De acuerdo con los primeros escritos técnicos de Freud, la transferencia, transformada en resistencia, se ha constituido, entonces, en lo que urge interpretar. En esas circunstancias, Freud sostuvo, como sucedió en el caso de Dora, que lo que conduce a un incremento inmanejable de los sentimientos e impulsos implicados es “silenciar la transferencia”.

Sin embargo, y sin poner en duda que muchas veces el callar es un “error”, tanto en la técnica psicoanalítica como en la convivencia humana, no

debemos, a partir de esta experiencia cierta, caer inadvertidamente en el extremo de atribuir a la palabra hablada un valor, en todos los casos y *a priori*, superior a los del silencio y la actitud en el desarrollo o en la mutación de un vínculo.

Un viejo aforismo dice que si la palabra es de oro, el silencio es de plata. Es cierto que el silencio “de plata”, de un modo semejante a lo que ocurre durante una sinfonía, nos entrega su dádiva profunda en el intervalo que dos palabras significan; pero no es menos cierto que la palabra “de oro” surge a la sombra bienhechora de un silencio que, al mismo tiempo que la enmarca y la subraya ante el oído, la catapulta hacia el centro de la escena. Así como el silencio prepara la palabra, la magna función de la palabra es restablecer el silencio.

Existe una diferencia importante entre interpretar la transferencia y enunciar con palabras al paciente el producto de la interpretación. También existe diferencia entre el silencio del que sabe y el silencio del que ignora, o del que ignora lo que sabe. Silenciar una transferencia que, mediante la interpretación que se realiza sin decirla, ha llegado a la consciencia del psicoanalista conduce a que éste adopte una actitud completamente diferente de la que ocurre cuando permanece en silencio

porque reprime –y no llega a su consciencia– lo que hubiera podido interpretar. Vale la pena tener en cuenta esta diferencia cuando se piensa en un psicoanalista conviviendo con hijos, padres, hermanos, cónyuge o amigos, porque ambos tipos de silencio cumplen una función muy diferente.

Cuando las razones que conducen al callar, en el contexto de una sesión psicoanalítica, derivan de que no se ha podido interpretar, suele ocurrir que el “hablar por hablar”, porque se considera necesario “decir algo”, no es un buen remedio. Si el silencio adquiere una cualidad indeseable, que se considera negativa, es preferible entonces que el psicoanalista hable, con palabras que no pretenden ser una interpretación psicoanalítica, acerca de que en ese momento prefiere esperar. Algo semejante debía pensar Freud cuando aconsejaba decir al paciente (supongo que con cortés naturalidad y sin darse aires de oráculo ni esfinge): “Antes que yo pueda indicarle nada, tengo que saber mucho sobre usted”.

Es imprescindible dejar establecido que no se trata de afirmar que el hablar y el callar conduzcan a un mismo tipo de consciencia en el terapeuta que interpreta. Muy por el contrario, tanto en el contexto de la situación psicoanalítica como

en el de la convivencia cotidiana, si bien es cierto que el pensamiento y la palabra introducen siempre una modificación en la estructura de la trama que se vive, o constituyen un índice de tal modificación, la conciencia inefable, las palabras pensadas, habladas y escritas constituyen una serie ordenada en la cual publicidad y responsabilidad van en aumento. Por ese motivo es que insistimos en que es necesario distinguir cuidadosamente la interpretación que sólo ha sido hecha de aquella otra que, para bien o para mal, además ha sido dicha.

Aquí y ahora conmigo

Cuando, en el transcurso de una sesión, el psicoanalista piensa: “Lo que el paciente me relata alude a lo que actualmente sucede aquí y ahora conmigo”, parte de un principio cierto que la experiencia clínica confirma. Ese principio establece que lo que se siente se transfiere, siempre, sobre una presencia que en ese momento se percibe. Sin embargo, ya hemos visto que interpretar la transferencia de manera indirecta tiende a mantener los afectos en una magnitud adecuada.

Cuando, en cada una de sus intervenciones, el psicoanalista habla, explícitamente, de lo que el psi-

coanalizado siente allí y en ese momento, en virtud de los afectos que transfiere, se encuentra con que el paciente, mientras adquiere una mayor consciencia de la existencia de esos sentimientos hacia el psicoterapeuta, tiende a ignorar que lo que siente es el producto de esa transferencia. Ambos resultados (por un lado, el surgimiento de los afectos reprimidos, y por el otro, “darse cuenta” de que han sido transferidos) se excluyen mutuamente, y sólo pueden integrarse en un mismo acto de consciencia mediante el recurso de una rápida sucesión que deja, como fugaz estela, el recuerdo todavía vivo del instante recién desvanecido.

Por ese motivo, la técnica interpretativa que interpreta de manera continua y explícita lo que sucede “aquí y ahora conmigo” –y que preferimos sustituir–, si bien puede modificar la cualidad de los afectos implicados, se convierte muy pronto en una condición desfavorable, dado que tiende a que el compromiso emocional con el psicoanalista adquiera un excesivo predominio en la vida del paciente. Eso conduce a que se encuentre con una situación en cierto modo similar a lo que sucedería si se psicoanalizara con alguna de las personas que más han significado, o significan actualmente, en la historia de su vida. (También a que el psicoanalista

—en virtud de lo que contrartransfiere— conviva una situación equivalente, dado que en el fondo de la brecha que su interpretación produce, se encuentra, entonces, con la imagen difícilmente soportable de sus propios conflictos resistidos.)

En esas condiciones, la resistencia —y, con frecuencia, también la contrarresistencia— alcanza en forma progresiva magnitudes invencibles, y los enunciados de verdad que el psicoanalista ensaya y que, aunque pueden ser ciertos, son, seguramente, inadecuados e inoportunos, despiertan en el paciente una reacción que el psicoanálisis ha bautizado con el curioso y contradictorio nombre de “reacción terapéutica negativa” (expresando con eso que algunas interpretaciones supuestamente correctas producen un efecto indeseable).

Puede sostenerse que la situación que describimos forma una parte del tratamiento que, en mayor o menor grado, puede llegar a ser inevitable. Pero también es cierto que el precepto técnico de interpretar de un modo continuo y explícito en el “aquí y ahora conmigo” tiende a incrementar su magnitud y a precipitar su desenlace. Ignorar que, para el establecimiento del campo de ilusión, es importante que la magnitud del compromiso emocional puesto en juego sea medida, suele

conducir rápidamente y de un modo innecesario a una prematura clausura de la situación psicoanalítica. Se trata, precisamente, de una clausura que torna inaccesibles aquellos desarrollos cuya posibilidad (a pesar de esa clausura que los vuelve inalcanzables) el psicoanalista todavía vislumbra mientras se desvanecen ante sus ojos.

Nos encontramos, por lo tanto, frente a uno de los numerosos casos en que la enunciación de “la verdad” produce un efecto indeseable. Sin entrar ahora en consideraciones con respecto a qué es lo que constituye “la verdad” o, más modestamente, una verdad entre las numerosas posibles, debemos meditar sobre el hecho de que la enunciación de algo que se considera cierto no es suficiente para proporcionar al enunciado el carácter de un “acierto”.

Comencemos por decir algo que es obvio. Si en este capítulo, por ejemplo, afirmara que el papel sobre el cual ha sido escrito es blanco, el enunciado, en el contexto en que se afirma, por ser insignificante, a pesar de ser verdadero, sería absurdo. Por otra parte, no alcanza con que lo que se piensa sea importante en el contexto en que ha surgido para que su enunciación sea atinada. La significancia,

por sí sola, no es suficiente para establecer la oportunidad de la palabra.

El encuentro –o el desencuentro– de toda convivencia humana se ejercita en un sinnúmero de actos que la consciencia se resiste a inventariar. En el conjunto de esos actos que lo condicionan, cabe destacar (con mayor razón cuando la convivencia queda acotada por el encuadre de la situación psicoanalítica) que la importancia del callar no es menor que la importancia del hablar.

Es necesario subrayar que en la sesión de psicoanálisis también la palabra del paciente puede ser excesiva. Ya señalamos que, mientras el psicoanalista otorga a la palabra, como instrumento terapéutico, una capacidad efectora real sobre los acontecimientos materiales, niega sus propias afirmaciones cuando, malentendiendo el sentido de la regla fundamental, confunde la asociación libre con un supuesto derecho del paciente a decir todo aquello que le venga en gana. Porque se olvida, entonces, que si la palabra es acción (y no cabe duda de que lo es), hay palabras que no deben pronunciarse so pena de quebrar la estructura del encuadre. Tal como ocurre con cualquier otro de los actos que escapan a los límites necesarios para configurar la situación psicoanalítica como campo

de ilusión, las palabras del paciente, y no sólo las del psicoanalista, poseen la capacidad de romper las reglas que posibilitan el “juego” o el “teatro” indispensables, tanto por su efecto sobre el terapeuta como por el que ejercen sobre el propio paciente cuando las pronuncia.

Las distintas funciones del interlocutor en las transferencias recíprocas

Tal como ocurre en cualquier otro tipo de convivencia humana, el psicoanalista puede ocupar cuatro lugares distintos en el vínculo que el paciente establece con él. Puede funcionar como alguien que se desea “tener” para disfrutar de esa relación, o como alguien que se desea “ser”, un modelo con el cual intentar identificarse. También puede funcionar como un rival, en la doble condición de envidiado y obstructor. Por fin, las experiencias de la más tierna infancia, en las cuales la asistencia ajena era imprescindible, influirán para que, “desde allí”, y como contrapartida del rival, pueda ocupar el lugar de alguien que ayuda a obtener lo que se necesita o se desea. Esos cuatro roles o funciones determinan cuatro tipos distintos de transferencias recíprocas. La transferencia erótica corresponde al

“objeto del deseo”; la transferencia negativa u hostil, al rival; la transferencia amistosa, al ayudante; y la transferencia sublimada, al modelo ideal.

Si bien el psicoanalista deberá “participar en el juego” de las transferencias recíprocas desde el predominio transitorio de cada uno de esos roles, es importante tener en cuenta que tanto la transferencia erótica como la negativa son las que devienen más rápidamente resistencia, ya que sus propósitos son los menos compatibles con la finalidad del tratamiento. En cuanto a la transferencia sublimada, que conduce a que el psicoanalista ocupe el lugar de un modelo ideal, es importante mencionar que a veces se la confunde con la transferencia amistosa, y que, con frecuencia, se ha sostenido, con argumentos superficiales e insuficientes, que su influencia únicamente obstruye lo que el tratamiento se propone. A pesar de que el ejercicio terapéutico deberá ejercerse predominantemente desde la función de ayudante, que configura la transferencia amistosa, la única que, en opinión de Freud, es capaz de establecer lazos duraderos, no debemos olvidar que toda transferencia puede llegar a constituirse en resistencia.

La experiencia nos inclina a pensar que “un día llegará”, de todos modos, en que “todo” se habrá

vuelto resistencia y en que la situación de la clausura se presentará como un desenlace inevitable. El cómo y el cuándo, que dependen de la vida del paciente, son también una paulatina e inexorable creación del psicoanalista. Como ocurre en la vida con la muerte, o en el teatro con la caída del telón, la clausura de la situación analítica resignifica por entero, y de forma retroactiva, al conjunto constituido, otorgándole en el último episodio el sentido de esa historia. Así como la agonía se diferencia de la muerte, porque la muerte no pertenece a la vida, el final del análisis no es final antes de haberlo terminado, y no puede, por lo tanto, ser analizado durante el tratamiento. Sólo puede ser contemplado y comprendido *a posteriori*, en la estructura de otro contexto.

