

COMENTARIOS SOBRE LA “CONFUSIÓN DE LENGUAS”.

Stephen L. Zaslou, M.D.

El artículo de Ferenczi, “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño: el lenguaje de la ternura y de la pasión”, fue publicado en 1933 (Ferenczi, 1949), en donde su autor nos revela su trabajo con pacientes analíticos a quienes hoy podríamos caracterizar como ejemplos “de reacción terapéutica negativa” (Lane, 1985). Ferenczi sirve como un ejemplo perfecto de un analista bueno y creativo. Él usó la transferencia para dilucidar la contratransferencia, la cual luego utilizaría para legitimar y analizar la transferencia. De esta manera transformó la experiencia analítica, y levantó interrogantes que nosotros estamos descubriendo hoy por hoy. Estos temas incluyen la situación analítica y su “clima”, la experiencia de la transferencia y sus raíces genéticas, y aspectos de la naturaleza e impacto de la seducción y del trauma en la niñez.

Realizaré un comentario sobre este clásico, y vincularé las intelecciones de Ferenczi, con aquellos otros que las han continuado, y quienes, en su conjunto han dado muy poco crédito a estos desarrollos previos a sus propios descubrimientos. Ofreceré ejemplos de trabajo con pacientes que han sido traumatizados en la infancia para ilustrar ciertos aspectos de estas personas propensas a las reacciones terapéuticas negativas. Estas notas clínicas validan los comentarios de Ferenczi sobre las relaciones entre el trauma y el desarrollo de las fracturas profundas de la personalidad y su fragmentación.

Ferenczi comienza comentando un error de su parte: una “regresión en la técnica... a la cual (él) ha sido forzado por ciertos resultados erróneos o incompletos”. Él ha estado luchando por la modificación de aquella parte de la técnica psicoanalítica (y la teoría) que producen resultados terapéuticos insatisfactorios. Él, se ha centrado en aquel grupo de pacientes que mientras permanecen en el diván, parecen reproducir de un modo alucinatorio traumas pasados, algo que parecía justificar la esperanza de que la abreacción de las fuerzas de los afectos reprimidos permitirían que la mente consciente pudiera tramitar aquellos sentimientos sin el desarrollo de nuevos síntomas. El salto en la teoría tenía que ver con aquello que había aparecido como una prematura y simplista explicación de la vulnerabilidad de la “neurosis” en términos de “disposición” y “constitución”. El artículo “Confusión de lenguas” corrige este error en la teoría: la reevaluación de Ferenczi lo conduce a otorgarle una gran importancia al rol de las experiencias de la infancia, especialmente los eventos de abuso y seducción en la creación de los estados neuróticos, especialmente aquellas transferencias neuróticas las cuales persisten aun en aquellos análisis que parecen correctos.

Las preocupaciones de Ferenczi lo llevan admitir deficiencias tanto en el análisis clásico como en su terapia activa. Habiendo llegado a escuchar de diferentes formas los ataques de sus pacientes, cuando ellos lo llamaban insensible, duro de corazón, o le reprochaban su abandono, da rienda suelta a su autocrítica, encontrando lo de verdad de estos reproches, mirando más allá de sus buenas intenciones. ¡Es de destacar que tal tipo de autocrítica es infrecuente de encontrar, incluso en relación a aquellos pacientes que finalmente lograron beneficiarse por el análisis, y menos aun en relación a quienes pudieron haber sido traumatizados en (por?) ellos! Muchos de estos pacientes eran notablemente complacientes y aceptadores de las interpretaciones del analista. Incluso cuando Ferenczi descubre la rabia subyacente a dicha pasividad, estas almas sumisas no podían evocar dichas rabias para la exploración de su dinámica, ni para su estimulación, ni siquiera para enjuiciarlas.

Él progresivamente llegó a la conclusión de que los pacientes eran notablemente sensibles a la personalidad del analista y sus preferencias inconscientes. En lugar de contradecirlo o imputarle un error, ellos se identificaban a si mismos con el analista. Su criticidad no llegaba a ser consciente, excepto solo ocasionalmente en estados disociados, excitados histéricamente, o cuando el analista particularmente estimulaba dicha criticidad.

También lo era, sobre que podría darse una situación imposible cuando nuestros pacientes estuvieran mejor analizados que nosotros mismos, siendo incapaz de expresar su propia superioridad de juicio por

miedo a “provocar displacer” en nosotros. Nuestro propio análisis es crucial en este sentido; tanto en permitirnos saber muchas cosas acerca de nosotros mismos, como en el sentido de abrirnos a la posibilidad del desconocimiento de ciertas verdades indeseables. Los analistas deberían afrontar sus resistencias a descubrir los aspectos displacenteros de sus rasgos de carácter y sus conductas.

