

## DEL FUROR CURANDIS A LA “COMPROMETIDA RESPONSABILIDAD TERAPÉUTICA”. EL CASO E.

Samuel Arbiser

“Sucedee que un psicoanálisis no es una indagación científica libre de tendencia, sino una intervención terapéutica; en sí no quiere probar nada, sino solo cambiar algo”.  
(Freud, Epicrisis del caso Juanito)

Los consultorios psicoanalíticos de la actualidad -ya en la segunda década del siglo 21- se fueron modificando a medida en que nuevas promociones de psicoanalistas fueron apareciendo, y con ellos nuevos y variados contingentes de pacientes se convirtieron en tributarios de dichos consultorios. Tampoco es ajeno a estas modificaciones el vigor competitivo de una renovada psiquiatría ostentando un arsenal psicofarmacológico acorde con los incesantes desarrollos tecnológicos de esta época. A esto, es también necesario percibir los cambios en el entorno social y el cambiante prestigio del psicoanálisis en dicho entorno; ahora uno más entre los múltiples recursos terapéuticos ofrecidos. Durante el siglo 20 -a diferencia de nuestro presente- la prevalencia explicativa y terapéutica del psicoanálisis era prácticamente indiscutida; ahora, en cambio, es necesario reafirmarla en cada caso clínico. Y, de este modo, cada caso se nos convierte en desafío, aunque no siempre este desafío es de la misma intensidad y cualidad. No son lo mismo pacientes con un padecimiento de sintomatología difusa e indeterminada, que aquellos con una sintomatología definida; y más aún cuando ésta tiene un carácter riesgoso de vida como en algunos casos de trastornos de la alimentación o, cuando tiene un fuerte componente invalidante; en estos últimos el furor curandis, que aprendimos a mantener a raya, se nos vuelve a infiltrar contrariando nuestras convicciones. Seguramente no sólo nos apremia la legítima e impostergable necesidad del paciente, sino también la puesta a prueba de la validez terapéutica del psicoanálisis y la no menos importante ratificación de nuestro desempeño. El relato clínico que expondré a continuación trata justamente de un caso en el cual la impostergable situación de invalidez psicológica del paciente imponía ser atendida y resuelta, dado que, en caso contrario, la vida futura de este joven podría quedar severamente limitada. Esto justificaría transformar el cuestionado furor curandis en, lo que podría denominarse legítimamente, ‘comprometida responsabilidad’. En una primera sección, expondré la historia clínica del paciente y en una segunda algunos hitos de su evolución terapéutica para, finalmente, puntualizar algunos comentarios. En tanto se trata de un proceso terapéutico en curso -con un final aún abierto e incierto- dichos puntos sólo orientarán al lector en la direccionalidad que fue tomando el tratamiento hasta el presente.

### HISTORIA CLÍNICA<sup>1</sup>

A fines de Marzo de 2009 se presenta E en el consultorio. Se trata de un joven de 20 años, que estudia teatro y que trabajosamente había terminado el secundario en un Colegio (X) del Estado.

---

1.- Es inevitable que una historia clínica reconstruida y escrita actualmente (2011) sobre escuetas notas del momento, esté contaminada con abundante información posterior a las entrevistas iniciales, a principios del 2009.

**Motivo de Consulta:** Ya había tenido algunas experiencias terapéuticas previas, aparentemente sin éxito. En Septiembre del 2007 había comenzado a padecer ‘ataques de pánico’ que le impedían salir a la calle. No obstante había logrado, al correr del tiempo, movilizarse por lugares y medios de transporte, siempre que fueran conocidos y en conexión telefónica continua con su madre a través del celular (fobia contrariada)<sup>2</sup>. Pero lo que finalmente desencadenó el pedido de consulta fue el resultado de una reciente cita con una joven muchacha (V); cita en la que termina descompuesto y vomitando. Él adjudica su reacción al hecho de estar obligado a agasajar a la joven yendo a “*tomar y comer algo*”; y la mínima alusión al tema de la comida le despierta una angustia insoportable: suele alimentarse frugalmente, solo o en compañía de sus padres, y con limitado repertorio de alimentos. Concluye que desde su punto de vista su problema era ‘*digestivo*’ (¡!). También dice que siente la presión social (no explícita) de tener sexo y que eso lo agobia porque él no siente ninguna necesidad. Justamente, cediendo a esa presión, en ese momento mantenía una forzada y ‘platónica’ relación telefónica con una excompañera del colegio que vive en un alejado pueblo de Francia, a quien él se obliga a flirtear por teléfono. No insistí en profundizar en las entrevistas acerca de mayores detalles de su vida sexual, dado que se había sentido presionado y acorralado por el terapeuta anterior a definirse acerca de sus inclinaciones sexuales, con una insistente e impaciente curiosidad que él no sabía satisfacer.