El advenimiento de una resistencia insuperable coincide con lo que se ha llamado “reacción terapéutica negativa” sólo en la medida en que el psicoanalista, contemplando posibilidades que no se han realizado, intenta forzar su curso natural mediante una actitud interpretativa que incrementa la hostilidad o el malestar de su paciente. Así como el paciente logra separarse bien de su analista en la medida en que ha adquirido la capacidad de distribuir en el mundo social que lo rodea a ese “otro”

para el cual se vive, el psicoanalista podrá mantener transferencias recíprocas amistosas luego de la separación, en la medida en que pueda renunciar al logro completo de su ideal en lo que respecta a la vida del paciente, y en que sepa tolerar su propia imagen, hasta entonces desconocida, tal como, cargada de nuevos defectos, se presenta en el espejo individual y diferente de cada clausura. Esto implica de su parte también la capacidad para estar solo y para admitir que cada vida inaugura el terreno de su propia experiencia. Por esto decimos que el trabajo psicoanalítico requiere prudencia, resignación y paciencia.

Digamos, por fin, que hemos sugerido, implícitamente, que el final de un tratamiento psicoanalítico no es más que la inevitable interrupción de un proceso que no se ha logrado proseguir. (Freud se ha ocupado de este tema en uno de sus últimos escritos, que titula *Análisis terminable e interminable*.)

La oportunidad del hablar y del callar

Desde la metapsicología que construyó Freud, podemos comprender dos situaciones básicas que nos ayudan a determinar de qué manera el cómo, el cuándo y el qué de nuestro decir y de nuestro

callar pueden influir en mantener la intensidad de la transferencia (y de la contratransferencia) dentro de los límites tolerables.

Una de ellas ocurre cuando el mayor compromiso emocional del paciente no se dirige, en ese momento, hacia su psicoanalista, sino, por el contrario, hacia las representaciones de otras personas que, durante la sesión, ocupan su consciencia. En esa situación parece ser lo más conveniente que el enunciado verbal del psicoanalista se dirija a esclarecer los pormenores de ese vínculo y algunos de sus concomitantes inconscientes, dejando implícito el carácter transferencial de los impulsos y los afectos comprometidos. Ese carácter transferencial (el hecho de comprender que se trata de un producto de la transferencia) deberá permanecer en la consciencia del psicoanalista como un hecho tácito, pero —debemos repetirlo— consciente, lo cual le permitirá admitir con toda naturalidad esta investidura si es el paciente el que la verbaliza (suele suceder como consecuencia de que el decir anterior del analista, referido a la relación del paciente con otras personas, esclareciendo los pormenores del vínculo, ha modificado su estructura). En esas circunstancias, si la magnitud del compromiso emocional no es excesiva, el psicoanalista puede

interpretar mencionando los afectos que en ese momento el paciente transfiere.

Otra es la situación, en cambio, que ocurre cuando las representaciones que retienen un mayor compromiso emocional en la consciencia del paciente son las del psicoanalista. En ese caso, parece conveniente que, durante esa sesión, se escuche, o se interprete, sin aducir que los impulsos o los afectos que el psicoanalizado expresa “no son más” que un producto de la transferencia. Tal como afirma Todorov: “Si las palabras crean la realidad que antes evocaban de un modo ficticio, el silencio, por su parte, hace desaparecer esa misma realidad”.

No citamos a Todorov con el ánimo de sostener a ultranza que el psicoanalista, frente a las circunstancias señaladas, deba, en todos los casos, permanecer en silencio. Pero es importante subrayar que, “si habla”, sus enunciados verbales, realizados desde el rol de un ayudante y desde una contratransferencia amistosa, deben dirigirse en el momento oportuno a mantener el encuadre, no sólo desde la palabra, sino también desde el tono, el gesto y la actitud.

Las dos situaciones básicas que señalamos (que se configuran según la relación del paciente con su

psicoanalista sea o no sea la que, en un momento dado, “retiene” el mayor compromiso emocional) dan lugar a las dos actitudes que hemos mencionado y que nos guían en la técnica. Debemos agregar, sin embargo, que habrá que considerarlas, frente a cada caso, sin ninguna rigidez, con el ánimo dispuesto a admitir una excepción. No sólo crean un espacio para que el paciente regule con su propia tolerancia la intensidad de los afectos que se teatralizan en la situación psicoanalítica, sino que nos ayudan además a colocar la contratransferencia en una zona confortable.

Llegados a este punto, nos trasladaremos desde la metapsicología hacia el territorio de una “metahistoria”, con el propósito de agregar algunos conceptos que trascienden los límites de la técnica psicoanalítica y pueden otorgar una mayor fundamentación a las dos actitudes que antes mencionamos.

Tal como señala Susan Langer (*Nueva clave de la filosofía*), la palabra, como expresión, es un signo indicador de una presencia, y como símbolo, es representante de una ausencia. En esa doble función contradictoria que la palabra posee, residen la sutileza y la dificultad de su manejo. Tanto las investigaciones de Gregory Bateson como las de

Tzvetan Todorov nos ayudan a comprender que la mentira se engendra, precisamente, en la posibilidad que posee la palabra de representar una ausencia. La mentira nace en la inevitable discrepancia entre el aspecto simbólico que refiere o representa una ausencia y el aspecto indicativo que significa o expresa una presencia. La posibilidad de la mentira se inaugura, precisamente, porque la presencia de una cosa puede evocar la re-presentación de otra, ausente y diferente, a cuya presencia se puede aludir con facilidad usando las palabras en su función de símbolos.

Con el tono, con el gesto o con la actitud —y lo mismo ocurre con la palabra en cuanto tiene de signo indicativo—, es decir, con aquello que se constituye en expresión, es más difícil mentir. Porque la mentira, en ese caso, no es propiamente una mentira sino a lo sumo el resultado de una imposición que requiere, en cierto modo, una habilidad teatral. Por eso suele decirse, de alguien que miente de esa manera: “Es un artista”.

Cuando, en lugar de una mentira, se incurre en la falacia que, como producto del deslizamiento paulatino que es propio de los usos del lenguaje, resulta inevitable en una cierta proporción, la presencia “original” es algo que, muchas veces, a tra-

vés de la etimología, podemos convocar. Es bueno que así sea, ya que toda palabra es inevitablemente falsa, y no sólo exagerada e incompleta, en el acto mismo de su pronunciación.

Cuando la palabra escrita, al hacerse pública, se dirige hacia un otro innumerable que es testigo y se torna impersonal, su falacia se transforma y adquiere ese consenso que llamamos realidad. La realidad es siempre un público decir. Pero las palabras no son inconsecuentes; “hablar por hablar” es imposible; toda palabra, como en un encantamiento, es mágica en su capacidad para modificar la realidad. Precisamente porque las cosas que las palabras designan no existen *a priori* como tales, dado que no adquieren sus límites sino en el acto mismo de su designación, las palabras crean inevitablemente la realidad que enuncian. Así como el deseo crea (“inventa”) a su objeto, la palabra crea la cosa que designa.

De ahí que, como más tarde o más temprano comprueba todo padre que llama a su hijo “mentiroso”, la palabra que nace de una realidad que ella misma distorsiona, que nace como una falacia inevitable, se hace verdadera *a posteriori* de su pronunciación. Nombrar una cosa es transformarla. La palabra es una profecía que siempre se realiza,

en mayor o menor grado, dependiendo de su fuerza o de su reiteración.

Sinceridad e hipocresía, autenticidad y falsedad, resignadas desde esta perspectiva, nos conducen a una nueva paradoja que deshace su sentido primitivo y las convierte en dos términos mutuamente referentes. Por un motivo semejante, lo opuesto de la palabra falsa no es la palabra verdadera, sino únicamente el silencio.

Cuando la convivencia con el paciente fructifica de un modo inesperado en el anhelado encuentro, y este encuentro se manifiesta como palabra oportuna (ya sea en su condición de símbolo o de signo indicativo), la magia del instante se desvanece, en el acto mismo de nacer, en una nueva distancia y una nueva soledad. Y sin embargo todo se ha cumplido. El psicoanalista, como un piloto en la tormenta, no gobierna la fuerza de los elementos; gobierna apenas sus acciones y emociones y el timón de su hablar y su callar. Y en su capacidad de reconocer, entre las olas, las crestas y los declives, en su consciencia de la oportunidad que llena o vacía la palabra, adquiere la posibilidad de mantenerse a flote, otorgando o negando a su palabra la ocasión de nacer.

CAPÍTULO 7

El psicoanálisis del carácter

La construcción de un baluarte

Si bien es cierto que el psicoanálisis nació, durante el estudio de la histeria, como un intento de comprender y de curar sus síntomas, muy pronto, y a medida en que se fueron incluyendo otros trastornos, se fue consolidando una cuestión que fue adquiriendo, de manera progresiva, una mayor claridad. El procedimiento no podía ofrecer demasiadas garantías a menos que se dirigiera, decididamente, hacia el psicoanálisis del carácter, constituido por el conjunto de hábitos que determinan la forma en que una persona percibe, siente y procede.

Es claro que, mientras que los síntomas perturbaban al paciente y quiere liberarse de ellos, con el carácter ocurre que, en su mayor parte por lo menos,

suele ser lo que se dice “egosintónico”. Con esa palabra, no sólo queremos referirnos a que la consciencia no lo registra como algo que molesta, sino también a que forma una parte indistinguible de la propia identidad. Sin embargo, para evitar que los trastornos que aquejan al paciente se perpetúen, o sean sustituidos por otros condicionados por los mismos factores, es necesario que el psicoanálisis incluya los rasgos del carácter, que surgen, una y otra vez, durante el tratamiento y se manifiestan en las transferencias recíprocas.

Un síntoma aparece como algo carente de significado, algo de lo cual procuramos desprendernos. Frente a los rasgos de carácter, en cambio, solemos pensar “yo soy así”. Si decimos que ese pensamiento obstruye el progreso y que el psicoanálisis muestra que el carácter se configura de esa manera, y no de otra forma, por motivos definidos que, en principio, pueden ser psicoanalizados como se psicoanalizan los síntomas, enunciarnos una afirmación que, inevitablemente, despierta una cierta antipatía.

Así sucede que, cuando se trata de lograr que los síntomas desaparezcan, contamos con la colaboración del paciente, pero cuando procuramos influir para modificar algún rasgo de los que constituyen

su carácter, y a pesar de que muchas veces la persona que psicoanalizamos nos dice que es ese su deseo, tropezamos con una resistencia fuerte. Se comprende fácilmente si tenemos en cuenta que, aun en los extremos de la melancolía, uno ama su manera de ser, construida con esfuerzo a lo largo de la vida. Las personas que suelen recurrir a la cirugía estética para obtener algunos cambios leves en la forma de su nariz no desean que se les cambie la cara con la que presentan su identidad ante el mundo.

El “problema” radica en que muy pronto el psicoanalista (y también a veces el paciente, pero con una convicción menor) llega a comprender que para realizar el tratamiento que le han solicitado necesita dirigir su tarea hacia la modificación del carácter. Los signos de la dificultad no se hacen esperar. Cuando una persona que recurre al psicoanálisis experimenta como un acoso intolerable todo aquello que siente como algo que cuestiona su manera de ser, construirá un “baluarte”, lo más inexpugnable que pueda, en torno de lo que siente que necesita a toda costa defender. Esto no nos extraña, porque sabemos que funciona, con la eficacia de un automatismo aprendido, cada vez que la experiencia actual reactiva alguna historia antigua

que dejó, como enseñanza, la capacidad para identificar las señales (“angustia señal”) que anuncian la inminencia de una angustia intensa (“angustia catastrófica”).