En este aspecto, Ferenczi fue un revolucionario. Él desplazó el foco de la transferencia como representante de la repetición espontánea de los conflictos infantiles y de la niñez, al foco de la consideración de la transferencia como expresión acerca de la experiencia del analista. Más aun, él identificó el interjuego de las dinámicas inconscientes del analista y el paciente, atendiendo a sus posibilidades comunicativas como válida, si no esencial, para entender la persistencia de la neurosis de transferencia, y afirmó que el autoanálisis y la apertura de mente son necesarios si el analista desea aprender sobre su contratransferencia, con miras a una condición previa para examinar su relación con su paciente.

Ferenczi estaba tratando con “amores secretos y odios secretos” (Klauber, 1981) entre el paciente y analista. Él fue pionero hacia los mapas mas extensos del territorio de Gill y de Hoffman (Gill, 1982), (Gill y Hoffman, 1982) donde los fenómenos de la transferencia reflejan y potencialmente clarifican los fenómenos de la contratransferencia, y viceversa.

Ferenczi lo piensa. No contento con procesar la experiencia del autoanálisis, transforma el contexto analítico y hace una purificación de sus profundos secretos. Él no puede ver ninguna otra salida más que hacer consciente sus propias inquietudes y discutir las con sus pacientes. (Yo opino que la discusión con los pacientes cataliza un conocimiento más lúcido en la conciencia.) A partir de la sinceridad y profundidad de sus escritos, sabemos que Ferenczi desenmascaró completamente su “hipocresía profesional”: su dificultad para tolerar algunas características de sus pacientes y las desagradables perturbaciones surgidas a partir de sus propios aspectos en la sesión analítica. Él comenta: “Tal renuncia “de la hipocresía profesional”... me condujo a una notaria facilitación” de la condición del paciente. Los ataques histéricos se hicieron más suaves; tragedias pasadas fueron recordadas en el pensamiento, sin desorganización.

La admisión del error había cambiado la situación analítica desde una situación de frialdad autoritaria que repetía el trauma original de los padres del niño solapadamente desagradados con él, y de aquello que en la niñez lo había llevado a enfermar. Para la mayoría de los pacientes, este reconocimiento servía como una “experiencia emocional correctiva” (Alexander, 1958). La comunicación libre y honesta había creado en el paciente una confianza en el analista. “Es esta confianza la que establece el contraste entre el presente y el pasado traumatogénico insostenible, contraste que es absolutamente necesario para el paciente en orden de permitirle la reexperiencia del pasado, ya no como una reproducción alucinatoria sino como una memoria objetiva.”

Ferenczi reconocía que algunos pacientes estaban inmovilizados (a partir de una dinámica competitiva), y cita a “un paciente altamente inteligente (quién) llegó a estar justificadamente indignado”, y que le decía, “habría sido mucho mejor que ud., hubiese logrado evitar cometer todos esos errores. Su vanidad, doctor, quería obtener beneficios incluso mas allá de sus errores”.

La confesión de Ferenczi recuerda las sugerencias de Little (1951) sobre el usar las reacciones contratransferenciales con nuestros pacientes más perturbados: que el analista acepte, admita, y -cuando sea posible- explique sus errores. Las ansiedades paranoicas profundas de los pacientes pueden por esta vía alivianarse a través de experimentar al analista como un ser humano, esto es, falible. Winnicott (1949) fue incluso más lejos en su artículo “Odio en la contratransferencia.” En esta preciada exposición, indicó que los analistas podían y debían odiar en ciertas ocasiones: como cuando el paciente estaba preguntando sola para ser molestar y necesita solo una retroalimentación “objetiva”. Pero, si el paciente no podía alcanzar el odio justificado que él buscaba, nunca podría ser capaz de alcanzar su objetivo y sentir amor. Estos analistas han ampliado el psicoanálisis desde un sistema de interpretación de y hacia el paciente, hasta incluir la interpretación del analista a la transferencia del paciente, modificando el rol y la presencia del analista. Ellos aceptan la completa interpersonalidad y participación intersubjetividad del analista en la exploración y el diálogo compartido, aceptando la responsabilidad de ser influenciado por y de cambiar al servicio del paciente y del análisis, y de intentar activamente proveer de la experiencia emocional faltante y el significado personal. Como Semrad, posteriormente diría, la primera tarea del terapeuta es “investigar, investigar, investigar”, para buscar que es lo perdido en la vida del paciente y luego intentar proveerlo en la relación terapéutica, en el sentimiento, pensamiento, fantasía, mirada. Después, él sugiere, continuar investigando el impacto, o la aparente falta del impacto, sobre el paciente. Las exploraciones de Semrad en el uso de la empatía y

del self deberían ser mejor conocidas más allá del área de Boston. (Véase Rako y Mazer, 1980); (Semrad y Zaslow, 1964); (Havens, 1986, estudios sobre el uso de la empatía y contratransferencia que fueron nutridas, en parte, por el trabajo de Semrad); (y el volumen editado por Epstein y Feiner, 1979, *Contratransferencia: La contribución del Terapeuta a la Situación Terapéutica*, en la cual se trata de estos asuntos más ampliamente.)