**Antecedentes de su sintomatología (Bullying. Acoso escolar):** Relata que su padecimiento se remonta a la época de iniciación de su escolaridad secundaria. Desde su escolaridad primaria había concurrido a esa misma escuela privada (BP) de clase media o media adinerada: “*era compañero de la hija de Fulano (deportista famoso) y del hijo de Mengano (artista famoso)*”. Ya en el primer año del secundario se le insinúa la torturante situación de transformarse en el alumno receptor de las burlas y las agresiones de compañeros: al que ‘*toman de punto*’; “*...se burlaban de mí por flaco y pálido...*” Su indefinición en su apariencia sexual alentaba además las agresiones verbales que lo trataban de ‘*mariquita*’ o ‘*pu... o pa...*’; tampoco faltaron amenazas y agresiones físicas. Intentaba eludir los recreos y la actividad deportiva en el campo de deportes por temor a mostrarse sin ropas en el vestuario. La agresión verbal y el pánico a la agresión física iban aumentando día a día en la medida que sentía a su cuerpo totalmente indefenso y de una vulnerabilidad tal que la mera mirada de sus pares podía bastar para pulverizarlo. (Luego, más adelante en el transcurrir del tratamiento, me cuenta que además su miedo a salir a la calle residía en su convencimiento de que el viento fuerte podría arrollarlo). En el segundo año del secundario, es decir, a sus catorce, la situación se hace insostenible y sus padres, en acuerdo con las autoridades del colegio, deciden retirarlo del mismo<sup>3</sup>. Intenta proseguir sus estudios dando exámenes libres para evitar el contacto ‘en vivo’ con compañeros y termina, casi como un trámite, en un nocturno estatal, el mencionado Colegio X. En el ínterin, a sugerencia de la madre, que entendía que E debía ‘socializar’, comienza a estudiar teatro, primero en una de escuela de teatro ajena, y finalmente, desde hace varios años hasta la actualidad, en una escuela que la propia madre dirige (¡!). También hizo un curso de idioma japonés (a mí me resultó algo exótico); curso del cual también termina desertando.

**Constitución familiar:** Es hijo único. No sabe ni parece nunca haberse preguntado el motivo por el cual no tuvo hermanos. Vive en la casa con su madre de 51 años y el padre de 63. Con ellos desde siempre vive la abuela materna de 84 años, inválida y con serios trastornos de decadencia mental. El padre tiene una profesión que lo obliga por largos períodos (meses) a ausentarse de la casa. La madre dirige la escuela de teatro que, también funciona como teatro para el público. La familia extendida no tiene ninguna presencia en la vida de E.

**Otros antecedentes:** No fuma, ni bebe, ni tuvo ningún padecimiento físico fuera de las habituales incidencias normales propias del desarrollo infantil. Es muy afecto a la música popular pero sofisticada, a la lectura y a la

---

2.- Ya he descrito en otros trabajos (Arbiser, 1994 y 2004) fobias en las que las exigencias de la realidad mitigan limitadamente el síntoma. Tomo el adjetivo ‘contrariada’ de la conocida expresión de ‘zurdo contrariado’ al que se lo obliga a entrenar forzosamente sus miembros diestros.

3.- Durante el tratamiento me confiesa que el miedo a transitar por la calle lo explicaba además por el terror a poder encontrarse con algún compañero del BP.

computación. Entendí más tarde que, tanto el estudio de japonés, como la sofisticada música que cultivaba, expresaba su intento de diferenciarse con superioridad de sus ‘pedestres’, aunque temibles pares.