La antipatía que denominamos transferencia negativa se presenta, entonces, puntualmente a la cita. Nuestro paciente no se sentirá comprendido y con frecuencia se volverá escurridizo. Incurrirá en silencios que producen desasosiego, aburrimiento o, inclusive, una somnolencia patológica (que Fidiás Cesio describió como letargo). Otras veces, intentará “distraernos” con relatos farragosos y con detalles que “no deben ser interrumpidos”. Cuando la cuestión arrecie, reaccionará intentando modificar el encuadre: le molestará utilizar el diván, no concurrirá a las sesiones, llegará tarde o propondrá disminuirlas, y lo que predomine en sus sentimientos hacia su psicoanalista será una cierta hostilidad.

Es obvio que no debemos o, peor aún, ni siquiera podemos arremeter a pie firme contra el bastión que el paciente construye. ¿Cómo podremos entonces ayudarlo? Cuando decíamos, antes, que los afectos que surgen durante el tratamiento no sólo deben ser suficientes, sino que también deben ser tolerables, describíamos las conclusiones que nos

condujeron a dos recursos que son claves para dosificar el afecto.

Uno, que ya hemos mencionado, es la interpretación “indirecta”, que nos permite, por ejemplo, utilizar los personajes del relato para llevar a la consciencia del paciente los afectos ocultos, en un momento en que le sería muy difícil admitir que los está transfiriendo sobre el psicoanalista. El otro consiste en que, a pesar de que es imprescindible que el psicoterapeuta pueda identificarse “complementariamente” con las personas con las que el paciente convive, no se debe descuidar jamás la necesidad de mantener en la consciencia, de modo permanente, lo que el paciente siente “aquí y ahora”, y sobre todo, que somos, en alguna medida, semejantes.

Esa unión entre la consciencia de lo que “el otro” siente y la consciencia de nuestra semejanza con él es lo que denominamos identificación concordante, y nos otorga, como recurso técnico, la posibilidad de formular las interpretaciones utilizando la palabra “uno” para referirnos a lo que tenemos en común. La identificación concordante equilibra de esa manera, a través de la “simpatía”, la “antipatía” que la mayor parte de las veces acompaña a la identificación complementaria.

Un recurso y el otro –la interpretación “indirecta” y la identificación concordante– funcionarán mejor si realizamos nuestra tarea recordando lo que ya dijimos: que psicoanalizar requiere prudencia, resignación y paciencia. Entre esas tres actitudes, la que más nos duele es la resignación.

Resignarse frente a una persona que hubiéramos querido poder ayudar mejor no sólo significa renunciar, sino que también lleva implícito volver a trazar, cada día, el rumbo de lo posible. Pero para lograrlo, debemos atrevernos a estimar continuamente “el ángulo” de nuestra derrota y aceptar “hasta donde” pudimos, ya que constituye una condición necesaria para “recalcular” lo que quizá podremos.

Es muy duro reconocer los límites de nuestra potencia, porque nos amenaza el doloroso recuerdo de las veces que fracasamos en nuestro deseo de salvar algo que amamos. Tan duro como para preferir, con frecuencia, construir la culpa del “no quise”, que nos ayuda a negar la impotencia del “no pude”. Para adquirir la capacidad de resignarnos es imprescindible, entonces, que atravesemos, una y otra vez, ese proceso de duelo por nuestras ilusiones perdidas que, aunque finalmente nos alivia, primero, siempre, nos obliga a sufrir.

El psicoanálisis interminable y los puntos de urgencia

Dado que el carácter es un conjunto de hábitos que determinan la forma en que se percibe, se siente y se procede, nada tiene de extraño que en el camino hacia la desaparición de los síntomas —que el psicoanálisis emprende motivado por la solicitud del paciente— se tropiece con la inevitable necesidad de psicoanalizar algunos rasgos del carácter. Realizar esa tarea implica llevar a la consciencia las fuentes inconscientes, “olvidadas” hace ya mucho tiempo, que ayer originaron lo que hoy se repite con la fuerza de un hábito que no se cuestiona (ya que ponerlo en entredicho conduce al colmo de la angustia). Agreguemos enseguida, entonces, que psicoanalizar una modalidad perjudicial del carácter no es tarea sencilla. No sólo porque una costumbre que se consolida como un rasgo consubstanciado con la identidad tiende a mantenerse de manera inmutable, sino también porque los rasgos no son entes aislados; por el contrario, se entrelazan, unos con otros, en una especie de “complejo” que les otorga un equilibrio recíproco. Modificar un rasgo lleva implícito, por ese motivo, desestabilizar a otros miembros —algunos de los cuales pueden ser valiosos— de la “fami-

lia” de modalidades que conforman el estilo con el cual una persona vive.

De más está decir que esa nueva orientación de la tarea que el psicoanalista emprende condujo a que los tratamientos, que en los comienzos se sustanciaban en meses, se fueran prolongando progresivamente, ya que psicoanalizar un rasgo de carácter implica reconocerlo, una y otra vez, en diferentes contextos. Cuando Freud aborda ese tema en un artículo que ya hemos mencionado (*Análisis terminable e interminable*), también introduce la cuestión de en qué momento, y en qué punto, un tratamiento puede dar por cumplido su propósito.

Una de las objeciones más frecuentes que adopta la resistencia que el procedimiento despierta consiste en afirmar que dura demasiado tiempo. También, a veces, se aduce que, una vez iniciado, genera una dependencia que impide interrumpirlo. Recordemos que Freud señalaba que mientras la eficacia de un tratamiento largo sea mayor que la de otro más corto, deberemos optar por el primero. Así se procede en otras ramas de la medicina. Frente a un paciente al cual se le ha extirpado la glándula tiroidea, frente a un diabético, o frente a un hipertenso, por ejemplo, los procedimientos que habitualmen-

te se aconsejan no se eligen por su duración, sino por la eficacia que, muchas veces, los transforma en necesarios.

Debemos reparar en que la dependencia, como una condición ineludible en cualquier organismo que “respira”, en sí misma, no constituye un perjuicio. “Sentir” la dependencia significa, muy por el contrario, registrar la realidad. Vivimos inmersos en un entorno afectivo que limita nuestros derechos cuando colisionan con los derechos ajenos. En ese entorno compartido, la ilusión “individualista” de ser autosuficiente constituye una pretensión ingenua y peligrosa.

Es necesario reconocer que el tratamiento psicoanalítico no crea la dependencia que observamos, por ejemplo, en el consumo de drogas que generan el apego a una sustancia dañina que cada vez alivia menos y deteriora más. Cuando el tratamiento se realiza como un acto médico idóneo y honesto, a lo sumo permite que allí se escenifique lo que ya existía (como una dependencia saludable o insalubre) en la relación del paciente con su entorno afectivo.

No es exagerado decir que vivimos “cableados” con los seres que pueblan nuestro mundo, y que así evolucionamos, conformando nuestra identi-

dad como partes de una red que nos trasciende. Cuando, forzados por una realidad ineludible, o llevados por la ilusión de huir de las dificultades que tenemos, “cortamos” esos cables –como ocurre, por ejemplo, al emigrar de un país para ingresar en otro–, nos enfrentamos con un intenso desarraigo que altera el sentido de nuestra vida y nos obliga a un proceso de duelo que suele ser difícil.

Con frecuencia se sucumbe a la tentación de negar que sólo podemos ser siendo con otros. Hoy sabemos que vivimos interconectados en una red (autopoiética) que –como Internet– “se construye a sí misma”, imbuida de un espíritu comunitario cuyos designios muy pocas veces intuimos, porque no podemos percibirla más allá del ámbito constituido por nuestra convivencia con los vecinos de nuestro entorno local. Es en esa convivencia, inseparable de lo que configura nuestra vida, en donde surgen las dificultades que se traducen en síntomas y que el tratamiento psicoanalítico procura mejorar.

El paciente, transfiriendo lo pasado en el presente, “pone en escena”, en cada sesión de psicoanálisis, la dificultad que más lo apremia en ese instante, y lo hace en el interjuego con la transfe-

rencia recíproca del psicoanalista, configurando de ese modo ese campo teatral privilegiado en donde el encuadre y lo que se interpreta crean las condiciones para que una bienhechora transformación de los significados que se transfieren pueda suceder. Así, lentamente, mientras el paciente, en sus sesiones, va recorriendo el camino que lo lleva desde un apremio que lo oprime a la urgencia de otro apremio, el procedimiento progresa gracias a que en el entretejido de las transferencias recíprocas, confluyen los “puntos de urgencia” de los dos protagonistas.

Cuentan que Napoleón le decía a su *valet*: “Vís-teme despacio, que estoy apurado”, y debemos reconocer que el tratamiento funciona mejor cuando se emprende sin prisa y sin pausa. Nada puede apresurarlo, porque sólo allí, en esa confluencia que le otorga un afecto suficiente, las palabras que el psicoanalista pronuncia florecen, lentamente, en la transformación que se buscaba. Detrás de la cortina que las urgencias cotidianas agitan se van divisando entonces, poco a poco, los grandes asuntos, aquellos que obtienen su sustento en la manera de ser y proceder que denominamos carácter.

Antes de finalizar este apartado, debemos señalar que, entre los rasgos perjudiciales del carácter, hay uno que vale la pena mencionar especialmente, porque las características del encuadre psicoanalítico contribuyen para que pase con frecuencia desapercibido. Esa especie de “escotoma central” del encuadre se produce porque su regla fundamental establece que en las sesiones el paciente hable, sin ninguna censura voluntaria, de todo lo que de manera espontánea se le ocurre. Nos parece entonces natural que nos hable continuamente de “sus” intereses, y eso contribuye para que no prestemos atención a un rasgo de su carácter que, aunque puede quedar disimulado por el encuadre, también se manifiesta en la relación que se establece con el psicoanalista. Esas circunstancias colaboran, entonces, para que no reparemos en que algunos pacientes adolecen de un menoscabo muy importante en su capacidad para interesarse en las personas con las cuales conviven y no logran percibir adecuadamente lo que los otros sienten. Puede ocurrir, por ejemplo, que una persona con esos rasgos de carácter comience su sesión hablando de alguna de sus contrariedades habituales, sin prestar atención al hecho de que su psicoanalista lo atiende afónico y resfriado.

El trabajo del paciente

Durante las primeras fases del desarrollo intrauterino (etapa blastocística) nos alimentamos sin el menor esfuerzo digestivo. Luego, a través de la sangre que nos llega por el cordón umbilical, recibimos oxígeno y alimento con un trabajo funcional muy pequeño. Apenas nacidos, la situación cambia de manera dramática y, para no abundar demasiado en los detalles de la “pérdida multifacética” que experimentamos, sólo diremos, como paradigma, que nos vemos obligados a tolerar que el alimento nos llegue a intervalos que no siempre coinciden con la urgencia de nuestras necesidades.

Hace ya algunos años (en *Los significados inconscientes de la función tiroidea*, Luis Chiozza et al.) nos ocupamos de lo que numerosos autores afirman acerca del “desvalimiento” (neoténico) del ser humano durante su prolongada infancia, que cumple con la función de dar lugar a importantes cambios evolutivos. Nacemos “inmaduros” y con una mayor necesidad de asistencia ajena que la que se observa en otras especies, pero eso nos otorga una mayor posibilidad de transformarnos aprendiendo capacidades nuevas.