Algunas palabras sobre los errores. Ferenczi no se disculpó simplemente de sus responsabilidades y omisiones como otros etiquetándolas y enterrándolas (Tuchman, 1987). La atención puesta al microscópico ir y venir de una entrevista puede arrojar luces sobre lo más recóndito de la transferencia; pequeños errores pueden tener gran impacto, y su descubrimiento puede ser de gran importancia para clarificar la comunicación. De la misma manera, la buena voluntad del analista para ir en busca de (no de someterse), su examinarse implícitamente lo lleva a asumir la responsabilidad de sus actividades y de su influencia potencial sobre el paciente. A pesar de los artículos que llaman nuestra atención sobre las ansiedades implicadas en el influenciar y ser influenciado (Feiner, 1979), la búsqueda sistemática de las influencias latentes son todavía escasamente realizadas, incluso en casos en que ello podría ser especialmente importante: esto es, con un paciente “difícil”, en medio de un impasse terapéutico o de una reacción terapéutica negativa, o con el paciente hundido en una depresión profunda o un estado de permanente amargura e infelicidad. Una vez que el analista pueda concebir su influencia tanto negativa como positiva sobre el paciente, lo específico de su interacción puede ser clarificado. En esta coyuntura, una simple disculpa puede ser más provechosa que el analista “que explica” y “que se beneficia” de ello. Una presentación dramática del poder del dolor y de la disculpa (en todo caso un tema para nada simple) para alcanzar y movilizar una profunda regresión infantil es proporcionado por Kubie e Israel (1955). Después del reconocimiento, ellos han ido más allá de las disculpas por analizar.

Havens (1973) ha destacado la evolución de la psiquiatría como disciplina que ha destacado la distancia interpersonal de la relación doctor-paciente. Para simplificar, la psiquiatría era inicialmente una profesión en la cual el doctor estaba parado (o sentado) a cierta distancia, observando el comportamiento de los pacientes y la sintomatología, diagnosticándolos y seleccionándolos de acuerdo a criterios objetivos y de cosificación científicos. Una aproximación más cooperativa fue propuesta por Adolf Meyer, al atender cuidadosamente la historia social y la anamnesis, y que consideró la observación participante de Sullivan, lo que le permitió no sólo la revisión compartida del reconocimiento histórico, sino también las interacciones que ocurrían en el espacio terapéutico, donde doctor y paciente no estaban separados más que por un escritorio. Una terapia más cercana y colaboradora fue intentada por los existencialistas, que se esfuerzan simpáticamente por compartir la “cosmovisión” de los pacientes y ajustarlas a sus vidas afectivas. Mentes sintéticas y originales describieron y refinaron la interacción e intervención terapéuticas (por ejemplo, Fromm-Reichmann, 1961) y formularon la utilidad de las experiencias emocionales correctivas (Alexander, 1958).

Ferenczi no se contentaba sólo con llevar adelante un resultado terapéutico exitoso. Él utilizaba el progreso para analizar la situación analítica en sí misma, en una forma que condujo naturalmente a las críticas de Stone (1961) y a la tesis de Greenson (1967) sobre la Teoría y la Técnica del Psicoanálisis. Convencido de que la hipocresía profesional y la antipatía latente hacia el paciente era una nueva reproducción de la situación traumática infantil desarrollada en el espacio de la consulta, Ferenczi observó las exo- actuaciones de las pacientes histéricas con “regresiones actuales”, en las cuales los paciente volvían a ser niños nuevamente. Tales niños-pacientes regresados requerían la amistosidad de parte del analista que les inspirara confianza y proporcionara seguridad. Las explicaciones intelectualizadas de la clarificación e interpretación no eran suficientes. Ferenczi tomó la responsabilidad de la conducción del análisis, como Kaiser más tarde lo enseñaría (Fierman, 1965). El análisis no está limitado al seguimiento pasivo de las producciones o del progreso del paciente.

Una vez que la relación de colaboración había sido establecida, los pacientes de Ferenczi proporcionaban datos sobre acontecimientos traumáticos y situaciones de sus infancias. Esta información corroboraba lo que Ferenczi creía acerca de la elevada frecuencia de la seducción traumática, la violencia y violación de los niños que habían llegado a ser sus pacientes. Él estaba convencido sobre el valor de este argumento que señalaba que el trauma actual que daba forma a las neurosis y desordenes del carácter, no necesariamente se fundaba en fantasías de seducción de la niñez o trauma. Él destacaba tres situaciones traumáticas típicas de la infancia en donde los adultos vinculaban apasionadamente a los niños a ellos: seducciones incestuosas, castigos intolerables y el terrorismo del sufrimiento (de los padres).