**Aspecto y actitud:** Recibo en la entrevista a un joven bastante alto y marcadamente delgado, de rasgos faciales francamente ‘lindos’. Viste ropa muy adecuada a su edad. Tiene una actitud de estar ‘a la defensiva’ que se expresa corporalmente plantándose algo encorvado y con la mirada huidiza. Saluda y se mueve con ‘educada’ formalidad. Se expresa con una notable riqueza de vocabulario y una coordinación óptima entre el lenguaje verbal y preverbal (la impresión contratransferencial inmediata: parece un ‘latente’ temprano y habla como un ‘señor’ muy bien educado de 40 años).

**Entrevista con los padres:** La expectativa de encontrar en esta entrevista datos del desarrollo que explicaran el serio padecimiento del joven E se frustraron en gran medida. Me encontré con una pareja bastante normal: ella, una hermosa señora, que parecía menor que su edad cronológica, muy simpática y comunicativa. Él, un hombre que también parecía menor a su edad, más parco y observador. No pude inferir de la entrevista nada que me esclareciera acerca de las características de su propia relación de pareja. Sólo que el marido solía ausentarse por largos períodos en los que E se metía en la cama de la madre. Relataron lo ya conocido, aunque el tema del colegio fue lo central. Según ellos el desarrollo de E fue bastante convencional aunque, como dato saliente, siempre fue renuente a ir a los eventos sociales propios de los niños, a saber, ‘pijama party o cumpleaños’. Obediente y juicioso, casi siempre jugaba solo “*muy entretenido*”. También se refirieron a los tratamientos anteriores y los magros resultados obtenidos (me cayó como una amenazante advertencia, especialmente por parte del padre). Mi intención de obtener alguna explicación acerca del porqué no tuvieron más hijos también fue bastante frustrante: sólo obtuve motivos generales, entre otros, mudanza o problemas económicos. No hicieron mención a la presencia de la abuela en la casa. En esta entrevista obtuve el consentimiento de ellos para la iniciación de un tratamiento de 3 veces por semana con el encuadre psicoanalítico tradicional; pero con la advertencia del padre de que esa frecuencia sólo se mantendría hasta el fin del año<sup>4</sup>. También convenimos una entrevista anual de evaluación.

**Hipótesis diagnóstica:** Atendiendo a la sintomatología manifiesta se imponía el diagnóstico de una severa ‘agorafobia’ con antecedentes previos de ‘crisis de angustia’. Respecto de las ‘descomposturas’ (náuseas y vómitos), que si bien podrían evocar la conversión histérica, me incliné, sin embargo, a entenderlas en E como ‘equivalentes de la angustia’, expresados en el aparato digestivo; equivalentes que Freud (1895) describe con magistral virtuosismo semiológico en su trabajo sobre la ‘neurosis de angustia’. Además, otra línea de síntomas observables, eran su llamativa indefinición respecto de su esquema corporal, su evidente delgadez<sup>5</sup> y su inapetencia crónica concomitante a su comer obligado; esto último, unido a una indiferencia sexual y a su desconcertante ignorancia acerca de su orientación en ese terreno, inducía a pensar en el amplio espectro de los ‘trastornos de alimentación’; trastornos más frecuentes en sexo femenino. Pero, dejando de lado la necesidad de los encasillamientos diagnósticos e, intentando abordar con mirada psicoanalítica su situación vital existencial y sus posibilidades terapéuticas, resaltó a primera vista, más que la angustia, su notable invalidez psíquica para moverse en el mundo de la realidad fáctica, tanto geográfica como de las relaciones humanas; y sus infructuosos y patéticos esfuerzos para superar dicha invalidez, como contraparte fallidamente restitutiva; patéticos en tanto que dichos esfuerzos resultaban, a todas luces, impostados; por ejemplo: sus autoobligados flirteos a distancia con muchachas, mencionados al principio. También impostada parecía ser su carrera de actor cursada (¡casualmente!) en la Escuela de Teatro administrada por su madre. No era descabellado inferir que esa Escuela era, en realidad, una sospechosa prolongación, a la manera de unseudópodo, de su envolvente y protectora madre-casa. Y, así se me hizo la imagen contratransferencial de un

---

4.- Advertencia que se cumplió en forma innegociable.

