

Intervenciones de nexo ante una duradera crisis de angustia en un tratamiento vía informática

Por David Maldavsky

Marco general

En los últimos años ha cobrado un auge creciente el intercambio paciente-terapeuta empleando algún recurso electrónico, de manera exclusiva o como complemento de una terapia clásica. La bibliografía dedicada al tema ha crecido también de manera significativa, sobre todo en inglés, aunque existen también algunas revisiones útiles en castellano (Soto-Pérez et al, 2010). Sin embargo, existen todavía áreas poco exploradas, entre las cuales figura la discusión referida a la vigencia de las propuestas freudianas en terapias realizadas con un encuadre tan diferente del clásico, pero bastante afín con algunas terapias en que Freud apeló al género epistolar, de manera más o menos intensa. Mucho menos explorada es todavía la investigación empírica de aspectos relacionados con este tipo de terapia, como la que nos proponemos realizar ahora.

En el terreno de las psicoterapias se ha apelado a un conjunto amplio de instrumentos informáticos, sea como complemento de las sesiones en sí, sea como recurso único o principal. Cada uno de los instrumentos tiene sus rasgos diferenciales y suele ser empleado de modo diferente por sus usuarios (Maldavsky, 2019). Entre los diferentes recursos, la psicoterapia apelando al intercambio paciente-terapeuta vía e mail tiene una ventaja en el terreno de la investigación empírica, ya que permite estudiar el proceso clínico de manera longitudinal tanto en el curso de un único mensaje como en su secuencia. En esta oportunidad nos interesa considerar sobre todo las intervenciones del terapeuta, en cuanto a su pertinencia clínica, lo cual implica al menos prestar atención a las variaciones en las manifestaciones del paciente en respuesta a lo expresado por su interlocutor. Desde el punto de vista metodológico esta propuesta implica, además, disponer de una categorización de los tipos de intervenciones apto para la evaluación clínica más allá de los marcos teóricos de los autores. Para ello, siguiendo una corriente de investigación que parece fructífera, hemos propuesto una tipificación funcional de las intervenciones, cada una con objetivos y una estrategia discursiva diferente: 1) recolección de la información, 2) sintonía, 3) focalización, 4) nexos, 5) complementos (aclaraciones, síntesis, ejemplos), 6) indicaciones derivadas del intercambio (volumen de voz, ritmo del discurso, postura corporal, interrupción de la sesión). Los cuatro primeros tipos de intervenciones parecen tener una secuencia canónica, mientras que los dos últimos pueden presentarse en cualquier momento del intercambio (Maldavsky, 2018). Esta categorización parece útil para estudiar las estrategias clínicas en una

terapia y sus cambios, la contra-transferencia, el enactment, el influjo recíproco entre ambos interlocutores, las fallas en las intervenciones del terapeuta y los criterios para decidir al respecto. A su vez, las intervenciones de nexos (en las que el terapeuta establece relaciones entre lo dicho por el paciente) son las que más contribuyen a reordenar, a aportar un nuevo enfoque a las situaciones complejas por las que pasa el consultante, y a veces el vínculo terapéutico mismo. Entre estas intervenciones de nexos hemos diferenciado tres tipos: a) por contigüidad-simultaneidad (por ejemplo, cuando el terapeuta destaca el carácter significativo de una coincidencia entre dos situaciones por las que pasó el paciente en el mismo período), b) por analogía (entre escenas relatadas por el paciente o entre las escenas relatadas y las que despliega en la sesión), c) causales (en que el terapeuta adjudica a determinados sucesos y procesos un valor como predisponentes, precipitantes o coadyuvantes de otros sucesos o procesos).

En este trabajo habremos de realizar una investigación longitudinal de las intervenciones de nexos del terapeuta y de su eficacia clínica en cada ocasión. Para ello habremos de describir los antecedentes del caso y luego segmentos de sesiones en los que es posible seguir, en el tratamiento vía e mail, el intercambio paciente-terapeuta y por consiguiente evaluar las intervenciones de nexos.

