

- Limentani, D. (1956). "Symbiotic Identification in Schizophrenia". *Psychiatry*, 19, 231-236.
- Mahler, M. (1952). "On child psychosis and schizophrenia". *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 286-303.
- Pollock, G. (1964). "On Symbiosis and Symbiotic Neurosis". *Int. J. Psychoanal.* 45, 1-28.
- Searles, Harold F. (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Nueva York: International Universities Press., p. 205.
- Segal, M. (1963). "Impulsive Sexuality: some clinical and theoretical observations". *Int. J. Psychoanal.* 44, 407-417.
- Stierlin, H. (1959). "The adaption to the stronger person's reality". *Psychiatry*, 22, 143-152.

## EL USO DE LOS SUEÑOS EN EL COMPROMISO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES \*

Walter Bonime, M. D.

EL COMPROMISO es la actividad del analista que alienta la movilización y el uso de los recursos personales del paciente, en un intento por definir y resolver los problemas producto de la distorsión de la personalidad. El compromiso se requiere con gran frecuencia; puede presentarse en cualquier momento durante el curso del análisis y a veces repetirse más de una vez durante una misma sesión. Los sueños se prestan especialmente bien a este compromiso. Sirven como punto de partida o de reanudación de los esfuerzos psicoterapéuticos.

Un ejemplo del compromiso terapéutico, que puede establecerse desde la entrevista inicial, nos lo brinda el caso de una trabajadora social de 25 años de edad, casada años atrás, quien acudió a consulta debido a que se sentía insatisfecha con su vida, había aumentado su apocamiento social y profesional y sufría frigidez sexual. El pedirle material onírico condujo a la paciente a una actitud de inmediata colaboración para tratar de entender su patología, de la cual carecía de toda noticia.

Hacia el final de la entrevista, la pregunta ¿recuerda usted algún sueño? trajo inmediatamente a su memoria los fragmentos de dos sueños pasados. Vaciló ante estos viejos recuerdos embarazosos y aparentemente irrelevantes, pero fue apremiada a narrarlos. El primer fragmento: "Montaba sobre los hombros de un hombre y tenía yo orgasmo." El segundo: "Nadaba en una piscina al tiempo que tenía orgasmo."

En el reducido límite de tiempo que aún restaba de esta consulta, formulé rápidamente mi reacción interpretativa y sugerí la posibilidad de que el *optimum* o las condiciones necesarias a su satisfacción, estaban simbolizadas en estos dos fragmentos. En todo caso, como en el primero, ella debe montar en vez de participar en un abrazo mutuo, o también, como en la piscina, obtener placer independientemente de los demás. Una posible deducción posterior de ambos sueños podría referirse a su incapacidad para obtener satisfacción por sí misma, mientras esté sirviendo como agente de placer para otra persona.

Respondiendo a estas especulaciones, dijo que en circunstancias particulares de relajamiento, como en un día de fiesta, ocasionalmente obtenía cierto placer sexual de su marido. Añadió que en dichas ocasiones él decía: "disfrutaste de esto", lo que la enojaba. No sabía por qué. Se le hizo ver la

\* (Presentado ante The Society of Medical Psychoanalysis, ciudad de Nueva York, mayo 23 de 1962.)

\* Traducción de Carla Zenzes E.



importancia de explorar siempre sus sentimientos, y se le sugirió que su enojo podía ser el resultado de una falsa consideración: tomar la observación de su esposo como una acusación: Si ella disfrutó sexualmente en *aquella* ocasión, por consiguiente también era capaz de disfrutarlo en las múltiples veces en que permaneció fría. “Creo que puede ser así”, dijo, “pero pienso que hay algo más. Pienso que me enojé porque él me hizo responder; él me dominó”.

Este inicio de concienciación de la naturaleza de un problema básico —que puede generalizarse, caracterizándolo como un miedo difuso y un resentimiento a verse obligada, dominada— fue sólo la tentativa de una tosca formulación, que inmediatamente dio luz a una serie de puntos que parecían no tener relación entre sí. En lugar de la queja algo amorfa, depresiva, confusamente angustiada, con la que acudió en busca de ayuda, estaba, al final de la entrevista, comprometida con la exploración de lo que era, probablemente, su problema básico, relacionado con una amplia gama de insatisfacciones, no sólo sexuales, sino sociales y profesionales. El venir en busca de análisis y el haberlo iniciado ese mismo día, fue el resultado de un compromiso terapéutico, derivado directamente de su trabajo con los fragmentos de sus sueños, solicitados por el terapeuta.

En la entrevista inicial, arriba discutida, ocurrieron muchos hechos que ilustran cómo el trabajar con los sueños puede conectar al paciente desde un principio, con el funcionamiento terapéutico productivo. Un elemento importante fue la iniciación del paciente en la colaboración. El significado de la experiencia onírica no se buscó a través de un acercamiento autoritario; el significado no fue, en ningún sentido, establecido por el analista; en lugar de ello se ofreció una hipótesis interpretativa, ésta fue considerada por la paciente y sus asociaciones la condujeron a introducir un aspecto importante de su relación con su marido: su enojo, al subrayarle él su ocasional disfrute sexual. La especulación del analista al considerar el enojo, aceptada por la paciente como posible explicación, sirvió también como estímulo para continuar la autoexploración, lo que resultó en un enfoque más preciso de su distorsión interpersonal. Primero recordó su enojo y después lo contempló al verse confrontada con su goce sexual, delineándolo como resentimiento por la influencia ejercida sobre ella, por ser “dominada”. Recíprocamente, la reacción del terapeuta a la formulación de la mujer, fue la de especular sobre la probable generalidad de este sentimiento y el consiguiente comportamiento. La especulación provocada en el analista fue la de que la paciente tal vez manifestó un rechazo, una retirada algo fría, y subjetivamente insatisfactoria, no sólo de la influencia sexual sino también de otros tipos de influencia interpersonal, ya que ella distorsionadamente experimentó muchas formas normales de influencia, como formas de coerción. El breve trabajo con los fragmentos de sus sueños condujo a una rápida y productiva colaboración.