5.- Una nutricionista que consulta varios meses después de iniciado el tratamiento analítico le diagnostica que tiene 5 Kg. menos del peso vinculado a su altura y edad.

niño tierno detenido<sup>6</sup> en la temprana ‘latencia’ y encapsulado confortablemente en un especular encierro de seguridad y deleite narcisista con su madre, para quien el hijo era un frágil, hermoso y valioso ‘muñequito de porcelana’ que cultivaba con placentero afán<sup>7</sup>. La angustia o sus equivalentes (descomposturas) aparecían cuando fracasaban esos intentos protésicos y la realidad tridimensional se imponía por su propio peso y le mostraba así a E su temible rostro; angustia que, por otra parte -vale la pena señalar- indicaba que E funcionaba estructuralmente como un neurótico y no como un psicótico. Hipotéticamente, un repudio más radical de la realidad fáctica podría haber cobrado el precio de una psicosis; y esta reflexión nos interroga acerca de los factores que permitieron a este paciente eludirla con el resultado de una neurosis severa, pero abordable al psicoanálisis. Este punto puede ser ilustrativo de la distinción que Freud (1914) hace entre “retracción” e “introversión” de la libido en su “Introducción al Narcisismo”. Mientras que en la retracción la libido regresa al Yo<sup>8</sup>, en la introversión la libido mantiene su investidura fantasmática con los objetos, como el ‘anacoreta’, según el mismo autor ejemplifica. Respecto de las antes mencionadas posibilidades terapéuticas entendí que su visible hipermadurez intelectual, contrapartida de la mencionada invalidez psíquica, podría ponerse al servicio y convertirse en una aliada favorable a su analizabilidad. Pero, por sobre todo, percibí que tanto los padres como él compartían la sospecha de su inviabilidad futura para afrontar las peripecias de la vida. De ahí deduje que provenía la ‘egodistonía’ que llevaba a la demanda de tratamiento y el ‘vector motivacional’<sup>9</sup>, responsable de su continuidad.

## **ALGUNOS HITOS RELEVANTES DE LA EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA**

No es ninguna novedad el reconocer lo inabarcable y complejo que resulta proponerse transmitir una extensa experiencia clínica psicoanalítica. Inevitablemente, por más esfuerzos de objetividad posible -se convendrá- que el resultado consistirá siempre en un reflejo más o menos alejado de la vívida realidad objetiva de dicha experiencia. Y, en consecuencia, debemos conformarnos, en el mejor de los casos, con en el recorte subjetivo que el analista relata. Pero tampoco podemos desconocer la ventaja de contar con dicha subjetividad en tanto nos revela el enfoque personal del analista en la selección del material y del instrumental teórico y técnico con que aborda el caso en particular. Con esta salvedad trataré de exponer algunos hechos relevantes de la evolución del caso, recordando que la acentuada sensación de ‘comprometida responsabilidad’ a la que me referí al principio me acompañó y me acompaña a lo largo de este proceso.

En los primeros meses de la concurrencia de E. a las sesiones, día a día fui confirmando la impresionante magnitud de su marginación del mundo exterior y, por sobre todo, de su consecuente empobrecimiento experiencial para manejarse en la vida; con la contrapartida, sin embargo, de un vicariante sobredesarrollo de su mundo intelectual y de su exuberante fantasía: un mundo bidimensional. En términos freudianos (1900) funcionaba mayormente en ‘Identidad de Percepción’. En las sesiones convenimos con E en llamar BP (el colegio secundario del que había desertado) al temido mundo real tridimensional, ‘Identidad de Pensamiento’, y metaforizar la meta terapéutica como una rectificación de aquel fracaso, esto es, volver figurativamente al BP. Al respecto, en las primeras sesiones de su tratamiento me relata un transparente sueño en el que ve emerger del agua en una playa a un hombre desconocido que, curiosamente, no le da miedo; y que juntos van al BP y desafían a los temibles ex compañeros.

En otro plano, pude ir explorando las características de sus inmaduros vínculos con sus padres que me permitieron confirmar mis conjeturas sobre su irresuelta constelación edípica, que podría sintetizarse en su idílica relación especular con la madre y un padre ausente o, sin el peso suficiente para configurar una

---

6.- Enfatizo la palabra detenido en tanto que al correr del tratamiento se fue confirmando más la idea de una detención del desarrollo que de una regresión.

7.- No es ocioso aclarar que me refiero a la madre como objeto interno del paciente y no a su madre real actual.