Antecedentes

Un paciente consultó a comienzos del siglo XXI por sus crisis de gota. Decía no estar conforme con los tratamientos convencionales y, aduciendo que se trataba de un problema psicossomático, aspiraba a mejorar apelando a un enfoque centrado en sus conflictos. Tenía unos 30 años y pretendía vivir de su vocación como experto en artes plásticas, sobre todo escultura, dando clases y conferencias, desarrollando ciclos de charlas radiales y escribiendo para diferentes medios periodísticos. Sus ingresos eran modestos, de modo que tenía sesiones quincenales. El paciente tendía a relatar sus problemas laborales y económicos y a veces se centraba en su vida afectiva. Prácticamente no aludía a su relación con los padres y a episodios de su infancia y había momentos en las sesiones en que no encontraba qué decir. También con su pareja, unos 5 años menor, tenía dificultades para sostener algún tipo de proyecto en común, incluyendo el estabilizar la relación y conformar una familia. Estas dificultades le impedían dormir juntos, por lo cual tendía a poner distancia tras algunas horas de acercamiento. En los tratamientos médicos mostraba fuerte rechazo a ingerir medicamentos que él suponía que podrían dañarlo y sobre cuyos efectos en su cuerpo no tenía control.

El terapeuta tendió a enfatizar las angustias del paciente en relación con el contacto corporal y con la incorporación, así como las cuestiones ligadas con los números, tanto en el terreno económico como en el

terreno ligado con su organismo, por ejemplo en los estudios médicos. Igualmente, destacaba que el paciente prefería soluciones puramente mentales, como los de un tratamiento psicoterapéutico, sin que participara su cuerpo, como si la mente fuera el único factor que podía generar modificaciones en su soma, sin necesidad de complementos medicamentosos. Cada tanto tenían intercambios vía mail cuando el paciente pretendía comunicar algún suceso que consideraba importante y el terapeuta le respondía con comentarios ligados con los conflictos que consideraba predominantes.

Las respuestas del paciente a las intervenciones del terapeuta, tanto en las sesiones como en los intercambios electrónicos, eran frontalmente negativas. Tendía a objetar lo que el terapeuta decía (el “pero” pasó a ser una palabra siempre esperable en su discurso), sea porque no entendía las intervenciones, sea porque no sabía cuál era su utilidad, sea que dijera no sentir lo que el terapeuta afirmaba que sentía, sobre todo angustia. En estas condiciones el tratamiento duró más de dos años. El paciente apelaba a su inteligencia para tratar de aprovechar lo que el terapeuta decía, ya que valoraba su compromiso con la tarea y su tentativa de encontrar nuevos caminos para lograr una mejor comprensión de la situación clínica. Finalmente el paciente dio por terminado el tratamiento y el terapeuta aceptó la propuesta con un sentimiento de fracaso.

Tratamiento vía electrónica

Una década después el terapeuta y el paciente se encontraron fortuitamente y se saludaron, y entonces el segundo comentó que estaba a punto de contactar al primero otra vez. Casi inmediatamente después, pasó a contarle, vía electrónica, que seguía con su misma pareja y que estaban haciendo estudios para superar los problemas en la fecundación y que además él estaba con intensos y frecuentes sentimientos de angustia, razón por la cual lo consultaba nuevamente. Los motivos de su angustia eran dos: que un terremoto destruyera su ciudad (La Plata) y que un asteroide que se acercaba a la tierra terminara por impactarla y aniquilar la vida. En sus palabras, “Suena muy tonto decirlo, porque me parece completamente irracional e ilógico, pero he ido desarrollando un miedo frecuente a los temblores: ya no solo a la turbulencia de un avión o a viajar a lugares de riesgo sísmico, sino a la posibilidad de temblores en cualquier momento y lugar.” En su mensaje se nota además el valor que el paciente le da al plano intelectual. También se refirió a que persistían sus dificultades económicas, y formuló al terapeuta una propuesta: “No se me ocurre más que si podemos tener uno o dos encuentros para contarte lo que me pasa y apostar por tu primera impresión y comentarios, que suelen ser bastante agudos y dar cerca del blanco. Seguramente no se solucionará así nomás, pero al menos seguramente tendré alguna pista que me permita sobrellevar la