Típicamente, las seducciones incestuosas crecen sobre la base del amor recíproco entre el adulto y el niño,

“el niño cultiva fantasía juguetona de adoptar el rol de la madre del adulto” (típicamente hija a padre). A pesar de todos los componentes eróticos, el juego se mantiene en el nivel de la ternura, dado normalmente a los padres. A excepción de los adultos patológicos, quienes “confunden el juego de los niños con los deseos de una persona sexual madura” y se dejan llevar por ello, drogándose, intoxicándose, o no. El niño asaltado y traicionado, generalmente no reacciona con odio, repugnancia, rechazo; más bien es paralizado por la ansiedad. Inmaduro y abrumado, el niño desamparado física y moralmente no puede protestar. Los montantes de ansiedad del niño, eventualmente “lo obligan a someterse como autómatas a la voluntad del agresor, a adivinar cada uno de sus deseos y a gratificarlos; totalmente olvidados de sí mismos se identifican con el agresor.”

Regresiones y escisiones ocurren. Como el agresor es internalizado o introyectado, el ataque externo es negado y el niño re-establece la situación externa anterior de ternura, con un nuevo estado oniroide interno, usando mecanismos de proceso primario. El niño, luego llega a considerar el inofensivo juego como “una ofensa punible”. Ferenczi observaba que el otro progenitor era habitualmente “no suficientemente cercano” para cuidar o proteger al niño. Así la sexualidad permanecía “subdesarrollada o asumía formas perversas”.

He aquí un ejemplo: Me encontré con B, entonces de 25 y soltera, en una sala cerrada. Ella tenía catatonía, sufría distorsiones perceptuales y muchos síntomas psicósomáticos. No había abusado de drogas; y los exámenes físicos y neurológicos fueron normales. Se había descompensado cuando una terapeuta mujer le había interpretado su “homosexualidad” y luego se fue de vacaciones. Previamente, B había trabajado como representante de una secta religiosa proselitista. Estridente, atípica, había sido a menudo abusada verbalmente, despreciada, ridiculizada. Perversa polimorfa, era sensible a ataques de pánico y dudas obsesivas. Mostraba obediencia automática, teniendo sexo con cualquiera que la deseara, generalmente sin consideración hacia sus necesidades. Los años de terapia no habían aliviado el malestar psíquico o somático, ni la había orientado a cambiar estas relaciones conflictivas cargadas de insatisfacción. No obstante a ella le agradaba su terapeuta y sentía que ella le había ayudado a entenderse a sí misma.

Sus padres habían quedado huérfanos durante el Holocausto. Hija única, había sido adorada hasta los tres años, época en la cual su padre se vio obligado a tomar un trabajo en un país extranjero. La madre se resintió y deprimió por tener que permanecer en América. El padre podía llamar al hogar por muy corto tiempo cada ciertas semanas. La madre le racionaba severamente la charla del teléfono a B. Ella recuerda sentarse cerca, en lo que le parecían horas mientras la madre hablaba con él. Si protestaba, la amenazaban o golpeaban. Su frustración era grande. A veces deliberadamente, a veces fuera de control, ella hacía rabietas, desafiando a su madre, inmune al dolor físico. En los períodos entre las llamadas, el padre no debía ser mencionado. Gradualmente, B aprendió a sentarse en silencio. Ella recordaba una temprana fractura en su personalidad: Cuando tuvo cuatro años, al terminar el año de jardín escolar, dijo “adiós” no a su amada escuela, sino a la “otra” B que ella dejó en ese lugar, sentándose en un travesaño de la ventana.

B es la paciente más necesitada y exigente que recuerdo. Hacía (no sorprendentemente) frecuentes llamadas telefónicas entre las sesiones. Yo estaba desesperado por disminuirlas. Lo interpreté como su posesividad hacia mí, su rivalidad con mi esposa por mi atención. Ella insistía en que su necesidad de mí era verdadera y legítima. Puesto que esto fue a los inicios de mi ejercicio, yo era también paciente y tolerante, “entendiendo” su necesidad como resultado de la victimización. No hice ninguna demanda. Intentaba principalmente identificar sus sentimientos, y vincularlos a su cuerpo y experiencia mental, para más adelante ligarlos ambos a las situaciones interpersonales y a los eventos de la vida. Ella me idealizaba, gradualmente humanizándose, y también sensualizándose. Eventualmente, ella fue capaz de (re)experimentar cólera; pero casi nunca directamente hacia mí.