Nada podría ser más importante en el procedimiento terapéutico que este funcionamiento cooperativo; el uso de sus sueños, sin embargo, indujo a la paciente a otro elemento fundamental del compromiso: el uso de asociacio-

nes. Sus sueños eran fragmentarios y de años atrás; y en cuanto a su sexualidad manifiesta, no eran congruentes con el tema de la discusión en el momento en que se solicitaron. Estos viejos fragmentos eran, de hecho, sus primeras asociaciones a la cuestión referente a los sueños. A través de la petición y de la provocación del recuerdo de asuntos obsoletos e incompletos, la paciente se inició rápidamente en la exposición de datos aparentemente irrelevantes y vagos, es decir, en el proceso de la actividad asociativa. Una mayor actividad de esta naturaleza, hubiese sido deliberadamente fomentada en conexión con estos fragmentos oníricos, de haber restado tiempo en la consulta, o probablemente las asociaciones hubiesen sido provocadas en la siguiente sesión si esta joven se hubiese convertido en mi paciente.

Los pacientes podrán, frecuentemente, consentir en decir “lo que les viene a la mente”. Fallan, no obstante, en decir lo que *primero* les viene a la mente. El proceso de pensamiento asociativo, por su naturaleza extraña y vaga, se instituye, más rápidamente, en el dominio relativamente ilógico de la experiencia onírica. Iniciado y posteriormente alentado en esa área, puede cultivarse más rápida e intensivamente en otras áreas de la vida del paciente. De lo anterior se puede desprender, que incluso en la entrevista inicial, el uso del material onírico puede conducir rápidamente a un compromiso significativo del paciente en el proceso terapéutico. No se pretende con todo esto sugerir una fácil solución a los problemas. El énfasis debe hacerse en el rápido compromiso del paciente en el proceso analítico de cambio, y un aspecto importante de este compromiso temprano es que es una experiencia educativa.

La joven, en el esbozo clínico anterior, se inició en el aprendizaje de un número de elementos del proceso analítico. Primeramente empezó por ver que sus sueños, aunque fragmentarios y aparentemente obsoletos, formaban parte de su personalidad; y que su inspección ofrecía un acercamiento directo y significativo al conocimiento de sí misma. Encontró que el uso de los sueños no era de la incumbencia particular de un experto en su interpretación, sino que requería de colaboración. Aprendió que el analista no sólo no era omnisciente, sino que incluso podía hacer formulaciones que podían ser sólo tentativas, meras hipótesis, aún menos exactas que las suyas.

Con este intercambio, comprendió que necesitaría emplear todos los recursos de su propia personalidad, que tendría que hacer algo más que exponer y ofrecer meros datos biográficos para el entendimiento de sus dificultades. Experiencialmente hizo suyo un concepto del analista, como el de un individuo capaz de funcionar con cierta humildad y respeto. De ahí que, por medio del ejemplo, empezara a aceptar la necesidad —tanto como la seguridad— de ofrecer sus propias, aunque incompletas ideas. En parte, como extensión de este conocimiento inicial de la necesidad, e incluso de la seguridad de la manifestación de sí misma, empezó a aprender el papel de la actividad asociativa —como sucedió al exponer el *primer* material onírico que cruzó por su mente— al preguntársele si recordaba algún sueño. Finalmente, hubo para ella un elemento educativo más cardinal en la inducción



al proceso terapéutico: la concentración de la atención en el sentimiento —en este caso, enfocando su particular enojo cuando su marido subrayó verbalmente su placer sexual.

Un aspecto intrínseco del psicoanálisis para el paciente, es el continuo aprendizaje del proceso en sí. Además, la actividad educativa aparece genuinamente sólo a través del compromiso activo del paciente, de su estar comprometido. El caso antes señalado demuestra el cómo se dio la iniciación en diversos elementos del proceso psicoterapéutico, y cómo esto ocurrió, principalmente, cuando se instó a la paciente a enfrentarse a sus sueños.

Un joven vino a discutir la necesidad de su análisis e hizo los arreglos necesarios para empezar algunas semanas más tarde. El paciente era dermatólogo. Tenía casi treinta años. Fuera de su vida profesional se sintió atrapado en una especie de existencia de “play boy” que impedía el desarrollo de relaciones serias, orientadas al matrimonio y a formar una familia. Durante la entrevista inicial describió su mimada niñez en el seno de una familia opulenta. Se quejó de la falta de confianza de su padre hacia él y de la falta de apoyo familiar hacia sus intentos de masculinidad e independencia. No dudó en reconocer que su propia falta de empeño contribuyó a hacerlo cometer errores profesionales y personales.

La sesión culminó con dos comentarios míos. El primero fue una especulación. Le planté que tal vez tenía alguna ganancia en estos errores; el segundo comentario lo hice en otro sentido. Le hice ver que teníamos por delante un trabajo largo y difícil en el análisis. Esta reunión introductoria, misma que marcó el inicio de la terapia, se concluyó sin haber utilizado material onírico. Sin embargo, se pidió al paciente recordar, e incluso escribir cualquier sueño que tuviera durante las semanas anteriores a la siguiente sesión.

Esa misma noche tuvo un sueño angustioso. Al regularizarse las visitas, este sueño sirvió como base para establecer un compromiso inmediato. Más adelante su participación terapéutica se intensificó continuamente durante todo el otoño. Éste era su sueño:

Alguien nadaba en aguas infestadas de tiburones. Sentí angustia. Estaba asustado, muerto de miedo. Vi que alguien era atacado por un tiburón. Estoy seguro de que era un hombre. Otros, con un bote, trataban de ayudarlo. No sé si yo estaba en el bote, o nadando, o al margen del problema.

Recordó haber visto a unos tiburones comiendo a poca distancia, y dijo: “es una visión espantosa. No estaba asustado en ese momento, pero era extremadamente impresionante”. Después, relató las fantasías anteriores al informe del sueño durante su sesión; el analista le decía: “Me está contando pura basura; todo lo que cree que deseo escuchar”. El paciente continuó diciendo: “Me siento incómodo. Mi padre siempre sintió que yo era un incompetente.

A los maestros de la escuela les resultaba simpático, y mi madre siempre fue muy cariñosa y protectora; aún lo es. Esto es lo que me viene a la mente.”

Después, dijo de pronto: “Cuando era niño y estaba saliendo de la anestesia, después de haberseme operado un testículo que no había descendido, me sentí triste de que todo hubiese terminado, de que me hubiesen corregido definitivamente.”

