

carece de sentido humano. Mis errores de interpretación provienen de que mi comprensión no ha sido adecuada. Nuestros horarios sobrecargados nos hacen descuidar con frecuencia el reflexionar por nuestra cuenta acerca del problema terapéutico que debe enfocarse y en la manera de abordarlo. Tengo la impresión de que, una vez que mi orientación básica parece ser acertada, dispongo mejor las variaciones individuales del horario, tengo más paciencia, humor y comprensión, pero también una más tranquila firmeza frente a los problemas que mis interpretaciones me plantean.

EXPERIENCIAS DEL ANÁLISIS DE PERSONALIDADES ESQUIZOIDES Y DEPRESIVAS ¹

Fritz Riemann

EN EL tratamiento de personalidades esquizoides y depresivas es donde existe, en la terapéutica psicoanalítica, menos tradición, y de ahí que un intercambio de experiencias se presente aquí como de la mayor importancia. Desde el punto de vista histórico, en la evolución del psicoanálisis figuraron inicialmente la histeria y la neurosis compulsiva en primer término, porque éstas eran entonces, por razones sociológicas, más frecuentes y, en consecuencia, es en ellas donde el método psicoanalítico hubo de desarrollarse. Estas dos neurosis se designaron como "neurosis de transferencia" y se delimitaron respecto de las "neurosis narcisistas", las cuales, debido a la falta o la limitación de la capacidad de transferencia emocional o, respectivamente, de otros procesos de transferencia se consideraron así desde un principio como menos abordables con el método clásico y se presentaban, en consecuencia, como más vecinas de las psicosis.

Si se abordaban las neurosis narcisistas con los medios del psicoanálisis clásico, entonces, o el análisis no lograba a menudo iniciarse, o bien dejaba el paciente de presentarse después de unas pocas sesiones. Todavía en mis años de estudiante, por los años treinta, y luego en las estadísticas de los institutos, se formulaba en tal caso la cosa aproximadamente así: El paciente ha interrumpido el análisis porque no se produjo transferencia. A partir de semejantes formulaciones y fracasos —también propios— se me planteó por vez primera la cuestión de si en las neurosis narcisistas no habría acaso que variar los métodos: ¿Había que seguir analizando simplemente por más tiempo y más a fondo, conservando la técnica clásica, sin abandonar demasiado pronto la esperanza de llegar finalmente a los recuerdos primeros, o era, más bien, el método mismo el que había que cambiar, transformándolo eventualmente en sentido específicamente conforme a las neurosis, porque no pueden aplicarse sin más a las neurosis narcisistas las experiencias obtenidas con las neurosis de transferencia?

En el caso de las neurosis de transferencia, se obtenía con el método clásico un material abundante, que se dejaba además verificar más fácilmente; en las neurosis narcisistas, en cambio, las cosas se presentan de otro modo. A propósito del ser, en gran parte onírico-vegetativo e inconsciente, del niño de los primeros días poco sabemos a ciencia cierta. En efecto, en los que sufren trastornos tempranos, los agentes patológicos se sitúan en la base preverbal, y con el tratamiento se trata, en su caso, de suponer o interpretar vivencias, sentimientos y sensaciones corporales oscuramente experimentados,

¹ Conferencia sustentada en el *Institut für ärztliche Psychotherapie in Zürich*, el 22 de abril de 1964, en el sanatorio cantonal *Burghölzli*.



así como estados de ánimo difíciles de captar, como reacciones a fenómenos de deficiencia o de acumulación de estímulos, etc. Debido al hecho de que, en las neurosis narcisistas, las causas patógenas no elaboradas se sitúan tan tempranamente, estos pacientes no pueden, por supuesto, formularlos, o pueden hacerlo sólo con dificultad, y se comprende así que sean las representaciones teóricas de la vivencia del niño más joven las que en mayor grado discrepan. Si abordamos las neurosis narcisistas con las experiencias cobradas en las neurosis de transferencia, abrigamos ya tal vez aquí la esperanza injustificada de obtener, lo mismo que en éstas, recuerdos reales de la época, en este caso, más temprana. Y si a pesar de todo se logra, con el método clásico y con las expectativas obtenidas de las neurosis de transferencia, retener al paciente en el análisis, si se logra, pues, la reconducción, entonces caen los pacientes a menudo en la desesperación y la desorientación totales. Al hacerles revivir su génesis, se los precipita a menudo en estado de resignación desesperada y de ansiedades existenciales, lo cual puede ser acaso no sólo muy doloroso, sino al propio tiempo peligroso. Desarrollan en ello agresiones violentas, resistencias, etc., que en ocasiones se leen como pertenecientes a su cuadro patológico y se analizan, a su vez, sin percatarnos tal vez debidamente que el método inoperante pueda acaso contribuir a provocarlas.

Tal me parece, algunas veces, que en las neurosis narcisistas hacemos experiencias que valoramos como hallazgos, porque pensamos en determinados cuadros patológicos y valoramos e interpretamos según éstos, los cuales, sin embargo, se alejan demasiado, en ocasiones, del paciente individual y llevan, en cierto modo, una existencia propia. Es muy distinto, por ejemplo, reseguir y reconstruir con un paciente histérico su fase de Edipo; en esto podemos contar, en efecto, con excavar recuerdos verdaderos, y la ocasión genética y la reacción a la misma son más fáciles todavía de comprender.

Pero la cosa es muy distinta en el caso de las neurosis narcisistas. Aquí el margen para las interpretaciones es mucho más amplio, dándose con ello el peligro tanto de prejuicios teóricos como de explicaciones de estructura propia por parte del terapeuta. Y ello es tanto más así, que tales pacientes, debido a capacidad deficiente de verificación propia, están muy dispuestos a aceptar los esfuerzos interpretativos del terapeuta como intento de explicación posible a la que, con base en su propia experiencia, no tienen otra mejor que oponer. Pero se me antoja, con todo, como muy cuestionable considerar la aceptación de las interpretaciones por parte del paciente como prueba de su acierto.

El paciente puede acaso aceptar las interpretaciones, por ejemplo, para no caer por completo en el vacío, para no perder el interés o la simpatía del analista; puede aceptarlas, pues, por amor del analista o, también, para no haber de dudar o desconfiar de él, perdiendo así la porción de refugio, el apoyo y el sostén que tanto necesita y que, en mi opinión, han de sustituir en él por mucho tiempo la transferencia (en el sentido de la compulsión de repetición).

Mediante tales interpretaciones del analista sobre la base de reacciones del paciente, que en parte son producto del método, me parece que se llega muy a menudo a una demonización de la personalidad del paciente y de sus impulsos, o también de sus personas de referencia y del terapeuta, que no

deja de ser peligrosa. Por supuesto, hay que reconocer que en semejantes interpretaciones se encuentra y se describe también siempre algo acertado; pero no debemos perder de vista, con todo, que aun aquello correctamente percibido en relación con las categorías sólo se refiere, siempre, a un aspecto parcial, y no es, por consiguiente, la realidad. Si tenemos presente que muchos pacientes sueñan y se comportan "conforme a la escuela" con terapeutas de escuelas diversas, esto no constituye todavía, sin más, una prueba del carácter acertado de una doctrina, sino sólo, inicialmente, del hecho de que todos los diversos principios y explicaciones son también aspectos parciales correctos, y que del subconsciente —para adaptar al tema un proverbio conocido— resuena el eco según lo que se gritó en él.

Voy a ilustrar la cuestión con un ejemplo sencillo:

Una paciente depresiva me contó que, en una ocasión, después de una labor relativamente prolongada con un joven analítico, oyó durante la sesión de tratamiento la voz de un niño que cantaba una canción; preguntó al analista si era uno de sus hijos y si se trataba de un muchacho o de una niña. Aquél no contestó, sino que preguntó a su vez por ocurrencias relacionadas con su pregunta. A lo que ella reaccionó avergonzada y con sentimientos de culpabilidad, percibiendo ahora también ella misma su pregunta como desplazada e impertinente.