Mis clarificaciones y vinculaciones parecían ayudarla; y solía trabajar sobre ellas. Mis infrecuentes interpretaciones eran discutidas y procesadas entusiastamente, pero sin un impacto observable, excepto aumentar su todavía, excesivo descontrol psicológico y búsqueda obsesiva por significados últimos. Posteriormente, compartí mis sentimientos, incluyendo mi impotente frustración frente a sus aterradoras llamadas. Ella se compadeció de mí y dejó de llamar. ¡Ya no sentía más la necesidad de oír mi voz! En parte la terapia puede considerarse como la construcción gradual y afectuosa del destete. Hacia el final de la terapia, había crecido más allá de su más profunda dependencia de mí. Consiguió un trabajo no-religioso y pudo casarse con un hombre estable. Nunca más presentó la complacencia automática, y su sexualidad volvió a ser propia y los síntomas psicósomáticos disminuyeron perceptiblemente.

El período de mayor persistencia traumática fue el de los tres a los cinco, cuando el padre estaba ausente, durante el clímax del periodo Edípico. Sus sensaciones tiernas fueron desatendidas y la opresión de la madre le provocó, también la pérdida de su objeto de amor. Después de una intensa protesta, ella se conformó automáticamente con la madre, y ocurrió la escisión de su personalidad: entre el niño observante y el niño sensible, entre el asertivo proselitista y el obediente autómatas, entre el santo religioso y el pecador sexual perverso.

Anticipando la propuesta de Ana Freud (1946) de la identificación con el agresor, Ferenczi señalaba la culpa inductora de la escisión “inocente-culpable” en el niño vulnerable. Él precisaba que algunos niños se hacían desafiantes, pero la escisión estaba presente aquí, de modo que ellos no pueden explicar las razones de su desafío. Él advierte a padres, a analistas y profesores “que estén constantemente alertas a que detrás de la sumisión o aún más de la adoración... de nuestros niños, pacientes y discípulos permanece oculto un ardiente deseo de conseguir liberarse de ese amor opresivo.” Elevamos la personalidad a un gran nivel si ayudamos a los pacientes a soltar la identificación patológica y “prevenir la sobrepasada transferencia.”

“Los castigos insoportables también producen fijaciones.” Hay un segundo fenómeno que a menudo conduce a un trauma: la “súbita aparición de nuevas facultades... una progresión traumática... una madurez precoz”. “El miedo a esa cuasi locura, desaprensiva de ciertos adultos, mueve al niño a hablar como si fuese casi un psiquiatra; en vistas a mantener una cierta unidad y a defenderse contra los peligros que vienen de la gente sin autocontrol, él debe llegar a saber como identificarse totalmente con ellos” Creo que en este desarrollo, el niño llega a convertirse en el “psiquiatra”, padre y cuidador de su(s) padre(s), este es uno de los posibles desarrollos prematuros en la vida, no debido a un trauma extremo, si no más bien por la repetición, inducción e influencia repetida, gradual de un padre sobre un niño; o por que el tipo constitucional de un niño pequeño lo permite. Stern (1985) describe ejemplos de tal complacencia y complementariedad en la interacción madre-hijo, con los resultados de inhibición de ciertas actividades idiosincrásicas del niño, y el desarrollo preferencial de ciertas habilidades de adaptación, es decir, entretenimiento para la madre. Cuánta simpatía y empatía siente el pequeño niño es un punto dudoso y discutible; pero es algo que debe ser examinado en algún momento, especialmente en referencia al desarrollo de la conducta del que cuida.

Es mi impresión que estas personalidades de cuidadores, con rasgos caracterológicos de seriedad y obsesionalidad, y tendencias hacia un “síndrome de Jesucristo” de vivir para deshacer o asumir la responsabilidad de los pecados de otros, evolucionan más desde unas opresiones de la vida diaria, aparentemente menores y sutiles (léase: desatendidas) que de francas situaciones traumáticas importantes. En estos egosintónicos protectores y cuidadores, puede haber concomitantes restricciones de la asertividad y de la autodireccionalidad personal. Sus escindidas o encubiertas rabias, asertividades y derechos subdesarrollados son a menudo inaccesibles a la conciencia e impedidos de auto expresión, ausentes de una terapia exitosa, a menos que en ellos exista una identificación con y en apoyo de una causa valiosa o ideal. Puede ser que un castigo más obvio y flagrante y que la injusticia, aparecidos en un cierto momento, les haga surgir una intensa cólera y resentimiento, los que podrían alcanzar algunos núcleos de tendencias escindidas o fragmentadas de la personalidad mejor desarrollados.