Durante los primeros años de nuestra infancia, cuando necesitamos algo, lloramos, y si todo funciona bien, los adultos que nos asisten nos comprenden y satisfacen nuestras carencias. Cuando un niño tiene una edad de tres años, nada es más fácil, para un padre, que comprarle un nuevo helado para reemplazar al que se le ha caído. Cuando en cambio, a los dieciocho años, se deprime y llora porque su novia ya no lo ama, sus progenitores no pueden, como el hada madrina de la Cenicienta, transformar un zapallo en carroza.

Es así que, poco a poco –si todo funciona bien–, nuestros reclamos a la asistencia ajena, lejos de limitarse a llorar o rezar, pidiendo “ya hecho” lo que necesitamos, van evolucionando, progresivamente, hacia la adquisición de las habilidades –y de las responsabilidades– que requiere “hacerlo”. En eso nos ayudan (como parte del proceso que se llama educación) nuestros progenitores. Ellos aprueban o desaprueban nuestros trabajos premiando, desde la función materna, nuestros esfuerzos –independientemente de si se materializan en logros– y, desde la función paterna –coincidiendo con lo que hará la sociedad en la cual crecemos–, únicamente nuestros resultados.

La cuestión “viene al caso”, porque suele suceder que, como consecuencia de algún menoscabo en el proceso que esquemáticamente describimos, el paciente sienta que necesita que el tratamiento transcurra en “un ritmo” distinto del que el psicoanalista, supuestamente, determina de una manera arbitraria. Sin embargo, y a pesar de lo que la persona que se psicoanaliza puede llegar a sentir, el encuadre del proceso psicoanalítico siempre será “posnatal”, en el sentido de que las sesiones transcurrirán, de un modo inevitable, en algún horario que ambos, de común acuerdo, han elegido.

A veces el paciente se lamenta porque, a la hora de su sesión, hubiera preferido no acudir y, en cambio, la hubiera necesitado el día anterior, en un momento en que lo atormentaba una crisis de angustia. También, en algunas ocasiones, puede suceder que se queje porque, olvidándose de que el horario es el producto de un acuerdo entre ambas partes, se siente obligado a concurrir. Tampoco es raro que le disguste que una sesión termine en la mitad de un diálogo que hubiera deseado continuar. Recuerdo que, hace muchos años, un paciente terminaba todas sus sesiones produciendo el chasquido que habitualmente se emite para expresar una contrariedad —presionando con la lengua el paladar su-

perior y separándola bruscamente— y que parece representar de manera adecuada la reacción de un lactante cuando su madre le retira bruscamente el pezón que succiona.

Tal como, en forma esquemática, lo hemos consignado, la educación que faculta para relacionarse de un modo saludable con las normas que la realidad, la sociedad y la convivencia imponen es un proceso que configura el carácter, y que se recorre, desde la infancia a la adultez, en distintas etapas. Se comprende, entonces, que el “grado” que una persona haya alcanzado en ese recorrido condicione hasta qué punto, si recurre al psicoanálisis, experimentará como una injusta obligación alguna de las incomodidades que el encuadre “le impone”.

Más allá del disgusto que esas incomodidades ocasionan, durante el tratamiento suele surgir, en distintas proporciones, un malentendido que es importante señalar. Hay procesos, como la extirpación de un apéndice infectado, en que la colaboración del paciente se limita a contratar al cirujano y concurrir al quirófano, en donde será operado mediante una anestesia general, y se enterará del resultado cuando, finalizado el proceso, despierte. Hay otros, como aprender a tocar el violín,

en que el resultado no sólo requiere contratar un buen maestro y concurrir puntualmente a sus clases, porque depende, de muy fundamental manera, del trabajo del alumno. A pesar de que parece obvio que un tratamiento psicoanalítico se parece más al proceso por el cual se aprende una habilidad compleja que al otro, quirúrgico, en el cual intervenimos menos, la observación demuestra que las personas que lo emprenden tienden, con frecuencia, a negar que su trabajo es esencial, refugiándose en la idea de que, una vez contratado e iniciado el tratamiento, su parte se ha cumplido, y que todo dependerá, desde luego, de la capacidad y la dedicación de su psicoanalista.

Por razones cuya exposición excede el propósito de este libro, podemos decir que la época en la cual hoy vivimos, que aproxima el esfuerzo y el trabajo a la idea de castigo y de condena, se presta especialmente para favorecer, avalando desde un consenso público erróneo, el malentendido que señalamos, y que también podemos observar en otros contextos que requieren dedicación y compromiso. Mencionaremos, sin embargo, un factor fundamental en la configuración de un malestar que es típico de nuestra época.

El proceso educativo, que acontece de manera espontánea y natural cuando crecemos armoniosamente dentro de una familia saludable, no sólo nos prepara para la convivencia (“civil”) con los seres que habitan nuestro entorno, sino que contribuye para conformar y sostener el espíritu de la comunidad que habitamos. Una parte de ese espíritu (que configura lo que denominamos cultura, urbanidad o civilización) es un conjunto de “buenas costumbres”, de preceptos morales, de normas, que constituyen la realidad “normativa” de la sociedad que habitamos y que –cuando funcionamos bien– acompaña a nuestra percepción de una realidad objetiva y a nuestra adecuada sensibilidad frente a una realidad emocional subjetiva. Cuando, en cambio, ese proceso educativo adolece de debilidades importantes, el lugar en donde el trastorno se manifiesta en una forma más clara es en la actitud que adoptamos frente a la realidad normativa.

Agreguemos, entonces, y a pesar de las limitaciones que todo esquema conlleva, que si la psicosis puede ser contemplada como una alteración “alucinatória” de la realidad perceptiva, que es “física y objetiva”, y la neurosis puede ser entendida como una distorsión emocional, “ilusoria” de la realidad

sensitiva, que es “anímica y subjetiva”, la psicopatía, que en nuestra época abunda y crece hasta configurar casi un signo de nuestro tiempo, puede ser vista como una transgresión “perversa” de una realidad que, constituida por un conjunto de normas morales, es “espiritual y colectiva”.

CAPÍTULO 8

Cuando el cuerpo habla

La percepción del cuerpo

Para referirnos al cuerpo físico del hombre, usamos habitualmente sólo la palabra “cuerpo”, que la física utiliza para designar todo aquello que ocupa un lugar en el espacio. Freud (en *El yo y el ello*) escribe que el cuerpo propio, y sobre todo su superficie, es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. Podemos percibirlo como percibimos a cualquier otro objeto del mundo, pero proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales puede equivaler a una percepción interna. Señala, además, que el modo en que, a raíz de enfermedades dolorosas, uno adquiere nueva noticia de sus órganos, es quizás arquetípico del modo en que uno llega, en general, a la representación de su propio cuerpo.

Tanto lo que llamamos percepción “de uno mismo” (“autopercepción”) como lo que denominamos percepción “interna” remiten a la sensación de que uno está percibiendo (que, tal como ha señalado Nicholas Humphrey, acompaña a toda percepción). Cuando nos referimos a la percepción interna, usamos la palabra “percepción” en un sentido muy distinto del que adquiere cuando nos referimos a la función de percibir el mundo, de modo que sería más exacto decir, entonces, que se trata de una sensación. No es lo mismo tocar que ser tocado.

Reparemos, además, en que hemos usado la palabra “interna” en un sentido que es aún menos riguroso. Deberíamos empezar a liberarnos del prejuicio de que lo psíquico está “dentro” del cuerpo, dentro de la cabeza, o en algún otro lugar. La noción de espacio, cuando de lo psíquico se trata, es una noción metafórica, alude a un lugar imaginario, muy diferente del que los cuerpos físicos ocupan.

Digamos, entonces, que nos percibimos en el “lugar” constituido por el encuentro entre percepción y sensación. Esa “superficie limitante” entre una imagen de nosotros mismos y una imagen del mundo es la frontera entre el ser tocado y tocar

que, como toda línea (sin la cual ningún dibujo es posible), constituye el “mapa” (denominado “esquema corporal”) que, acerca de uno mismo, uno construye.

En el discurso verbal del paciente podemos distinguir tres tipos de referentes. Puede hablar de las cosas presentes, incluyendo entre ellas su cuerpo, que percibe en el mundo; puede hablar de sus sensaciones (somáticas) actuales, o, también, de las rememoraciones que evoca. Cuando se trata de un órgano, sus rememoraciones pueden recorrer una gama muy amplia, que incluye tanto sus conocimientos acerca del órgano como, por ejemplo, el relato de un sueño que se refiere a ese órgano. Podemos decir que los tres referentes básicos del discurso (percepciones, sensaciones y evocaciones) son también los referentes básicos de cualquier forma de lenguaje y, al mismo tiempo, el origen de todo lo que ingresa a la consciencia.

Percepciones, sensaciones y evocaciones se integran de un modo generalmente inconsciente para formar pensamientos, sentimientos e intenciones. El paciente puede hablar, en su sesión de psicoanálisis, de una parte del cuerpo que recuerda. Puede decir, por ejemplo, “ayer me dolía el estómago y me vi amarillo”; o tal vez: “El médico me mostró

una radiografía de mi vesícula llena de cálculos”. También puede hablar de una parte del cuerpo que actualmente siente. Así sucede cuando dice, por ejemplo, “me duele el estómago”. Puede, además, hablar de una parte del cuerpo que percibe, como sucede con una verruga que, de pronto, descubre en su espalda.

El “material” sobreabunda y siempre se elige. De modo que hay veces en que el analista escucha lo que el paciente dice; hay otras en que registra lo que el paciente “le hace” con lo que dice o “cómo” lo dice; y también, algunas veces, presta atención al cuerpo del paciente, percibiendo, por ejemplo, movimientos, actitudes, gestos o alteraciones en la forma, el color, el sonido o el olor. Recordemos lo que decía Freud: “Teniendo ojos para ver y oídos para escuchar, no tarda uno en convencerse de que los mortales no pueden ocultar secreto alguno. Aquellos cuyos labios callan hablan con los dedos. Todos sus movimientos los delatan. Y así resulta fácilmente realizable la labor de hacer consciente lo anímico más oculto”.

En el cuerpo ajeno vemos la expresión y las lágrimas del llanto, el rubor de la vergüenza, la palidez del miedo. La percepción de otros estados anímicos a través de cambios corporales que son

típicos no se manifiesta, sin embargo, en nuestra consciencia de una manera tan clara. Pero los usos del lenguaje conservan expresiones que perduran precisamente porque consignan lo que sabemos de manera inconsciente y nos muestran que ese conocimiento ha aflorado, ocasionalmente, en distintos pretéritos.

El dicho popular sostiene, por ejemplo, que la envidia “pone verde”. A pesar de que no sólo lo repetimos cotidianamente —y contribuimos de este modo a su justificada perduración—, sino que lo utilizamos inconscientemente para ver la envidia en la cara del prójimo, tendemos a considerarlo como una figura del lenguaje, muy distante del conocimiento “científico”.

No sólo se trata de lo que el psicoanalista percibe en el cuerpo del paciente, también influye la empatía, o la antipatía, de las transferencias recíprocas. Puede verlo pálido, y puede pensar que está anémico o, tal vez, asustado; y muchas veces su conclusión se rige por las sensaciones que, allí y entonces, el psicoanalista siente. Pero también puede recordar, repentinamente, esa palidez, o el color azulado que le ha visto en las uñas, y sabemos que no se recuerda por casualidad.

El lenguaje que un órgano habla

Aquello que del cuerpo se percibe se registra como cuerpo solamente en la medida en que lo ignoramos como signo, o como símbolo, de un estado de ánimo. Cuando, siguiendo a Freud, decimos que el cuerpo “se mezcla en la conversación”, nos referimos, precisamente, al momento inicial de nuestra comprensión, el momento en el cual el cuerpo, recuperando su significado anímico, pierde su categoría de enigma corporal. ¿Diríamos acaso que el paciente que llora nos enfrenta en la sesión psicoanalítica con un fenómeno “somático”?