¿“Triste por qué...?” Le pregunté. Me contestó sin dudar: “Estaba triste porque habían puesto su atención en mí; cuando sanara ya no tendría esa misma atención.” Guardó silencio por un momento y luego agregó: “Puedo pasar de aquello a esto —si yo estuviera sano, usted no me daría mucho a mí.”

Habló sobre su vida profesional, acerca del hecho de que constantemente tenía gente a su disposición trabajando para él. Su siguiente asociación la hizo con otro doctor, un amigo: “que lo tiene a uno haciendo siempre cosas para él a cambio de nada”. Describió largamente la actividad parasitaria de su amigo. Hizo una pausa reflexiva y terminó con esta observación: “Siento que me parezco mucho a él.”

Regresando al sueño, le pregunté por su primera asociación con el hombre atacado por el tiburón. Dudó un poco; después dijo débilmente: “Mi hermano.”

“La *primera* asociación”, enfatiqué. “Usted hizo una pausa, antes de decirme lo que le vino a la mente.”

“Bueno, primero —sólo por un segundo— pensé en mí mismo.”

Cuando recobró esta asociación ya depuesta, le dije: “Es muy necesario dar siempre la *primera* asociación.” Procedí a hacer un largo comentario interpretativo, con el doble propósito de iluminar y subrayar la importancia de captar y comunicar la *primera* asociación.

“Cuán cerca está el sueño —comencé— de todo lo que ha venido diciendo durante una hora, acerca del querer que la gente se interese por usted... En su sueño, todos están interesados en rescatar a un hombre, a quien primero identificó usted como usted mismo. Este reconocimiento implica muchas cosas que usted mismo ha expuesto: su recuerdo del sentimiento posterior a la operación; su desilusión porque ya no tendría tanta atención; el que establezca un paralelo entre usted y su amigo parásito; y su idea de que si no está desamparado durante el análisis no le prestaré la debida atención. Todo esto resulta más que una compilación intelectual en cuanto se relaciona con el sueño, y con la asociación de que es usted quien está amenazado.

Además, en el sueño usted siente miedo. El sueño se presentó la misma noche después de que le sugerí que usted podía tener mucho que ver en sus errores personales y de que, también, tenía un duro trabajo por delante en el curso del análisis. Creo que el sueño revela su deseo de estar desamparado y de dar órdenes a sus rescatadores, y creo que también indica la existencia de un gran temor a ver atacado su desamparo. Hoy ha hecho algún trabajo analítico constructivo, pero debería tratar de mantener en la conciencia que



su deseo de estar desamparado y ser rescatado puede interferir seriamente en nuestro trabajo.”

Durante el curso de esta segunda sesión, el paciente ya estaba comprometido analíticamente en muchos sentidos, a través de su sueño. Ya había respondido a la sugestión hecha en nuestro encuentro inicial —semanas atrás—, conservando en su memoria un sueño que siguió inmediatamente después de aquel encuentro. Inició la segunda sesión relatándolo. Mientras que una gran cantidad de material asociativo fue comunicado libremente después del reporte, una *primera* asociación a una pregunta crucial fue ignorada. Su inclusión resultó después de los esfuerzos del analista para retornarlo al compromiso. La efectividad del acto de comprometerse puede medirse, frecuentemente, por el esfuerzo del paciente por capturar y comunicar su asociación primera o inmediata. Esta generalización, al considerar la actividad asociativa, se aplica a todo, no sólo a los datos oníricos. Con todo, la toma de conciencia de la necesidad de una aprehensión y una comunicación precisas, y la adquisición de la disciplina para hacerlo, frecuentemente se inician con la elaboración de los sueños. En este caso, el valor del relato del “sueño del tiburón”, y el valor de todas las subsiguientes actividades asociativas del paciente en la sesión, dependieron, en gran medida, de que se rescatara la primera asociación suprimida, del hombre atacado por los tiburones. El paciente pudo ver cómo la significativa integración interpretativa de sus asociaciones giró en torno a este *primer* pensamiento, que identificó a la víctima en el sueño consigo mismo.

La experiencia de esta primera sesión, centrada en los datos oníricos, consecuentemente puso énfasis en la colaboración. La persistencia del analista en considerar los primeros pensamientos, indujo al paciente a rescatar lo que había depuesto. La recuperación por parte del paciente llevó a su vez al analista a funcionar con mayor eficiencia; pudiendo integrar más significativamente tres conjuntos de datos: el sueño mismo; las asociaciones del paciente sobre su vida pasada y su vida presente; las asociaciones del analista sobre la esencia de la entrevista inicial. A partir de estas respuestas, recíprocamente derivadas, se concibió una hipótesis interpretativa, misma que trazó las directrices para continuar con la exploración conjunta.

La actividad en el transcurso de la segunda sesión, no sólo dió como resultado la formulación de la patología; también hizo posible la diferenciación inicial entre la patología del paciente y su salud. Esta diferenciación se realizó, por un lado, entre la implicación contenida en el sueño de que una de las respuestas del paciente a las demandas de la terapia era la de mostrar su desamparo; y, por otra lado, entre las capacidades constructivas ejercitadas realmente en la sesión, en las que se puso especial atención.

Merece añadirse una breve nota clínica de pie sobre los temas opuestos del desamparo cultivado y el uso constructivo de las capacidades del paciente. Tres noches después de esta sesión, el paciente soñó que iba con un amigo en un taxi. Este último se bajó primero y pidió al paciente que le prestara algún dinero, lo que éste rehusó disculpándose o argumentando con

bases falsas la insuficiencia de fondos. El chofer del taxi lo miró y le dijo: “Usted tiene suficiente dinero, usted tiene suficiente dinero.” El paciente sacó el dinero, pero estaba furioso por haber tenido que descubrir sus recursos ocultos. A pesar de su furia contra el chofer del sueño, durante la siguiente hora de análisis cooperó intensivamente en la búsqueda del significado y de las implicaciones del sueño. El paciente había empezado a comprender la interrelación de la experiencia vivida, la personalidad y el sueño. Al trabajar con este primer sueño se inició en los procesos mediante los cuales podía llegar a una concepción racional de sí mismo. Tal experiencia tiende a incrementar las condiciones convenientes para un futuro compromiso.