Sospechamos que mientras más intensos y extremos sean la estimulación parental, más intensos y extremos serán las tendencias a identificarse y desidentificarse. En *El Niño Invulnerable* (Anthony y Cohler, 1987) clínicos e investigadores examinan las vidas de niños que han crecido con la tensión de padres mentalmente enfermos y/o abusivos; y que no sólo sobrevivieron, sino que han tenido éxito en hacer frente a la vida con un mínimo de perturbación o vulnerabilidad personal. La negación, separación y distanciamiento emocional fueron algunos de los mecanismos usados más comúnmente. Algunos niños tenían una perspectiva en la que minimizaban o contenían las amenazas en una mirada de mundo, no distinta de la del héroe de la película, “Mi vida como un Perro,” quién se consolaba con el pensamiento, “siempre podría ser peor”. Algunas de estas inquebrantables personas no se permitían intimar en sus relaciones. Ellos nunca se permitieron desarrollar profundos cuidados o dependencias. Otros investigadores están redescubriendo vinculaciones entre violentos episodios de abuso infantil y la escisión de la personalidad, la cual, como Ferenczi señaló, pueden progresar a la fragmentación y atomización de la personalidad, y al desarrollo de personalidades separadas que no se conocen mutuamente. La literatura sobre tales personalidades múltiples ha aumentado considerablemente, tanto en las publicaciones profesionales como populares.

Ferenczi concluye bosquejando un “tercer método de anudamiento inutilizante de un niño por un

adulto. Este es el terrorismo del sufrimiento". "Una madre quejumbrosa de sus miserias constantes puede convertirse en una cuidadora desnaturalizada de su hijo, por ejemplo, una real madre sustituta, desatendiendo las verdaderas necesidades del niño". Como Sullivan dijo sobre la inducción de la ansiedad de la madre en el infante, así "la depresión se puede instalar dentro de uno junto con la leche de la madre" (Forest, 1985). Ferenczi puso de relieve esta atrofiante y mortal parálisis del verdadero si mismo del niño y la creación forzada de una personalidad falsa, simbiótica vigilante de la personalidad.

Los pacientes que han bloqueado (expulsado) fuera de la memoria o negado la significación del (rechazado, como Basch (1983) lo plantea) abuso vivido -físico, sexual, emocional- frecuentemente se comprometen en la terapia, aunque luego desarrollan un conflicto del tipo reacción terapéutica negativa. Con cierto número de estas personas me ha sido posible parar, reflejarles y cambiar mis posturas internas y conductas externas, con los correspondientes cambios positivos en ellos. Algunas veces he cambiado desde ser aparentemente tranquilo y sereno a una abierta demanda por una examinación mutua de nuestra interacción, y una búsqueda de los posibles elementos ofensivos de mis actitudes. Esto le ha permitido a algunos pacientes aproximarse y trabajar colaboradoramente con menos depresión, y más confianza y entusiasmo (Zaslow, 1985). He dado marcha atrás de una aproximación excesivamente amistosa, casual y casi amistosa, que tendía a un leve desaire o rechazo, y expresaba satisfacciones o atribuciones congratulatorias del si mismo. Generalmente los cambios son graduales y complejos, con retrocesos y avances, lucideces y oscuridades, contacto y desconexiones. Estos comentarios sugieren una generalización familiar y cotidiana, con la cual pretendo reflejar algo del clima no amenazante de este tipo de trabajo con aquellos que mantienen ciertas defensas intactas que los contienen y protegen su si mismo.

No es fácil y cuesta relatar lo que ha sido invitar a estas personas a que recuerden y signifiquen su experiencia e historia de abuso de sus derechos, al principio del tratamiento. Estas personas son a menudo hiperalerta e hipersensitivas. A flor de piel, ellos están alertas al daño, hostilidad, depresión. Sus terapias, abortadas o desarrolladas, han sido problemáticas y desafiantes desde el contacto inicial. Ellos han puesto sobre mi el letrero con la demanda: ¿"Cómo la terapia me ayudará? ¿Cómo puede usted ayudarme!"

Recuerdo cierto número de mujeres entre los 20 y 30 años, que hiper-alertas, hablaban directa y asertivamente, detallando sus dolores y problemas con precisión, con un "excesivo conocimiento" de sus actitudes e historia controlada. Ellas conocían de sus sufrimientos relacionados con sus traumáticos pasados. No habían sido ayudadas por anteriores psicoterapias, terapia de comportamiento o medicación. Ellas sufrieron crisis de pánico y/o depresión con o sin crisis de llanto, dificultades de peso y apetito, y distorsiones en la imagen corporal y auto convicción de fealdad personal. Se criticaban a si mismas y lo que amaban con una honradez y una exactitud inmisericorde. Sabían que su sentimiento interno de maldad era su peor problema. La mayoría lo relacionaba con el abuso emocional sufrido a manos de sus madres, incluso aquellas que eran víctimas sexuales. Los padres eran más despreciados por su egocentrismo, indiferencia o debilidad que por haber dañado sus autoestimas. ¿Cómo podía la terapia ayudarlas?

¿Cuál sería mi ayuda?