La experiencia muestra lo que el psicoanálisis sostuvo ya desde sus primeros escritos: más allá de que, como es obvio, el discurso verbal puede aludir a los órganos y sus funciones, los órganos mismos pueden “intervenir en la conversación”. Freud sostiene que, cuando una persona habla de lo que siente “en un órgano”, es porque ese órgano “le habla” a esa persona, a través de sensaciones actuales, en un “idioma” que denomina “lenguaje de órgano” (o lenguaje hipocondríaco). Además (en el historial de Isabel de R.), se refiere al uso de algunos giros lingüísticos, como los que equiparan una injuria a una “bofetada”, una ofensa a una “espinas en el corazón” y el hecho de no poder

defenderse de un ultraje con el tener que “tragarse algo”. Sostiene entonces que jamás se nos hubiesen ocurrido tales giros lingüísticos para referirnos a determinadas emociones si no hubiéramos experimentado alguna vez, en ocasión de esos afectos, precisamente las sensaciones corporales a las cuales dichos giros aluden. La expresión lingüística nos parece una “simple metáfora” porque las sensaciones que acompañan a esas emociones, y las expresan, se hallan hoy debilitadas; aunque en su origen—según nos lo ha enseñado Darwin— encontraban su sentido en su adecuación a un fin.

A partir de ese punto, y de la idea de que el síntoma corporal “interviene en la conversación”, Weizsaecker construirá su concepto de dialecto de órgano. Sostiene que cada órgano participa “hablando” en el “conjunto de voces” del organismo entero, pero un órgano no puede tener mayor riqueza de vocabulario que la que su estructura y su función condicionan. Cada uno de ellos tiene su “dialecto”, su código lingüístico particular y específico, formado por unos pocos “vocablos” que determinan su propia manera de hablar.

Sin embargo, si las únicas posibilidades fueran esas, el lenguaje de órgano sería demasiado pobre como para expresar, de manera simbólica, la par-

ticular combinatoria de los afectos que configuran el drama “actual” que atenaza la vida del paciente. Pero recordemos que un afecto “estrangulado” (inhibido por la represión) puede retornar desfigurado aprovechando alguno de los cambios vegetativos (motores o secretores) que, en condiciones normales, forman parte de ese afecto original rechazado. Lo que devuelve la riqueza significativa al código, aparentemente torpe, de un dialecto de órgano, es su capacidad latente de evocar, en el intérprete, el afecto que la represión ha deformado tornándolo irreconocible. El síntoma que se construye, como retorno enmascarado de un conflicto reprimido, es el producto de una transacción inconsciente que expresa, o simboliza, las emociones en pugna en un “código” que es necesario descifrar.

Las noticias de alteraciones en el cuerpo, cuando llegan a través de los cinco sentidos, son “presencias” que dependen del recorte que la atención impone a las percepciones. Ese recorte está determinado por motivaciones que la mayoría de las veces son inconscientes. Cuando una alteración del funcionamiento, o de la estructura del cuerpo, no se percibe ni se siente, porque se realiza de manera inconsciente, es posible, sin embargo, que llegue a la consciencia a través de una información

adquirida por una percepción “exterior”, como es el caso, por ejemplo, de un diagnóstico médico. Tanto las alteraciones percibidas (signos) como las sensaciones “somáticas” privadas de su significado afectivo original (síntomas) son interpretadas, entonces, por la persona que las registra, como productos de una causa, física y “ajena”, que no se relaciona con motivos actuales inconscientes.

Estamos compuestos por átomos, moléculas y células, y el haber llegado a sostener esta afirmación con los recursos científicos de la física, la química y la biología nos ha otorgado una capacidad para modificar la naturaleza de lo que nos rodea, que supera lo que antaño pudimos haber soñado. Pero esto no cambia el hecho de que un hombre, además de ser un conjunto de átomos, moléculas y células, es también un compuesto formado por un conjunto de historias.

La cuestión, planteada de este modo, se presta para pensar que la afirmación acerca de los átomos, las moléculas y las células es científica, mientras que la afirmación acerca de las historias es filosófica o poética. Pero, sin embargo, si tratáramos de definir a Picasso como ser humano, encontraríamos una mejor ayuda en el conocimiento de su biografía que la que podríamos obtener afirmando que es un conjunto de átomos que pesa setenta y ocho kilos.

Una cosa es lo que uno es, físicamente hablando, y otra, de dónde viene uno y sobre todo (como señalan Ortega, Sartre, Heidegger y Weizsaecker) hacia dónde va “psíquicamente”. Si, muchas veces, para referirnos a nuestros más caros deseos, hablamos de nuestros sueños (como lo hiciera Luther King en su famoso discurso en donde dice “tengo un sueño”), podemos decir, junto con Próspero, que estamos hechos de la sustancia de los sueños.

Weizsaecker escribió: “No se puede traducir el idioma de las enfermedades al dialecto de la física y la química, y si a pesar de todo se hace, se cometen errores. Es más acertado interpretar cada historial clínico como la historia de una vida, traducir el lenguaje de la enfermedad al lenguaje de la biografía”. Después agrega, en uno de sus párrafos más conmovedores: “Yo quisiera ser lo suficientemente joven para poder empezar ahora esta tarea, pero espero, confiado, que vendrán investigadores más jóvenes para llevarla a cabo”. No se trata de una tarea pequeña. Fui, debo decirlo, uno de esos jóvenes que dedicó su vida al intento de llevarla a cabo, y ahora, cuando ya no soy joven, me siento en la necesidad de decir, como Weizsaecker, que confío en que vendrán otros, más jóvenes.

El cuerpo en la sesión de psicoanálisis

En las sesiones de psicoanálisis podemos distinguir, esquemáticamente, tres maneras de referirse al cuerpo. Encontramos rememoraciones conscientes que se refieren a distintas vicisitudes “del cuerpo”, como una fractura o un resfrío, y que no se acompañan, durante el relato, de percepciones o de sensaciones somáticas actuales. Esas rememoraciones suelen evocarse en relación con las personas que forman parte de lo que el discurso verbal relata. Una de esas personas puede ser el psicoanalista que el paciente conoce y “rememora” (dentro de lo que denominamos neurosis de transferencia). También encontramos sensaciones somáticas actuales que, aunque provienen de una situación pretérita, se “sienten” durante la sesión. Son sensaciones que suelen transferirse (como producto de un falso enlace) sobre el psicoanalista “que está allí”, materialmente presente. Él será “el responsable”, entonces, de lo que el paciente sienta, se trate de un malestar (náuseas o desasosiego, por ejemplo) o de un afecto “completo” (como el enojo o la gratitud). Hay, por fin, enfermedades “del cuerpo” que no generan sensaciones somáticas actuales, y que se manifiestan, únicamente, como alteraciones objetivas (signos) que el pa-

ciente algunas veces percibe y otras veces ignora. Suelen perturbar el contacto que, dentro del encuadre, se establece con el psicoanalista “real”. Así sucede, por ejemplo, que alguien puede dejar de concurrir a una sesión porque elige ese momento para consultar a un dermatólogo.

Tanto en el caso de los síntomas (sensaciones) como en el de los signos (percepciones), que alteran la vida del paciente, para poder interpretar lo que el órgano “habla”, es necesario que el psicoanalista “participe en la conversación” desde la consciencia de su contratransferencia. Esa contratransferencia que, en última instancia, es el único recurso que le permitirá obtener una interpretación adecuada y oportuna es también la fuente principal de los errores y desvíos.

Sabemos que aquello que de uno mismo se reprime muchas veces se proyecta sobre el mundo, desde donde retorna a la consciencia como la percepción de algo “que está allí”. Más aún, tal como Freud lo señalaba, cuando una represión comienza a levantarse, es en el mundo circundante en donde lo reprimido se percibe por primera vez. Sin embargo, es también cierto que, con frecuencia, lo que se proyecta se deforma, y entonces, lo que percibimos en el mundo constituye una versión,

infiel y “retorcida”, de aquello que, de uno mismo, se reprime.

No cabe duda, entonces, de que nuestra contratransferencia puede llevarnos a interpretar muy mal. Pero también es cierto que, cuando el psicoanalista logra –gracias a su formación y a las reglas de su oficio– vencer a sus propias resistencias, su contratransferencia, espontáneamente teñida con las particulares cualidades que cada uno de los trastornos orgánicos de manera natural excita (o impone), funcionará otorgándole la posibilidad de interpretar mejor.

Es importante aclarar que si el paciente, durante la sesión, experimenta sensaciones somáticas “actuales”, la tarea del psicoanalista se acerca más a los postulados de la técnica habitual. Cuando, en cambio, se trata de alteraciones “del cuerpo” que no ocasionan sensaciones somáticas (como, por ejemplo, un melanoma en la piel), deberá recurrir a su conocimiento de los significados inconscientes que son propios de los distintos trastornos de las funciones de los órganos. Es necesario reconocer, sin embargo, que durante el ejercicio cotidiano de su práctica psicoanalítica con ese tipo de afecciones –para cumplir con el precepto de que el afecto movilizado debe ser suficiente– deberá conformar-

se, la mayoría de las veces, con limitar su interpretación al terreno de los significados “secundarios” que revisten a los que son específicos del trastorno “somático” que el paciente padece.

CAPÍTULO 9

El psicoanálisis de las enfermedades "del cuerpo"

El material somático

Cuando alguien mastica un caramelo, carece de sentido preguntarle si lo mastica con el cuerpo o con el alma. No hay una boca del cuerpo y otra boca del alma. El cuerpo y el alma disponen de la misma boca, y cuando dos amantes se besan, su beso no sería lo que es si le faltara el cuerpo o le faltara el alma. De modo que, cuando nos enfermamos, nos enfermamos siempre en cuerpo y alma. Podemos decir, entonces, que cuando contemplamos a un ser vivo, llamamos cuerpo (tal como señalaba William Blake) a la parte del alma que se percibe con los cinco sentidos y, también, que llamamos alma a la vida que "anima" su cuerpo.

Es cierto, además, que mientras me percibo como un cuerpo físico que ocupa un lugar en el

espacio, siento, pienso y hago en un momento del tiempo que se integra en una historia. En este punto, precisamente, se inicia una cuestión que ha consumido ríos de tinta y toneladas de papel, porque a pesar de que mis percepciones y mis sensaciones marchan juntas, puedo prestar atención, por separado, a lo que percibo y a lo que siento. Así, de un modo similar, puedo registrar “por separado”, en los otros seres vivos, el cuerpo “de su alma” o el alma “de su cuerpo”.

Allí, en ese “lugar” del pensamiento, el camino, esquematizando un poco, se bifurca en dos opciones. En una de ellas, el cuerpo y el alma (de acuerdo con lo que pensaba Descartes) son dos cosas distintas que se relacionan entre sí, y desembocamos entonces en un callejón sin salida, porque carecemos de una tercera “cosa” que funcione como un puente entre las otras dos. La otra opción (que Freud adoptó como la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis) consiste en asumir que el cuerpo y el alma no son dos cosas sustantivas; que son, en cambio, dos aspectos (adjetivos) distintos de una misma cosa, de una misma moneda, una de cuyas caras se percibe como cuerpo, mientras que la otra se siente como alma.