Un ejemplo muy sencillo, por supuesto, pero ilustrativo, con todo, de lo que me interesa, a saber: éstos y otros comportamientos semejantes provocan a menudo en el paciente reacciones que leemos como pertenecientes a su cuadro patológico, sin percatarnos tal vez debidamente de hasta qué punto el método deficiente contribuye a provocarlas y empeorarlas. Lo que en este caso el terapeuta se proponía era probablemente obtener, mediante su demanda de ocurrencias, "material", partiendo de la expectativa de la repetición de transferencia. Y si esto hubiera sido tal vez acertado todavía con una paciente histérica, porque en ésta podía representar la pregunta una resistencia, una evasión frente a ocurrencias importantes, la cosa es distinta, en cambio, con un paciente depresivo. En efecto, si acaso llega una vez a reunir el valor necesario para hacer una pregunta tan personal y romper con ello el tabú de la situación analítica, esto debería considerarse como progreso y celebrarse. La respuesta desenvuelta a la pregunta habría posiblemente suscitado ocurrencias por el estilo de: Antes nunca me atrevía a preguntar algo directamente, o alguna otra, con lo que se obtiene material biográfico, sin que el paciente deba empezar por atravesar nuevas depresiones. Sin duda, la divisoria es siempre muy angosta, y lo que en un determinado caso está bien puede tal vez no estarlo en otro. Pero, en relación con el aspecto principal de este ejemplo, en esta forma pueden diagnosticarse agresiones y depresiones innecesarias, y considero, por mi parte, que el terapeuta debería de vez en cuando buscar y ofrecer, a título de compensación, aquello que al paciente le falta, esto es, en el depresivo, el valor de ser sujeto, y en el esquizoide, el valor del contacto.

Y para terminar, unas palabras todavía acerca de nuestras representaciones patológicas mismas. ¿Hasta qué punto se dejan siquiera construir, en nuestra profesión, conceptos fijos, acertados y razonables de enfermedades, y hasta qué punto se deja incluir en ellos un individuo viviente y único?

Hoy solemos hablar más de personalidades, estructuras, comportamientos o tipos compulsivos o depresivos, que de "la histeria", de "una perversión", etc., cual cuadro patológico fijo y por fijar, que nos recuerda el constipado de Christian Morgentern, que estaba sentado en la terraza y se precipitó sobre un individuo llamado Schrimm. Esto es algo más que un hábito lingüístico cambiado; hay, detrás de ello, una actitud distinta frente al paciente y frente a la enfermedad, esto es: nos esforzamos hoy más por llegar a la fórmula propia del paciente. Y esto significa cierta limitación de nuestros enunciados diagnósticos, que hemos de emplear de una manera más cauta y más flexible, pero tal vez señala también una oportunidad de mantenernos más cerca de lo viviente y concreto y, tratando cada vez más de comprender el destino único de un paciente más allá de sus "neurosis", de abrir posibilidades terapéuticas más amplias.

Precisamente en las personalidades esquizoides y depresivas puede acaso ser una representación patológica estereotipada cuando menos una causa más de que no las abordemos con la desenvoltura suficiente y las consideremos en ocasiones como más gravemente trastornadas de lo que están en realidad; partiendo de las neurosis narcisistas vecinas de las psicosis, propendemos fácilmente, sobre la base de síntomas correspondientes a un determinado síndrome, a hablar por ejemplo de estados prepsicóticos.

A partir de análisis propios fallidos con tales pacientes; a partir de la duda de si era sensato aplicarles a ellos la reconducción cada vez más profunda, debido a los peligros que implica; a partir de la convicción de la incertidumbre de todas nuestras interpretaciones teóricas relativas a la época más temprana, y a partir de la demonización mencionada, surgió en mí la idea de buscar, en el caso de estos pacientes, un procedimiento terapéutico que tratase de ayudar cuanto antes a resolver mejor, primero, los problemas actuales. Ya señalé en un trabajo anterior² que el propio Freud deja abierta, en relación con el método, cierta libertad de acción, al escribir, en *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*: "Pero debo decir expresamente que esta técnica es la que como más eficaz se ha revelado para mi individualidad; no me atrevo a discutir que una personalidad médica constituida de modo totalmente distinto pueda acaso verse impelida a asumir frente al enfermo y frente al problema una actitud distinta." Quisiera insistir más todavía en este aspecto, porque opino que un método adoptado que no nos satisfaga puede resultar acaso adulterado y perjudicial tanto para el paciente como para la terapéutica y como para nosotros mismos, y porque es el método el que debe adaptarse al paciente y al terapeuta, y no a la inversa. Y en otro lugar se dice, en Freud ("Camino de la terapéutica psicoanalítica"): "Nuestra técnica se ha formado en el tratamiento de la histeria... Pero ya las fobias nos obligan a ir más allá de nuestra actitud anterior." Así, pues, el propio Freud ha dicho de modo suficientemente inequívoco que la técnica adquirida en la histeria no puede aplicarse inalterada al tratamiento de otras formas de neurosis.

Permítaseme esbozar ahora, a título de ilustración, un par de imágenes con las que quisiera mostrar cómo he tratado en cada caso de llegar a un

² "Bedeutung und Handhabung der Gegenübertragung" ("Significado y manipulación de la contratrasferencia"); *Ztschr. f. Psycho-somatische Medizin*, 1960, vol. IV, núm. 2.

principio terapéutico. En *pacientes esquizoides*, he encontrado a menudo comportamientos similares a los que se describirán a continuación, que al principio sólo me llamaron la atención, pero que gradualmente se fueron dejando reducir cada vez más a un denominador común, a una manera de estar dichos pacientes en el mundo, que se deja caracterizar en esta forma: en todos ellos se da manifiestamente un gran miedo frente a la proximidad, a la entrega y la dependencia, frente a la relación y a la vinculación emocionales; a título compensador, acentúan exageradamente su ser individual único, su ser particular, y tratan de salir adelante, en lo posible, sin compañero, esforzándose por ser autárquicos.

Un paciente de este tipo dijo, después de algún tiempo de labor analítica: "Es curioso, cada vez que vengo a su consultorio, el corredor que conduce a su gabinete es siempre más corto que cuando me voy", lo que quería expresar que venía de buena gana y constituye un principio todavía inteligible de ilusiones sensoriales emocionalmente condicionadas.

Otro, en una situación difícil, había obtenido por mediación de un amigo un empleo muy favorable, que lo salvaba económicamente y resultaba encontrarse, además, en su círculo de intereses. Aceptó; pero el día en que hubiera debido hacerse cargo del empleo dejó de presentarse, sin excusa alguna. (No quería estar obligado a nadie y hacerse así dependiente, y proyectaba sobre su amigo motivos desleales.)

Otro más, estaba sentado en un concierto al lado de un individuo que le parecía simpático; durante el concierto sintió de repente que del individuo en cuestión partían unos anillos o círculos de colores, que se iban ensanchando y amenazaban con extenderse hasta él, de modo que aprovechó la primera oportunidad para huir de la sala, por miedo de que el otro poseyera facultades mágicas de las que quería servirse para algún propósito, o de que tuviera intenciones homosexuales. (Aquí es particularmente claro el temor de hacerse dependiente de alguien, así como la falsa interpretación de un sentimiento de simpatía como amenaza, debida a tendencias de entrega reprimidas.)

Otro paciente más, de esta estructura, recibió una carta de sus padres, en la que éstos se quejaban de que, en ocasión de su última visita, se había mostrado tan hostil contra ellos; contestó: "Bueno, pues en estas condiciones, atajaré mis sentimientos". (Aquí se aprecia bien cómo proceden estos individuos con sus sentimientos: pueden dejarles libre curso —cuando menos aparentemente— o interrumpirlos deliberadamente, es decir, han de depender por completo de ellos y dejarse dirigir; se los quiere tener en la mano, para ser lo más invulnerables posible.)

Un muchacho joven conectó una tecla del piano con una lamparita, de modo que, cuando durante la velada su mamá tocaba el piano, la lamparita se encendía junto a su cama al ser tocada la tecla en cuestión. (Aquí percibimos claramente al lado de la nostalgia del contacto que no se puede llevar directamente a alguien, de qué modo la nostalgia acumulada se transforma, "sublimada", pudiendo proporcionar la base de intereses técnicos profesionales ulteriores.)

En contraste con ello, he aquí algunos *comportamientos de pacientes depresivos*, en los que me llamó también a mí la atención algo como un hilo rojo que corre a lo largo de todos los ejemplos: el no poder ser sujeto, no tener

yo"; el explotarse uno mismo o dejarse explotar; el no poder decir no y haber de cumplir, hasta el agotamiento, lo que los demás esperan de uno; el miedo de perder al compañero si se le niega algo, o sea, en cierto modo, a línea masoquista, y, finalmente, el ser útil como justificación de la propia vida, de la propia existencia, con la resultante sobrecoferta frente al mundo.