8.- Cabe recordar que para Freud de 1914 el Yo no era el Yo estructural sino la contraparte de los objetos.

9.- ‘Vector motivacional’: con esta denominación intento destacar la fuerza (vector) que impulsa a un sujeto a sostener la continuidad de un tratamiento por un tiempo prolongado. Clásicamente se admite que es la transferencia que sostiene dicha continuidad; pero, sin negarla, prefiero dar más énfasis al ‘vector motivacional’ justamente para balancear posibles abusos de la transferencia y dar más peso a la propia motivación como palanca dinámica del impulso evolutivo.

triangularidad<sup>10</sup>. Por otra parte, pude inferir su rol de sostenedor de la armonía de la pareja entrando en complicidades con la madre y excluyendo al padre. Un episodio narrado por él puede ser ilustrativo: me relata que luego de una función teatral estaba cenando con la madre junto con un colega de ella; y, cuando volvió solo a la casa, encontró a su abuela borracha echada en el suelo del living desnuda, rodeada de botellas, desorden, vómitos y excrementos; ante esa inesperada escena, llama a la madre por el celular y entre los dos se ocupan de limpiar y ordenar la desagradable escena. El padre estaba ausente del país como era habitual por razones de su trabajo. Pero lo curioso es el pacto de silencio tácito entre madre e hijo de no mencionar, al regreso del padre, en ningún momento el penoso incidente. E no sólo pretendía sostener la armonía matrimonial, sino era impensable para él cualquier conducta que no fuera grata al paladar de valores de sus padres, es decir que la normal y esperable crisis de ‘oposición adolescente’ ante los padres nunca se había dado y tampoco parecía posible imaginarla en él: complacerlos era para él algo totalmente natural e incuestionable. Esto llevaba a que, en el marco de las intervenciones transferenciales, le recordara con bastante frecuencia la pregunta de si él buscaba satisfacerse o trataba de adivinar qué quería yo de él para complacerme.

En el plano social, E sospecha su diferencia con los demás jóvenes del mundo real, e, intentado ignorarlos, trata de reemplazarlos construyendo una vida social paralela que se reduce a dos amigos de su edad (M y N), con quienes conforma su grupo de salidas a las ‘discos’ o a jugar al *bowling*. M y N son amigos que no lo asustan dado que los visualiza como inofensivos y con deficiencias similares a las suyas<sup>11</sup>. En esas salidas no establecen ningún contacto con los otros jóvenes desconocidos concurrentes habituales a esos lugares; eran dos mundos bien diferenciados, el sobreprotegido y el amenazante, que no debían rozarse. Pero que, sin embargo, inevitablemente terminaban rozándose, llevando a micro crisis cuya paciente contención y consecuente elaboración contribuían al, y eran materia cotidiana del proceso terapéutico. Con estas revelaciones, su socialización forzada en el teatro, su grupo conformado con N y M, su flirteo telefónico a distancia, se me hizo claro que él, como ‘fantasía de curación’, pretendía solucionar sus limitaciones montando un ‘falso *self*’ de aparente ‘normalidad’, a saber: tener novia, tener relaciones sexuales, tener vida social; pero, como luego fui corroborando, más como un avezado actor que construye un mundo exterior de ficción, que fundado en las crudas necesidades pulsionales de su cuerpo; necesidades que supuse radicalmente escindidas y proyectadas. En este sentido me parecía que él había logrado suprimir drásticamente su cuerpo carnal en beneficio de su civilizada y actuada ‘normalidad’, a todas luces, inconsistente. Inesperadamente, al tercer mes de haber iniciado el tratamiento, encuentro una respuesta a mi pregunta acerca de la aparente desaparición de su cuerpo pulsional. En una sesión de esa época -sorpresivamente- me cuenta que desde que había iniciado este tratamiento conmigo había, no solo decidido, sino logrado dejar de masturbarse. Aunque podía haberlo adivinado, yo no estaba enterado ni de su continuada masturbación ni de su firme y exitosa decisión de suprimirla. Esta confesión condujo a responderme varias intrigantes preguntas; por un lado, mi curiosidad acerca del destino de sus necesidades pulsionales y, por otra parte, a entender una coincidencia implícita con mi proyecto terapéutico. Respecto de la primera, se me representó la imagen plástica de que, con su masturbación incesante, drenaba y vaciaba en ‘status nascendi’ sus necesidades corporales; y así pretendía, mágicamente, borrar las crudas urgencias del sexo; respecto de la segunda, que en forma tacita, él y yo, en contraste con su ‘fantasía patológica de curación’ antes mencionada, teníamos un acuerdo básico acerca del camino que conduciría a su posible curación; esto es: detener el drenaje pulsional materializado a través de la masturbación compulsiva, y así recuperar el espesor de un *self* corporal más consistente y, junto a éste, incursionar en el mundo externo real, con sus inherentes peligros, pero también con sus gratificaciones concretas. Peligros, vale la pena enfatizar, intensamente reforzados por la proyección masiva en dicho mundo, tanto de las pulsiones agresivas como libidinales, consecuencia de la drástica escisión de su *self* corporal; proyección que, explicaría las violencias y maldades que lo habitaban. Mi lugar en la transferencia consistía en ubicarme como un objeto que se diferenciara de los padres sobreprotectores que, en un encapsulamiento especular idealizado habían inhibido radicalmente su agresividad. En realidad me