cosa, al menos mientras mejora la cosa económicamente y pueda costear más que esto". Fue así que el terapeuta se enteró de que para el paciente él había bastante acertado en sus intervenciones una década antes, aunque el paciente no lo hubiera manifestado, lo cual había dificultado la orientación clínica. También captó la repetición del "seguramente", que en el paciente implicaba un énfasis en los accidentes, en lo inesperado, como el terremoto al que aludiera. Su propuesta actual, a su vez, parecía corresponder a una terapia breve, y el terapeuta la aceptó. Tuvieron entonces las dos entrevistas, en las cuales el paciente contó que todo había empezado cuando se enteró de que en la zona habían habido algunos terremotos de baja intensidad, y que ahora estaba muy sensible ante cualquier temblor. También se refirió a las dificultades con el embarazo y los tratamientos que habían empezado para la fecundación. El terapeuta le dijo que le iba a reiterar lo dicho años atrás, referido a sus angustias, que ahora el paciente reconocía tener y describía, y que aludiría a las cuentas que no cierran, como años atrás, y a la importancia de un mundo puramente mental, al cual el paciente hacía referencias ahora al decir de sí mismo que era tonto o irracional por los pensamientos que tenía. El terapeuta agregó que tal vez la decisión de ser padre y de que su pareja quedara embarazada habían creado un cambio en él, y que ese parecía ser uno de los factores centrales para el surgimiento de sus angustias. El paciente no pudo aportar asociaciones orientadoras, ni tampoco pudo encontrar escenas infantiles que tuvieran que ver con sus problemas actuales.

Tratamiento vía internet, tipos de intervención de nexo

Luego de estas entrevistas el paciente le escribió un mensaje al terapeuta para informarlo de su mejoría, por la cual los pensamientos angustiantes dejaron de irrumpir y perturbarlo. Sin embargo, luego de dos semanas le volvió a escribir para describirle la reaparición del problema: "Por momentos siento como que el cerebro me traiciona y en cuanto me distraigo, ¡boom!, me tira una vibración mental para recordarme vaya a saberse qué cosa. Hoy hace un rato estábamos cenando y viendo la tele y sentí el piso vibrar levemente. Y ya la sensación no fue tan leve, me puse un poco nervioso y hasta me dio calor (no metafórico: calor). Pero además, me causó bastante enojo. ¿Cómo puede ser que me deje llevar por una tontería así? (sí, volví a decir que es una tontería). ¡Me siento realmente un tarado por no poder cortarla con algo que no tiene sentido y dejar que me moleste tanto!" El paciente le pidió al terapeuta que le diera una mano para que pudiera equilibrarse nuevamente, gracias a entender lo que le ocurría. El terapeuta respondió apelando a un lenguaje metafórico que aludió a llevar al paciente de la mano y destacó el valor de las vibraciones, También le preguntó por escenas ligadas a las angustias en relación con el comer y el paciente evocó sus angustias al casi asfixiarse por haber tragado un pedazo de carne muy grande que no logró hacer circular por su garganta. Agregó: "Nunca pensé que tuviera relación con lo de los temblores. Sigo sin ver esa

relación, pero te lo cuento en base a esa imagen que propusiste. De hecho me parecen bastante opuestos. Lo del temblor es pura fantasía irracional, lo de los cachos de carne es bien real y concreto.

El terapeuta le comentó que le parecía que el paciente estaba contando más historias que las que aparentemente contaba. Resaltó que el paciente había aludido al verbo “tragar”, que en varios idiomas, además del castellano, también quiere decir "creer", como cuando decimos que "el ingenuo se tragó las mentiras que le dije". El terapeuta agregó que hay gente que está azorada ante la vida, la contempla en estado de parálisis y entonces traga todo lo que se le presenta sin chistar. El paciente se refirió, a su vez, a sus aspiraciones a extirpar las angustias que tenía y el terapeuta afirmó que eso que decía se parecía a un aborto, y el paciente coincidió con él. El terapeuta le preguntó si en la familia habían habido abortos y que todo ello se relacionaba con el azoramiento, las vivencias de fin de mundo, las crisis de pánico, y los terrores corporales. El paciente replicó que no entendía cómo esto tenía un efecto tan desproporcionado. El terapeuta respondió que parecía que la mente del paciente no era una unidad, tenía al menos dos sectores, cada uno con su lógica, su modo de concebir el espacio, el tiempo, etc., y que en uno de estos sectores imperaba la racionalidad y la sensatez, así como el respeto por las percepciones inmediatas, y en la otra prevalecía la creencia o la convicción, que se llevaba por delante a la sensatez y las percepciones y creaban otro modo de pensar el mundo, como por ejemplo en la historia del asteroide y el choque contra la tierra, en que prevalece una espacialidad interplanetaria. Este otro sector no sensato tenía bastante poder sobre él y no se lo podía expulsar fácilmente. El paciente respondió que a ese sector quería exterminarlo a la brevedad. El terapeuta respondió que el paciente estaba enojado con un habitante interior, como cuando en algunas culturas aparece un rechazo radical a lo diverso por ser irracional, mugriento, etc. El paciente comentó que había recordado que de chico había temido que hubiera fuertes inundaciones y que sus padres restaban importancia a sus temores, que se alimentaban de noticias periodísticas. El terapeuta respondió que era posible que hubieran relaciones entre sus temores actuales y los infantiles. Ante ello el paciente comentó:

“Me doy cuenta de que me olvidé de contar otra situación que tiene que ver con los temblores y que podemos sumar al repertorio. Y es que parece ser que tengo lo que se llama ‘temblor esencial’. Es leve y solo aparece de vez en cuando; se nota un cierto temblor ocasional en las manos que solamente tiene la apariencia de tener poco pulso. Se lo he consultado al médico varias veces y siempre me dice que no me preocupe, que es normal y se va con un vaso de vino. No es algo que tenga muy presente en lo cotidiano, excepto si alguna vez alguien me lo señala, por eso no lo tuve en cuenta antes para contarlo. Lo que pasa es que es un argumento más para la irracionalidad del miedo: ¿si yo mismo tiemblo sin darme cuenta, cómo

puedo no sentir temblores del piso en cualquier momento?”

Con este comentario del paciente estaban dadas las condiciones para que el terapeuta formulara intervenciones de nexos por semejanza basadas en correlacionar temblor esencial y terremotos, pero en lugar de ello el terapeuta insistió en la cuestión del aborto o la pérdida de embarazos y en la identificación del paciente con un aborto. Estas intervenciones también eran de semejanza, esta vez entre un aborto o un feto que no continúa su desarrollo y los progenitores. Sin embargo, el paciente ya había aclarado que sus angustias habían comenzado antes del momento en que él y su pareja notaron que los embarazos no prosperaban, de modo que no parecía ser este el camino para encarar la angustia del paciente ante los temblores.

Solo en la segunda oportunidad en que el paciente aludió a su temblor esencial el terapeuta encontró un rumbo más preciso para establecer analogías entre esta manifestación y sus temores a los terremotos. Notamos entonces que entre las múltiples analogías entre las manifestaciones del paciente solo algunas tienen un valor clínico, sobre todo si permiten orientar respecto de los malestares del paciente, y en particular la angustia.

Para decirlo más globalmente, cuando se establecen analogías (en este caso entre el temor a los terremotos y alguna otra manifestación del paciente, con lo cual el temor adquiere otra significación, más pensable) existen múltiples posibilidades, dado que el criterio analógico admite muchas alternativas. Entonces el problema ya no sería solo que el terapeuta apeló a intervenciones causales en lugar de las analógicas, sino que cuando usó las intervenciones por analogía o semejanza no encontró el buen criterio para establecer la similitud entre terremoto y alguna manifestación del paciente.

Las intervenciones causales del terapeuta, que expuso casi desde el comienzo del intercambio, parecían ser ineficaces por carecer de un sustento en una riqueza simbólica que en el paciente era necesario construir o reconstruir en lo posible. Poco después que entre paciente y terapeuta construyeran la analogía entre temblor esencial y terremoto, se desarrolló el siguiente intercambio entre ambos:

“Hoy tenía varias cosas para escribirte y venía pensando más temprano lo que me cuesta recordar sueños, que era lo que vos me habías pedido. Estuve trabajando bastante al mediodía y a la tardecita me dormí una profunda siesta y soñé algo así: Estaba en una oficina llena de cosas y un escritorio de vidrio lleno de papeles (un lugar y mobiliario desconocidos para mí, que no son los míos, ni los reconozco) y me encuentro de repente ya muy cerca de un tipo desconocido, joven, de gorrita con visera, parecido a un periodista de la tele que no sé quién es, pero que acababa de ver en una propaganda de la tele antes de dormir y que me

cayó mal por algo. El tipo estaba ahí para que yo firme algo, unos documentos que estaban en una bolsa grande como de evidencia de que yo había cometido algún crimen por el que me podían detener o algo, como de evasión de impuestos (creo que esto viene de que en el zapping pre siesta también paré unos segundos en una esencia de un *reality* como de asuntos legales en la fronteras, donde a un tipo llegando a la aduana de Chile lo quieren detener porque no se había presentado a declarar por algo ridículo como una infracción de tránsito). Lo raro es que parece que yo tenía esa bolsa plástica grande con una especie de caja adentro hace unos días y no había hecho nada con eso. Aparentemente había algo que yo podía haber hecho al respecto, no sé bien qué, y no lo hice.

“El tipo me pregunta si no lo conozco y yo no lo podía ubicar y el tipo me recuerda una charla que tuvimos y ahí lo reconozco de haberme reunido con él en esa misma oficina a ambos lados de ese mismo escritorio sobre algo que no entendí relacionado como política internacional. (Algo que suele ocurrirme en la vida real: recibo gente desconocida previamente en la editorial con la que tengo charlas a veces como de una hora o más. periodistas, autores, libreros, investigadores, etc. a los que tiempo después vuelvo a encontrarme de casualidad en alguna otra situación y cuando me saludan con familiaridad me cuesta recordar que los conozco y que estuvimos charlando antes. Son situaciones que me dan bastante vergüenza). Y ahí siguió la conversación con el tipo hasta que se diluyó el sueño.”

“Me desperté raramente lento y me di cuenta de que había soñado un sueño que recordaba y tuve la consciencia de eso y de que tenía que tratar de recordarlo para escribirte. Incluso pensé en como describir ese sueño, porqué pensé la frase ‘¡soñé con traición!’, pensando en ese tipo que había estado charlando amigablemente conmigo haciéndose pasar por otro y que resultó una especie de agente encubierto. Pude incluso repasar el sueño antes de decidir abrir los ojos para tratar de olvidar lo menos posible.”

El terapeuta le respondió: “La traición es todo un tema, y es algo que mencionaste insistentemente en relación con esas realidades catastróficas que parecen amenazar. Ahora resulta que la traición tiene que ver con personas, y no con la naturaleza, y que parece ligada con la apariencias, con el fingimiento, y con la tentativa de obtener información que un fulano piensa usar en tu contra.”

El paciente asoció la traición, que mencionó en su sueño, con la traición de su mente, que de pronto lo deja expuesto a los temores corporales, que querría erradicar. El terapeuta le respondió que si bien por un lado el paciente seguía radicalizado cuando manifestaba su rechazo a un vecino imposible de evitar, al mismo tiempo iba mostrando que entre ambos había puentes de unión, o elementos en común.

“Así ocurre cuando te referís a la relación entre los terremotos y tus temblores corporales, y me parece que

los primeros podrían representar y/o sustituir y/o disfrazar a los segundos, o podría ocurrir una secuencia, en que todo comienza como preocupaciones corporales difíciles de tolerar y luego todo se desplaza a las catástrofes terráneas.”

“Decime: este tipo de relación entre cuerpo y universo no estará presente también cuando te referís a nuestro amigo el asteroide mimoso que quiere acercarse a la tierra? No habrá alguna equivalencia entre tus preocupaciones astrofísicas y algunas otras preocupaciones corporales?”

A ello el paciente respondió: “Ok, tiene lógica. Me surgen dos nuevas preguntas ahora: 1. ¿Por qué no siento que entender esto, al menos por ahora, me traiga alivio o me tranquilice? 2. ¿Cómo se puede hacer para redirigir el temor imaginario hacía el verdadero temor que aquellos disfrazan, de manera tal de poder tomar alguna acción al respecto de esas situaciones corporales que me causan temor?”

A su vez, el terapeuta respondió: “Si el verdadero temor está ligado con alguna catástrofe orgánica de la cual el temblor es un indicador, ¿qué te parece que convendría hacer?”

Puede observarse que, ante un pedido del paciente a que el terapeuta desarrolle alguna intervención causal o a que se refiera a sugerencias sobre qué hacer, el terapeuta opta por encarar esta segunda alternativa.

El paciente contestó: “Podríamos quizás diferenciar ambos casos. El tema del temblor parece estar asociado en parte a lo del temblor corporal. En principio pedí turno con el médico a ver si el tema se puede controlar o qué se puede hacer al respecto. El otro tema, que parecería que tiene que ver con la cuestión de la paternidad, es medio insolucionable, creo. Tener miedo a tener un hijo parece casi razonable (más aun el primero, imagino), mientras no sea un miedo paralizante que impida hacerlo. Yo tengo muchas ganas de que suceda y hace ya varios años que estamos poniéndole bastante esfuerzo. Lo que pasa es que ahora tengo más razones para tener miedo de que no suceda que de si se dé. Estamos en un punto en que probamos varios intentos sin suerte y no sabemos si la prepaga nos va a seguir cubriendo los costos del tratamiento. Tenemos ahora que volver a ver al médico a ver qué dice, pero, si bien lo vamos a hacer, a ambos nos cuesta llamar para pedir turno ya mismo.”

“Bueno, podríamos decir que las consultas médicas son de por sí angustiantes, no? Ya andar de consultorios y haciendo estudios médicos me da como una sensación de fragilidad, de debilidad. También en estos últimos años me ha tocado ver bastantes casos más o menos cercanos de enfermedades ridículas y bastante crueles en gente de diferentes edades, incluyendo la mía y más jóvenes y creo que esa sensación de azar absoluto (sí, dije azar, como en los terremotos) en algunos casos es angustiante. Quiero decir: si alguien fuma y le agarra cáncer de pulmón uno puede ver una causalidad, pero hay muchos casos de cosas

en las que el enfermo no parece tener ninguna ‘responsabilidad’. Y es la sensación de que en cualquier momento te puede tocar cualquier cosa. No tengo claro si simplemente con los años uno simplemente toma cierta consciencia de los límites del cuerpo, los riesgos de la mente y la cortedad de la vida o si es mero cagazo y paranoia.”

Días después agregó: “Ayer fui finalmente al médico clínico y le llevé los exámenes. Le pregunté por los temblores y me dijo que para él eran manifestaciones de ansiedad. Por un lado eso me tranquilizó, en el sentido que peor sería que fuera un deterioro físico. Pero por el otro me devuelve al campo psicológico. Una cosa que me llama la atención al respecto es que yo siempre pensé que la dificultad de moderarse con la comida tenía que ver con la ansiedad. La vez pasada (hace años) cuando hice dieta por la gota una cosa a la que nunca logré fue acostumbrarme a comer menos, a comer porciones más chicas. Logré cambiar ingredientes, pero no bajar la cantidad. Siempre sentía que me quedaba con hambre. Esta vez estoy logrando comer menos y no sentir esa sensación de necesitar comer el triple. ¿Se puede dar que la ansiedad pase de una forma a la otra, o sea de la comida a los temblores?”

“Al respecto de los temblores, por el momento parecería que aprendí un poco a convivir con ellos. Todavía los siento, siento las vibraciones del piso, de una silla... pero aprendí bastante a, rápidamente, a veces casi sin darme cuenta, contestarme que no es un terremoto, que son mis temblores. Son temblores raros, porque no logro ver el movimiento en el cuerpo, como a veces se nota en las manos. A veces es como si el temblor fuera una pulsación, como si se amplificara el latido del corazón o el bombear de la sangre en alguna parte del cuerpo. No logro sin embargo salir de cierto estado casi constante de alarma, de mantener la guardia porque en cualquier momento puedo estar en el comienzo de una película catastrófico-apocalíptica.”

Discusión

Puede advertirse qué se logró con este tratamiento de pocas semanas. Lo central pareció ser que entre paciente y terapeuta lograron focalizar en los problemas que estaban disfrazados y representados en los temores que el mismo paciente consideraba insensatos, ilógicos, mientras que luego, con la redefinición, tuvieron lógica.

Además, el paciente pudo recordar y relatar un sueño y asociar con él de manera enriquecedora, lo cual parece ser indicio de que se había incrementado en él su capacidad para conectar sus pensamientos inconscientes, hasta ese momento no expresables, y sus recursos simbólicos.

En cuanto a las intervenciones del terapeuta, puede notarse que este tendió a soslayar las que se refirieran

a enlaces causales y en cambio prestó atención a las basadas en la analogía. Esta actitud del terapeuta pareció consecuencia de captar que el paciente rechazaba a las primeras y parecía aceptar mejor las segundas, que fueron el camino para dar significación a los temores inicialmente incomprensibles para el paciente mismo.

Las intervenciones basadas en la analogía tienden a agrupar personajes, escenas, que pueden conformar una clase. También suele ocurrir que esta clase se oponga a otra, por ejemplo relaciones con hombres y con las mujeres, o relaciones con adultos y con niños, Esta creación de clases puede tener una extensión excesiva, en que se pierde el valor diferencial de algún personaje o episodio, o la oposición entre clases que el terapeuta establezca no sea clínicamente pertinente. Además, las intervenciones por analogía permiten agrupar personajes o escenas en diferentes conjuntos, en la medida en que por un rasgo un elemento puede pertenecer a un grupo y por otro rasgo puede pertenecer a un grupo diferente. En consecuencia, la evaluación de las intervenciones de nexo basadas en la analogía toma en cuenta al menos tres aspectos: 1) extensión de lo reunido en un grupo, 2) creación de los grupos de opuestos, 3) criterio en cuanto al rasgo para establecer la analogía.

En este caso fue posible apreciar que no siempre el criterio para establecer la semejanza fue el adecuado, como cuando el terapeuta propuso la analogía entre terremoto y aborto, a diferencia de la analogía entre terremoto y temblor esencial. En otro caso, en cambio, fue posible observar que la falla en el establecimiento de la analogía consistió en que la terapeuta homologó entre sí a los hombres ante los cuales la paciente callaba, cuando en realidad el malestar de la paciente se relacionaba con el vínculo con un hombre en particular, su padre, que parecía padecer alguna perturbación ideativa.

El elemento intermedio que habilita el establecimiento de semejanzas (*el tertium comparationis*), como se lo denominaba en la retórica clásica, es producto de la creatividad del terapeuta. Es posible enfocar la mente del terapeuta con una perspectiva longitudinal, infiriendo por sus intervenciones de nexo basadas en la semejanza, si este ha variado el criterio para establecer semejanzas, como se advierte en el presente estudio, en que el terapeuta varió de considerar que el terremoto temido por el paciente como un equivalente del aborto a considerarlo como una analogía de su temido temblor esencial. Esta variación en cuanto al criterio para las comparaciones abrió mejores perspectivas clínicas para encarar el caso.

Bibliografía

Maldavsky, D. (2018). "Investigación empírica de las conexiones que establece el terapeuta en sus intervenciones clínicas: método y ejemplos, *Mentalización*", *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 11.

Maldavsky, D. (2019). “Medios informáticos en psicoterapia de orientación psicoanalítica”, *Actualidad psicológica*, junio.

Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., Jiménez, F. (2010). “Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias”, *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15, 1.