Una joven bailarina norteamericana vivía en pensión en la casa de una "comadrera". Cuando volvía de su entrenamiento y se disponía a deslizarse a su cuarto, el ama de la casa la atajaba regularmente y se la llevaba, para un "pequeño comadreo", a la cocina. Pese a que estaba fatigada y deseaba descansar un poco antes de la representación nocturna, no se atrevía a negarse. Toda vez porque a los alemanes, después de la guerra, no les iba todavía bien, se sentía "obligada" a invitar a toda la familia —el ama de casa, una hija solterona, el hijo y la nuera, que no era muy bien vista en la casa y se vengaba dándoselas de gran señora— una taza de café. La hija admiraba, con envidia manifiesta, el bello vestido de la paciente, hasta que ésta acabó por regalarle uno; el hijo coqueteaba con ella, y, pese a que no sintiera por él absolutamente nada, "tenía" que devolverle de vez en cuando una mirada, para que no se sintiera decepcionado y, finalmente, "tenía" que atraer a la conversación a la nuera, para atenuar las tensiones familiares manifiestas. Después de casi dos horas de tiempo lamentablemente perdido, se retiraba, totalmente agotada, a su cuarto y empezaba a comer poco menos que vorazmente. Fue a causa de esta voracidad, que iba hasta el robo, que había venido al análisis. (He aquí sin duda un ejemplo particularmente claro del no poder ser sujeto y de la autoexplotación, como si uno fuera responsable de todo.)

Un paciente depresivo no podía hacer nada, sin percibirlo, poco después, como exigencias: si leía un libro, no tardaba en tener el sentimiento de que el libro le exigía ser leído, y se le iba el gusto; si el día era bello y brillaba el sol, tenía el sentimiento de que "tenía" que alegrarse de ello, lo que le estropeaba el placer. (Aquí resulta particularmente claro que tales pacientes sólo se sienten siempre como objeto de algo y trasladan el ser-sujeto, que no viven, hacia fuera, hacia otros y otras cosas.)

Una paciente con úlcera gástrica revelaba cada vez más claramente, en el relato de situaciones cotidianas, cómo se explotaba a sí misma y se dejaba explotar en forma crónica: tenía un marido difícil y absorbente, que había sido hijo único y, a causa de esta situación de su infancia, la tenía totalmente embargada para sí y no hacía nada sin ella; había de estar siempre dispuesta a satisfacer todos sus deseos, y tenía además cuatro niños, uno de ellos muy difícil, que no debían poner nervioso al papá, además de las labores de la casa, etc. Así, pues, se sacrificaba hacia todos lados, encontraba las exigencias de los demás perfectamente naturales y no tenía, por lo visto, necesidad propia alguna. (Aquí se ve claramente, una vez más, la línea de la propia explotación crónica, con la trama masoquista, y cómo el carácter insoluble de una situación se traduce en acontecer somático.)

Otra paciente era presa de miedo y experimentaba dolores de vientre en cuanto entraba en alguno de los grandes almacenes. (Cohibida por la abundancia de la oferta, que removía en ella deseos reprimidos, experimentados como tentación a la que no podía oponer un yo capaz de escoger y agarrar.)

Al contemplar semejantes comportamientos de personalidades esquizoides y depresivas, tenía la impresión cada vez más clara de que las dos formas de estructura —de modo parecido a la compulsiva y la histérica— presentan algo de decididamente complementario y se fundan en una antinomia de nuestra vida, a la que dichos pacientes no han sabido encontrar la solución que les fuera adecuada —ya que ésta varía de un individuo a otro—, a saber: distancia, independencia, autarquía, del lado esquizoide, frente a proximidad, dependencia y falta de yo, del lado depresivo. Así, pues, me resultó eficaz, en la práctica, la idea de que todo individuo ha de encontrar, entre otros, la solución que le es adecuada entre la autoconservación y la devoción (adaptación), y que las personalidades esquizoides tratan de vivir unilateralmente uno de los dos polos, y las personalidades depresivas el otro, en evitación de sus respectivos temores (hijos en cada caso, por supuesto, de sus génesis respectivas y también probablemente, de disposiciones corporales-anímicas heredadas).

De este modo, pues, el esquizoide trata de vivir sobrevalorativamente la conservación propia, aspira a la autarquía, acentúa su ser distinto de los demás y sacrifica a la conservación de su peculiaridad, hasta el solipsismo y el autismo, aquello que une a los seres humanos, la solidaridad. Y en forma diametralmente opuesta, el depresivo trata de huir del yo, mediante adaptación que llega hasta la identificación y a borrar las fronteras entre el yo y el tú; adhiere al compañero y le sacrifica su peculiaridad por temor de perderlo y hasta de anularse a sí mismo.

Si estas observaciones son acertadas, entonces el método psicoanalítico clásico exige de estos pacientes algo de lo que no son todavía en absoluto capaces, esto es: del esquizoide, que, en esta situación totalmente nueva y en cierto modo antinatural, abra su corazón confiadamente a un compañero, y del depresivo, por otra parte, que domine dicha situación, también nueva particularmente difícil, que lo invita a conformarla de modo independiente y subjetivo. Con esto se les pide a uno y otro más de lo que, desde el punto de vista específico-estructural, pueden dar. Y aun ello en un momento precisamente —al principio del análisis— en que el revivir sus frustraciones pasadas sólo les puede procurar, inicialmente, tormento.

Partiendo de la idea de que al paciente esquizoide le ha faltado desde muy temprano un verdadero compañero y que se vio, en consecuencia, rechazado sobre sí mismo (de ahí que dominen también en él, entre otros, las perversiones no compartidas), debiendo tomarse a sí mismo como compañero, considero que su problema principal es el de esta relación de compañerismo frustrada, y suelo emplear, con él, las siguientes modificaciones de la técnica: no insisto inicialmente en que permanezca tendido, a menos que él mismo lo desee o esté de acuerdo. No es sino después de cierto tiempo y en ocasiones hacia el final, que lo invito a tenderse; pero puede resultar asimismo eficaz, después de un prolongado periodo inicial de tenerlo acostado, trabajar con el paciente sentado; esto produce en la mayoría de los casos aspectos totalmente nuevos, también en la transferencia, que en otra forma sólo aparecerían más difícilmente o más tarde. La desconfianza extraordinaria de tales individuos se ve innecesariamente reforzada por la situación analítica y por el terapeuta invisible, y es susceptible de provocar temores eludibles, resisten-



cias, y aun una inflación por el subconsciente. En la posición sentada puede apreciarse algunas veces mejor lo que pasa en el paciente. Al mismo tiempo, el paciente puede observar los gestos, la mímica, etc. del terapeuta, lo que para él y la confianza que se trata de obtener de él es sumamente importante. He hecho la experiencia de que, desde entonces, es raro que tales pacientes dejen de acudir poco después de iniciado el análisis, y que la interrupción del análisis poco después de su inicio, que anteriormente había experimentado reiteradamente, era debida, probablemente, al hecho de que trabajara yo *lege artis*. Y harto sabemos todos cuán difícil les resulta, precisamente a los más afectados, hallar el valor de empezar un análisis con otro terapeuta después de un análisis anterior iniciado, fallido e interrumpido. En la mayoría de los casos se resignan definitivamente, y no arriesgan ningún otro intento, con la idea de que nada podemos hacer por ellos.

Pero es también a partir de otra experiencia que no insisto aquí inicialmente en una situación analítica. En efecto, con estos individuos sumamente inestables no sabemos nunca cómo llega una palabra pronunciada y lo que provoca; y según mi experiencia, una palabra pronunciada en la situación analítica es infinitamente más importante que la que se pronuncia en la posición sentada, debido al hecho, probablemente, de que en la situación analítica se proyecta sobre el terapeuta un aspecto adicional mágico y en cierto modo omnipotente que confiere a menudo a sus palabras, aun a las más inocentes según él, una eficacia insospechada.

Y finalmente, es precisamente para estos individuos faltos de contactos y temerosos de los contactos que el terapeuta puede adquirir en la situación clásica, cuando alguna vez se le dirigen, un peso tal, tanto en el sentido positivo como en el negativo, que toda palabra, pronunciada o no pronunciada, es susceptible de provocar reacciones insospechadas. La idea de la neurosis de transferencia "cultivada", tal como se desarrolló para los pacientes histéricos y compulsivos, debería discutirse en mi opinión, en relación con las neurosis narcisistas, porque la repetición de los antiguos problemas relativos al terapeuta representa aquí otra cosa que allí. En las neurosis narcisistas conduce demasiado a una miseria pasada, a situaciones sin esperanza, porque aquí —si nuestra idea teórica de su génesis es correcta— no podemos echar mano a algo positivo, que se dejara resolver o aflojar, como es el caso, por ejemplo, con las personalidades compulsivas. Además, estas personalidades y las histéricas se hallaban ya referidas, en la edad en que se desarrolló la enfermedad, a diversas personas, y de ahí que su transferencia sea distinta. Cuando en los depresivos y los esquizoides se logra una transferencia, ésta es en cierto modo total, y con ello se confiere al terapeuta un poder del que no nos damos cuenta cabal, si aplicamos aquí los criterios obtenidos con los pacientes histéricos y compulsivos. Porque es el caso que los pacientes esquizoides y depresivos regresan a la relación original de madre-niño, o quieren recuperarla, y si se llega a semejantes regresiones prematuramente, pueden provocarse acaso empujones o impulsos suicidas, susceptibles tal vez de evitarse. Así, pues, me parece a mí más importante, en el caso de los pacientes esquizoides y depresivos, trabajar primero en vista de una relación, en lugar de una repetición de transferencia, que aquí por las razones aducidas, demoniza fácilmente la relación entre el terapeuta y el paciente.