---

10.- Se entiende que se trata del mundo interno de E y no de las características reales del padre.

11.- Recordar: “en el país de los ciegos el tuerto es rey”.

ubicaba yo mismo en el rol de un objeto que, sin bien denunciaba y desbarataba sus intentos defensivos de búsqueda de una solución protésica, es decir a través de construir un falso *self*, además lo acompañaba -sin sobreprotegerlo- en sus vacilantes pasos por el amenazante mundo real; en algunas ocasiones usamos la siguiente imagen: él intentaría ‘cruzar la calle’ sin aferrarse de mi mano, pero yo permanecía confiado acompañándolo a distancia, sin asustarme si se lastimaba. Confirmando esta hipótesis, un día llega a sesión relatándome que fue atacado y robado por unos “muchachotes” en la calle en la medianoche cuando iba acompañado por uno de sus amigos: los dejaron a ambos sin plata y sin los celulares; curiosamente, contra lo esperable, su reacción a este peligroso episodio de la realidad me sorprendió, dado que, no sólo parecía no mostrarse lo suficientemente alarmado, sino diría que hasta envalentonado. Si bien ya para ese entonces caminaba algo más libremente por las calles, lo hacía siempre alerta y precavido, evitando y eludiendo a los jóvenes de su edad en tanto éstos le parecían incontrolablemente amenazantes. Ahí pude señalarle que, aunque no era la forma más deseable, el azar lo había enfrentado y había sobrevivido a una de sus escenas imaginarias más temidas; pero cuando la realidad no le daba la oportunidad de preverlos y evitarlos, los peligros se imponían y hasta terminaba, no sólo asimilándolos como experiencia vital, sino hasta sintiéndose fortalecido y triunfante. En otros términos, en su cabeza los peligros eran absolutamente inabordables y el sólo pensarlos le provocaban sus descomposturas; pero en la realidad, que a veces no se dejaba eludir, podían ser desagradables, pero finalmente metabolizables. Los ‘hechos consumados’ lo mostraban con mayor solvencia real que lo que él mismo imaginaba. Un ejemplo ilustrativo de esta situación se dio al finalizar el primer año de su terapia. Planea ir para fin de año de visita, solo con su padre, a un pueblo a 100 km de Buenos Aires a visitar a un hermano de éste; era la primera vez que aceptaba dormir fuera de su casa. El padre se vuelve a la Capital y él se queda solo con sus tíos y primos en el pueblo. Una prima de su edad lo invita a encontrarse con su grupo de jóvenes, situación que él no pudo eludir elegantemente. Pero como al día siguiente tenía que repetirse ese temido encuentro huye despavorido del pueblo, llega a una ciudad cercana desconocida para él y consigue encontrar en ese lugar un medio de transporte para que lo reintegrara a su casa. Resultaba casi gracioso, que ante una insoportable fobia ‘social’, él mismo venciera, sin proponérselo, su fobia ‘espacial’.

Su marcado déficit en su experiencia vital se hacía también evidente en sus vacilantes pasos en el campo de las relaciones con las muchachas. En ese campo de la vida amorosa y sexual el sentimiento de incompetencia y miedo alcanzaba en él dimensiones superlativas. A modo de ilustración, con motivo del ensayo de una pieza teatral en la que E tenía que besar a una compañera actriz, vive durante varias sesiones obsesionado, en tanto no tiene una escapatoria plausible para evitar esa secuencia teatral. Finalmente la escena tiene lugar, logra besarla a costa de vómitos previos escondido en baño. Sin embargo, a partir de este penoso episodio hace, sin pausas, múltiples incursiones para abordar a diversas mujeres a fin de saldar su notable inexperiencia. En este raid hace incontables intentos de acercamientos, casi todos fallidos, a pesar de la muy buena voluntad de la mayoría de ellas. En las postrimerías de su segundo año de tratamiento, en una sesión me relata que había concertado un encuentro con la muchacha (V) que había protagonizado la ocasión desencadenante de su demanda de análisis. Esto también fue sorprendente en tanto que, según solía decir, la sola idea de pensar en ella le provocaba descompostura y amenaza de vómitos. Sin embargo, luego de varias y matizadas peripecias y la buena voluntad de la muchacha, logra acceder a tener relaciones sexuales con ella, aunque sin poder eyacular. Simultáneamente, vence también el miedo a invitar a otra joven adolescente en varias salidas, en las cuales en los juegos sexuales con ropas sí logra eyacular. Y, así llega hasta ese fin de año flirteando con varias jóvenes sin mayores consecuencias; pero con la sensación de una continuidad en su búsqueda de partenaire. Lo curioso de todas estas experiencias en el campo amoroso y sexual era que una vez abierto el camino con una muchacha, él se retiraba y perdía el interés por la misma. Contradecía así mi expectativa de que una vez encontrado el ‘juguete’ buscado no cesaría su pulsión en seguir ‘jugando’, aprovechando la vía ya facilitada, a fin de resarcirse de su prolongada abstinencia. En mi fuero íntimo contratransferencial me seguía decepcionando su persistencia en su búsqueda protésica, a costa de su *self* pulsional. No obstante, en mis interpretaciones intentaba no desalentar su persistente continuidad en la búsqueda de muchachas, pero tratando de centrarme más en la significación de la recuperación de su cuerpo biológico y en la noción de tridimensionalidad. También apuntaba en toda ocasión a ayudarlo a metabolizar las experiencias desagradables y asimilar los golpes en tanto que en la vida real tanto las

unas como los otros son inevitables. Entendí que en su mundo interno imaginaba un mundo armonioso sin frustraciones, sin agresiones; en definitiva un mundo sin castración.

Con la iniciación del tercer año de análisis nos instalamos ya en la situación actual de la evolución de este paciente. Un paso evolutivo impensable cuando inició el tratamiento fue su ingreso, a principios del 2011, a la Universidad en una carrera afín con sus condiciones artísticas. Para él implicó poner a prueba sus posibilidades de convivencia con pares, en que se suscitan constantes roces que lo ponen a prueba. Sostener su viabilidad en esta empresa, donde, por otro lado, puede desplegar parte de sus posibles talentos, es actualmente por donde transcurre su terapia. En una sesión de mediados del 2010, en un momento bastante dramático, reconoce que haber desertado del Colegio fue un error y que debía haber debido enfrentar el acoso. También, con la iniciación de la Universidad, tuvo algunas (pocas) experiencias sexuales con una compañera y, lo que entiendo como un hito significativo, fue su reconocimiento explícito de que ahora no tiene dudas de que... “*le gustan las mujeres...*”. Se mueve espacialmente por toda la ciudad en medios de transporte con algunas reservas pero sin restricciones. La problemática del sentimiento de la inconsistencia de su cuerpo parece bastante superada. Tampoco parece tan controlado y cuidado por sus padres. En la última entrevista anual pactada, ambos se mostraron bastante optimistas con los logros de su hijo.