Ser ayudadas en última instancia significaba sentirse mejor, deshacerse de los síntomas de disforia y pérdida de control. Ninguna imagen o relación consistentes surgía del pasado, excepto aquellas que validaban los logros y el rendimiento, esto es, record escolares, méritos deportivos, dramáticos y artísticos. Las personas de apoyo eran siempre miembros ajenos a la familia. Entonces la exploración de la "ayuda" deja un vacío. Yo explicaba que era generalmente fácil vincular los problemas con eventos pasados y relaciones actuales, incluso evaluaciones de uno mismo. Ellas habían hecho ya mucho trabajo de autoconocimiento. El cambio era una cuestión distinta. Implicaba una combinación de desarrollo de tolerancia a los afectos dolorosos y de permitirse involucrarse en la terapia. Más pronto o más tarde nos encontraríamos en un conflicto, o un embrollo, o un impasse. De alguna forma, trabajaríamos a pesar de ello, y desde este cambio algo podría emerger, junto con una nueva perspectiva. La mayoría eran escépticas. Algunas comenzaron el tratamiento. Otras pedían ejemplos, y se les daba; pero estos fueron uniformemente insatisfactorios. Yo sugería la posibilidad de que la ansiedad fuese acompañada de esperanza (Boris, 1976) o de relacionarla con aceptar algo bueno. (Yo me tentaba por preguntar, si ellas habían comprobado al mirar la leche si no estaba envenenada; pero pensaba que ellas no entenderían la terapia como leche.) Tenía la misma experiencia hacia aquellas que consultan por medicamentos. Cuando potencialmente estaba indicado, hablé abiertamente

sobre la medicación. La mayoría de ellas, sin embargo, rechazaron las medicaciones. Algunas pocas “me hicieron caso” (aunque yo no había recomendado la medicación, sino señalado los pros y contra), y cogieron una prescripción, pero no la llenaron. Las pocas que intentaron la medicación tuvieron una inmediata idiosincrásica “mala” reacción (disforia, trastornos del pensamiento) y rápidamente la suspendieron. Hubo un par de ellas que continuaron por semanas con la medicación, pero sin beneficios. Después durante el tratamiento, no me sentía generalmente bien sobre interpretar en torno a lo agresivo: ellas me ponían en una posición en la cual yo no podía ayudarlas, tal como no habían dejado a otros que las ayudaran. (Pronto yo podría explorar aquello) Luego en terapia, mi aproximación, combinada con mi breve, pero clara exclamación de que habían sido (ab) usadas, fue bien recibida, y permitió un diferente punto de vista desde el cual examinar la esperanza, la decepción y la reconexión. Algunas rápidamente abandonaron debido a que me sobredentifiqué con su sufrimiento o intenté demasiado bruscamente conseguir cercanía. Otras lo abandonaron porque yo olvidé algo o hice un comentario sobre algún pariente que las había llamado. Estas ofensas eran imperdonables, el daño irremediable.

Estas mujeres tensionaban a tal grado como sus madres habían sido abierta e irrazonablemente críticas, despectivas, rechazando y abandonando cualquier cosa buena en ellas como niños, adolescentes o adultos. Las historias abundaban de madres incrédulas de sus apremios, de madres que preferían a sus hermanos (esto es, financiaban mejores colegios para los hermanos, mientras que se lo negaban a una hermana mas inteligente; comprando a un hermano violento un coche y rechazando comprarle a la talentosa hija violinista su instrumento). El rol del padre fue usualmente idealizado, pobremente conceptualizado. Eran visto como una figura diluida, incapaz de ayudar a la madre y a la hija a “cortar la cuerda” de la hostilidad-dependencia. Es posible que el hecho de la exclusión del conocimiento del padre en el triángulo Edípico se pueda vincular mejor con la dificultad del paciente en la conceptualización y la creencia de que la terapia podía ayudarlas.

Recientes tentativas de síntesis tanto de la teoría psicoanalítica como de la técnica auguran un incremento de la efectividad terapéutica (cf. Havens, 1986). Entendiendo las paradójicas transferencias e interpretándolas sin recurrir a maniobras contra paradójales mantendrán el encuadre analítico intacto (Anzieu, 1986). Los pacientes nos asignan muchos papeles dentro del espacio intermedio-transicional de la pantalla analítica. Ocasionalmente tenemos que desempeñar algunos de estos roles para sostener a pacientes mas regresivos (Winnicott, 1986). La apertura mental permite la posibilidad de jugar -jugar con la teoría, jugar en terapia-. El juego, a su vez, crea nuevas posibilidades. Este es un área de experiencia que lamentablemente falta en las vidas de éstos seres severamente y mortalmente traumatizados. Jugando es como nos acercamos a probar nuevas ideas e identificaciones con nuestros pacientes, como Ferenczi. Cuando ellos captan nuestro cambio y flexibilidad, desarrollan la libertad para probar nuevos modos de relacionarse. Ellos facilitan el rígido vínculo al pasado traumático, disminuyen la repetición-compulsión y la identificación con el agresor, cortando el internalizado cordón umbilical hostil. Ellos desarrollan un si mismo mas libress y son más capaces de hablar su propia lengua con dulzura y pasión.