De ahí que me parezca particularmente importante, en el caso de los individuos esquizoides, abordar y tratar en ellos tempranamente todo aquello que pueda ayudarles a reconocerse a sí mismos en su acción sobre el mundo y a comprender, en consecuencia, la conexión entre sus actitudes inconscientes y las reacciones del mundo a las mismas. Desde su lejanía sin referencias y en ausencia de contactos, el esquizoide no se da cuenta de cómo actúa sobre los demás, y recibe por consiguiente las reacciones del mundo circundante con poca comprensión de hasta qué punto las haya provocado él mismo con su comportamiento, de lo que resulta uno de sus *circuli vitiosi*. En efecto, debido a que no se percata de que crea él mismo, con su conducta, la constelación de las reacciones del mundo circundante, sino que en cierto modo sólo percibe los efectos de ellas sin referencia alguna, las interpreta erróneamente y experimenta o vive el mundo como fundamentalmente hostil y repelente, hasta la obsesión, lo que lo empuja luego hacia sus agresiones, que se le antojan necesarias. Considero, en consecuencia, como muy importante abordar estas actitudes de los esquizoides cuanto antes y procurar que se les hagan conscientes. Esto les permite reconocer conexiones entre su propia conducta y el mundo circundante, lo que podrá acaso actuar en forma extraordinariamente liberadora y hará inclusive posible, en ocasiones, un primer intento de reacción positiva. En la comprensión de la propia actitud frente al mundo salen también siempre a la luz conexiones biográficas acerca de cómo y por qué uno ha llegado a ser como es.

Además, en el tratamiento de esquizoides he obtenido siempre también buenos resultados dejando caer como de paso, "tangencialmente", interpretaciones de sueños, de comportamiento, etc., lo que, según creo, recomienda ya también Schultz-Hencke. Si producen efecto, tanto mejor, y si no lo producen, tampoco ocasionan daño alguno, en tanto que el insistir en ocurrencias o en interpretaciones propias es susceptible de provocar temores o resistencias innecesarios.

En el esquizoide, el impulso simpatizante regular y uniforme, y ante todo el carácter auténtico de la simpatía, es, sin duda alguna, lo más importante; en efecto, "detrás de los bastidores", esto es, en forma callada y apenas perceptible, se produce en ellos a menudo mucho más de lo que suponemos. Tal parece como si las observaciones, hechas al parecer a la ligera, actuaran como grano de sal y, en un momento dado, se juntaran para dar, a la manera de un cristal, algo nuevo. Es, pues, a partir de tales experiencias que me vino la idea de apelar en estos trastornados de primera hora más a lo que también en ellos constituye, después de todo, una disposición, a lo entelequial en cierto modo, en lugar de atribuir valor exclusivamente a la repetición de transferencia, puesto que, en realidad, no han podido realizar determinados aspectos de sus disposiciones.

Así, por ejemplo, hubo de sorprenderme que una paciente esquizoide con cuyo análisis no acababa yo de sentirme satisfecho, porque en mi opinión "ocurría" demasiado poco que fuera tangible, empezara de repente a poder hacer cosas, que anteriormente le habrían sido imposibles, sin que éstas hubieran sido analizadas en detalle. En esto es en lo que comprendí que rigen en tales pacientes leyes del curso analítico distintas de aquellas a las que estamos acostumbrados en los pacientes histéricos o compulsivos. Si logramos despertar en ellos la fuerza integradora del sentimiento, estos

pacientes recuperan a menudo lo atrasado en forma sorprendentemente rápida, aunque el terapeuta tenga la impresión de que no ocurre nada, porque subestimamos por una parte la delicadeza del acontecer interior, y porque ellos no pueden expresar, por la otra, sus experiencias afectivas, o sólo lo pueden con dificultad.

También la cuestión de la densidad de las sesiones ha de considerarse en ellos; por mi parte, procedo aquí con cierta elasticidad, porque he tenido la impresión de que las horas demasiado densas —por muy indicadas que puedan ser en otros casos— exigen a menudo de estos pacientes demasiado, pueden representar acaso un acercamiento y un debate excesivos y ser, en conjunto, contraproducentes, toda vez que sólo lenta y paulatinamente se van haciendo capaces de dejar que alguien se les acerque. De 4 a 5 horas semanales regulares como norma pueden conducir a menudo a un penoso trabajo en el vacío, susceptible además, acaso, de leerse o interpretarse como resistencia del paciente.

Así, pues, en conjunto, trato en el esquizoide de despertar cuanto antes lo que lleva congénitamente en potencia, y trabajo de cara al presente y al futuro, para ayudar a llenar los antiguos vacíos de vivencias. El hacer revivir los antiguos sentimientos de odio y desesperación sólo me parece ser necesario, inicialmente, de modo limitado; como que se trata menos, en ellos, de la liberación de represiones y cohibiciones que de la recuperación de algo omitido. Una vez que se ha obtenido con ellos una porción de contacto, las agresiones, etc. ulteriores se presentan de otro modo, menos demoniacodestructivas, y pueden expresarse, en consecuencia, con menos temor y sentimiento de culpabilidad e integrarse más fácilmente; además, no llevan tan fácilmente al paciente a la situación sin esperanza de experimentar *simultáneamente* sentimientos de odio y de necesitar al terapeuta y de sentir por él algo de simpatía, que es en lo que tales análisis fracasan tan fácilmente. La presencia simultánea de afectos y sentimientos contradictorios puede luego resolverse más fácilmente en una sucesión, lo que facilita la elaboración.

En el depresivo, en cambio, parto de la idea de que ha desarrollado demasiado poco "yo" y vive en cierto modo por completo en el tú, en un estado de dependencia extrema y, en contraste con el esquizoide, su temor consiste en vivir su propio ser, por miedo de perderlo. Porque es el caso que el miedo de la pérdida del objeto no es más que el reverso de la medalla de la debilidad del yo. Así, pues, trato de abordar pronto todo lo que puede reforzar y apoyar el desarrollo del yo, la formación del yo. En el caso del paciente depresivo renuncio también a menudo inicialmente a la posición tendida: aquí, porque creo que aquél no está a la altura de la situación analítica, toda vez que es permanecer tendido, proceder a asociaciones libres, etc., o sea, pues, el conformar una situación extraordinaria y nueva, no le resulta posible en ausencia de todo modelo. Acostumbrado solamente a cumplir a manera de eco lo que los demás esperan de él, se encontraría totalmente desamparado, en tal caso, a lo que, dada su estructura, habría de responder con miedo y sentimiento de culpabilidad, con sentimientos de inferioridad y resignación, que al principio se le deberían evitar, porque esto no haría más que grabar más profundamente en él aquello precisamente de que queremos liberarlo. Como que ha debido sacrificar —las más de las veces por amor de la madre—

el desarrollo de su ser propio. De ahí que, al principio de los análisis de los depresivos, volvamos siempre a oír regularmente de nuevo preguntas como "¿Qué es lo que debo hacer ahora? ¿Qué quiere usted saber de mí?", y otras por el estilo; o bien callan primero simplemente, lo que aquí no constituye resistencia, sino verdadero desamparo, y es expresión precisamente de esta falla de poder ser sujeto. Si partiendo de la idea del condicionamiento oral de la depresión tratáramos de obtener demasiado material de la fase temprana, también esto constituiría una demanda excesiva, porque dicho material sólo se deja recordar, si es que se deja siquiera, tardíamente y con dificultad. En cambio, existen actitudes más fáciles de recordar y comportamientos actuales, en el sentido anteriormente descrito, en relación con personas de referencia anteriores y presentes, y también en la transferencia, por supuesto, que se dejan abordar y llevar a la conciencia con mayor facilidad, y la apelación al no poder ser sujeto es eficaz, según mis experiencias, desde el principio. A través del análisis de tales comportamientos, obtenemos paulatinamente material temprano suficiente y, también aquí menos demonizado y menos cargado de sentimientos de culpabilidad, fortalecedor al propio tiempo del yo, porque la demonización de los impulsos del ello o las exigencias del superego son ya, de hecho, la contrapartida de la debilidad del yo. Así, pues, abordo en tales pacientes, ya tempranamente y en todas las ocasiones que se presentan, el temor de arriesgarse a ser sujetos.