No existe, pues, en la sesión de psicoanálisis, un material “somático”; existen, sí, un aspecto somático y otro psíquico del mismo “material”. Tal como ya lo dijimos, la secreción lagrimal no deja de ser física cuando forma parte del llanto, pero si un paciente llora, no nos detenemos a pensar que sus lágrimas son “somáticas”. Cuando, en cambio, vemos en sus ojos una conjuntivitis, en la medida en que ignoramos “el movimiento del alma” que en la conjuntivitis se expresa, tendemos a pensar que padece como consecuencia de una enfermedad “del cuerpo”.

Entender mecanismos no es nuestro único modo de entrar en relación con los hechos e influir sobre ellos. Vivimos en un mundo de significación (semántico) sin el cual nuestra vida carecería precisamente de lo que denominamos “sentido”. Es cierto que la influencia psíquica se ejerce como un fenómeno dentro del cual podemos concebir causas y efectos (psicogénesis), pero es necesario no confundir significados con causas. Aun en los casos en que no podemos identificar mecanismos, podemos comprender el sentido de una alteración en los órganos como el cumplimiento de una finalidad, de un propósito que suele ser inconsciente.

La forma de un órgano, como la de una máquina, se comprende contemplando la función que desempeña y que constituye su significado específico, su “razón de ser”. Dado que los significados de la forma y la estructura del cuerpo suelen ser, en su inmensa mayoría, inconscientes, tendemos a creer que sus trastornos carecen del propósito que “explica” la particular manera de la alteración.

El psicoanálisis ha permitido descubrir que los actos fallidos ocurren porque una acción iniciada desde un proyecto consciente procede alterada por la perturbación ejercida por otro propósito que permanece inconsciente. Si, por ejemplo, un amigo me pide que le preste un libro que no logro encontrar, y luego, pocos minutos después de que se ha ido, recuerdo dónde lo he guardado, no es difícil comprender que, tal vez, me disguste pres-társelo y que, al mismo tiempo, me desagrade reconocer que prefiero no hacerlo.

Existen muchos tipos de actos fallidos, como romper una taza que apreciamos mucho, o subir a un tren equivocado que se aleja del lugar al que, supuestamente, queríamos llegar. Cuando reflexionamos sobre el hecho, nos encontramos con que algunos de esos actos perturbados son funciones como el oír, el hablar o, inclusive, el tragar. Así

puede suceder, por ejemplo, que bebiendo un vaso de agua comencemos a toser porque una parte del líquido ha salpicado la tráquea. Nos damos cuenta, entonces, de que una acción vegetativa que se ejerce a partir de un “proyecto” (un algoritmo protoalimentado) inconsciente, como es el caso de la función fisiológica, también puede ser perturbada por otro “proyecto” contradictorio inconsciente.

Las finalidades particulares (específicas) de las distintas funciones del cuerpo determinan los deseos, pero también las importancias que configuran los afectos y los dramas que constituyen las tramas fundamentales que encontramos en las “historias” que recorre una vida. De modo que, cuando el paciente, durante la sesión, nos habla de lo que espontáneamente se le ocurre, lo que su relato de acontecimientos nos expresa, no sólo nos revela sus vicisitudes con las personas de su entorno, sino que sus palabras permanecen “unidas” con sus órganos, ya que sus afectos, y las “deformaciones” que esos afectos sufren, hunden sus raíces en el cuerpo.

Podríamos hacer una larga lista relacionando afectos con síntomas y signos. Por ejemplo, el desaliento con las alteraciones de la respiración pulmonar, la envidia con los trastornos en la mo-

tilidad (disquinesia) de la vesícula biliar, o la ambición con las perturbaciones de la función urinaria. Los usos del lenguaje y la etimología nos ayudan a descubrir esas relaciones, pero, cuando decimos que “re-cordar” posee el sentido de “volver al corazón”, no pretendemos afirmar que los recuerdos son un producto de la función cardíaca, sino que el corazón, con su ritmo palpitante, representa (o simboliza) privilegiadamente los sentimientos que acompañan a lo que se rememora con afecto.

Las enfermedades y el carácter

Los pensamientos, los sentimientos y las acciones que un ser humano concibe, recibe, procesa y expresa o realiza “resuenan” en él, pero no permanecen, físicamente, en su interior. La sinfonía que transmite el receptor de radio no se origina ni permanece en el aparato; llega a él y lo “atraviesa” desde un campo impregnado por esa información. De un modo semejante, funcionamos como antenas con un circuito oscilante que sintoniza las ideas, afectos y conductas que flotan en el ambiente espiritual en que vivimos.

Algunas de esas ideas, afectos y conductas, que nos atraviesan, se quedan con nosotros, porque producen un cambio perdurable en nuestra estruc-

tura física, en nuestras funciones y, en definitiva, conforman el carácter que configura el estilo con el cual vivimos. Recordemos lo que dice Antonio Porchia: “Me hicieron de mil años unos minutos que se quedaron conmigo, no mil años”.

La inmensa mayoría de los pensamientos y sentimientos consolidados como hábitos que se manifiestan como automatismos inconscientes funcionan adecuadamente consustanciados con rasgos del carácter, liberando nuestra consciencia para otros menesteres. Ya hemos visto, sin embargo, que algunos de los rasgos de nuestra personalidad, que defendemos y apreciamos, constituyen, a veces, la raíz verdadera de los males que nos deparan los sufrimientos que queremos evitar. También hemos visto que, por ese motivo, el carácter constituye el “lugar” hacia donde el tratamiento psicoanalítico, cuando es auténtico y genuino, apunta sin intentarlo de una manera deliberada, como si procediera “de reojo”, sin prisa y sin pausa, mientras procura hacer consciente algo reprimido que “urge”.

Existen algunos diseños coloreados, que integran una colección publicada con el nombre de *Ojo mágico*, que de pronto permiten contemplar una figura tridimensional que se “despega” de la

superficie plana cuando se los mira desde cerca y desenfocando intencionalmente la mirada. Pero no es fácil lograrlo, porque debemos luchar contra el hábito que nos impide desenfocar la mirada mientras dirigimos nuestra atención al dibujo.

Algo similar ocurre con lo que el psicoanálisis llama “atención flotante”. Si, cuando uno escucha lo que dice un paciente, no “desenfoca” su atención, es difícil que descubra lo que la represión encubre. Racker aludía a un viejo sabio chino que, habiendo perdido sus perlas, envió, sucesivamente, a todos sus sentidos a buscarlas, pero no las encontraron; mandó por fin a su “no buscar”, y su “no buscar” encontró las perlas que buscaba. Dentro de la ineludible parcialidad, que se manifiesta en múltiples formas, podemos distinguir una consciencia concentrada y aguda, que nos revela, de una manera nítida, detalles aislados, y una consciencia amplia y obtusa, que abarca conjuntos y profundidades de una manera borrosa.

Si ahora, en el capítulo dedicado al psicoanálisis de los trastornos “del cuerpo”, volvemos a ocuparnos del carácter, es porque la experiencia nos ha llevado a reconocer que las diversas enfermedades que nos aquejan se relacionan con distintas estructuras de carácter que nos predispo-

nen a sufrirlas. Sabemos que una pre-disposición no alcanza para determinar que la enfermedad se produzca (no es condición suficiente); de modo que, por ejemplo, no encontraremos un corazón enfermo en todas las personas que evidencien un carácter cardíaco. La observación nos muestra, en cambio, que en los enfermos “del corazón” siempre encontramos los rasgos de ese carácter (que constituye una condición necesaria).

Debemos aclarar enseguida que los avatares de la relación entre las enfermedades y el carácter recorren una trayectoria más compleja en un territorio en donde abundan bifurcaciones y entrecruzamientos de caminos. No sólo sucede que las alteraciones de diversos órganos se combinan en una misma enfermedad; también ocurre que una persona “sale” de un proceso patológico para ingresar poco tiempo después en otro que afecta un órgano distinto. Cuando decimos, entonces, acerca de una persona, que su carácter es, por ejemplo, hepático, o renal, incurrimos en una simplificación. Pero esa simplificación, con frecuencia inevitable, no nos dañará si la usamos “a sabiendas” de que los rasgos de carácter se combinan y que sólo podemos hablar de predominios que, además, pueden ser, a veces, transitorios.

La construcción de una patobiografía

Freud afirmó rotundamente que el proceso psicoanalítico debía progresar sin un fin predeterminado. En 1911 escribe: “Puedo asegurar que nunca tenemos que arrepentirnos de habernos decidido a confiar en nuestras propias afirmaciones teóricas y habernos forzado a no disputar a lo inconsciente la dirección de la síntesis”.

Sin embargo, cuando en una persona que se psicoanaliza surge una enfermedad “del cuerpo” que podría evolucionar muy mal si prescindimos de otros recursos médicos, nos encontramos con la necesidad de integrarlos con el psicoanálisis, ya que, aunque sabemos que el tratamiento psicoanalítico demanda un tiempo que a veces la enfermedad no concede, también sabemos que en la evolución del proceso patológico influyen motivos que son inconscientes.

El hecho de que el psicoanálisis y la cirugía, o la farmacoterapia, ejerzan su labor por separado (que es lo que ocurre con mayor frecuencia) conduce, muchas veces, a contradicciones que disminuyen o, inclusive, perjudican los resultados de las diferentes curas que se intentan.

En 1972 diseñamos, con Enrique Obstfeld, un procedimiento que llamamos estudio patobiográ-

fico. Su finalidad consiste en incluir, entre los recursos de la medicina, lo que puede hacer el psicoanálisis si se propone actuar sobre la enfermedad en el tiempo breve que, a veces, es el único que la situación concede. De ese modo, un tratamiento psicoanalítico “ortodoxo” (que debe proceder, tal como señalaba Wilfred Bion, “sin memoria ni deseos”) puede realizarse –fuera del estudio patobiográfico– liberado de la necesidad de resolver la urgencia médica.

La patobiografía, orientada hacia un fin premeditado e inmediato, se concentra, mediante el esfuerzo conjunto de un equipo, en contemplar el particular momento de la vida que rodea a la enfermedad del paciente. El “material” que se indaga se constituye, fundamentalmente, a partir de cuatro fuentes. 1) Un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía sucinta. Incluye que el paciente relate algún sueño que recuerde, que redacte un cuento corto y que resuma alguna novela o película que le haya interesado. 2) Un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual consulta. 3) Algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de los seres que

considera más significativos. 4) La observación del paciente, y del vínculo que establece con el equipo que realiza el estudio, durante las entrevistas.

El interrogatorio biográfico (que llamamos “anamnesis”) es un acontecimiento muy particular que configura una ocasión insólita en la vida de cualquier persona. Cuando se reúnen distintos acontecimientos que pueblan nuestra vida de afectos, recuerdos y deseos, del conjunto emerge, inevitablemente, un significado nuevo. Sentarse a escribir, *motu proprio*, las respuestas a un cuestionario patobiográfico es casi tan difícil como realizar el autoanálisis de un sueño.

El hecho de que la historia obtenida sea examinada y discutida por el equipo durante varias horas permite un grado de elaboración mayor del que, habitualmente, puede alcanzarse en la sesiones de un tratamiento psicoanalítico en un tiempo equivalente, dado que los miembros que integran el equipo se impregnan, desde contratransferencias distintas, con la significación de los acontecimientos que alteran la vida del paciente.

Cuando se examinan de manera intelectual, y “a distancia”, los distintos jalones de un estudio patobiográfico, es difícil darse cuenta de la implicación emocional del enfermo, y del equipo médico, que

ocurre durante el proceso. Se trata de una simpatía (que a veces se inicia como una antipatía) que no acontece de manera fácil y, menos aún, cuando se la busca de un modo deliberado y “lineal”. No sólo sucede que para ver no basta con mirar; también es verdad que, tal como sucede con las figuras planas que ocultan una vista tridimensional, para ver es necesario no mirar del modo en que se mira habitualmente, y así, renunciando a lo que se ve de primera intención, desenfocando la mirada de lo que resulta obvio, aparece de pronto, como si se tratara de un regalo, un panorama nuevo.