## COMENTARIOS

En el campo psicoanalítico, varios pueden ser los andariveles referenciales para registrar los movimientos evolutivos propios de un proceso terapéutico; y, muchas veces, esas referencias dependen de la adhesión de cada analista a algunos de los paradigmas dominantes, y otras, simplemente a la elección de lo que pretende resaltar de su mensaje. Probablemente, a los fines de la investigación clínica o conceptual, puede ser fructífero el estudio minucioso de sesiones de distintas épocas a fin de encontrar indicios evolutivos en dicho material. En el presente trabajo, en cambio, como se destacó al principio, mi interés está más centrado en el andarivel de la eficacia terapéutica, en tanto la situación personal de discapacidad psíquica del paciente así lo imponía. Pero además, por lo que me referí en la introducción: por un lado, la paulatina transformación de nuestros consultorios psicoanalíticos en un contexto sociocultural altamente competitivo, y que, por añadidura, nos obliga a abordar severas patologías con una frecuencia mínima de sesiones; y por el otro, intentar poner nuevamente en un plano relevante el aspecto terapéutico de nuestra tarea en términos objetivos a fin de balancearlas con las evaluaciones psicoanalíticas habituales expresadas en términos subjetivos a veces vagos e intangibles. Es cierto que al principio del desarrollo histórico del método y la teoría psicoanalítica, la joven ciencia tuvo que diferenciarse del método de la medicina clásica; medicina que, como sabemos, gira en torno del eje de la ‘supresión sintomática’. Y esta fundamental diferencia se fundaba en que esa meta terapéutica de la supresión quedaba ahora subordinada a la novedosa meta de ‘interrogar al síntoma o al padecimiento’; meta que implicaba un compromiso y un esfuerzo por parte del paciente; esfuerzo que, a la postre, se recompensaba con creces por la riqueza explicativa del padecimiento que brindaba la indagación y la expansión o crecimiento mental que conllevaba. En este contexto, para los nuevos cultores del psicoanálisis de esa época el objetivo curativo quedaba anatemizado como *furor curandis*. Desde esa época al momento presente ha pasado un siglo; tiempo suficiente para acumular gran cantidad de experiencia, tanto en el terreno de la práctica clínica como de la teoría. Y esa experiencia decantada autorizaría a superar esa polaridad entre la cura y la investigación del inconsciente; polaridad comprensible en los inicios, propia de los períodos fundacionales de toda disciplina novedosa. Y, para ensayar esta superación propongo la revalorización del objetivo terapéutico en nuestra práctica bajo el nombre de ‘comprometida responsabilidad terapéutica’, que, a mi entender, suaviza la aspereza militante del término ‘furor’. Por eso, no es de extrañar en la redacción de este texto el uso de terminología como ‘meta terapéutica’, ‘proyecto terapéutico’, ‘fantasía de curación’, patológica o compartida, o algún otro término que evocaría en muchos colegas un abordaje más acorde con la psicoterapia que con el psicoanálisis. A propósito de este tópico, finalizaría con un escueto comentario al respecto: acuerdo con la importancia de discriminar entre psicoterapia y psicoanálisis desde un punto de vista doctrinario; y creo que hay abundante y valiosa bibliografía al respecto; pero afirmo que en el fragor de la práctica clínica, especialmente desde los consultorios psicoanalíticos del tiempo presente, es muy difícil detenerse y, a veces, hasta limitarse, atendiendo a esa distinción. Salvando las distancias y, con las debidas reservas éticas y psicoanalíticas,

repetiría la famosa frase de franca crudeza pragmática de Deng Xiaoping (1978) que reza “*qué importa si el gato es blanco o negro, con tal que cace ratones*”.

## **BIBLIOGRAFÍA**

ARBISER, S. (1994) The man with the bus symptom. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 729, 1994.

----- (2004) Una experiencial clínica inesperada, repensando los afectos. *Revista de Psicoanálisis de Apdeba*, 2004.

DENG XIOPING (1978) Resolución del Tercer Pleno del XI Comité Central del Partido Comunista Chino.

FREUD, S. (1895) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1976, Tomo III.

----- (1900) Capítulo 7, Interpretación de los Sueños. *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1976, Tomo V.

----- (1909) Epicrisis del caso Juanito, pág. 86. *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, Tomo X.

----- (1914) Introducción al Narcisismo. *Obras Completas*. Amorrortu, Buenos Aires, 1976, tomo XIV.

**Publicado en:** *Psicoanálisis* - Vol. XXXV - N° 1 - 2013 - pp. 75-90

*Volver News-1 ALSF*

**PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE**

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org) .