La situación analítica puede acaso aumentar en el depresivo el miedo existente de la pérdida del objeto y los sentimientos de culpabilidad hasta una docilidad que cabe interpretar erróneamente como éxito o que, si hemos empezado por ponerla, hemos de volver luego a analizar y resolver. La propensión a la introyección del objeto, descrita en los depresivos, me parece constituir ya un intento enderezado a desarrollar, en la dirección de la autarquía independiente, el "antipolo esquizoide" que les falta. Porque es el caso que, cuando he logrado introyectar un compañero, se me ha hecho finalmente imposible de perder: se ha hecho yo, o yo me he hecho él. Cabe pensar aquí en el mote de Goethe: "Si yo te quiero, ¿a ti que te importa?", lo que quiere decir, efectivamente, que queremos más nuestro sentimiento hacia el otro que a éste mismo o, respectivamente, que nos lo hemos introyectado a tal punto, que ya no se nos puede perder y, en esta forma, poseen los sentimientos hacia él un pedazo de eternidad, porque ya sólo dependen de nosotros mismos: forma típica de la relación del depresivo con el compañero, que ése repite también, por supuesto, en la transferencia. En los depresivos me parece, pues, ser más decisivo, sintomáticamente, el temor de la pérdida y la renuncia del propio ser o, respectivamente, la voluntad de no arriesgarlo.

Debido al temor de la pérdida y a la debilidad del yo, las sesiones densas revisten importancia en el depresivo también a causa de la dificultad que le es inherente de establecer una continuidad de una sesión a otro. También para recordar, en efecto, se requiere un sujeto capaz de apropiación. Debido al temor de la pérdida, los pacientes depresivos propenden en ocasiones a pagar los honorarios por adelantado y por cierto tiempo, deseo al que suelo plegarme, ya que el hecho de poder contar por tanto tiempo con el terapeuta, les confiere un sentimiento de seguridad. El importe de los honorarios ha de

convenirse con ellos exactamente, porque también en esto hacen fácilmente más de lo que pueden o se dejan explotar con facilidad. En ocasiones, a causa de la ruptura del recuerdo, podrá acaso ser bueno, en relación con el proceso psicoanalítico, hacer que el paciente escriba en la casa una especie de resumen de cada sesión; esto es susceptible de apoyar la continuidad del proceso, de actuar como refuerzo del yo, y de proporcionar un control de lo que ha llegado hasta el paciente, así como de lo que ha olvidado o eliminado.

También en el depresivo creo yo que el hacer revivir las desesperaciones y las frustraciones tempranas por medio de un procedimiento preponderantemente retrospectivo resulta peligroso, antes de cierto fortalecimiento del yo; si en el caso del esquizoide esto amenaza con conducir a impulsos, en el caso del depresivo puede inclusive llegarse al suicidio. De ahí que, en su caso, yo insista inicialmente más en el aspecto cotidiano y en su comportamiento en el análisis, para mostrar aquí las lagunas, etc., a partir de cuya comprensión y dominio el yo pueda fortalecerse gradualmente y pueda el yo fortalecido elaborar luego más fácilmente el pasado.

En el trabajo sistemático del aspecto cotidiano desempeñan un papel importante las situaciones germinales, según he propuesto llamar aquellos lugares³ en los que vuelve siempre a presentarse el peligro para el paciente, según su estructura y su destino, de grabar su neurosis, a través de comportamientos estructuralmente específicos, un trecho más adentro, pero también con la oportunidad simultánea de amortiguarla por medio de una nueva respuesta creadora. El rastrear, reconocer e interpretar tales situaciones germinales presenta la ventaja de que en ello se trabaja en cierto modo siempre en el lugar de sutura donde concurren el pasado y el presente, donde se reflejan en la actualidad cotidiana, las elaboraciones de vivencias adquiridas en la primera infancia y las influencias convertidas en actitud general, y donde se hace al propio tiempo perceptible el factor X del individual destino único, tan difícil de captar, pero terapéuticamente tan fecundo si se logra captarlo, que es el que proporciona al paciente el sentimiento de la verdadera comprensión. Por supuesto, en la transferencia, las situaciones germinales se disponen también en constelación o, respectivamente, la situación germinal abarca también la transferencia y brinda la posibilidad de analizar el problema de la transferencia, sin necesidad de dejarla crecer excesivamente.

Toda neurosis tiene sus situaciones germinales típicas, que yo quisiera ilustrar todavía, en relación con las personalidades esquizoideas y depresivas, por medio de algunos ejemplos (expuestos con mayor detalle y también en relación con las demás formas de neurosis en el trabajo hace un momento citado).

En el esquizoide, éstas se encuentran ante todo en el *ad-gredi*, en el temor de la proximidad y la dependencia y en la acentuación autoconservadora de su carácter único. En la vida, esto puede presentarse bajo la siguiente forma: "desembrace" inmediato e. a. cuanto alguien se le acerca a uno demasiado; esto puede conducir hasta un retraimiento que se expresa en lo somático en forma de una rigidez a manera de máscara y en otras contracciones. Una paciente

³ "Ueber neurosenspezifische Anwendung der psychoanalytischen Technik" ("De la aplicación específica de la técnica psicoanalítica a las neurosis"), *Psyche*, VI, núm. 6.

tenía la sensación de que su cara se convertía en hielo cuando se encontraba en compañía de otras personas, y creía que se le debía haber helado alguna vez, por lo que se proponía ir a ver a un dermatólogo. Menosprecio y odio allí donde existe el peligro de simpatía, lo que se aprecia a menudo en la transferencia. Sexualización inmediata, sin transición, de relaciones de contacto, porque las relaciones puramente sexuales no penetran muy a fondo, y el compañero únicamente sexual es intercambiable. En esta forma por ejemplo, evitó siempre un paciente la auténtica relación afectiva incipiente con una muchacha por medio de relaciones sexuales prematuras, que no tardaban luego en aburrirle y le hacían ir en busca de otras muchachas, con las que volvía a experimentar lo mismo, cosa que en cierto modo se ha convertido hoy también en un problema colectivo. Por otra parte, una mujer sólo podía entregarse a un hombre si sabía que la relación sería breve —porque vivía en otra parte—, con lo que no se daba el peligro de una unión verdadera. Acentuación del carácter único del yo, en tanto dignidad y libertad de persona incomprendida, y en tanto querer distinguirse del "vulgo", lo que puede adoptar todos los grados del individuo singular, en el vestir, el género de vida, etcétera. Temores e incertidumbres evitables, porque en situaciones nuevas no se puede preguntar, por orgullo, falta de contacto o distancia, cómo los predecesores, por ejemplo, han resuelto el problema. Así, por ejemplo, una paciente se encontró, en ocasión de un ascenso importante al servicio del Estado, con grandes temores e ideas casi paranoides, porque trató de salir adelante de la nueva situación por sí sola, sin contacto alguno con colegas. Con ello se granjeó además la fama de arrogante, complicándose así todavía enormemente la nueva situación y la nueva función, para las que por lo demás estaba perfectamente capacitada, hasta llegar casi a fracasar. Solución de problemas de contacto mediante intuición (hasta la proyección y la imaginación), o mediante elaboración intelectual unilateral como posibilidad de orientación en el mundo, manteniendo la distancia, de donde amplia inseguridad, por falta de contacto directo y falta subsiguiente de certidumbre intuitiva, acerca de lo que sea efectivamente real y de lo que tal vez no sea más que "imaginación". Autoobservación sobrevalorativa, "vigilarse" hasta una egocentricidad extrema, por estar constantemente a la defensiva, lo que puede conducir hasta un aislamiento pronunciado y una soledad heroica, y hasta la amargura y la misantropía.

Si nos encontramos, pues, en presencia de tales situaciones germinales —que se dejarían multiplicar, por supuesto, fácilmente—, abundantes en amplitud y contenido; si vemos al paciente al vivo en su medio y percibimos al propio tiempo en el trasfondo su evolución pasada, que en las situaciones germinales transparente en cierto modo, entonces podemos trabajar en los múltiples lugares de sutura en los que está en contacto con el mundo en torno suyo —su libido "permanece en circulación", en lugar de fluir solamente en la transferencia, lo que, en mi opinión, puede resultar a menudo peligroso, afuera, para las personas de referencia del paciente, porque estas relaciones no hacen luego más que empobrecerse en mayor grado todavía—, y si al propio tiempo tratamos siempre conjuntamente la parte sana de la personalidad, en la oportunidad anteriormente señalada, que se encuentra en la situación germinal, esto crea un clima terapéutico que es favorable a los



procesos de maduración ulterior y no exige tan fácilmente demasiado del paciente.