Uno de los problemas terapéuticos más difíciles es la inducción del paciente al descubrimiento, la delineación exacta y la comunicación de los sentimientos. En ciertos individuos, la dificultad abarca todos o una muy amplia gama de sentimientos. En otros, la negación y el desaliento se aplican a grupos particulares o específicos de emoción. Algunas gentes repudian los sentimientos violentos; otras, los tiernos. El que ciertos afectos no sean aceptados se debe a muchos y diversos criterios, específicamente individualizados y culturalmente determinados. *La inducción y la implicación participante de los pacientes en la búsqueda de una conciencia exacta de los sentimientos, constituye un aspecto importante en el compromiso terapéutico.* Este proceso, específicamente al principio, pero en cierto grado a través de todo el análisis, usualmente depende en gran medida del uso de los sueños.

Un hombre de negocios de aproximadamente 30 años, con éxitos intermitentes, extremadamente capaz, hombre de mundo, casado, padre de varios hijos no mayores de 10 años, vino a analizarse debido a una angustiada incapacidad para controlar sus sentimientos. Alto, bien parecido, musculoso, estaba torturado por sus infructuosos esfuerzos de muchos años, para negar o eliminar dos tendencias emocionales: sentimientos de ira destructivos y sentimientos de impotente dependencia.

En la Universidad se había sometido a psicoterapia y había descubierto que quería ser un niño. Hizo ejercicios de levantamiento de pesas para modelar su cuerpo. Desesperadamente se esforzó por ser fuerte y aparecer varonil. Desechó todo sentimiento de calor y ternura por parecerle expresiones de debilidad. En la medida de lo posible, evitó los senos durante el contacto sexual. Los fracasos esporádicos en sus negocios, que ocurrían sólo después de un éxito, los atribuía a su deseo de ser un niño pequeño cuidado por su amoroso padre. Su furia se hacía presente en los momentos en que era superado por otros, incluso en situaciones tan insignificantes como la de ver que otro automóvil arrancaba más velozmente que el suyo al cambiar la luz del semáforo.

Cuando vino a tratamiento, la compañía para la que trabajaba le acababa de asignar un puesto en Nueva York, al tiempo que su familia debía permanecer en el medio oeste hasta que él hubiera hecho los arreglos necesarios. No quería comprometerse en un tratamiento intensivo a largo plazo; únicamente el tiempo necesario para poder controlar mejor sus sentimientos. Du-



rante su primera entrevista parecía luchar por aparentar cierta rigidez, pero se traicionó a sí mismo con su mirada cautelosa y suspicaz, también su cara se ruborizó ligeramente, se inquietó un poco cuando se le dijo que sus problemas parecían, a primera vista, completamente diferentes, incluso contrarios a sus formulaciones. Dije que sentía que, más que un deseo secreto de dependencia infantil hacia su padre, posiblemente estaba buscando dominarlo, forzándolo a servirle. En cuanto a su miedo a la inminente debilidad cuando tenía éxito, podía ser expresión de un interés competitivo por temor a que los otros lo usaran como instrumento de su gratificación. Entonces reconoció que odiaba “el placer que siente mi padre cuando triunfo”.

Asistió a dos sesiones más. Durante éstas, el tema de su desamparo competitivo se desarrolló aún más, hasta relacionarlo con su padre, sus clientes, superiores y demás personas. También se examinó brevemente su falta de ternura hacia su esposa. Explicó su severidad hacia ella relacionándola con su temor a verse desamparado. Le sugerí que posiblemente podía sentir repugnancia de que obtuviese satisfacción de él, y comparé esta actitud con su enojo cuando su padre gozaba con sus éxitos. Refiriéndome a su severidad hacia su esposa por “evitar un sentimiento de desamparo”, le sugerí que veía como debilidad el experimentar una ternura normal. No soportaba su rostro anhelante cuando lo esperaba en el aeropuerto, y usualmente, en seguida encontraba algún motivo para empezar a pelear.

Estaba por regresar a pasar un largo fin de semana con su mujer y sus hijos, a los que no había visto durante dos semanas. Le insistí que escribiera cualquier sueño; le hice ver que podía ayudarnos a entender sus emociones para las que tenía rápidas explicaciones pero sobre las que estaba básicamente confundido.

A la semana siguiente manifestó, casi en seguida, haber tenido un sueño sobre su hija de ocho años. Aceptó utilizar el diván para contarle. Durante 10 minutos todo fue digresiones, describiendo a todos sus hijos, recordando alternancias de impaciencia y diversión, de golpearlos y ayudarles con alegría a hacer sus tareas, y expulsarlos físicamente de su cuarto el domingo pasado cuando quiso dejar de jugar para ponerse a trabajar en sus informes. Parecía sensiblemente consciente de las diferencias de sus personalidades, y de sus respuestas a cada una de ellas a través de los años y durante el pasado fin de semana. Todo lo contó entrecortadamente, sin afecto y en tono de reportaje. Esto incluso cuando hablaba de su hija favorita, Connie, la niña del sueño. De ella decía: “Acostumbraba pegarle. Hacia todo lo posible por incitar mi violencia en contra de esta pequeña niña, incluso cuando sólo tenía año y medio. Después de haber empezado a asistir a una guardería, salió de su ensimismamiento. Ahora la quiero mucho. Más que a ninguno de los demás. Ella es inteligente y sensible.”

Suspendió, de pronto, el discurso de su visita a casa y dijo: “Ahora regresemos al sueño”. Esto fue casi como si hubiera estado infundiéndose ánimo y valor para decirlo. En el sueño. “Herí a Connie con un cuchillo. Lo intro-

duje hacia arriba, empujándolo justo abajo de la caja torácica. No murió. Sentí remordimiento.”

¿“Cómo se sintió al apuñalarla”? pregunté.

“Sentí una tremenda agresividad —enojo—, satisfacción al desahogar el enojo.” Después, retrocedió extrañamente, argumentando que no había estado preparado para discutir su vehemente deseo infantil, al preguntarle, la semana anterior, lo que había aprendido sobre su psicoterapia en la Universidad. Empezó por hablar acerca de sus salidas con prostitutas antes de casarse. Las describía atractivas y simpáticas y señaló que nunca quería hablar o bailar o divertirse antes del acto sexual. “Yo sólo quería que se fueran directamente a la cama y fornicar con violencia.”

Observé que tal vez quería eliminar de sí mismo todo sentimiento de amistad y ternura al realizar el acto sexual con violencia. Retornando al sueño, le pedí que describiera sus sentimientos al apuñalar a su pequeña hija. Por supuesto, dijo tan fríamente como pudo: “Ahora me siento angustiado.” Empezó literalmente a retorcerse en el diván, apretando y reapretando lentamente sus puños, torciendo su cuerpo, flexionando sus brazos y sus piernas, estirándolos y encogiéndolos.

Pregunté nuevamente sobre la angustia: “¿tenía palpitations?” Contestó con un control tenso: “quiero rasgar algo, quiero destrozarse el mundo”.

“Eso es ira, no angustia”, le comenté. Continuó diciendo: “Quiero golpear con mis manos a alguien, quiero dar puñetazos.” Torné a preguntarle sobre sus sentimientos al encajar el cuchillo hacia arriba, durante el sueño. En esta ocasión respondió: “Lo que me molesta es que es el mismo ángulo de introducción que al fornicar —el cuchillo. Estaba usted en lo cierto acerca de las muchachas con las que salía. Nunca quise satisfacer las dulzuras. Sólo buscaba la satisfacción sexual. Ellas no representaban nada para mí, sólo me eran atractivas. Bien podían haber estado muertas.”

“Ésta es su asociación con el ataque furioso a Connie durante el sueño,” le dije. “Esto sugiere que usted desea hacer desaparecer su ternura hacia su pequeña hija, en la misma forma en que sexualmente destruyó todo calor y gentileza hacia las muchachas con las que se acostó. No creo que esto tenga algo que ver con el incesto.”

“La única ocasión en que sentí compasión o ternura hacia alguien fue cuando ellos estaban totalmente desamparados,” respondió, aparentemente en calma, sobre el diván. “Lo sentí por primera vez en mucho tiempo, ayer, en el metro. Ayudé a un hombre ciego a salir del tren, a subir las escaleras y salir a la calle. No dije nada y me fui rápidamente.” Le pregunté cuándo había ocurrido el sueño. Lo tuvo durante la segunda noche de estar en su casa.

¿“Hubo mucha ternura y juegos con los niños durante el primer día?” “Sí”, me respondió, “sobre todo con Connie”.

“Quiero decir, ¿realmente fue amor y calor?”

“Sí, especialmente con Connie,” volvió a decir.

La hora estaba por terminar. Le dije que sentía que Connie había hecho surgir afecto en él; que él también tenía necesidad de ser tierno, y que la



satisfacción de esa necesidad lo hacía sentirse débil. Especulé que el sueño reflejaba todo su enojo hacia el agente de esta experiencia de ternura; reflejaba todo su deseo por destruir lo que, de acuerdo con su criterio, era la causa de su debilidad.

“Tampoco creo que mi sueño tenga algo que ver con el sexo,” dijo tranquilamente al despedirse.

Este hombre poseía una genuina ternura, y grandes recursos personales para la vida familiar, social y financiera. Lo que efectivamente más lo debilitaba (y se le hizo ver) era la violencia con que ahuyentaba, la vigilancia con la que eludía todo tipo de situaciones tendientes a engendrar una atmósfera de calor humano. Esto también era aplicable a sus negocios. Para él, *gustar* del placer y la confianza de sus clientes era debilidad.

Durante los dos primeros meses de análisis, inició la revaloración de su orientación hacia sus emociones; reconoció el verdadero efecto debilitador de los esfuerzos irracionales por regular sus sentimientos. Con este paciente que buscaba desesperadamente, y sin esperanzas, controlar y negar el afecto, el compromiso analítico en esta área estropeada y temida, estuvo materialmente alentado por el uso inmediato de un sueño intensamente afectivo.

Como se indicó anteriormente, el compromiso se aplica no sólo al inicio del análisis, sino frecuentemente también para reactivar el proceso terapéutico. El discernimiento de las situaciones, cuando se requiere el compromiso, y la determinación de la intervención apropiada, exigen la vigilancia casi constante y la habilidad del analista. En el individuo obvia o predominantemente resistente, dicha necesidad puede ser perfectamente clara, incluso dolorosa. Algunas veces la falta de compromiso, la pérdida gradual del mismo o incluso una rápida liberación del compromiso no se reconocen, particularmente en el caso de un paciente activo e intuitivo, con quien se han establecido relaciones de trabajo duraderas y esencialmente placenteras.

Las explicaciones sentimentales de la actividad plena de sentido pueden crear un aura falsa de exploración dirigida al interior. Uno debe eliminarla —incluso arriesgando el rompimiento de la aparente armonía— tratando de implicar al paciente en un esfuerzo potencialmente más fructífero. Algunas veces, el analista, al expresar su sensación de vacío sobre la actividad terapéutica inmediata del paciente, y al sugerir deliberadamente el recurrir a los sueños, facilita el compromiso efectivo.

Tal fue el caso de una mujer de treinta años, casada hacía 10 años y madre de dos niños. Se inició en el análisis a causa de la persistente tensión existente en un matrimonio que parecía frustrante por la falta de recompensas; pero que, al mismo tiempo y aun sin esperanzas, parecía durable. Reconoció con amargura que su esposo era un hombre amable. Su situación económica era holgada. Ambos estaban totalmente ocupados con sus hijos, la casa y sus amigos —gran parte de la actividad de su esposo, al margen de la enseñanza y de la investigación, la compartían mutuamente. Su vida sexual era medianamente activa; con frecuencia ambos gozaban, aunque este gozo lo buscaba más él que ella. A pesar de su reciprocidad

y de la descripción de un buen hogar, había mucha enajenación entre ellos, así como riñas y distanciamientos frecuentes.

En el análisis, esta mujer tardó aproximadamente un año antes de comenzar a abordar el problema de buscar una comunicación significativa con su esposo, para resolver sus dificultades. Durante dos años el progreso fue lento; los intentos del analista por re-comprometer a la paciente fueron a menudo necesarios. Por el cuarto año, había logrado mejorar las relaciones con sus hijos, parientes, amigos, y un intercambio más abierto e intenso se había establecido con su marido. Al comenzar este cuarto año, a pesar de haber sentado las bases para una perspectiva más optimista de la vida, la paciente llenaba sus horas de análisis con relatos pseudoconscientes. No hay duda de que comprendía mejor muchos problemas y de que se esforzaba con mayor voluntad por tratar de resolverlos. Con todo, el contenido y la forma de sus sesiones producían una sensación de “viejo”. Faltaban los datos oníricos, y valentía en su curiosidad.

Se le indicó que ella en una manera subrepticia, persistía en el aislamiento de su personalidad. Se le instó a movilizar sus recursos, mismos con los que había logrado progresos en el pasado; se le recordó la frecuencia con que los esfuerzos terapéuticos fructíferos se habían dirigido hacia la utilización de los sueños. Y se le animó especialmente a recordar, evocar y trabajar independientemente con sus próximos sueños.

A esto siguieron unas vacaciones anticipadas de dos semanas. Al final de éstas, regresó al análisis con un sueño que había tenido la noche de su última sesión. Su tono era de acercamiento absoluto y plena participación. El sueño era el siguiente:

“Fui a ver a mi abuelo a una especie de asilo. (En la realidad hace 20 años que murió.) Se le había sometido a una operación plástica en los párpados. Sus ojos estaban bien, pero era tal la hinchazón que casi no podía ver.

“Me acompañaba mi primo Joe. Mi abuelo estaba sentado en una silla de ruedas, y aunque sabía que estábamos allí, antes de venir a vernos, fue al banco a hacer algunas transacciones, para depositar o retirar dinero. Fue al banco a pesar de que sabía que lo estábamos esperando allí. Más tarde vino al vestíbulo donde lo esperábamos.

“Toda su cara estaba vendada, con sólo unas pequeñas aberturas en los ojos y en la nariz. No se le veía ninguna expresión. Lucía implacable, tranquilo, la “gran cara de piedra”. Mi primo y yo nos deshacíamos por mostrar nuestro interés y nuestros sentimientos hacia él. Mi madre y otros parientes aparecían como figuras vagas que no le prestaban ninguna atención.

“Mi primo y yo pensamos que era raro que hubiese ido primero al banco pero el modo en que mi madre y sus otros hijos lo trataban, lo justificaba. Pero Joe y yo nos condolíamos por él, mostrábamos verdadero calor y aflicción por él.

“No sabíamos cómo juzgar su reacción: o bien prefería la frialdad y la distancia de los otros, o bien no quería el calor, o bien, era lo suficientemente listo para saber que mejor debía cuidar de sus propios intereses. Le



hicimos saber que estábamos muy contentos de que estuviera tan bien como para poder ir al banco. No obtuvimos respuesta —sólo la máscara. Ese fue el final del sueño”.

Por la anticipación de las vacaciones, hicimos la cita para una sesión doble el día que regresara. Cubrió la primera hora, enteramente por sí misma; lucía completamente confiada, ansiosamente centrada en su sueño. Del reporte al pie de la letra de toda la entrevista (imposible de reproducirse aquí) se puede extraer mucho para mostrar el alto grado de compromiso logrado a través de la proximidad alcanzada en la sesión anterior. Esto condujo al uso que ella hizo del sueño antes de reanudar la terapia, y el uso mucho más completo de él, tanto independientemente como en cooperación, al regresar.

Uno de sus primeros agregados al reporte del sueño tendía a unirlo a la sesión precedente: “tenía un sentimiento acerca de por qué él había hecho esto. Se le había dicho que era necesario quitarle el exceso de carne que cubría sus ojos, cerrándolos”. Atrás del diván yo me preguntaba calladamente si esto se relacionaba con mis esfuerzos por abrirle los ojos. Ella se adelantó a mis pensamientos: “Cualquier cosa que tenga que ver con la visión me recuerda el análisis; el tener visión, pero no ver.”

Entonces pensó en un hombre que había intimado con la familia cuando ella estudiaba en la preparatoria. Aparentemente afectuoso y amigable, era una persona esencialmente aislada, que le dio el “sentimiento que tenía hacia mi abuelo en el sueño —alguien a quien yo veía con frecuencia, pero al que no conocía realmente.”

Su siguiente asociación fue una extensión del tema sobre el aislamiento, una intimidad que no lo era. “Cuando desperté me di cuenta que era realmente extraño que yo estuviese con mi primo. No había pensado en él durante meses, y aquí estábamos sintiendo afecto mutuo y sintiendo las cosas de la misma manera. En realidad no sabemos nada el uno sobre el otro.” El primo representaba, en sus propios términos, un símbolo aparente de su esposo, y un objeto conveniente a su ambivalencia marital compuesta de afecto y aislamiento.

De nueva cuenta relacionó *el ver* con el análisis, enfatizando que algo estaba “en camino de ser capaz de ver —había una perfecta buena visión”. No sólo era posible la visión, sino también el sentir. “La cara vendada —aparecía implacable, inexpresiva: no había incapacidad para responder, sino imposibilidad de mostrar emoción, de dejar que nadie vea esta emoción.”

“Dos hechos me conmovieron” —continuó interpretando. “En primer lugar, es como si yo estuviese diciendo, ‘voy a trabajar en estas cosas o me quedaré ciega, innecesariamente ciega’. Pero por otra parte, hay un rostro que no revela emoción. Si elaboro estos sentimientos, encuentro necesario apartarme de la situación o del contacto personal.”

A esta idea interpretativa siguió, directamente, una asociación que validaba. “Hace mucho tiempo”, dijo, “cuando finalmente pude identificar el distanciamiento que tenía incluso cuando hablaba con usted, *si me alejaba como*

*si estuviese mirando a otra persona, podía hablarle sobre mis sentimientos, pero, de otro modo, no podía expresarme. Estaba manteniendo una actitud sin implicación participante. Era lo mismo que pasaba con esta cara toda vendada —una máscara”.*

Agregó inmediatamente: “cuando pensé en este sueño al día siguiente, me sentí bien —primero, porque estaba consciente del sueño y lo recordaba claramente; segundo, porque estaba soñando sobre el ver, haciéndome capaz de hacerlo. El sueño también era una advertencia. No lo hagas con una máscara, no caigas de nuevo en la trampa”. Continuó diciendo: “esto fue hace dos semanas. Desde entonces ha estado allí (el sueño).”

Sin reconocer (como sucede frecuentemente con los pacientes) que continuaba sus asociaciones con el sueño, dijo que había algo más, de lo que había querido hablar aquel día. La noche anterior a esta sesión había tenido una “plática difícil, larga y molesta” con Eric, su esposo. “Él se había mostrado grosero, sin gritar, pero despreciativo, sarcástico, terrible.” Describió un intercambio prolongado. Gran parte del tema había sido discutido entre ellos con anterioridad; la esencia estaba en la acusación de su esposo.

Le recriminaba su falta de afecto espontáneo hacia él. Relató toda la amargura de estos argumentos en el pasado, sus contraataques y sus maniobras evasivas. “Pero en medio de todo, la última noche,” dijo, “se me ocurrió, por vez primera, que lo que él me estaba diciendo es verdad. Yo nunca soy afectuosa”.

Después de describir más el curso de la batalla, a lo largo de su matrimonio, así como de la noche anterior a la sesión, la paciente, de nueva cuenta, en una manifestación significativa de su compromiso terapéutico, correlacionó su comportamiento fuera y dentro del análisis. Empezó: “El no ser espontáneamente afectuosa es *más* cierto hoy que al principio de nuestro matrimonio. . . De mayor importancia es que nunca he observado realmente lo que estoy haciendo y por qué lo hago. Es un área en mí de la que no sé mucho, un área en la que no he deseado penetrar. Como con usted” continuó, “usted dice ‘sumérgase’, y yo sólo quiero tocarlo con la punta de mi pie. No quiero correr el riesgo.” Posteriormente, volviendo a la misma conducta de aislamiento con su esposo: “Siempre me he burlado de su queja. *Esta vez realmente la escuché.*” Su actividad asociativa continuó con el tema del funcionamiento aislado, oscilando entre sus relaciones interpersonales maritales y las terapéuticas: “Es parte de lo que hablábamos el año pasado; usted tuvo éxito al señalarlo, pero, obviamente yo no lo tuve al oírlo. Es una locura que yo no lo haya escuchado; pero anoche lo oí, justo en medio de la burla y el sarcasmo —pero estábamos tratando de atravesar una montaña, estábamos tratando de establecer contacto.”

Le sugerí que había oído por primera vez, como cuando se ve por vez primera, porque había empezado a reconocer que, a pesar de su aguda visión y de un cierto deseo por ver, ella, sin embargo, continuaba rehusándose efectivamente a mirar. Entonces le pregunté: “¿Quién era el abuelo?”



“El abuelo era yo”, me contestó. Confirmó mi sugerencia de que el primo era su esposo, diciendo: “Sí, nuestro sentido de la cercanía está basado en una antigua historia. Mi primo y yo, cuando niños estábamos muy unidos, pero crecimos completamente aparte. He pensado en esto, no sólo en símbolos sino en palabras: mi esposo y yo hemos estado viviendo sobre la base de algo que sucedió hace mucho tiempo.”

“En lo que se refiere a las figuras difusas, como su madre en el sueño, que no prestan atención al viejo,” dije, “lo que Ud. necesita no vendrá de ellos”.

“Sí”, me respondió, “tiene que venir de personas reales, no de sombras. Además, ellos están allí, de visita, porque deben estarlo, pero no con interés o deseo”. La paciente, por supuesto, estaba en lo cierto. Necesitaba llenar sus necesidades con gente real. Además, estaba indicando el medio familiar que generó su desconfianza y su restricción de afecto espontáneo.

Dirigiéndose finalmente hacia la médula central del sueño, divagó en el examen extenso y penetrante de sus actitudes y de su conducta hacia la gente, especialmente hacia su marido. Reconoció cómo al paso de los años había llegado a ser “cada vez más dura, menos capaz para responder” a lo que otros le ofrecían, resumiendo con las palabras: “eso es lo que significa la frase ‘una mujer amargada’”.

De pronto, inesperadamente, hizo una observación sorprendente sobre sus actitudes. “Yo menciono las cosas que Eric hace mejor, pero no pienso en ellas, mas cuando ocurren cosas que odio, lo digo inmediatamente —pero sigo pensando en ellas, incluso cuando no están allí. He obtenido placer en destruirlo.”

Interrumpí para preguntarle: “¿Qué significa el ir al banco?” Guardó silencio por algunos momentos, obviamente confundida. “Es algo sobre lo que hemos hablado muchas veces.” Inició luego una larga cadena asociativa conectando, con desenvoltura, recuerdos dispersos del pasado, de cómo conservaba el resentimiento para mantener su aislamiento, y de cómo ambas actitudes estaban acompañadas por una sensación de fuerza. “Es algo con lo que uno puede contar —dinero en el banco. Hemos hablado de enojo, de venganza, como cosas a las que siempre puedo recurrir. Esa es mi seguridad; es como tener dinero en el banco. En el sueño, primero estaba el negocio que la preocupación por el aspecto sensible y suave de la vida... Sólo una persona muy distanciada puede ir primero al banco. Hay todavía un algo emotivo que ellos necesitan de las otras personas. Pero, primero preocuparse por el banco y después tener el lujo del afecto, de las emociones.”

Agregué, brevemente, que el sentimiento predominante del sueño era el alejamiento. Ella replicó: “Hay algo más que sucedió después del sueño de hace dos semanas. Anoche hubo frialdad, lejanía, dureza, pero también mantuvimos el empeño por alcanzarnos. He estado reprimiendo mi dulzura”. Agregó, interpretativamente, “el abuelo en el sueño estaba completamente vendado. Yo no tenía idea de cómo se sentía. Quizá signifique que me

guardo de ello —excepto el aviso de que éste es la clase de tipo que va al banco primero”.

La prolongada sesión culminó con una corta observación. Le recordé la evidencia pasada de su extraordinaria capacidad de cariño y de amor, lo que indicaba, cosa que ella ya casi sabía, que podía ser muy fuerte. Nuestra tarea futura consistiría en identificar persistentemente todas sus maniobras maritales de enojo, venganza y retiro, toda la evidencia advertida de mantener la seguridad a través del “dinero en el banco”.

La meta del compromiso, como se indicó inicialmente, no es únicamente la modificación saludable de la distorsión de la personalidad, sino también la movilización total de los recursos de la personalidad del paciente para, posteriormente, continuar con el enfrentamiento constructivo con sus irracionalidades. La meta, por lo tanto, es, en parte, un empeño por desarrollar lo que puede llamarse la capacidad del paciente para el auto-compromiso. Aprende cuánto pueden los sueños contribuir a la productividad de los esfuerzos por auto-comprometerse. Una paciente ejemplificó esto un día, casi al finalizar su análisis, diciendo: “¡Vamos a trabajar! Tengo un par de fragmentos de sueños de la noche anterior, y aún no he podido hacer mucho con ellos.” De la misma forma, un hombre cuyos sueños habían estado recompensándolo repetidamente, pero que se negaba a tomar la iniciativa para usarlos, finalmente empezó a relajar su intransigencia. Una mañana empezó la sesión afirmando: “Voy a trabajar sobre dos sueños. Finalmente reconozco que usted me ha dicho frecuentemente que continuaré trabajando con ellos al abandonar el análisis. Pensé en las cuestiones que me plantearía acerca de estos sueños y he decidido plantearlas yo mismo.”

Los problemas de la angustia y la resistencia, aunque no se consideren explícitamente en esta discusión, están implícitos no sólo en cierto material onírico sino también frecuentemente en la necesidad real de los esfuerzos del analista por comprometer y volver a comprometer al paciente. En el caso de la mujer del “dinero en el banco”, se estableció, a través del sueño, el compromiso sobre el tema mismo de la lejanía; el permanecer sin compromiso, por así decirlo, con la gente en general —patología común y constantemente reforzada por nuestra cultura. Durante las dos semanas siguientes a la colaboradora exploración de ese sueño de “dinero en el banco”, la paciente primero experimentó un episodio de sentimientos de irrealidad —en el primer destello de nueva confianza en su matrimonio— y después sufrió pesadillas en las que se hundía en un pantano, envejecía y era destruida.

Los procesos de angustia y resistencia, resultados del compromiso intenso establecido al trabajar con sus sueños, pronto culminaron en furia hacia su esposo y hacia su analista, y en una reasunción rebelde de su patología de enojo y aislamiento. Sin embargo, nuevos niveles de auto-conciencia y de práctica saludable, se lograron en el periodo de su sueño.

Además, fuera del trabajo sobre su sueño se acuñó también la frase “dinero en el banco”. Éste es uno de esos términos simbólicos importantes del





*insight* específico y personal, que pueden referirse como parte del glosario personal.\* Una vez que los puntos del glosario personal han sido establecidos, pueden traer consigo un rápido enfoque sobre el problema y servir como base frecuente para un futuro re-compromiso. La frase “dinero en el banco”, con frecuencia atravesó asociativamente la angustia y la resistencia, y ayudó a identificar, así como a estimular el progreso con los problemas de venganza y alejamiento.

Se ha demostrado que los pacientes pueden comprometerse rápida e intensamente a través del uso de los sueños, tanto al principio como en cualquier momento del análisis. Se plantea la cuestión de si tal compromiso energético, especialmente al principio del análisis, puede movilizar la angustia y la resistencia más allá de la capacidad del paciente para hacerlo con sus propios recursos saludables. Creo que el verdadero acto de participación en el examen de los problemas básicos de la personalidad, está en el reconocer, durante el proceso, que estos problemas no son sólo identificables, sino que también pueden, de esa manera, tener una posible solución. Ésta es una experiencia saludable. Además, creo que esto puede operar más para fortalecer al individuo y alentarle a una exploración posterior y a la autoexposición, que para ensombrecerlo y estimular su evasión.

El compromiso es una de las funciones principales del analista; debe verse como un esfuerzo por ayudar al paciente a movilizar sus recursos personales para lograr un acercamiento colaboracionista, más efectivo para la solución de las alteraciones de su personalidad. Particularmente en las fases primeras de la experiencia analítica, aun en su periodo inicial, el uso de los sueños para comprometer al paciente deviene en inducción educativa dentro del proceso terapéutico total, especialmente en la exploración de los sentimientos, en el uso de los procesos asociativos, y en el riesgo de una íntima actividad cooperativa. Aparte de todas las demás consideraciones clínicas de la significación de los sueños, uno de sus mayores valores es que pueden servir como base efectiva, en ocasiones la más efectiva, para el compromiso terapéutico.

## FENÓMENOS DE PERCEPCIÓN ÓPTICOS REGRESIVOS AL INICIO DE LA TERAPIA DE UNA PERSONALIDAD NARCISISTA \*

Friedhelm Streltzki

EN LOS últimos años se ha dado creciente importancia en la literatura a un fenómeno al que me referiré empleando el término “alucinación benigna”, que se ha venido aplicando en publicaciones angloamericanas. Estas alucinaciones son desde hace tiempo conocidas del psiquiatra y del psicólogo; el adjetivo “benigna” se emplea con el fin de diferenciarlas de aquellas que se dan en el marco de enfermedades esquizofrénicas, y en especial de las alucinaciones acústicas de voces imperativas, acusatorias y de referencia.

El nuevo interés por este fenómeno surgió a raíz del uso medicinal, pero sobre todo por el empleo privado, de significación social, de drogas alucinógenas. Asimismo incrementaron el interés las investigaciones realizadas sobre la privación sensorial en condiciones de experimentación o naturales, como las dadas en el accidente minero de Lengede. Hoy día sabemos de la existencia de toda una serie de condiciones fisiológicas y patológicas para la aparición de alucinaciones benignas. Desde hace tiempo también se ocuparon autores psicoanalíticos de estos fenómenos alucinatorios; muy conocido es el trabajo de Isakower [1] acerca de estas experiencias al dormir. Últimamente Ziolk [9] hizo una exposición completa en su trabajo “Alucinaciones y neurosis”.

Mi tesis es que estas alucinaciones tienen carácter sustitutivo y cumplen la función de realizar deseos. La carga pulsional se desvía hacia huellas anémicas de satisfacciones anteriores confiriéndoles una intensidad alucinatoria. Por lo menos en algunos casos, las alucinaciones parecen desempeñar una función de adaptación a la realidad. Resulta interesante que en cuanto a estas alucinaciones que llamamos benignas —en contraposición a las alucinaciones de casos de esquizofrenia, por ejemplo— se trate preponderantemente de alucinaciones ópticas.

En este trabajo me ocuparé de fenómenos ópticos a los que se ha dado en llamar desde Urbantschitsch [8] “visiones ópticas subjetivas”. Son fenómenos sensoriales tan definidos que parecen perceptibles y que proyectados en el espacio exterior tienen el efecto de objetos ópticos, a pesar de la clara conciencia de que las imágenes no son concretas. Eugen Bleuler las clasificó entre las pseudoalucinaciones como “alucinosis con un juicio de la realidad implícito”.

\* Conferencia sustentada en la asamblea de la Sociedad Psiquiátrica Alemana en Gotinga, el 10 de octubre de 1970. Dedicada a mi maestro Fritz Riemann.

\* Traducción de Gertrudis Saemisch.