El primero de los modos habituales de mirar es el diagnóstico. Nos lleva muchas veces a olvidar los fines para los cuales la enfermedad funciona. Así ocurrió, por ejemplo, con un caso de anorexia grave, en el cual la dramaticidad del diagnóstico y sus implicancias “prácticas” tendían a distraer nuestra atención del hecho de que esa adolescente, que se sentía abandonada y sola, había por fin logrado, con el riesgo de su propia vida, y en un intento de comunicación inconsciente, introducir el caos, el fracaso y la imperfección en una familia que procuraba mostrarse exitosa y perfecta. Otras veces, la posibilidad de un inmediato alivio de síntomas molestos, o casi insoportables, nos conduce a pos-

tergar la contemplación de una crisis “biográfica” que, años más tarde, se cobrará un precio excesivo.

La enfermedad no es el producto definitivamente terminado de una elección irreversible. Es la expresión de un conflicto que todavía continúa vivo, y se presenta, desde ese punto de vista, como la segunda oportunidad para enfrentar el drama que ya una vez fue rechazado. Todos hemos visto familias en las cuales el enfermo funciona como el radar, o como el fusible, que deshace la continuidad de una situación imposible.

Una y otra vez, durante la realización de estudios patobiográficos, nos hemos encontrado con que el paciente suele acordarse todavía del momento preciso en que expulsó de su conciencia un drama que volvió casi enseguida bajo la forma de un síntoma intruso. De allí para adelante, su deseo de comprender el sentido del síntoma, recuperando el recuerdo del drama olvidado, luchará con la tentación de suprimir también el síntoma con la complicidad del médico. Y si la tentación triunfa, suele suceder que introduzca en la historia de su vida dos nuevos personajes: la enfermedad y el “remedio”.

No es exagerado decir que vivir es jugarse la vida, ya que la vida, inevitablemente, se apuesta, se pone entera en el vivir. La historia, en cambio, no es el dra-

ma inherente a la vida, sino solamente la representación teatral de alguna de sus caras. El interés que despierta un relato, y que a veces alcanza a constituir el suspenso que “suspende” nuestro aliento, como si se pudiera, con ello, suspender la vida, es el producto de nuestra capacidad para “meternos” en la historia.

Una historia se despierta en la medida en que tiene la capacidad de representar un acontecimiento actual, inconsciente, que permanece en curso y cuya intriga no se ha definido todavía. El relato elige, y “constituye” con una significancia, los hechos que han pasado, y los enhebra como si se tratara de las cuentas de un collar. El único acceso posible a un significado “pretérito” depende de que ese significado conserve su sentido.

De modo que una historia sólo puede relatar aquello que está vivo en el presente, aquello que “no ha pasado” porque no ha terminado de ocurrir. Lo que nos interesa del pasado es lo que está vivo en la actitud y en la manera de vivir el presente. Ese presente vivo es el que produce la interpretación “del pasado” que llamamos historia. La realidad incontrovertible de esa producción actual es lo que asigna a toda historia su valor de verdad.

Si renunciamos, en virtud de lo que señalamos, a la pretensión de una historia definitivamente

“verdadera”, podemos comprender que cada una de las historias que nacen en nuestro campo de trabajo, cuando interpretamos el significado inconsciente de las enfermedades del cuerpo, constituye un valioso fragmento de la verdad buscada.

CAPÍTULO 10

La inquietud

Un movimiento "contranatural"

Freud sostuvo que uno de los elementos fundamentales del encuadre psicoanalítico en las sesiones (conocido como "regla de la abstinencia") consiste en "enviar en dirección retrógrada los procesos de excitación" que procuran normalmente descargarse en acciones o en la motilidad vegetativa que se traduce en afectos. De ese modo se pueden contemplar esos procesos en sus distintas representaciones y descubrir las asociaciones que los vinculan en diferentes "complejos". Pero también sostuvo —comparándolo con la inversión del peristaltismo del aparato digestivo que ocurre en el vómito— que se trata de un procedimiento contranatural que engendra resistencias.

Ya mencionamos que el hecho de que el paciente se psicoanalice distendido en un diván con el psicoterapeuta sentado detrás de su cabeza no

depende tanto, como muchas veces se sostiene (y el mismo Freud lo ha convalidado), de que el psicoanalista trabaja mejor cuando el paciente no se dedica a observarlo. Depende sobre todo, en cambio, de que facilita mucho “la abstinencia”, ya que el yacer acostado y distendido contribuye para que los procesos naturales de excitación de las funciones abandonen su camino hacia la acción, hacia la atención perceptiva del entorno o hacia las actividades vegetativas que engendran emociones, y se dirijan predominantemente hacia la introspección de ideas y de sensaciones.

La experiencia muestra que hay pacientes que —como los filósofos, los místicos o los artistas— disponen de una cierta predisposición a profundizar en su introspección y otros que son “ejecutivos” —como suelen ser los empresarios, los militares o los ingenieros, por ejemplo—, que viven volcados hacia su relación con el mundo perceptivo y se centran en la acción. De más está decir que los primeros constituyen una “élite” que acepta el tratamiento psicoanalítico como un desarrollo más completo de algo que les resulta conocido, y que los segundos tienden a planificar el trascurso del proceso en “la actividad” de sus sesiones y suelen preocuparse por encontrar una manera para evaluar su rendimiento.

De cuanto llevamos dicho hasta aquí surge con claridad que las razones que conducen a que una persona recurra al psicoanálisis, y acepte las incomodidades del proceso, derivan, en lo esencial, del desasosiego que le produce el hecho de que en su ánimo opere la inquietud de una contienda entre fuerzas poderosas y contradictorias que se disputan el acceso a su consciencia y el dominio de su conducta.

Sabemos que un tal desasosiego no es un producto extraño o difícil de encontrar; muy por el contrario, abunda entre las personas que constituyen nuestro entorno. También sabemos que una inmensa mayoría no emprende ni prioriza la aventura de dedicar una parte de su tiempo a bucear en las profundidades de su alma con la ayuda de un interlocutor calificado. Cabe preguntarse entonces de qué depende que, aun entre las personas que disponen de los medios necesarios, sean pocas las que recurren al psicoanálisis.

Podemos decir, muy esquemáticamente, que en general depende de dos condiciones. La primera es que la inmensa mayoría ignora para qué sirve el psicoanálisis y que, peor aún, la información que frecuentemente obtiene dentro de un mundo “psi” calamitoso es distorsionada y espuria. La segunda

reside en el hecho de que sólo recurrirá cuando fracasen los procedimientos habituales que usamos para lograr que el desasosiego que llevamos en el alma se transforme en un conflicto “objetivo” con el mundo que constituye nuestro entorno. De más está decir que son procedimientos que el consenso “naturalmente” avala, sosteniendo, contra viento y marea (contra lo que la realidad, bien observada, muestra), que es mejor ocupar tiempo y esfuerzo en tratar de resolver concretamente en el mundo las contrariedades que la vida plantea, en lugar de distraerse dedicándose a contemplaciones inútiles.

Entre los procedimientos habituales que utilizamos para “objetivar”, es decir, para “arrojar” nuestra inquietud sobre un conflicto con las cosas y personas que pueblan nuestro mundo perceptivo, sobresalen tres. Uno de ellos es la actividad “febril”, que nos mantiene continuamente ocupados y en el borde de un equilibrio inestable. Encubrimos de ese modo que el riesgo de perder el equilibrio proviene de un íntimo desasosiego que precede a las dificultades que encontramos en nuestro contacto con el mundo. Otro es la pelea, permanente y sostenida, sea con alguien o con todos, frente a la cual sufrimos cotidianamente ignorando que no deseamos terminarla porque nos defendemos con

ella de ese desasosiego precedente que preferimos ignorar. Nos queda, por fin, la lucha con un “peligro objetivo” (se trate de la enfermedad, de la ruina económica, o de la pérdida de una importante relación afectiva).

Esa lucha con un “peligro objetivo” –que se pone en escena en los territorios de “salud, dinero y amor”– sólo cumple con sus designios ocultos cuando nos mantiene permanentemente pre-ocupados en algo que no se soluciona y que tampoco se acepta (para iniciar el proceso que denominamos “duelo”). Por ese motivo, si los acontecimientos infaustos, de pronto, se resuelven, los sustituimos de inmediato con otros que “suceden”, o con el temor pre-ocupante de lo que puede llegar a suceder.

Hay algunos momentos, sin embargo, que suelen ser escasos porque los evitamos cuidadosamente, en los cuales la “objetivación” del íntimo desasosiego que nos producen las fuerzas en pugna casi siempre fracasa, porque en ellos nos enfrentamos con una “privación sensorial”. Así puede ocurrir, por ejemplo, si tenemos que pasar una hora en una sala de espera, sin nada para contemplar o leer. Pero el mejor ejemplo consiste, tal vez, en unos cuarenta y cinco minutos transcurridos en el tubo en el cual se realiza una resonancia magnética, en

donde no podemos fumar, beber o comer, y debemos permanecer sin nada “interesante” para mirar o escuchar. Allí es más fácil que nos acometa, sin poder evitarlo, el desasosiego del cual, cotidianamente, logramos huir.

El espíritu enfermo

Cuando reflexionamos sobre la afirmación de que todos nuestros conflictos con el mundo provienen de la “objetivación” (proyectiva) de alguna de las fuerzas que, dueñas de nuestro ánimo, sostienen nuestro íntimo desasosiego, nos damos cuenta de que, dicho de ese modo, sin más, parece desconocer la indudable realidad de que también hay fuerzas en el mundo. Por ese motivo, conviene aclarar que el sentido de la afirmación que mencionamos reside en que, a pesar de las apariencias, siempre se puede hacer algo más con la parte que uno “pone” en el conflicto, y muy poco, en cambio, con la que pone nuestro entorno. Por pequeña que sea nuestra contribución al desarreglo de nuestra circunstancia, lidiaremos mejor con las dificultades que encontramos en el mundo si logramos abstraerla.

Reparemos en que muchas veces nos afanamos en discutir y opinar acerca de aspectos frag-

mentarios de cosas que apenas entendemos y de muchas otras acerca de las cuales ignoramos lo esencial. No cabe duda de que encubrimos de ese modo –que en algunas ocasiones nos lleva a adoptar la impostura de una presunta lucidez intelectual y la indignación de las víctimas– que evitamos ocuparnos de las cosas que funcionan mal en nuestra propia vida. Precisamente aquellas que necesitamos volver a pensar para poder librarnos de repetir errores, algunos de los cuales a veces llegan, por fin, a labrar un infortunio que no tiene vuelta atrás.

El mundo dentro del cual vivimos es también un producto de nuestra relación con él. Porque siempre nos movemos y elegimos dónde, y cuándo, hacemos lo que queremos, lo que podemos o lo que debemos hacer. No sólo se trata, entonces, de lo que nos hace la vida, ya que, continuamente, hacemos algo con ella. Uno es alguien que transcurre inmerso en el contacto inevitable con otros semejantes, y en ese vínculo que las almas mantienen entre sí, se manifiesta el alma comunitaria que denominamos espíritu. Usamos la palabra “espíritu” con ese significado cuando hablamos, por ejemplo, del espíritu de una época o del que alienta a un proyecto colectivo.

El descubrimiento de los derechos humanos individuales, a pesar de su benéfica influencia, abrió paso a la idea, excesiva, de que primero somos y luego convivimos. Nos parece natural, desde allí, pensar que cuando vivimos sentimos, y que, en el esfuerzo posterior de convivir, nazca, como un producto de la buena voluntad, la capacidad de con-sentir. Pero hoy sabemos que, desde el primer instante que inaugura nuestra vida, sólo conviviendo somos, y que una existencia saludable se traduce en un natural con-sentimiento, ajeno a la idea, “voluntarista”, de construir consenso.

Es necesario aclarar, sin embargo, que cuando nos referimos a un consentimiento inevitable (que no difiere de lo que en psicoanálisis denominamos transferencias recíprocas), queda implícito que no siempre se consiente en simpatía. Muy por el contrario, debemos comprender que trascendiendo los acuerdos y desacuerdos que son superficiales, y más allá de las apariencias, dado que inevitablemente se convive, hasta cuando se disiente se consiente. De nada vale refugiarse en la idea de un aislamiento ilusorio. Por las venas de la red comunitaria que sostiene nuestro espíritu circulan los dos grandes arquitectos –igualmente imprescindibles– de la vida que continuamente

florece y se marchita: Eros y Tánatos, el amor y el odio.

Apenas el camino recorrido nos ha llevado al lugar desde donde pensamos que, cuando uno se enferma, se enferma en cuerpo y alma, allí nos encontramos con que en la enfermedad participa, siempre, una espiritopatía, un espíritu enfermo. Weizsaecker ha señalado, una y otra vez, que un hombre enferma en la medida en que no logra resolver una crisis que puede ser contemplada como un conflicto moral; y no cabe duda de que la torpeza, a veces inevitable, suele conducir a una ruindad que se refugia en las vecindades de la ruina “corporal” que ella misma produce.

Si volvemos ahora sobre el hecho de que una espiritopatía es la enfermedad de una comunidad de almas que evolucionan juntas, nos damos cuenta de que cuando, en cuerpo y alma, enfermamos, más allá de hasta qué punto –o bajo qué influencia– lo hemos elegido, nos constituimos en un símbolo y un signo de la espiritopatía que padece la comunidad que habitamos.

La agitación de la vida

Una vez que aprendemos a diferenciar (a partir de Jakob von Uexküll) nuestro mundo per-

ceptivo “humano”, caemos en la cuenta de que lo constituimos en indisoluble relación con un “mundo de importancias” que nace de los afectos y, en última instancia, de la sensación. En ese mundo “sensitivo” reside, sin sofisticación alguna, lo único que cotidianamente podemos aferrar de aquello que de manera pomposa se llama “el sentido de la vida”. Regido por valores que han nacido como producto de una facultad primaria, que se constituye, en sus inicios, como una sensibilidad moral, compone la superficie de contacto que determina las formas de la convivencia que Weizsaecker denomina “trato”. En esa superficie inquieta, las categorías páticas —el deber, el poder y el querer— fluctúan, se mezclan, se combinan o se sustituyen entre sí.

Las pasiones y los afectos primordiales agitan, con un movimiento incesante de magnitudes disímiles, el contacto entre los seres humanos. Estamos en presencia de la agitación de la vida. El equilibrio inestable de su condición pática es la fuente inagotable de su movimiento perpetuo. Allí se generan las vicisitudes del trato que cada uno “contabiliza”, en su relación con otro, con un peso significativo distinto, con valores diversos que supone objetivos.

Recordemos que, entre los otros, existe siempre uno que importa distinguir, ya que se constituye como el tercero en discordia, y así se configura el complejo que ha recibido su nombre a partir de la leyenda de Edipo. Recordemos, además, que no sólo estamos con aquellos con quienes entramos en contacto, porque, dentro de ese *corpus* normativo que llamamos sociedad –y que es también civilización, educación y cultura–, vivimos rodeados de fantasmas que no siempre son malos.

El encuadre normativo, espiritual, es el “aceite” de ese mundo ético, inevitablemente “protocolar”, que calma las aguas de la convivencia y suaviza nuestros roces, posibilitando un contacto que constituye, con consciencia o sin ella, un contrato que en un cierto sentido es “legal”. Esa cultura conforma el carácter, el estilo que filtra nuestros actos y la comunicación de nuestros afectos. Así nos integramos en una organización espiritual, una especie de “superorganismo” para el cual –y por el cual–, sin consciencia plena, vivimos, construyendo en esa empresa una consciencia que será, desde el comienzo, moral.

Lejos estamos hoy de los días en que el positivismo ingenuo nos llevaba a pensar que podíamos prever las trayectorias futuras de las realidades

complejas como lo hacemos con el movimiento de los cuerpos, que puede ser comprendido mediante los recursos de una ecuación lineal. Sin embargo, está claro que no todo en la vida es desorden y caos. La agitación y la inquietud configuran allí un equilibrio dinámico que, oscilando entre la gracia y la desgracia, a diferencia de lo que llamamos nirvana, transcurre lejos del desequilibrio, pero “cerca” de la inestabilidad. Encontramos en la vida dos clases de cambios. Los cambios paulatinos y graduales, continuos, que transcurren, en su gran mayoría, fuera de la consciencia, y los cambios catastróficos, discontinuos, que se manifiestan en la consciencia como singularidades inquietantes.

En el recorrido de este libro nos encontramos, una y otra vez, con que las resistencias para contemplar lo reprimido, la transferencia de lo pasado en el presente, y la proyección que atribuye –como “única razón”– los sentimientos que sufrimos a las condiciones objetivas de nuestro mundo perceptivo colaboran para que las inquietudes que alteran nuestro ánimo –como producto de los conflictos entre las tendencias que se disputan el camino hacia los actos– se mantengan ocultas. La verdadera importancia de ese ocultamiento reside en que la

conciliación de esos conflictos es el lugar en donde nuestros esfuerzos para mejorar nuestra vida rinden sus mejores frutos.

El hecho es que, como consecuencia de que apuntamos a llevar a la consciencia lo que ha sido reprimido, el material que psicoanalizamos es siempre un pre-texto de otro texto que, en virtud de su importancia, necesitamos descubrir. Vale la pena señalar que, cuando un pretexto es sustituido porque las circunstancias lo desactualizan, o cuando se lo “refuerza” con otros que surgen de distintos contextos, si nuestra interpretación, partiendo de los diferentes pretextos, nos conduce a un mismo texto, obtenemos (en ese “múltiple anclaje”) un indicio que confirma lo que interpretamos.

Ya vimos que, para evitar que algo que se reprime “retorne” produciendo los trastornos que nos aquejan, necesitamos llevarlo a la consciencia. Es importante subrayar ahora que lo que se mantiene reprimido no permanece quieto ni dormido, muy por el contrario, crece como un quiste que aumenta su tensión atrayendo sobre sí los hechos y argumentos que pueden contribuir con sus designios. Funcionando como una formación maligna que permanece viva, continúa enviando sus influjos sobre los actos de la vida.

La paz que la conciencia nos reclama

Cuando psicoanalizamos un paciente, necesitamos distinguir entre el enfermo que apreciamos y la enfermedad que padece, que podemos odiar, con justicia, en la medida en que le arruina la vida. Gracias a las transferencias recíprocas de amistad con el paciente, podemos hablar con el enfermo para curar su enfermedad, pero debemos admitir que hay ocasiones en las cuales la enfermedad “se ha comido”, casi completamente, al enfermo. Sin necesidad de hacer un inventario de las turbulencias singulares que perturban nuestra vida, podemos decir que la envidia, los celos, la rivalidad y la culpa constituyen, sin duda, las que con mayor frecuencia nos inquietan hasta llegar, a veces, a extremos destructivos.

Freud descubrió, desde su práctica psicoanalítica, que la culpa inconsciente podía constituir un obstáculo insalvable en la prosecución del tratamiento. Esto no debe sorprendernos. El lenguaje habitualmente expresa que la culpa es la consecuencia de haber cometido una falta o de un “estar en falta”, y no cabe duda de que se alude de ese modo a una distancia –que menoscaba la autoestima– entre el comportamiento real y el ideal. Si reparamos en que Weizsaecker describe la “quin-

taesencia” del mundo pático como “el lugar” en donde lo que no es procura ser, comprendemos que la culpa sea el afecto en el cual lo pático –en su doble sentido de padecer y de pasión– culmina.

Sabemos que frente a la culpa existe el don superlativo que denominamos “per-dón”. Pero el perdón que se pide o se otorga no exime ni disculpa. No hay camino de vuelta a la inocencia. Nadie puede dar la disculpa que sin cesar se busca para una culpa oscura que toma la forma de una deuda impagable. Allí, en el lugar en donde la culpa aprieta, en el perdón que damos, y en el que nos damos sin buscar disculpas, descubrimos la responsabilidad, que consiste en la actitud de responder, de dar respuesta propia a los entuertos, a las dificultades penosas que, sean propias o ajenas, forman parte de nuestra circunstancia y allí “nos corresponden”.

El ejercicio de una responsabilidad que no se refugia en la impotencia se acompaña, entonces, como inesperado regalo, de la cuota de alivio que surge del “tener algo que hacer”. No se trata pues de reparar el daño que hemos hecho, se trata en cambio de responder a cualquier daño, sea cual fuere su origen, con la actitud cariñosa que procura devolver a la vida su alegría.

Pero “hace falta” poder. Frente al *to be or not to be* de Shakespeare, y frente a “la oscura huella de la antigua culpa”, contemplando los conflictos entre el deber, el querer y el poder, no podemos dejar de comprender que la cuestión última no radica en el ser, que es óntico, sino que radica en el pático “poder o no poder”. A veces queremos lo permitido, o lo que debemos. Otras, queremos lo prohibido, o sólo aquello a lo cual nada nos obliga. Sin embargo, se trate de querer esto o aquello, hay que poder hacerlo.

Aunque se dice, y algo de cierto tiene, que querer es poder, llegamos siempre a lo mismo: hay que poder querer. De qué depende entonces el poder sino de Eros, la fuerza de la vida. Pero la vida, para decirlo con las palabras de Ingmar Bergman en *Las tres caras de Eva*, “no admite preguntas; tampoco nos da respuesta alguna; la vida florece, simplemente, o se niega”.

No habrá vida, sin embargo, en que alguna de esas dos cosas no suceda. En nuestra vida se mezclan, de manera inevitable, lo posible y lo imposible. Weizsaecker, en lo que llama su “pequeña filosofía de la historia”, sostiene que lo único posible es lo que no se ha realizado todavía, porque lo que ya se ha realizado nunca podrá repetirse de la mis-

ma manera. Es lo que sucede con la vida que siempre, en el interjuego de nostalgias y de anhelos, se encontrará con algo “nuevo”, pero lo intentará bajo la forma, engañosa, de querer otra vez lo que ya fue.

Goethe escribió: “Amo a los que quieren lo imposible”, y podemos comprenderlo; nada tiene de malo el intentarlo, lo malo reside en invertir en ello la vida por entero. Suele decirse que la política es el arte de lo posible, y me parece cierto en la totalidad de la vida. La posibilidad es prima hermana del duelo, y una vida saludable no descuida completamente lo posible en pos de una quimera.

Podemos responder ahora, de manera rotunda, la pregunta inicial: ¿para qué sirve el psicoanálisis? Sirve para emprender la búsqueda de la conciliación que nos conduce, “desde adentro”, hacia el vivir en paz. No será una gran cosa, es largo y es difícil, no está exento de penurias, pero “es lo mejor que tenemos para ese tipo de cosas”.

Este libro se terminó de imprimir en los Talleres
Gráficos Nuevo Offset, Viel 1444,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
en agosto de 2013.