Las situaciones germinales típicas de los depresivos están ante todo en el no arriesgarse a ser yo y en el temor de la pérdida directamente relacionado con ello. En la vida cotidiana pueden presentarse acaso en esta forma: filtrado, desvalorización y escotomización de estímulos, política de las uvas verdes, todo lo cual puede comprenderse bajo el aspecto de renunciaciones y resignaciones prematuras. En efecto, cuando se cree no poder realizar de todos modos los deseos e impulsos, el no poder vivirlos, entonces la no admisión de estímulos facilita la renuncia, sólo que esto se paga, entre otras cosas, con un oscurecimiento del mundo y con depresiones. Considero como muy importante el explotarse a sí mismo y el dejar explotarse crónicos, que se convierten a tal punto en segunda naturaleza del paciente, que trascurren en forma de reflejo y ya ni siquiera se perciben conscientemente (recuérdese el ejemplo de la bailarina). Se relaciona íntimamente con ello el no poder tomar y exigir en el momento oportuno, así como la inseguridad acerca de qué pueda exigirse y dónde. Así, por ejemplo, se atrevió un paciente, después de una labor analítica bastante prolongada, a solicitar de su jefe un aumento de salario, por lo demás plenamente justificado, y se maravilló de obtenerlo, lo que sin duda alguna habría sido ya posible anteriormente y le habría ahorrado muchos resentimientos y sentimientos de inferioridad. La orientación a manera de eco respecto del compañero y el haber de satisfacer todas las expectativas, verdaderas o supuestas de éste, es uno más de los motivos de que los depresivos "puedan" todavía con un solo individuo, pero se sientan, en cambio, desamparados y desesperados en el caso de varios, porque resulta imposible satisfacer los deseos divergentes de todos ellos. La propensión a la ideologización y la idealización a título de protección contra los propios impulsos agresivos, a causa de los sentimientos de culpabilidad concomitantes, y también porque no se puede cortar la rama sobre la que se está sentado o sea, pues, porque no se cree poder amar a alguien y, al propio tiempo, servirse de él y reconocer sus fallas. El no poder odiar y la falta de imaginación, en estas conexiones, para lo malo en el otro, con lo que precisamente se crea a menudo en él la constelación correspondiente: autocompasión, hasta el masoquismo, como sustitutivo de satisfacción.

Así, por ejemplo, un paciente judío no quería sencillamente percatarse de cuál era la situación en el Tercer Reich, insistía en que no había hecho nada malo a nadie y que era un buen alemán; se negó a emigrar, y acabó luego en la cámara de gas de Auschwitz: el tiempo disponible no había bastado para elaborar un aspecto más realista de la situación.

Una identificación prematura con el compañero en cada caso, el ver las cosas, por ello, siempre principalmente desde el punto de vista del otro, el ponerse en su lugar, etc., lo que conduce cada vez en mayor grado a ver las propias conveniencias y los propios intereses demasiado tarde, etc.

Las situaciones germinales se remontan muy adentro en la infancia, constituyen al propio tiempo focos grávidos de destino en el proceso de la vida, empalmes de problemática y desarrollo individuales, y corren a todo lo largo tanto de la vida cotidiana del paciente como de su actitud analítica. Si se las aborda analíticamente, se las hace conscientes y se trabaja siempre en aquel

lugar de sutura que según mis experiencias llega a ser muy fecundo, porque el reconocimiento y la comprensión de las situaciones germinales despiertan siempre en el paciente su fórmula propia específica, la evolución de su destino pasado, que hemos de trabajar ahora en unión de él, y que, al lado del descubrimiento y la elaboración del pasado, lo subconsciente y lo reprimido, refuerza siempre al propio tiempo el yo, desdemonizando en esta forma el mundo... en la medida en que se trata de demonización neurótica.

Voy a tratar ahora, para terminar, de mostrar, con apoyo en la introducción de un tratamiento —las 5 primeras horas—, cómo lo dicho sobre la modificación de la técnica clásica puede resultar fecundo. He escogido la introducción de un tratamiento, por una parte por motivos de tiempo y, por la otra, porque en el caso de los pacientes esquizoideos y depresivos tales modificaciones son a menudo precisamente imprescindibles, en mi opinión, al principio del tratamiento. He escogido para ello un paciente depresivo, porque, debido a los procesos más sutiles y difíciles de captar, la exposición con base en un esquizoide se me hace mucho más difícil.

Un médico practicante me envía un paciente de 56 años de edad, a causa de angiofobia, depresiones, llanto convulsivo y otros estados fóbicos (agorafobia y claustrofobia), además de insomnio. El paciente había permanecido cierto tiempo en una clínica a causa de las depresiones (a continuación del tratamiento de un infarto cardiaco), y había hecho una cura de insomnio con Megafén. Después de ello se sintió peor, y se propone hacer ahora una cura de Bogomoletz, que alguien le ha recomendado; una vez terminada ésta —aproximadamente dentro de unos tres meses—, quiere probar un análisis, como se lo aconseja su médico.

En la primera sesión, el paciente parecía poco accesible; la mayor parte del tiempo le rodaban las lágrimas cara abajo, y se sentía manifiestamente poco inclinado hacia el análisis, que no le decía nada. Por mi parte me sentía muy escéptico acerca de sí, transcurrido el trimestre en cuestión, volvería o no a comparecer, y hablé con él, en esta primera sesión de toma de contacto, de sus expectativas a propósito de un tratamiento psicoterapéutico y de su método y le propuse un periodo de prueba. Pasados los tres meses, ha terminado su cura de Bogomoletz y se presenta efectivamente en el consultorio. La cura no le ha producido mejora alguna; sigue teniendo angina de pecho y llora al contármelo, por lo que se disculpa. Su insomnio tampoco ha mejorado: sólo consigue dormir con hipnóticos, y cree que todo será en vano y que nada se puede hacer con él, lo que provoca nuevo llanto y se le ve la cara toda hinchada.

El paciente es un comerciante: manifiestamente un hombre honrado y activo, que ha progresado y ha alcanzado, con su trabajo, cierto bienestar. La mayor parte del tiempo ha gozado de buena salud; nunca antes había tenido algo por el estilo. Ha trabajado siempre con ahinco y rara vez se ha permitido algo: reposo, vacaciones, etc. Lleva 30 años de matrimonio y tiene tres hijas solteras, de 16, 18 y 25 años respectivamente; las relaciones conyugales son buenas. Tiene un solo hermano, 5 años mayor que él, que enfermó alrededor de los 20 de esquizofrenia. Durante el relato de esta sesión, las lágrimas le vuelven a correr, solloza y me asegura: "No puedo remediarlo, me viene así, sobre todo desde la cura de insomnio".

Lo difícil era, en este caso, la edad del paciente y su sintomatología orgá-



nica, y su escepticismo a propósito del análisis; además me parecía discutible hasta qué punto era todavía suficientemente plástico a su edad, en qué medida era todavía susceptible de contacto, con su sintomatología y, finalmente, la depresión era tan intensa, que al principio no encontré hacia él acceso alguno. Lo único que me parecía favorable era que, hasta allí, el paciente parecía haber estado bien adaptado a la vida y haber tenido éxito, y que, aparte del hermano esquizofrénico y en la medida en que se la podía seguir anamnesticamente, su vida no contenía datos desfavorables. Así, pues, la personalidad premórbida parecía en gran parte intacta. Mi primer juicio fue en consecuencia, el de una depresión aguda debida a la edad, en relación, probablemente, con la enfermedad cardíaca y las ideas o los temores de muerte concomitantes, y mi primer propósito fue el de entrar más en la actualidad que, en toda su extensión, en la génesis.

En la primera sesión me cuenta que el médico con el que ha hecho la cura de Bogomoletz es enemigo de la psicoterapia; que también se había ocupado durante cierto tiempo de ella, pero lo había dejado, porque mediante el psicoanálisis no se hace más que buscar siempre nuevas explicaciones de los síntomas. Pregunta si su cosa cardíaca puede efectivamente relacionarse con el estado psíquico (lo que el médico que me lo mandaba había considerado como una de las posibles causas, tal como se lo había indicado al paciente). Le indiqué simplemente que también en las enfermedades de esta clase no podía tratarse de responder con un sí o un no, y que el tiempo de prueba convenido tenía precisamente por objeto descubrir las conexiones psíquicas posibles. A lo que él añadió que iba a decirme ahora algo muy íntimo (llora más fuerte); que desde hace algunos años es las más de las veces impotente. Su matrimonio es muy feliz —dice—, y siente en el alma las molestias que causa a su esposa con su enfermedad y por el hecho de no poder cumplir con sus deberes sagrados.

Para mí, esto fue de momento un giro inesperado; por una parte, en efecto, me daba ya con ello una respuesta indirecta acerca de las causas psíquicas posibles de sus síntomas cardíacos, etc.; y el propio tiempo me llamó la atención, por supuesto, la contradicción entre el matrimonio feliz y la impotencia, así como su curiosa formulación de los "deberes sagrados" y de "las molestias" que causaba a su esposa con su enfermedad. Con la idea de enunciar las conexiones que él no percibía, dije que la impotencia no era solamente un síntoma somático, sino también un síntoma orientado, referido al compañero, y le pregunté si por ventura le irritaba o molestaba algo en su esposa. Replicó que ella consideraba simplemente que había llegado ahora a la edad en que los hombres se vuelven impotentes, pero sin adoptar él mismo una posición propia.

En consecuencia, procuré romper primero lo "endógeno", lo no situacional, de su depresión, haciéndola comprensible en su origen, ya que hasta el presente él sólo se había percibido a sí mismo como objeto de ella, tratando al propio tiempo de abordar la parte de su impotencia referida a su esposa. Por un lado, con objeto de aflojar así su idea de procesos puramente somáticos y, por el otro, para atraer en mayor grado al análisis la relación con su esposa, toda vez que, a partir de sus comentarios, era de presumir que la relación recíproca de ambos pesaba mucho en sus síntomas, así como, finalmente, para conseguir una corriente que fuera al análisis, y ya no solamente a la depresión, con lo

que esperaba poder evocar al propio tiempo agresiones ocultas como fuerza contraria de las depresiones. Por supuesto, mucho de esto tuvo lugar en forma más bien instintiva y subconsciente de lo que parece en la exposición retrospectiva.

Después de esta conversación acerca de la impotencia, se le ocurre su primer sueño hasta la hora presente: "Tengo una erección y trato de mantenerla hasta que regrese mi mujer, que no está en casa". Tampoco a instancia mía se le ocurre nada más, sino que vuelve a repetir siempre que desde hace un par de años es generalmente impotente: al proceder a la *immisio*, la erección cede; él mismo sólo experimenta necesidades sexuales raramente.

Con objeto de fecundar la oferta del sueño, me sirvo del texto como pregunta: ¿Por qué no está su mujer, cuando experimenta un deseo sexual? ¿Por qué permite que no esté, cuando tiene una erección? Para facilitarle la expresión, pregunto todavía si su mujer ha sido la única en su vida. Sí; la conoció a los veinte o veintiún años y se casó con ella tres años después. Más adelante ha tenido en una ocasión una relación amorosa con una muchacha; ésta era el tipo opuesto de su mujer, mucho más activa. Su esposa ha sido siempre pasiva: él se ve obligado a tomar toda la iniciativa, también en cuanto a la vida amorosa. Se le ocurre además que tuvo su primer ataque cardíaco, con fuertes crisis de angustia, hace ya diez años; asistía con su esposa a una opereta y, al ir a encender un cigarrillo durante el intermedio, le dio un temblor convulsivo y a continuación un colapso nervioso, seguido de permanencia en la clínica; el médico dijo en aquella ocasión que la cosa se debía a un exceso de trabajo. Al final de la sesión, propongo otra para el día siguiente, con objeto de poder partir de lo que se había iniciado. A lo que contesta que conoce a alguien que se somete al análisis desde hace ya años y se ha vuelto totalmente dependiente de éste, y él teme que esto le pueda ocurrir a él también; insisto en la importancia de un trabajo más denso al principio, mientras el análisis se haya puesto en marcha, y convenimos la próxima sesión para el día siguiente.

En esta *segunda sesión* aporta el siguiente sueño: "Yo y tres hombres más estamos haciendo gimnasia; llega una mujer, suspendemos nuestros ejercicios y nos entretenemos". Se le ocurre, en relación con ello, que anteriormente había sido muy adicto al deporte, que había practicado el de remar, sobre todo, y había participado también en competencia. Abordo la llegada de la mujer y la suspensión de los ejercicios en forma de pregunta. Relata que su esposa lo critica a menudo cuando, estando en sociedad, habla demasiado alto y se comporta con demasiada libertad; y en general, siempre tiene algo que criticarle: esto se le había ocurrido todavía posteriormente —dice—, en relación con mi pregunta acerca de si algo le estorbaba en su mujer. Por lo demás, su esposa también es hostil al análisis; no puede creer que sus achaques sean de origen psíquico. En 1935, tuvo, a consecuencia de una supuración, una operación de sinusitis frontal y, casi al mismo tiempo, su mujer una operación de apéndice. En aquellos días se vieron muy apurados, todo dependía (solloza y tiembla fuerte) de un hilito y de la gracia. Al final de la sesión me pregunta todavía qué es lo que deba decir del análisis a su mujer, que desea estar al corriente de éste y de lo que en él se habla. Me muestro sorprendido al respecto y le digo que no es deseable, para nuestro trabajo, contar a otros algo acerca del análisis, porque esto suele abrir canales laterales. Convenimos en dos se-

siones semanales fijas y en un periodo de prueba de 15 sesiones. En esta sesión había contado todavía que siempre se había entendido bien con su padre, pero que su madre, en cambio, estaba siempre descontenta, siendo además muy exigente, y que sus relaciones con ella no habían sido tan buenas. Había experimentado por primera vez estados de excitación como aquellos al disputarse los padres a propósito de los estudios de su hermano; en cuanto a él, era pesimista y sólo esperaba siempre lo peor: esto había sido así desde siempre (sollozo y tiembla).

A la tercera sesión aporta el siguiente sueño: "Me encuentro con mi mujer en las inmediaciones de Francfort. Hacemos un paseo por el bosque y entramos en un restaurante moderno con jardín. Digo que allí todo es más bonito y moderno que en Munich y el valle del Isar". Ocurrencias: en Francfort había conocido en una ocasión, hacia unos 15 años, a una mujer; fue con ella a una habitación, donde ella se desnudó y quería seducirlo. Pero él no quiso saber nada y rompió aquella relación, porque le resultaba demasiado peligrosa. Había frecuentado anteriormente la escuela bíblica y había sido educado en conjunto con un pronunciado sentido moral. Le invito a nuevas ocurrencias en relación con su mujer, toda vez que ha soñado con ella. Dice que probablemente había sido demasiado blando; por amor a ella había renunciado a su velada de naipes y a la amistad con sus compañeros porque ella era del parecer que en esta forma, tenían demasiado poca vida familiar. Señalo la afinidad del tema con el otro sueño, en el que los hombres suspenden sus ejercicios a la llegada de la mujer, con la indicación superficial de que esto podía también referirse a la actitud de su esposa a propósito del análisis. Sigue diciendo que ahora se pasa la mayor parte del tiempo sentado en la casa; últimamente se había enojado con su mujer: quería ir a buscarla, pero ella había charlado interminablemente por teléfono con una amiga, lo que, por lo demás, hacía con frecuencia. Como asustado por esta agresión (¡situación germinal!) prosigue en seguida: está tan preocupado por ella, tiene mal semblante y, con todo, ajetea tanto; dice que él se esfuerza mucho para hacerle la vida más fácil a su mujer, con la falta (¡quiso decir con el resultado!) de que se había ablandado. Nunca se muestra desnuda ante él (por esto, pues, Francfort es más moderno), sus relaciones sexuales sólo tienen lugar en la semioscuridad y, además, ella sólo se descubre la parte inferior del cuerpo.

A partir del sueño y de sus ocurrencias, trato de hacerle ver algunas situaciones germinales: adaptación excesiva y renuncia a los impulsos propios, irritación al propósito, que él reprime, pero que se transforma, en parte, en sentimientos de culpabilidad y, a continuación, en compasión y preocupación excesiva por su mujer, así como en autocompasión. Esto lo pone pensativo y luego dice que su mujer lo obliga ahora a abstenerse de la sexualidad, porque ésta podría perjudicarle físicamente. ¿Será efectivamente peligroso, con sus achaques cardiacos? Le pregunto a mi vez si no es acaso precisamente su ascetismo lo que lo perjudica y el sentimiento de pertenecer al hierro viejo, o sea esta prudencia consigo mismo. ¿Y probablemente ha experimentado también, desde su infarto, una buena dosis de temor de morir, que tal vez él no se confiese?