Una cosa está clara. La experiencia de leer la obra clásica de Ferenczi es una reintroducción a uno de los campos de las mentes más fructíferas y originales. Volver a este artículo, a la luz de la lectura y ejercicio actuales, es como una nueva visita a las fuentes de un turbulento, amplio, fluyente y refrescante río.

REFERENCIAS

- Alexander, F. 1958 Unexplored areas in psychoanalytic theory and treatment Part II In: *The Scope of Psychoanalysis: Selected Papers of Franz Alexander, 1921–1961* New York: Basic Books, Inc., 1961.
- Anthony, E. J. and Cohler, B. J., eds. 1987 *The Invulnerable Child* New York: The Guilford Press.
- Anzieu, D. 1986 Paradoxical transference *Contemporary Psychoanalysis* 22 520–547.
- Basch, M. F. 1983 The perception of reality and the disavowal of meaning *The Annual of Psychoanalysis* 11 125–154.
- Boris, H. N. 1976 On hope: Its nature and psychotherapy *The International Review of Psycho-Analysis* 3 139–150.
- Bullard, D. M., ed. 1960 *Psychoanalysis and Psychotherapy: Selected Papers of Freida Fromm-Reichmann* Chicago: The University of Chicago Press.
- Epstein, L. and Feiner, A. H., eds. 1979 *Countertransference: The Therapist’s Contribution to the Therapeutic Situation* New York: Jason Aronson, Inc.
- Feiner, A. H. 1979 Countertransference and the anxiety of influence In: Epstein L. and Feiner, A. H.,

- Countertransference: The Therapist's Contribution to the Treatment Situation New York: Jason Aronson, Inc., 105–128.
- Ferenczi, S. 1933 Confusion of tongues between adults and the child (German original in *Int. Z. f. Ps* 1933 19 English translation in the *International Journal of Psycho-Analysis* 1949 30 225.
- Fierman, L. B., ed. 1965 *Effective Psychotherapy. The Contribution of Hellmuth Kaiser* New York: The Free Press.
- Forrest, T. 1985 Personal communication.
- Fromm-Reichmann, F. 1961 *Principles of Intensive Psychotherapy* Chicago: Phoenix Books. Gill, M. M. 1982 *Analysis of Transference. Volume I. Theory and Technique* New York: International Universities Press.
- Gill, M. M. and Hoffman, I. Z. 1982 *Analysis of Transference. Volume II. Studies of Nine Audio-Recorded Psychoanalytic Sessions* New York: International Universities Press.
- Greenson, R. R. 1967 *The Technique and Practice of Psychoanalysis. Volume 1* New York: International Universities Press.
- Havens, L. 1973 *Approaches to the Mind* Boston: Little Brown and Company. Havens, L. 1986 *Making Contact. Uses of Language in Psychotherapy* Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.
- Khan, M. M. R. 1986 Outrageousness, compliance and authenticity *Contemporary Psychoanalysis* 22 629–650.
- Kubie, L. S. and Israel, H. A. 1955 Say you're sorry In: *The Psychoanalytic Study of the Child. Volume X* New York: International Universities Press.
- Lane, R. C. 1985 The difficult patient, resistance and the negative therapeutic reaction: A review of the literature In: *Current Issues in Psychoanalytic Practice. Volume I Number 4* New York: Haworth Press.
- Little, M. 1951 Countertransference and the patient's response to it *International Journal of Psycho-Analysis* 32 32–40.
- Rako, S. and Mazer, M., eds. 1980 *Semrad: The Heart of a Therapist* New York: Jason Aronson, Inc.
- Semrad, E. and Zaslow, S. L. 1964 Assisting psychotic patients to recompensate *Mental Hospitals* 15 361–366.
- Stern, D. N. 1985 *The Interpersonal World of the Infant* New York: Basic Books, Inc. Stone, L. 1961 *The Psychoanalytic Situation* New York: International Universities Press. Tuchman, B. W. 1987 *A nation in decline* *The New York Times Magazine* September 20. Winnicott, D. W. 1949 Hate in the countertransference *International Journal of Psycho-Analysis* 30 69–75.
- Winnicott, D. W. 1986 *Holding and Interpretation* New York: Grove Press.
- Zaslow, S. L. 1985 Countertransference issues in psychotherapy with adolescents In: *Adolescent Psychiatry Volume 12* Feinstein, S. C., et al., eds. Chicago: The University of Chicago Press, 524–534.

(1988) Comments on “Confusion of Tongues”. *CONTEMP. PSYCHOANAL.*, 24:211 (CPS)

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE