

Propuestas clínicas para el tratamiento de las crisis de angustia

David Maldavsky

Resumen

El autor presenta una síntesis de tres terapias de pacientes con crisis de angustia y describe con detalle algunas de sus intervenciones clínicas y las respuestas de los pacientes. Las crisis de angustia se combinaban con estados de hundimiento y vacío. En los tres casos el terapeuta desarrolló un enfoque clínico complejo. Tendió a que el paciente hiciera consciente no tanto un deseo sino un pensamiento que se hallaba en amago en él mismo. Puso el énfasis en la dependencia del paciente de la mente de otro, en quien había un estado de necesidad o un divorcio entre las palabras y los hechos (porque ese otro mentía o profería afirmaciones absurdas), y en quien predominaba una especulación económica o una estimulación corporal auto-contradictoria. Las crisis de angustia se combinaban con estados de astenia que podían ser superados en la medida en que cada paciente encontró la forma de desarrollar su propia lucidez de pensamiento.

Palabras clave: intervenciones clínicas; falsedad; incoherencia; necesidad; especulación económica

Clinical proposals for the treatment of crisis of anxiety

Abstract

The author presents a synthesis of three therapies of patients with crisis of anxiety and describes in detail some of the clinical interventions and the patients's responses. The crisis of anxiety combined with states of collapse and emptiness. In the three cases the therapist developed a complex clinical approach. Instead of paying attention to the patient's wishes, the therapist tended to make the patient conscious of his thought that was latent in himself. He emphasized the patient's dependency on another one's mind, in whom there was a state of foolishness or a divorce between words and facts (because the other one was lying or

uttering absurd affirmations), and in whom predominated either an economic speculation or a self-contradictory body stimulation. Crisis of anxiety combined with states of asthenia which could be overcome by each patient by founding a way of developing their own clearness of thought.

Keywords: clinical interventions; falsehood; incoherence; foolishness; economic speculation

Propostas clínicas para o tratamento de crises de angústia

Resumo

O autor apresenta uma síntese de três terapias de pacientes com crise de angústia e descreve em detalhes algumas das suas intervenções clínicas e respostas dos pacientes. As crises de angústia se combinavam com estados de abatimento e vazio. Nos três casos o terapeuta desenvolveu uma abordagem clínica complexa. Tendeu a que o paciente fizesse consciente não tanto um desejo quanto um pensamento que estava em germe nele mesmo. Enfatizou a dependência do paciente na mente de outro, em quem havia um estado de necessidade ou um divórcio entre palavras e fatos (porque esse outro mentia ou expressava afirmações absurdas), e em quem predominava uma especulação econômica ou uma estimulação corporal auto-contraditória. As crises de angústia se combinavam com estados de astenia que podiam ser superados na medida em que cada paciente encontrou a maneira de desenvolver sua própria lucidez de pensamento.

Palavras-chave: intervenções clínicas; falsidade; incoerência; necessidade; especulação econômica

Diferencias entre orientaciones y obstáculos para la discusión

Mi amigo Eduardo Agejas, recientemente fallecido, que ocupó la secretaría científica de la Asociación Psicoanalítica Argentina, ideó una muy original modalidad de trabajo para las

reuniones en la institución. Propuso discutir algún caso llamativo y problemático durante algunas semanas tanto en encuentros plenarios (en que tres expositores se referían al caso) como en reuniones en pequeño grupo. Luego Agejas y sus colaboradores analizaban los intercambios semana tras semana y enviaban un informe sobre lo discutido a la comunidad de la institución. Agejas me comentó que había ideado una categorización de los intercambios tomando en cuenta tres niveles conceptuales: hipótesis abstractas, hipótesis intermedias, hipótesis clínicas. Advirtió que había mayor coincidencia en los intercambios en las referencias a la clínica, que iba decreciendo a medida que el grado de abstracción aumentaba. Solía ocurrir que los expositores no incluyeran en sus hipótesis más generales algunas de sus referencias a la clínica que ellos mismos habían hecho, y ello era independiente de la postura teórica de cada uno, de modo que podía haber coincidencias parciales en un terreno más clínico, que se desvanecía cuando había que articularlas con los enfoques teóricos. Tomando en cuenta estos comentarios, deseo centrarme en esta ocasión en un terreno más cercano a los hechos, es decir el terreno de la clínica, y en particular la clínica en las crisis de angustia.

El tratamiento de estas crisis de pánico (en las que el paciente sufre vivencias de muerte inminente, taquicardia, sudoración, mareo, dolores en pecho, temblor, náuseas, dificultades respiratorias, insomnio, hormigueo en las extremidades) es un tema de discusión entre los terapeutas de orientación psicoanalítica. A menudo la estructura de esos trabajos contiene una breve descripción de los síntomas habitualmente mencionados, incluyendo la que expuso Freud, algunos comentarios conceptuales, sobre todo acerca de la pobreza simbólica y los traumas tempranos y sus efectos ulteriores (y en ocasiones acerca de los conflictos edípicos), la descripción de un caso con una evolución relativamente exitosa, una breve referencia al abordaje terapéutico, una discusión y las conclusiones. La discusión se da sobre todo en torno de cuáles son los conceptos que permiten pensar este tipo de problema clínico (que van desde los que destacan el valor de los conceptos económicos hasta los que hacen prevalecer el peso de la castración o el influjo de la familia), y en torno de cuáles son las intervenciones clínicamente pertinentes (sobre todo, en relación a si es o no conveniente mantener el abordaje clásico, consistente en la asociación libre del paciente y la atención flotante del terapeuta y sobre el énfasis en los conflictos edípicos, en las fijaciones tempranas o en la situación actual).

Otras orientaciones también han realizado propuestas de intervención para las crisis de angustia. Entre ellas figuran los enfoques cognitivistas, las técnicas de relajación, las que procuran un cambio en la regulación neuronal. Entre estas orientaciones hay diferencias, ya que algunas sustentan que el camino clínico implica una rectificación en las regulaciones energéticas mediante algunas prácticas motrices, mientras que otras, más centradas en las verbalizaciones, proponen exponer insistentemente al sujeto al recuerdo del trauma con fines abreactivos y/o para que lo encare con otros recursos, y otras, por fin, sostienen que esta exposición no es necesaria, sino que el camino es rectificar el sentido que el paciente ha atribuido a determinados episodios, con los consiguientes afectos, pensamientos y juicios.

Entre psicoanalistas y cognitivistas se dan polémicas respecto de las intervenciones en las crisis de angustia, las cuales se ven dificultadas por múltiples factores, entre los cuales figura el hecho de que los trabajos de los cognitivistas difieren en cuanto a su estructura de los trabajos de los psicoanalistas.

Los estudios cognitivistas, en efecto, exponen someramente los conceptos básicos, dan más peso a los recursos técnicos, que a menudo consisten en intervenciones manualizadas, incluyen una muestra, a veces con grupo control, y una presentación de los resultados en términos porcentuales de logros o fracasos clínicos, en algunas ocasiones con una descripción de las diferencias de tales logros o fracasos según el diagnóstico más amplio del paciente.

En cuanto a los trabajos de los psicoanalistas, los informes clínicos son habitualmente sintéticos, con un énfasis en el paciente y sin demasiado cuidado por describir en detalle el contenido y la forma de las intervenciones clínicas, lo cual hace más difícil tanto la discusión como el aprovechamiento de las experiencias para formular propuestas concretas referidas a enfoques clínicamente eficaces.

La diversidad de propuestas dentro de cada orientación teórica se combina con la diversidad de opiniones respecto de las propuestas de las intervenciones que tienen una orientación teórica diferente. Por lo tanto, en las discusiones de los psicoanalistas con estas otras orientaciones las posiciones difieren tanto por el enfoque clínico del autor como por el

enfoque que tiene la propuesta cognitivista que esté comentando. A ello se agrega que los argumentos que cada autor expone ante el otro (caso clínico versus muestra de N casos, incluyendo a veces un grupo control) son poco comprensibles o aceptables para este interlocutor.

Además, respecto de la eficacia clínica, resulta difícil investigar el valor del factor “intervención del terapeuta” con independencia de otros, como su empatía, su tono de voz (por ejemplo, con variaciones tonales medias o extremas), las cuestiones de encuadre, otros rasgos de sus verbalizaciones que no sean específicamente la meta de su enfoque (por ejemplo, una construcción referida a un padre que no prestaba atención al paciente en su infancia puede ser formulada con detalle, en forma sintética, con algún énfasis en recursos expresivos aumentativos, con un matiz que induzca un clima de reproche o de acusación, etc.). Estas observaciones son válidas respecto de los estudios realizados y respecto de las argumentaciones que unos y otros exponen en las discusiones.

Dadas estas dificultades, me parece conveniente exponer con algún detalle las intervenciones del terapeuta en el abordaje clínico psicoanalítico de pacientes con crisis de angustia. Para ello nos encontramos con dos alternativas: o bien presentar la transcripción de algunas sesiones de uno o varios casos, con el análisis correspondiente, o bien presentar una síntesis de varios procesos terapéuticos con una descripción pormenorizada de las intervenciones clínicas. Hemos optado por esta segunda alternativa, la cual tiene sus desventajas (por ejemplo, la no aplicación de instrumentos para el análisis de una muestra, lo cual disminuye la precisión expositiva) y también sus ventajas (la comunicación de los casos resulta más sencilla y accesible para los lectores interesados en los estudios clínicos). Describiré la evolución de tres casos de diferente duración y con organizaciones psíquicas solo parcialmente similares, todos ellos tratados por el mismo terapeuta, y procuraré poner el acento en las intervenciones clínicas y su respuesta por el paciente.

Tres casos clínicos

Albano

Albano consultó a los 35 años por sus crisis de angustia cada vez más frecuentes, que lo dejaban paralizado en sus actividades cotidianas, en el trabajo y la familia. Había abandonado un tratamiento de dos años por la falta de resultados, y porque no lograba ni alimentarse ni dormir. A poco de empezar la entrevista inicial se refirió a su fascinación por la gente que mentía. A lo largo de la hora describió diferentes episodios de personajes que lo rodeaban, algunos de su barrio pero sobre todo del ámbito laboral, quienes formulaban afirmaciones o realizaban relatos que él descubría que eran falsos. El tono con que contaba estos episodios no denotaba preocupación, sino más bien un cierto bienestar asombrado, posiblemente porque había logrado captar en qué consistía la falsedad de lo que le decían. El terapeuta le dijo que era posible que en otras ocasiones Albano no había logrado captar la falsedad en las palabras o las acciones del otro, y que en esas condiciones le aparecían sus crisis de angustia. El paciente comentó que él había tenido angustias durante mucho tiempo, ahora muy incrementadas. En relación con los momentos de angustia más intensa, evocó, como ejemplo, un período en que uno de sus hijos recién nacido estuvo en terapia intensiva neonatal, de la cual salió finalmente en buenas condiciones. Albano se refirió también a su padre, que había sufrido un cáncer siendo joven y que pese a ello tenía frecuentes aventuras sexuales extra-maritales, hasta que murió tempranamente, cuando el paciente era adolescente. El terapeuta estableció algunos nexos y formuló además una conjetura: como su hijo recién nacido, el paciente había pasado por situaciones de riesgo de muerte en su temprana infancia, que parecían anteriores a la muerte del padre. En ese entonces había pasado un hambre y sobre todo una sed crecientes y había llegado a alucinar que estaba recibiendo alimento, lo cual era falso, y mientras tanto podía sentir que se moría. De allí surgió un estado de angustia que se incrementó luego con las contradicciones en la vida de su padre, su problema oncológico y su muerte precoz. El paciente respondió que no tenía información de lo ocurrido durante su infancia temprana, y que le preguntaría al respecto a una tía materna.

Albano volvió a la sesión siguiente diciendo que su tía le había informado que, cuando él nació, su madre no lograba amamantarlo, y que entonces el pediatra le recomendó que le diera dos cucharadas de agua cada dos horas durante los primeros días. La madre entendió que debía darle dos cucharadas de agua por día. A las dos semanas, la tía materna fue de visita y descubrió que Albano estaba muy desnutrido, inerte. Con una nueva consulta al

pediatra se regularizó su alimentación. A partir de esta corroboración de la conjetura del terapeuta, el paciente desarrolló una fuerte confianza en él, y desapareció el carácter perentorio de sus crisis de angustia. Este cambio le permitió exponer otros problemas, concernientes al trabajo y su familia originaria. A diferencia del brusco cambio inicial, por la fuerte atenuación de su angustia, la consideración de los problemas en el trabajo y la familia y los efectos psíquicos y orgánicos sobre el paciente llevó bastante tiempo de trabajo en las sesiones. Dichos problemas consistían centralmente en estados de aceleración del pensamiento y las acciones en relación con su trabajo. Entraba en torbellinos de ideas y de cálculos de los que no lograba salir y que lo dejaban finalmente extenuado y tenso. Con el tiempo fue posible inferir que estos estados se incrementaban cuando debía encontrarse con algunos socios que tenía hacía años y que conocía desde la infancia. El paciente pudo descubrir que estos socios estaban paralizados, no se movían de sus oficinas e interactuaban con él como si fueran zombies, con respuestas poco espontáneas, automáticas y sin iniciativa. El terapeuta intentó dos caminos clínicos para encarar estas situaciones. Por un lado, le dijo que Albano veía en ellos a quien él mismo había sido en el momento en que estuvo inerte, al borde de la muerte, y por otro lado le preguntó cómo le parecía que podía resolver esta situación actual. El paciente se centró en este último enfoque, y decidió finalmente separarse de los socios y comprarles la parte en las fábricas que tenían en común, lo cual llevó un largo trabajo, sobre todo por sentir que abandonaba a viejos compañeros a su suerte, claro que con una cantidad considerable de bienes que les aseguraba el futuro económico por varias décadas.

El paciente también respondió, de manera no tan inmediata, a los comentarios del terapeuta referidos a sus momentos de hundimiento inerte, entre la tristeza y la falta de energías. Sobre todo prestó más atención a sus propios estados de este tipo que sobrevenían en determinados momentos del año, en particular cuando los días se hacían más breves. El terapeuta estableció nexos temporales entre esa época del año y los momentos sombríos para el paciente, que incluían el aniversario del diagnóstico de cáncer del padre, la conmemoración del día del padre y su propio cumpleaños, es decir, la conmemoración de la combinación entre nacimiento y desfallecimiento orgánico. El paciente colaboró activamente en estas sesiones, y solía recuperarse de sus propios estados gracias al trabajo de pensamiento durante las sesiones y fuera de ellas.

Luego que el paciente dejó la sociedad con sus amigos de la infancia y encontró recursos para sobreponerse a sus momentos de hundimiento disminuyeron sus aceleraciones en el trabajo y pudo pasar a preocuparse más por su vida de familia, con la esposa y los hijos, y por los fines de semana. En un comienzo estos fines de semana consistían sobre todo en momentos de aturdimiento en que solo atinaba a dormir o a permanecer encerrado en su casa, en una semi-somnolencia vigil. De a poco comenzó a apreciar los matices de las relaciones con su esposa y sus hijos y a disfrutar del encanto del barrio en que vivía, con largos paseos a pie.

Por ese entonces su vida cotidiana había mejorado sustancialmente, no tenía crisis de angustia, sus momentos de hundimiento eran breves y lograba superarlos a través del trabajo de pensamiento y del desarrollo de proyectos vitales, y en el trabajo se asombraba de casi no tener estados de urgencia. Cuando estos surgían, era posible identificar sus determinantes. El período de bienestar se extendió por varios meses, y el tratamiento se hallaba en su décimo año. El terapeuta le preguntó al paciente si no sería hora de dar por cerrado, al menos temporariamente, el ciclo de trabajo en común. El paciente respondió trayendo una anécdota: estaba invirtiendo en la bolsa de valores, y se daba cuenta de que esto le generaba oscilaciones muy intensas de euforia y de hundimiento, lo cual dependía de los cambios en los valores de las acciones. Entonces tenía que resistir una tendencia casi irrefrenable a comprar o vender en estado de urgencia, y que pese a todo lograba mantener una orientación, una conducta.

El terapeuta realizó entonces dos tipos de comentarios. Por un lado, se refirió a los estados de hundimiento que pudo haber padecido a poco de nacer, combinado con estados de euforia. Por otro lado el terapeuta se refirió a las oscilaciones que había tenido su padre, que pasaba de las limitaciones derivadas de su patología oncológica a los placeres sexuales extra-matrimoniales. El terapeuta agregó que en ambas situaciones se trataba de cuestiones de números, que suben y bajan abruptamente, y que estas alusiones a los números eran una forma de evocar situaciones orgánicas, carentes de vida de fantasía, y de las que Albano no parecía tener otros recuerdos. Comentó además que, en estas situaciones de números oscilantes, Albano había encontrado pese a todo un camino, basado en su propia lucidez, y que algo similar pudo ocurrirle muchas veces, inclusive poco después de nacer. Entre los

dos comentarios del terapeuta, el paciente le dio más relevancia a la historia con su padre y a cómo él debió rescatarse del modelo que su progenitor le proponía.

Otro tipo de problema que trajo el paciente ante la propuesta del terapeuta de terminar el tratamiento consistió en que tenía dificultades para disfrutar de las reuniones festivas numerosas, no así de las familiares o de las realizadas con amigos íntimos. El paciente se sentía impactado al notar una alegría ridícula, absurda, en la mayoría de los asistentes a las fiestas numerosas, y tras tolerar un rato la situación tendía a abandonar las reuniones. El terapeuta se orientó en dos direcciones en su enfoque del problema. Por un lado, le dijo que el paciente consideraba que en su mayoría estas fiestas tendían a ocultar estados de dolor, sobre todo por la muerte de seres queridos. Por otro lado, le dijo que podía ocurrir que el paciente no tolerara a la gente que decía estupideces y frases hechas o vacías, y que él temía contagiarse del estado de sus interlocutores, y por lo tanto volverse él también necio o imbécil. El paciente ponderó como adecuados ambos enfoques, pero le pareció más relevante el segundo. Agregó que él tendía a pensar de manera permanente, y que sus propios pensamientos le resultaban interesantes y ricos, a diferencia de los que exponían otras personas, salvo unos pocos amigos y gente que con algo de suerte lograba encontrar en ocasiones en las reuniones.

A lo largo del tratamiento el terapeuta pudo aprender que era clínicamente más rendidor acompañar al paciente para que fuera desarrollando sus pensamientos, los cuales podían hallarse trabados o sin desplegar. También aprendió que era conveniente trabajar más bien con el modelo de las construcciones de episodios traumáticos que era necesario inferir a partir de muy pocos indicios, y que exigían establecer nexos entre algunas anécdotas que el paciente narraba y situaciones que no lograba recordar y que sin embargo tenían eficacia y vigencia en el presente. Cuando el paciente lograba construir estas escenas que le resultaban desmesuradas, en él pasaban a desplegarse pensamientos que hasta ese momento no había pensado. Quizá se tratara de pensamientos inconscientes, en el sentido de carentes de palabras y de cualidades; eran más pensamientos que huellas mnémicas, y estas últimas tenían un carácter casi carentes de cualidad y por lo tanto carentes de conciencia, y consistentes más bien en estados orgánicos: la mentira parecía tener que ver con alucinaciones carentes de conexión con el pecho, que nunca estuvo, como cuando Freud

(1940a) alude a los niños que nunca mamaron del pecho materno y que luego tienen mayor nostalgia de él, es decir, nostalgia de lo que nunca fue percepción ni vivencia en el contacto con el mundo.

También aprendió que era conveniente no apresurarse a dar por terminado el tratamiento, ya que, si bien el paciente describía una mejoría duradera, parecía tener todavía algunos pensamientos que requerían su despliegue. Entre estos pensamientos, con el tiempo decantó uno, referido al padre, quien durante bastante tiempo fue un personaje desconcertante por las contradicciones entre afección orgánica severa y fuerte práctica sexual extra-matrimonial. De a poco Albano pudo darse cuenta que había estado considerando que su madre era quien lo había descuidado de pequeño, hasta que la intervención de una tía hizo sonar la alarma, y que en cambio no se había preguntado por qué el padre no había captado que su hijo recién nacido se estaba muriendo. Llegar a esta conclusión respecto del padre le fue posible por el trabajo en las sesiones cuando aludió a su desconcierto al intercambiar con un hombre a quien se le había muerto un hijo pequeño. Esta conclusión fue una forma de encontrarse con un pensamiento que hasta ese momento no había tenido cabida en su mente.

Además del personaje falso, parecía haber otro tipo de personaje que al paciente se le volvía intolerable, que es ese que describía en relación con las fiestas, y de cuya falta de recursos temía contagiarse. Tal vez quepa para estos personajes la palabra “necedad”, es decir, personajes que disponen de pocas variantes para pensar el mundo y pensarse a sí mismos en él. Es posible que la palabra “necia” pudiera corresponder a una cualidad de una madre que no captó que su hijo sufría una desnutrición creciente, como ocurrió en la infancia temprana de Albano. Necedad es entonces un rasgo consistente en la falta de sensibilidad para captar cualidades y matices, en lugar de lo cual predominan las reiteraciones de lo mismo, el apego a frases hechas y relatos estereotipados.

El caso pone en evidencia que un paciente puede quedar atrapado en diferentes tipos de situaciones contradictorias. En principio parecía tener importancia la contradicción lógica entre dos afirmaciones, una consistente solo en palabras (la mentira) y la otra ligada con los hechos de la cotidianeidad, y este parecía un aspecto central en el mundo psíquico del paciente. Las anécdotas referidas a la actividad en la Bolsa de valores pone en evidencia el

peso de otra contradicción, que era la que le quedó como mensaje de la vida del padre. Esta otra contradicción era más bien orgánica, y consistía en sostener que cuanto más falto de energía se hallaba este, más tendía a agotarse, como ocurrió cuando, luego del tratamiento con quimioterapia, persistió en sus frecuentes relaciones sexuales extra-maritales. Estas contradicciones orgánicas pueden tener dos versiones: una centrada en la regulación de la energía corporal, como en el caso que estamos estudiando, y otra centrada en la regulación económica, en que puede haber una tendencia a arruinarse económicamente, que es el equivalente de tender a agotarse y desfallecer corporalmente. Las referencias del paciente al modo de invertir en la Bolsa ponen en evidencia una transposición de la economía corporal en economía de los números, de las cuentas. Claro que, a diferencia del padre, que se perdía en sus oscilaciones, el paciente pretendía no alterar su rumbo y mantener una orientación basada en su pensar.

También resultó instructivo el análisis que el terapeuta hizo de su propia sugerencia de ir terminando el tratamiento, de la cual el paciente no se hizo eco. Sin rechazar esta sugerencia de palabra, el paciente mostró en los hechos que existían otros pensamientos que estaba dispuesto a desarrollar en el intercambio en las sesiones. La sugerencia del terapeuta podía parecer apresurada, con lo cual podría inferirse que estaba contagiado de la aceleración del paciente, o puesto en el lugar del padre que desapareció prematuramente de su vida. Sin embargo, el terapeuta destacó otro aspecto que pudo empujarlo a que la formulara: se sentía más bien con el deber de realizarla para prevenir el riesgo de quedar ubicado inadvertidamente en una escena como la de Albano con sus antiguos socios, amigos de la infancia, que no trabajaban y lucraban a costa del trabajo del paciente.

Karina

Karina consultó a los 40 años en medio de una crisis de angustia que tenía larga data. Desde el fin de la adolescencia había realizado numerosos tratamientos psicoterapéuticos, pese a lo cual su angustia persistía, y sentía que no contaba con un interlocutor que pudiera intercambiar con ella. A poco de empezar el tratamiento se refirió a que fue criada por la segunda esposa del padre y una hermana mayor de esta, de carácter enérgico, que tenía alucinaciones y delirios. Con ella compartía el lecho, y dormía mientras su acompañante permanecía insomne, sumida en escenas de violencia y terror. La paciente permaneció

varios años paralizada y muda, sin que su padre interviniera para atenuar la situación. La hermana de la segunda esposa del padre afirmaba rotundamente que el padre tenía relaciones incestuosas con la paciente desde la temprana infancia, y este a menudo se limitaba a callar y evitar la confrontación, y a veces empleaba algunas frases humorísticas para atenuar el clima imperante en el hogar. La segunda esposa del padre y su hermana parecían carecer de todo sentido del humor y respondían a estas frases con un incremento de sus estallidos de furia. En consecuencia, el padre mantenía una fuerte distancia de la hija y desaparecía de la casa con el argumento de que iba a trabajar. La paciente quedaba entonces apegada a la segunda esposa del padre y la hermana de esta, casi sin contacto con amigas de su edad y con algunos otros adultos.

El terapeuta se centró inicialmente en dos orientaciones parcialmente coincidentes. En ambas orientaciones era común el hecho de que la paciente parecía depender de un personaje loco. Pero este personaje loco podía resultarle insoportable por dos factores no totalmente equiparables. Por un lado, el personaje delirante le daba órdenes que la dejaban atrapada en contradicciones con las exigencias globales de contacto con los demás y que encerraban a la paciente en una especie de cárcel. Por otro lado, este mismo personaje decía frases absurdas, incoherentes, contradictorias con la realidad, por lo cual la paciente perdía la noción de qué era real y qué no. Ante la descripción por el terapeuta de estas dos alternativas, la paciente dio respuestas diferentes. Dijo que la primera de las alternativas (que ella dependía de un personaje loco que daba órdenes paralizantes que la dejaban presa) había sido un aspecto considerado en sus terapias previas, y que, si bien ella acordaba con este enfoque clínico, no le resultaba del todo satisfactorio para dar cuenta de su estado de angustia. En cambio, de la segunda alternativa (que ella dependía de un personaje loco que decía frases absurdas y sembraba un estado de caos) dijo que le resultaba un enfoque que la aliviaba porque le daba mayor coherencia a sus pensamientos y le ordenaba las situaciones difíciles que debió pasar. Paciente y terapeuta coincidieron en que ambas alternativas eran válidas, y en que de los dos aspectos uno era el más evidente: la injusticia, el sentirse presa y sin salida respecto de las palabras y las actitudes de la segunda esposa del padre y sobre todo las de la hermana de esta, pero que tal vez fuera más importante el hecho de depender de las palabras absurdas que nadie rectificaba. El terapeuta agregó que la parálisis de la paciente pudo derivar de que ella por mucho tiempo no supo cuál era la realidad, si era la

que podía captar con sus órganos de los sentidos y sus juicios o si era la que le describían la segunda esposa del padre y sobre todo su hermana, y que a ello se agregaba la tristeza por la falta de un padre que rectificara las palabras de las dos mujeres, como si este no tuviera mayor interés en la hija. El terapeuta preguntó también a la paciente si esta situación de atrapamiento no le había generado a la paciente efectos orgánicos en la infancia, y la paciente le relató que ella sufrió un asma infantil persistente, que se incrementaba en los períodos de mayor parálisis.

Con este enfoque de su problema, cuyo desarrollo abarcó las dos primeras sesiones, en la paciente se produjo una atenuación de la angustia. La mejoría se mantuvo por el curso de varias semanas y la paciente alcanzó un cierto grado de estabilidad psíquica y equilibrio, y durante un tiempo dejó de asistir a su terapia. Volvió a recurrir al mismo terapeuta tras unos meses, ya que había aparecido un nuevo problema. Estaba alarmada por el futuro alejamiento de un “sobrino” (en realidad, hijo de una media hermana, nacido del segundo matrimonio del padre), que había convivido con ella varios años y a quien ella había mantenido económicamente cuando este era joven, y ambos se habían separado ya de la familia. El sobrino había decidido trasladarse a otro país, y con el tiempo concretó su proyecto. De pronto, según ella, él había desaparecido. En las semanas posteriores a la separación del sobrino la paciente pasó por momentos de intenso sufrimiento, el cual se incrementaba por la imposibilidad de intercambiar con el joven. Luego, con el correr de los meses, pudo establecer una cierta conexión con él y al mismo tiempo pudo ir saliendo de su estado de hundimiento.

Fue posible intercambiar con la paciente sobre esos momentos en que no prevalecía la angustia sino un estado de hundimiento en una tristeza sin matices. La paciente comentó que también esta situación era frecuente, y que, como la angustia, sobrevenía a menudo. No tenía el carácter perentorio de la angustia, y podía corresponder a un estado duradero. Para describir esta situación la paciente dijo que sentía que tenía una adaptación superficial al mundo, pero que en ella había algo congelado, inerte, un personaje que ella había sido y que finalmente abandonó la lucha y solo deseaba morir. Como anécdota, contó que de pequeña ella quería estudiar danza, y que comenzó con entusiasmo unas clases con un profesor. La segunda esposa del padre y la hermana de esta arreciaron entonces con sus

acusaciones, esta vez contra el profesor, diciendo que este abusaba sexualmente de Karina. El asedio de las mujeres a este vínculo duró más de un año, y finalmente la paciente renunció a sus aspiraciones como artista y se encerró en una falta de expresión de sí misma. En el momento del alejamiento del sobrino de su lado este personaje inerte que había en Karina pasó a ocupar su lugar en el núcleo de su vida psíquica. La paciente contó que oscilaciones como esta, entre la apatía congelada y la crisis de angustia, alternaban en ella, y que era más duro el momento del hundimiento, que solía tener como detonante alguna situación que fuera el equivalente de un abandono. El terapeuta le dijo que en las sesiones él prefería conectarse e ir a la búsqueda del intercambio con ese personaje inerte en ella, que pareció haber padecido una situación intolerable, que no lograba relatar. El terapeuta formuló una construcción, consistente en que en algunos momentos ella había llegado a creer en las alucinaciones de la segunda esposa del padre y la hermana de esta, y a “ver” la imagen de sí misma en una relación incestuosa con el padre o con el profesor de danzas, situación esta que le resultó devastadora. En ella había ocurrido un pasaje de la angustia desmesurada al estado de congelamiento apático, en que ya no era posible ni luchar ni huir. Ese momento en que pareció dar la razón al delirio de las mujeres y a ofrecer una presunta prueba de que era realidad material lo que había sido solo una realidad de pensamiento dejó a la paciente más expuesta a estados de caos de los que no lograba salir. La paciente replicó que cuando ella se inició en su sexualidad, al final de la adolescencia, quedó aterrada pensando que esa iniciación era la prueba de que el incesto se había perpetrado. Por ese entonces desarrolló una enfermedad auto-inmune de gravedad, que la dejó postrada por varios años. Para esa época ocurrió el nacimiento de su sobrino, cuya madre convivió con la paciente en la misma casa familiar, de modo que ella se ocupó del cuidado del niño desde pequeño. En relación con el malestar de la paciente ante el alejamiento del sobrino, el terapeuta aludió a que aquel había asistido de pequeño a todo el período de la enfermedad de Karina, había sido testigo de esta historia y Karina se había aferrado a él como un sostén, que ahora se alejaba.

A medida que la paciente intercambiaba sobre estos temas con su terapeuta pudo concentrarse algo más en proyectos propios, entre ellos el de tomarse unos días de vacaciones en invierno. Sin embargo, este proyecto se arruinó por un desperfecto mecánico del ómnibus que la transportaba, que la llevó a permanecer una noche casi a la intemperie,

con mucho frío, dado que la calefacción del vehículo había dejado de funcionar. Al día siguiente, al relatar el episodio a su sobrino, recibió una respuesta breve que consideró poco empática, por lo cual tuvo en la sesión un estallido de furia. El terapeuta la invitó a reflexionar sobre estos hechos empleando frases con diminutivos y expresiones cautelosas y con un tono algo humorístico, y la paciente le dijo que él estaba siendo irónico con ella. El terapeuta le dijo en primer lugar que él empleaba frases con diminutivos en la tentativa de atenuar lo que él mismo le decía, y que empleaba además un humor tierno, porque temía estar pidiéndole reflexión cuando ella más bien parecía necesitada de descargarse. En un momento posterior le recordó que la falta de sentido del humor y la reacción de furia ante una broma eran rasgos de la segunda esposa del padre y su hermana. El terapeuta aprovechó este episodio para destacar que en la paciente no había solo un personaje congelado en una tristeza muda sino que había también pensamientos rabiosos que estaba comenzando a desplegar. Le dijo además que estos pensamientos rabiosos no constituían una unidad, sino que eran múltiples. Algunos tenían que ver con el abandono por parte del sobrino, otros tenían que ver con ocupar el lugar de la segunda esposa del padre y la hermana de esta, ambas carentes de sentido del humor, otros tenían que ver con la frustración por el proyecto de viaje arruinado. Pero al mismo tiempo el surgimiento de estos enojos ponía en evidencia que la paciente no estaba configurada de manera estereotipada solo por dos sectores, como ella lo decía, sino que aparecían otras alternativas, variadas y complejas. La paciente recibió estos comentarios como una apertura a nuevas reflexiones, y su enojo y su tristeza cedieron rápidamente.

La paciente manifestaba contar con otros recursos expresivos, sobre todo ligados con la expresión en términos de imágenes. Comenzó a dibujar o pintar imágenes algo informes y que rápidamente borroneaba o eliminaba, y que constituían amagos del desarrollo de una capacidad para sentir y pensar sus situaciones críticas. Finalmente, empezó a desempolvar fotos de su pasado y el de su familia.

Luego de unas pocas sesiones, la paciente cerró otro ciclo de trabajo clínico. Manifestó su gratitud al terapeuta por el trabajo realizado y manifestó su propósito de tomar más a menudo unos días de vacaciones que le servirían para reponer su vitalidad.

Las intervenciones del terapeuta con Karina fueron desde un comienzo diferentes de las expuestas en el tratamiento de Albano. En el primer caso, el terapeuta conjeturó una escena ligada con la infancia temprana del paciente, mientras que en el segundo construyó una realidad psíquica, la de la dependencia de un personaje absurdo. Es posible que también en este segundo caso hayan existido escenas materiales, como en el primero, pero estas podrían corresponder, tal vez, a la historia de la segunda esposa del padre, la cual quizá haya sufrido abusos durante su infancia.

En el segundo período de tratamiento fue posible agregar otro factor que pudo tener incidencia en su angustia, como lo fue la grave enfermedad que la aquejó poco después de su iniciación sexual. Claro está, para esa época la paciente había pasado ya por numerosas crisis de angustia que habían motivado varias consultas psicoterapéuticas, de modo que puede considerarse que este segundo factor tuvo un valor complementario del primero.

En el caso de Karina, como en el de Albano, se produjo una atenuación de la angustia cuando, en la segunda entrevista, el terapeuta le describió su dependencia del discurso de un personaje que alucinaba y formulaba afirmaciones absurdas. A diferencia de Albano, Karina interrumpió unos meses el tratamiento entre el momento inicial de urgencia y el momento posterior de expansión de la propuesta de trabajo. Luego de ello, igual que en el tratamiento de Albano, la paciente amplió su visión de los problemas que la aquejaban y que requerían del trabajo terapéutico. Fue en ese momento que describió la situación de desvalimiento orgánico y afectivo, luego de su iniciación sexual.

Durante esta segunda fase del tratamiento, la paciente osciló entre aludir a su historia, y en particular a momentos muy duros tanto desde el punto de vista afectivo como orgánico, y referirse a su cotidianeidad presente. Fue posible desarrollar un trabajo en común, en que la paciente por momentos llevaba la iniciativa y aportaba elementos nuevos que resultaban esclarecedores, como por ejemplo cuando, ante la intervención del terapeuta referida a momentos en que ella le daba la razón a personajes delirantes y alucinados, ella replicó aludiendo a los comienzos de su vida sexual y la casi inmediata enfermedad severa que la aquejó durante años.

En esta paciente, como en Albano, tenía gran relevancia la contradicción lógica entre las palabras y los hechos, pero la palabra contrapuesta a la realidad no era la de la mentira, como había sido para Albano, sino la del mundo alucinatorio y delirante, que recurre tanto menos a argumentos tomados de la realidad para justificar determinadas afirmaciones y las sustituye por certezas que ya no requieren demostración alguna. A ello se agrega el peso de otras contradicciones, de carácter pragmático, cuando se dan órdenes contrapuestas, como cuando se le impone a una niña que vaya al colegio a estudiar y simultáneamente se la acusa de tener relaciones sexuales con los docentes, con lo cual se deja a la destinataria de los mensajes atrapada en una situación sin salida.

María Julia

María Julia consultó a los 34 años en medio de un estado de caos de pensamientos, con diagnósticos catastróficos sobre enfermedades severas que afectaban su cerebro, dificultades para mantener un mínimo intercambio y atiborrada de informaciones auto-contradictorias sobre su estado de salud. Había tenido poco tiempo atrás unas convulsiones por primera vez en su vida, y había consultado a numerosos especialistas en neurología y en problemas circulatorios, los cuales, según ella, le habían dado diagnósticos vagos e indicaciones imprecisas, que implicaban más estudios e incluso intervenciones exploratorias en su cerebro, sin que ella lograra orientarse en cuanto a la idoneidad de los profesionales que la asistían y menos aún en cuanto a la gravedad de su situación. En el período inicial del tratamiento tampoco el terapeuta pudo orientarse claramente, y tendió a acompañar a la paciente respecto de la recepción de la información médica y los cuestionamientos que ella hacía a los profesionales y sus contradicciones, en el intento de alcanzar claridad. Al tiempo el terapeuta captó que María Julia tendía a inducir en él la convicción de que ella tenía algún proceso oncológico o algún coágulo en el cerebro que era necesario detectar para intervenir con premura. Entonces pasó a decirle a la paciente que ella estaba a la búsqueda de un profesional que le confirmara el auto-diagnóstico que ella se había formulado, y que esa actitud contribuía a la confusión existente. Progresivamente se fue acotando el número de los profesionales consultados y se descartaron las intervenciones más extremas y con escasa o nula justificación, así como los

diagnósticos apresurados (inclusive el de epilepsia), y a medida que ello ocurría quedaba más a las claras la convicción de la paciente de que sufría una enfermedad muy grave que nadie lograba detectar.

Simultáneamente, la paciente comenzó a presentar el panorama de su historia y de su relación con la familia originaria. Sobre todo se refirió a la relación con una madre que desde siempre la ignoró en los hechos aunque aparentaba con sus frases exageradas tenerla en cuenta, y que en cambio se dedicó con devoción a sus dos hermanas menores. El padre era un hombre silencioso que no intervenía y tendía a desaparecer del hogar, y cuando estaba presente formulaba diagnósticos alarmantes sobre la salud de su hija, que le comunicaba reservadamente a su esposa, y ésta a la hija.

Como la paciente no encontraba ya médicos que la acompañasen en sus creencias sobre su propio cuerpo, pasó a consultar a curas sanadores y sobre todo a brujas barriales a las que les atribuía poder. También pasó a irrumpir en las guardias asistenciales con sus terrores corporales, y por un tiempo volvieron a hacerle estudios que terminaban descartando los diagnósticos que la paciente procuraba inducir en los profesionales. El terapeuta desarrolló entonces dos estrategias, para las cuales incrementó sus intercambios con la paciente, que pasaba por momentos críticos sobre todo durante los fines de semana. Para ello el terapeuta combinó entrevistas con intercambios vía e mail, teléfono o Skype. En sus estrategias, el terapeuta por un lado, se enfocó en la dependencia de la paciente respecto de un personaje materno poderoso y envidioso y un padre que agregaba al conjunto el argumento diagnóstico, y por otro lado se enfocó en mostrar a la paciente su tendencia a convencer a los profesionales, a la búsqueda de una multiplicación de su terror en la medida en que otro se asustara con las descripciones que ella hacía de sus presuntos padecimientos corporales, y a anticiparle que esta tendencia terminaba por generar en los equipos médicos un descrédito en sus palabras y un rechazo hacia su presencia, o una búsqueda de lucro, como había ocurrido cuando empezó el tratamiento psicoterapéutico. De las dos estrategias tuvo mayor efecto la segunda, por lo cual la paciente disminuyó las consultas a las guardias asistenciales y tendió a buscar profesionales con mucha experiencia y en los cuales pasó a depositar su confianza. Estos profesionales pasaron a aconsejarla y a neutralizar sus creencias catastróficas.

Entonces la paciente pudo presentar un panorama algo más amplio, tanto de su infancia, adolescencia y juventud como de su situación actual. La paciente dividía su vida en dos períodos. Mientras vivió con sus padres padeció la indiferencia de estos, hasta que tuvo una crisis severa, que requirió internación, a los 20 años, por haber fracasado en los estudios universitarios. Luego pasó a vivir con su novio, y según ella dejó de sufrir, ya no tuvo ni depresiones ni angustias, hasta la situación más reciente. Contó que en su niñez y su adolescencia pasó por numerosos tratamientos psicoterapéuticos, y que cuando se hundió en la depresión la medicaron de manera brutal. En cuanto a esta depresión, pareció ligada con que ella trató de adecuarse a la propuesta paterna, que deseaba tener una hija contadora, pese a que a ella esa carrera no le atraía. El padre llegó inclusive a estudiar junto con ella, pese a lo cual María Julia no pudo presentarse a algunos exámenes, y en ese momento se hundió y dejó los estudios. Luego, ya en pareja con el novio (al salir de esta internación), mantuvo un cierto equilibrio por varios años. En ese período tuvo un hijo, cuya crianza también contribuyó a que mantuviera una cierta estabilidad afectiva, la cual se quebró poco antes de las convulsiones y la consulta al nuevo terapeuta.