Abordé estas conexiones tan tempranamente y traté de hacérselas conscientes, porque a la luz de las mismas sus formas de elaboración neurótica eran

muy claras y se le podían demostrar manifiestamente, y porque en estos lugares podía al propio tiempo estimularse siempre la parte sana de su personalidad. Así traté, pues, de separar las ideas falsas de los trastornos "puramente orgánicos", porque aquí empezaba a marcarse un proceso hipocondríaco o, respectivamente, se había grabado ya; por otra parte es bien sabido que, en el caso de trastornos psicósomáticos, la alusión interpretativa temprana a conexiones psíquicas constituye a menudo una especie de terapéutica de estímulo. Abordé tan tempranamente la posibilidad del carácter perjudicial de su ascetismo, porque a través de sus ocurrencias y relatos oía yo resonar el "sadismo inconsciente" de su mujer, que, al igual que en él mismo, se ocultaba tras la preocupación solícita, y porque suponía que esta primera enfermedad sería (el infarto) había de haber provocado, a su edad, pensamientos de muerte que él reprimía, pero que amenazaban ahora con convertirse hipocondríacamente en prudencia excesiva, abstenerse de todo, etc., lo que provocaba luego nuevas depresiones y éstas, a su vez, nuevos síntomas o refuerzo de los ya existentes, etc., etc., en lo que la potencia en receso y la actitud de su esposa frente a ello jugaban un papel particular.

A la palabra de estímulo "pensamientos de muerte", convino: su esposa sabía que, a partir de su asunto del corazón, no podía oír hablar de la muerte, pese a lo cual el día anterior le había leído algo acerca de una estadística de enfermedades y casos de mortalidad, a lo que él se había tapado disimuladamente los oídos (o sea, pues, que no la rogó que no siguiera adelante, ni encontró tampoco otra actitud más madura u otra cosa por el estilo). Para terminar la sesión, vuelvo a abordar el tema de su adaptación excesiva y del rencor, de ella resultante, contra aquélla por amor de la cual tanto sacrificaba, como una de sus situaciones germinales, de la que había de resultar inevitablemente el *circulus vitiosus* de rencor—sentimiento de culpabilidad—actitud expiatoria y autocastigo. Se declara de acuerdo, dice que así es exactamente, y pregunta si sesiones más frecuentes podrían acaso perjudicarle; por razones de tiempo no pude concederle más que las dos horas semanales convenidas.

A la cuarta sesión viene más animado; dice que después de la sesión anterior se ha sentido mejor, que vuelve a tener ya más confianza en la vida, y que en la casa se había mostrado más enérgico, lo que no le había gustado a su mujer. Añade que le llamó la atención que las convulsiones coronarias se habían presentado a menudo después de situaciones en las que se había comportado más libremente, y que esto tenía efectivamente el aspecto de un autocastigo, tal como lo habíamos hablado ayer. En los últimos tiempos ya ni se había atrevido a acercarse a su mujer, porque ella decía que podría darle otro ataque. Pese a lo cual, el día anterior se había arriesgado a un acto conyugal, a título de prueba, y le había sentado bien; dijo que había mejorado también de su agorafobia y que dormía también mejor. Por supuesto, no percibía todavía el conjunto de las conexiones de las ocurrencias aportadas.

Su sueño de esta hora: "Veo ante mí una mujer grande, con un escote dorsal, que es más exigente en su actitud de lo que le corresponde cuando se la ve de cara; y a su lado otra mujer, algo más blanda; las dos miran fijamente, inmóviles, a un joven oficial de aviación". La mujer grande, dice, es su madre, y la otra su esposa. De niños, él y su hermano habían estado sentados juntos en el sofá con la mamá, y ésta se quejaba de algo a propósito del



padre. En relación con el "oficial", vino esto: éste había sido el ideal de hombre de la madre y la esposa. Luego vuelve a hablar de su mujer, repite que le gusta comadrear y que nunca tiene la comida en la mesa a la hora debida; que él "ya no decía nada"; que según ella no salían lo bastante juntos, y por esto él llevaba la cuenta, para demostrarle que a menudo habían salido dos o tres veces a la semana. Durante la pubertad se había refugiado en la escuela bíblica, porque no lograba dominar sus problemas. Me ruega que le describa una vez más lo que quería decir ayer con aquello de la adaptación excesiva y del *circulus vitiosus* resultante: ello le había ayudado mucho. Le describo una vez más que, en el fondo, nos hemos de enojar, en el caso de adaptación excesiva, con la persona por amor de la cual sacrificamos tanto, y señalo que esto es también su problema y no solamente el de su mujer (de sus exigencias), y que, si se impone de una manera más clara y adecuada y no le concede tantos derechos, tendrá también menos motivos de rencor contra ella.

Con esto me proponía yo promover su ser sujeto y su actividad, previniendo, al propio tiempo, que en adelante viera exclusivamente en todo como culpable a su mujer, lo que por una parte le habría ocasionado más sentimientos de culpabilidad y, por otra parte, hubiera sido demasiado unilateral. Además, quería abordar con ello su actitud depresiva, narcisista y regresiva.

En esta sesión, sólo abordé un poco todavía el paralelo entre la madre y la esposa, insinuando si no existían acaso entre las dos mujeres ciertas semejanzas: la actitud exigente, los reproches hechos al marido, el descontento, y terminamos la sesión con la pregunta acerca de hasta qué punto la relación materna se había introducido en el matrimonio y seguía en él.

En la quinta sesión informa que se ha seguido sintiendo muy bien; en la casa están todos muy sorprendidos de que haya cambiado tanto, y no se lo explican. En efecto, había dicho a su mujer que ya no iba más al análisis, lo que en este caso aprobé, ya que, con su actitud, aquélla no habría hecho más que estorbar nuestra labor, y porque, además, el imponerse contra ella habría representado ahora para él una demanda excesiva.

Viene a esta sesión preparado a hablar de la madre: estaba a menudo descontenta y era, además, muy exigente; sus relaciones con ella nunca habían sido muy buenas. Durante la pubertad, él se había encerrado a menudo para llorar (a partir de aquí sigue llorando todo el resto de la sesión) —por lo visto, surge ahora toda la cólera impotente que él había tenido que convertir entonces en autocompasión, porque la madre no le dejaba libertad alguna para la vida y para su propio desarrollo, lo que parece ahora repetir, en forma atenuada, en su matrimonio. Cuando se casó, a los 23 años, la madre había hecho una escena de histeria, se había echado sobre el sofá y le habían dado ataques de delirio furioso.

Me limito a señalar que, por lo visto, el llanto sí había hecho su aparición anteriormente ya, y termino con la observación de que hubo manifiestamente de desarrollar su actitud de no poder imponerse y de los sentimientos de culpabilidad exagerados en relación con la madre, lo que, dado el comportamiento de aquélla, era muy comprensible; en efecto, ¿cómo puede superar un niño la situación, si a causa de la reacción de la madre ha de experimentar todos los pasos hacia el propio desarrollo con sentimientos de culpabilidad, como no sea renunciando a sus propios impulsos? A él no le había quedado más, pues,

que la autocompasión, lo mismo que por lo visto ahora, y sería en consecuencia importante para nosotros comprender estas conexiones todavía mejor. Hemos de ocuparnos todavía de la madre, porque tal parece que él sigue experimentando inconscientemente a la esposa como su madre y atribuyéndole en consecuencia, el papel de ésta.

A partir de aquí viene regularmente; las reservas a propósito del análisis han desaparecido, y es obvio que ha cobrado interés por el proceso analítico. Después de 75 horas había mejorado a tal punto, que interrumpimos las sesiones y, a partir de aquí, ya sólo siguió viniendo a intervalos de 3 meses, y luego de medio año, para una especie de sesión de control. Se mantenía estable, hizo con su esposa el primer viaje largo en común —lo que no había hecho desde hacía años—, reanudó las relaciones físicas con ella, e introdujo también la muerte en su vida, ocupándose de ella, en lugar de rechazarla.

Espero haber logrado exponer, a la luz de la introducción a este tratamiento, cómo puede presentarse la manipulación de una técnica neuroespecífica variada. El rápido éxito inicial del caso expuesto es particularmente importante en el caso de los depresivos, sobre todo si se trata menos de un solo éxito de transferencia que, antes bien, de un aumento de fuerzas, a partir de un "fortalecimiento del yo", como el que, según creo, se produjo aquí. Los pacientes esquizoideos y depresivos nos plantean problemas —así podemos resumir— que nos obligan, en mi opinión, a abandonar el carácter impersonal de un método, por lo demás acreditado, en beneficio de un contacto más directo entre el terapeuta y el paciente. Hemos de percatarnos de que, en esta forma, se exige más de nosotros, como terapeutas, que el mero dominio de la "técnica".