Respecto de la depresión con la cual cerró su tentativa de realizar estudios universitarios, el terapeuta le dijo que la paciente encontró en la palabra de un padre hasta entonces silencioso un camino para rescatarse de su dependencia de la madre, y que se esforzó por acomodarse a la propuesta que su progenitor le hacía. La depresión parecía ligada a la decepción respecto de la creencia en que la palabra paterna le iba a permitir ordenar su vida y rescatarse de los estados de parálisis, en que no podía decidir cuál era la realidad y cuál era su proyecto. En cuanto a la vida ulterior de pareja, el terapeuta le dijo que tal vez la paciente mantuviera en amago los sentimientos y pensamientos transitoriamente neutralizados, y que en ese período intermedio había transitado por la vida sin registros afectivos, en un estado de equilibrio carente de matices. Con el estallido de la crisis este equilibrio se había roto, pero al mismo tiempo había aparecido un mundo de pensamientos y sentimientos que hasta ese momento estaban mudos.

Respecto de su situación actual, la paciente agregó que se aterraba pensando que podían aparecer manchas en las paredes del living de su casa o en la mesa del comedor, y que por eso ella no permitía que nadie se acercara a esas paredes, ni a la mesa del comedor, y tenía

casi clausuradas esas habitaciones. El marido, que estuvo presente en algunas entrevistas, le manifestó su malestar porque entonces él no podía invitar gente a su casa, y su hijo tampoco podía llevar sus amiguitos. El terapeuta le dijo a la paciente que ella tenía paralizada a la familia propia con argumentos carentes de asidero, del mismo modo como su madre lo había hecho con ella, y que creaba con su terror una situación de tiranía. También le dijo que de este modo pretendía mantener mudos determinados sentimientos y pensamientos que podían irrumpir.

Asimismo, fue posible mostrar a la paciente su tendencia a la multiplicación del propio terror, del cual luego tenía que liberarse, y que todo ello era una expresión de su hostilidad, que sustituía al desarrollo de pensamientos sensatos. Cuando el terapeuta le mostraba a la paciente que prefería acelerarse auto-inoculándose terror en lugar de pensar, y agregaba que esa era una forma en que la paciente vehiculizaba su propia hostilidad, esta se tranquilizaba y lograba pensar. Aludía a los sentimientos tiernos por su esposo y por su hijo y decía que ella agradecía cuando le señalaban cosas desagradables de sí misma, porque eso le permitía pensar y rectificarse. De todos modos, los cambios fueron solo parciales. Por ejemplo, logró tolerar que su hijo y sus amigos jugasen en los diferentes cuartos de su vivienda, inclusive en la cercanía de las paredes “sagradas”, pero no logró que la mesa del comedor pasara a ser un lugar en que todos pudieran disfrutar en familia de las comidas compartidas.

A medida que avanzaba el tratamiento se hacía más evidente un estado de parálisis con que la paciente iniciaba las sesiones, en que no lograba siquiera armar un relato de sus situaciones conflictivas de la vida cotidiana. Cuando ello ocurría el terapeuta lograba destrabar la situación diciéndole a la paciente que posiblemente esta no sabía cuál era la realidad, si la que otros le describían o la que captaba en su vida cotidiana. Cuando salía de la confusión, la paciente solía contar episodios en que su madre lanzaba afirmaciones fuera de lugar y que dejaban desairada a la paciente en beneficio de su hermana. La paciente tendía a preguntar al terapeuta si tales actitudes maternas eran normales. El terapeuta le solía responder que la madre debía de banalizar sus actitudes como si fueran las esperables y naturales, y ello debía de incrementar la perturbación del juicio de la paciente, que no incluía solo la cuestión de lo falso y lo verdadero sino también de lo valorado y lo criticado por no acordar con lo esperable en un vínculo de una madre con su hija. Como la paciente

tenía crisis sobre todo cuando la madre acudía a visitarla, el terapeuta pasó a anticipar estos momentos como situaciones problemáticas para María Julia, y a estar especialmente atento a esta doble parálisis de los juicios. A medida que se atenuaban las urgencias y lograba salir de los estados de parálisis, la paciente comenzó a pensar otros proyectos, entre los cuales se encontraba la búsqueda de un segundo embarazo.

Tiempo después, luego del parto del nuevo hijo, fue posible acceder a una realidad que durante mucho tiempo había sido enigmática, acerca de la vida psíquica del padre. Este era un hombre muy callado, que no solía contar episodios de su pasado ni del presente, pero realizó unos pocos comentarios respecto de los riesgos graves que parecía correr el nieto recién nacido, que no parecían corresponderse a los hechos. El terapeuta le preguntó a María Julia si su padre no había tenido crisis de angustia, y la paciente, como si se hubiese corrido un velo, pasó a contar que su madre decía que este pasaba las noches insomne, diciendo que le dolía el pecho y que estaba al borde de la muerte. Estas escenas abarcaron toda la infancia y la adolescencia de la paciente, y parecían persistir en el presente. Algo similar ocurrió con sus estados de hundimiento, ya que la paciente evocó largos períodos en que su madre permanecía en el lecho, postrada con un estado de apatía que le impedía atender a sus hijos, por lo cual debió ser cuidada por familiares cercanos.

A diferencia de los dos casos antes mencionados, en el de María Julia el período inicial de intensa angustia se extendió por un período de varias semanas. Ello derivó de las incertidumbres diagnósticas respecto de las convulsiones por las que había consultado, que involucraban las opiniones de muchos profesionales. Una vez que comenzó a despejarse ese terreno, el terapeuta pudo comenzar a mostrar a la paciente su tendencia a crear estados de alarma y desconcierto en quienes la asistían, con lo cual multiplicaba el caos existente. Parecía tratarse de una situación afín con el síndrome de Munchhausen, en el cual un progenitor fabulador y violento convence a los médicos de que un hijo padece graves enfermedades y lo hace someter a estudios que implican diferentes grados de intrusión física y psíquica del niño. Claro que en esta situación la paciente tenía los dos lugares, el de quien convence a los profesionales y el de quien sufre las intrusiones. Es posible que ella estuviera haciendo consigo misma lo padecido en la infancia, sobre todo cuando se aliaban los diagnósticos catastróficos paternos y la indiferencia materna banalizada. Luego de que

se atenuaran las urgencias de las crisis de angustia, como en los otros casos, comenzó a abrirse un panorama complejo de conflictos en diferentes vínculos.

Como en los casos antes estudiados, la paciente parecía atrapada en una contradicción entre las palabras oídas y los hechos, por lo cual le costaba discernir cuál era la realidad ante la que se hallaba, pero a ello se agregaba una contradicción entre dos juicios valorativos, referidos a la normalidad de las conductas ajenas: por un lado, parecía creer en las afirmaciones banales con que su madre justificaba y valoraba sus propios actos y por otro lado tendía a criticar los actos maternos por la falta de cariño hacia ella y hacia su familia. Esta contradicción entre una afirmación (por ejemplo: yo te amo) y los hechos que manifiestan hostilidad o indiferencia ya no es una contradicción lógica, sino semántica, en el sentido de que se da una contraposición entre el significante “amor” y el significado, que es un afecto opuesto a él. A ello se agrega que la tendencia a banalizar las conductas ajenas podía verse reforzada en María Julia por la tendencia a la banalización de las propias, cada vez que encontraba justificadas las limitaciones que le imponía a su propia familia para el disfrute de la propia vivienda, con la excusa de que la sacaba de quicio y la aterraba que tocaran paredes y muebles del hogar. En este punto hallamos una diferencia adicional con los casos antes mencionados, ya que la paciente parecía tener rasgos de carácter que mostraban que le hacía a otros, sobre todo en la familia, lo que había padecido en su propio hogar, sobre todo por parte de la madre. Del mismo modo, tenía una tendencia mayor que los otros casos a inocular su angustia, sobre todo terror a que tuviera una enfermedad grave, en los demás, con lo cual parecía también hacer a otros lo que padecía, sobre todo en relación con el padre, que realizaba diagnósticos catastróficos sobre la paciente. Del mismo modo, tendía a inocular en otros un estado de apagamiento libidinal como el que la madre pudo haber desarrollado durante la infancia de la paciente, y en el cual ella había quedado envuelta.

Comentarios

Como se observa, se trata de pacientes que han consultado por su intensa angustia, que han tenido múltiples tratamientos previos, con similitudes y diferencias en cuanto a sus recursos psíquicos, con un grado diferente de evolución clínica y con una edad relativamente similar. Albano parece haber aprovechado del trabajo realizado durante alrededor de 10

años, Karina, con solo 3 años de tratamiento, se halla en una situación intermedia, en que tiene cierta claridad sobre algunos problemas pero no respecto de otros, sobre todo la propia hostilidad. María Julia, con 2 años de tratamiento, presenta algunos problemas mayores, dado que está atrapada en algunos rasgos de carácter que tienden a perpetuar su situación sin salida.

En los tres pacientes las crisis de terror tuvieron una expresión hipocondriaca, y el enfoque de estos momentos de descompensación fue relativamente exitoso. Cuando las crisis de angustia se atenuaron, se hicieron evidentes otros problemas. En los tres casos estos otros problemas consistieron sobre todo en la emergencia de estados de hundimiento y vacío. En todos los casos, la salida de estos estados, caracterizados por la astenia y la falta de sentido de la vida, derivó de que cada paciente encontró la forma de desarrollar su propia lucidez de pensamiento y enfocar problemas concretos que despertaban su interés y su entusiasmo, sobre todo problemas que parecían ligados directa o indirectamente con su propio padecimiento.

En los tres casos el terapeuta desarrolló un enfoque clínico complejo, que he procurado mostrar de un modo sintético. En este camino, una propuesta central estuvo constituida por tender no tanto a que el paciente haga consciente un deseo sino a que haga consciente un pensamiento que se hallaba en amago en él mismo, y que requería de un interlocutor para poder desplegarse. Esta propuesta parece afín con la idea de Bion, referida al desarrollo de un aparato para pensar los propios pensamientos.

En esta propuesta resultó eficaz que el terapeuta describiera la dependencia del paciente de la mente de otro, en quien había un estado de necesidad o un divorcio entre las palabras y los hechos (porque ese otro mentía o profería afirmaciones absurdas). Entre estas alternativas, parecía predominar el hecho de que el personaje de quien el paciente dependía dijera mentiras o frases absurdas, mientras que la dependencia de la necesidad ajena parecía tener un valor complementario, que importaba sobre todo cuando el paciente intentaba hablar y resultaba que no era captado por el otro.

A esta dependencia, que parecía ser el núcleo de las situaciones sin salida, se agregaban otras, en las que en el paciente predominaba el quedar atrapado entre órdenes

contradictorias, o entre estímulos orgánicamente contradictorios (como cuando el incremento del agotamiento resulta aumentado por mayores estimulaciones orgánicas, en lugar de la búsqueda del reposo), o entre valoraciones contrapuestas de las acciones, unas con argumentos banales que naturalizan el desamor y otras centradas en los afectos. Entre estas otras situaciones atrapantes, tiene un fuerte valor complementario la correspondiente a los estímulos orgánicamente auto-contradictorios, que a veces se expresan también en el terreno económico-monetario. En todas estas ocasiones el paciente se halla desvalido, carente de recursos para rectificar los hechos o para salir de la situación atrapante. Puede observarse, en efecto, que en la primera sesión con Albano fue eficaz no tanto la referencia a la mentira, ya que esto era parte del discurso manifiesto del paciente, sino la relación entre dependencia de alguien falso y las situaciones orgánicas tempranas, en que padeció una desnutrición severa. En Karina, en cambio, tuvo mucho más peso la referencia del terapeuta a la dependencia de un personaje absurdo, quizá combinada con la alusión a la dependencia de un personaje que daba órdenes contradictorias. En cuanto a María Julia, las intervenciones referidas a las falsedades de los personajes dominantes pareció tener un útil complemento en las intervenciones referidas a las contradicciones entre los significantes de tales personajes que aludían al amor, cuando en realidad en ellos prevalecía el odio o la indiferencia.

Se habrá observado que las intervenciones del terapeuta incluían referencias a situaciones traumáticas tempranas y que además se centraban en un presente muy cercano al momento de las sesiones. El presente problemático constituía el punto de partida para la interrogación del pasado, a la búsqueda de determinadas escenas o situaciones que tuvieran el valor de matrices que permitieran captar el valor de las urgencias actuales. La tarea implicaba crear una construcción de un conjunto de escenas, a partir de algunos recuerdos del paciente y de situaciones posteriores que parecieran armonizar con ellos e inclusive enriquecerlos. De tal modo, el abordaje clínico de las situaciones actuales de un paciente requería del desarrollo de esta construcción, que se iba complejizando de tiempo en tiempo. A veces estas construcciones implican un reacomodamiento o una rectificación de las representaciones que el paciente tiene de sí y de su pasado, el cual queda encarado desde nuevas perspectivas, y otras veces estas construcciones llenan un vacío, una falta de recuerdos.

Este modelo de trabajo clínico abarcó la extensión de cada tratamiento, incluyendo el momento de urgencia inicial por las crisis de angustia y las situaciones posteriores, en que cada paciente amplió la perspectiva de sus problemas y tendió a exponer otros problemas en las sesiones. Respecto del período inicial, el de las urgencias por la crisis de angustia, cabe la pregunta acerca de si resulta posible hallar algunos elementos comunes entre las intervenciones clínicas que tuvieron importancia para que en el paciente se atenuara la intensidad de su padecimiento.

Para responder a este interrogante, nos parece conveniente aludir primero a las características de las intervenciones de un terapeuta en los períodos iniciales de un tratamiento. Hemos realizado recientemente una investigación de las intervenciones de un mismo terapeuta en la primera entrevista con 20 pacientes, en el curso de 10 años. En total formuló 1258 intervenciones, entre las cuales un grupo mayoritario (72,41 %) tuvo un carácter introductorio (saludos, preguntas para obtener información, acompañamiento del discurso del paciente, etc.), un grupo menor (21,14 %) consistió en intervenciones centrales (que podían estar destinadas a alcanzar una sintonía con el paciente o a poner en evidencia algunos nexos causales, temporales, de semejanza, etc.) y un grupo aún menor (5,80 %) de intervenciones complementarias (aclaraciones, ejemplos, síntesis de lo ya expuesto, etc.), con un muy pequeño conjunto de intervenciones no analizables (generalmente por fallas en la transcripción). Cabe agregar que, del total de las intervenciones centrales, las destinadas a lograr la sintonía constituían un 40 % y las de establecimiento de nexos un 60 %. Empleamos el término “sintonía” porque nos interesa tomar en cuenta no solo las intervenciones en que el terapeuta presta atención a los estados afectivos del paciente (tristeza, angustia, vergüenza, por ejemplo) sino también las intervenciones centradas en los estados somáticos del paciente (desvitalización, dolor orgánico, tensión excesiva). En nuestro estudio de la sesión inicial del mismo terapeuta con 20 pacientes diferentes hemos dividido cada sesión en tres sectores de igual extensión: comienzo, medio y final. En el primer tercio el 92,4 % de las intervenciones fueron introductorias, un porcentaje muy pequeño (5,8 %) correspondió a las intervenciones centrales y algo más del 1% a las complementarias. En el segundo tercio (sector medio), en cambio, las intervenciones introductorias habían disminuido en cantidad (76,8 %), las centrales habían crecido hasta poco menos del 18% y las complementarias alcanzaron al 4,48 %. Por fin, en el tercer

tercio (sector final) las intervenciones introductorias habían disminuido más aún (casi un 52 %), las centrales se habían acrecentado (más del 34 %), y algo similar ocurrió con las complementarias (algo más del 13 %). A su vez, las intervenciones centrales (sintonía y nexos) se distribuían en proporciones parcialmente diferentes en cada uno de los tres tramos de la sesión: comienzo, medio y final. En el primer tercio, las intervenciones centradas en la sintonía abarcaban un 62,5 %, y las centradas en los nexos, un 37,5 %, en el segundo tercio, las correspondientes a la sintonía llegaban a un 39,75 % y las de nexo, a un 60,25 %, y en las del tercer tercio, la sintonía tenían un 32,08 % y las de nexo, un 67,92 %. Así, pues, en el comienzo de la sesión (primer tercio), las intervenciones centrales enfocadas en la sintonía del terapeuta con el paciente constituyen casi el doble de las intervenciones centrales que tienden a establecer nexos, mientras que en los sectores medio y final de la sesión (los otros dos tercios) se da una proporción aproximadamente inversa. Ello quiere decir que el terapeuta suele considerar ya menos necesaria la sintonía, que se ha logrado en buena medida en el primer tercio, y puede dedicarse tanto más a establecer nexos. En consecuencia, es posible afirmar que en cada sesión se daba un creciente pasaje desde las intervenciones introductorias a las centrales y a las complementarias. Entre las intervenciones del terapeuta estudiado se daba una secuencia que parecía prototípica: tras las intervenciones introductorias, se sucedían las centrales, entre las cuales las primeras consistían en la tentativa de sintonizar con el paciente, y, tras ello (posiblemente cuando el terapeuta suponía haber alcanzado el objetivo antedicho), pasaba a la tentativa de establecer nexos. Podemos conjeturar que esta secuencia tiene más bien un carácter canónico, al menos en los comienzos del tratamiento.

Cuando hago referencia a las intervenciones del terapeuta que tuvieron eficacia para lograr una atenuación de las crisis de angustia me refiero sobre todo a las intervenciones centrales que apuntan al establecimiento de nexos, ya que el paciente suele expresar desde el comienzo que lo aqueja una fuerte angustia. Sin embargo, en el caso de María Julia tuvieron importancia también las intervenciones ligadas con la sintonía, porque la paciente tendía a generar un estado de alarma angustiada en los profesionales, con lo cual potenciaba y justificaba la propia. Las intervenciones ligadas con la sintonía consistían entonces en dar cabida a los estados orgánicos y afectivos del paciente y al mismo tiempo neutralizar la tendencia del paciente a lograr que su interlocutor quede tan invadido por su sentir como él

mismo. Las intervenciones ligadas a la sintonía tienden además a promover un vínculo de confianza inicial del paciente hacia el terapeuta, en particular respecto de los recursos clínicos de que este dispone y de su receptividad para afrontar las invasiones de angustia que padece el paciente.

Sin embargo, no podemos dejar de considerar el peso de las otras intervenciones, ya que tal vez una frase introductoria detallada, en que el terapeuta muestra su cuidado y su fineza para recabar información sea tanto más eficaz que una intervención central que establece nexos. Y, a la inversa, una intervención que establece nexos y que desde el punto de vista del contenido parece atinada, puede ser formulada con exageraciones, o con un exceso de atenuadores (casi, un poco, algo ,etc.) o de diminutivos que se vuelven eficaces en sí mismos, y que pueden orientar la respuesta del paciente hacia caminos inesperados.

La eficacia clínica de la tarea del terapeuta está también ligada con que el paciente le dé crédito a su palabra, en lo cual puede tener importancia no solo la idea que el terapeuta exprese (sobre todo en las intervenciones centrales) sino también otros rasgos de sus intervenciones, como los antes mencionados. Tales rasgos pueden contribuir al establecimiento de la sintonía con el paciente. Claro que finalmente si la idea del terapeuta no aporta nuevas coherencias y nuevas perspectivas para que el paciente encare sus propios problemas, este crédito decrece hasta desaparecer, y el paciente puede pasar a realizar esfuerzos para disimular estas fallas y su propia decepción.

También puede observarse que, entre las intervenciones centrales consistentes en el establecimiento de nexos, que pueden corresponder a establecer semejanzas, proponer enlaces causales, o poner en evidencia secuencias temporales, en cada caso pareció tener más eficacia alguna de ellas. En Albano pareció más útil la intervención que establece semejanzas, por ejemplo entre el paciente y su hijo que de muy pequeño estuvo al borde de la muerte (primera sesión), o entre el padre de su conocido que tenía un hijo muerto y él, abandonado por su padre a su suerte, o entre su padre y él mismo, dado que ambos tenían ciclos de euforia y de hundimiento (el padre cuando oscilaba entre las preocupaciones por su problema oncológico y las relaciones sexuales extra-matrimoniales, y el paciente mismo, cuando invertía en la Bolsa). En cambio, en el caso de Karina prevalecieron las intervenciones centrales que contenían enlaces causales, sobre las relaciones entre sus crisis

de angustia y el quedar atrapada en los delirios de la segunda esposa del padre y la hermana de esta. También en el caso de María Julia este tipo de intervención central, centrada en los nexos causales, pareció ser la eficaz, sobre todo cuando la paciente no lograba orientarse porque no sabía cuál era la realidad o qué era normal y qué no lo era. A ello se agrega que con María Julia, una vez más avanzado el tratamiento, también pasaron a tener valor también las intervenciones centradas en la semejanza, por ejemplo entre esta y la madre, o entre esta y el padre. A menudo el establecimiento de nexos temporales apareció en los tres casos como preludio de alguna de las otras dos clases de intervención. Por ejemplo, en el tratamiento de Albano, establecer las relaciones temporales de co-presencia entre su estado de hundimiento, el aniversario del infarto del padre, el día del padre y su propio cumpleaños le permitió contar con un panorama más claro de la co-existencia de varias orientaciones identificatorias (que implican semejanzas), que requerían trabajo psíquico. En este sentido, estas intervenciones centradas en los nexos temporales podían tener un carácter introductorio de las otras dos, pero en sí mismas contenían un trabajo de pensamiento, que era terapéuticamente útil.

Nuestra propuesta pone énfasis en el sistema categorial del cual el terapeuta parece requerir para abordar estas situaciones críticas, sistema que tiene valor para desarrollar las intervenciones centrales, que incluyen la sintonía y los nexos. Para exponer estas intervenciones es posible apelar a muy diferentes recursos: la descripción y la argumentación, la dramatización, la confrontación, las paradojas, la prescripción del síntoma, el humor, etc., algunos de los cuales fueron destacados por determinadas escuelas de psicoterapia. Puede observarse alguna afinidad entre este modo de trabajo y el de algunas propuestas cognitivistas, ya que el terapeuta ha prescindido del esquema clásico en psicoanálisis, consistente en la asociación libre del paciente y la atención libremente flotante del terapeuta. En lugar de ello ha focalizado en las situaciones traumáticas y pone el énfasis en considerar las representaciones y los juicios en que el paciente se encuentra entrampado y que contribuyen a dejarlo sin salida. Sin el bagaje conceptual de que dispone el terapeuta, sobre todo el referido a los deseos y las defensas y su estado, no hubiera contado con el respaldo de recursos para dar coherencia, pensar y decidir en situaciones complejas como las presentes. Es decir que se combinan una forma de pensar los casos, con los conceptos psicoanalíticos, y una forma de abordar las situaciones clínicas en que parece

que el objetivo buscado no es el alcanzable con los recursos clásicamente recomendados sino con otros, compatibles con el sistema categorial del que el terapeuta dispone.

También es conveniente considerar que el terapeuta parecía prestar atención no solo a lo que estos pacientes decían, sino a sus posturas corporales, algunos movimientos, como determinados tics, las modulaciones tímbricas y tonales de la voz al hablar, o las vestimentas, y que procuraba entender este conjunto de manifestaciones apelando a las mismas categorías conceptuales empleadas para entender las manifestaciones verbales. La actitud clínica del terapeuta parece afín con la que tuvo Freud (1905e) con Dora, quien, luego de dar por terminado el tratamiento, acudió a Freud a solicitar que la tomara otra vez como paciente, y Freud no aceptó su pedido porque tuvo en cuenta la expresión de su rostro.

Hechas estas salvedades y precisiones, tal vez podamos considerar que estas descripciones de las intervenciones centrales eficaces (poner el énfasis en el atrapamiento del paciente en contradicciones lógicas y en segundo lugar en contradicciones orgánicas) para lograr una atenuación de los estallidos de angustia son una contribución a los rudimentos de una manualización del trabajo psicoanalítico en estas situaciones de urgencia. También podemos considerar que estas descripciones de las intervenciones permiten disponer de modelos para encarar las situaciones clínicas que se presentan en los momentos posteriores a la atenuación de las urgencias iniciales.

Es posible que estas propuestas sean válidas solo para encarar determinados casos. Quizá no resulten útiles para el tratamiento de las crisis de angustia que se desarrollan en las neurosis de guerra, luego de algún accidente, o tras un ataque callejero con armas. Igualmente, pueden no ser efectivas con aquellos pacientes que no parecen en condiciones de apelar al lenguaje hablado o escrito, y que prefieren un lenguaje constituido por actos, en los que predominan una velocidad extremadamente alta o una extrema lentitud.

Referencias bibliográficas

Freud, S., (1905e) Fragmento de análisis de un caso de histeria, *AE*, VII.

Freud, S. (1940a), Esquema de psicoanálisis, *AE*, XXIII.