

EL DIALOGO PSICOTERAPEUTICO Y LOS DOS TRIÁNGULOS

Malan,DH

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PSICOTERAPIA DINÁMICA

El lector ya familiarizado, con los capítulos anteriores tiene a su alcance todos los principios de la psicoterapia dinámica, que es preciso resumir ahora.

En un clima de aceptación incondicional, el terapeuta establece una relación con el paciente, cuyo propósito — por lo común no expreso— es permitir a éste comprender sus genuinos sentimientos, traerlos a la superficie y experimentarlos. Para este fin el terapeuta aplica su saber teórico, guiado siempre que es posible por su conocimiento de sí mismo; así consigue identificarse con el paciente y lo que por esta vía llega a entender lo ofrece en *interpretaciones*, las que constituyen su principal instrumento terapéutico.

Ahora bien, es imposible aprender en los libros cómo, cuándo y qué se debe interpretar. El juicio clínico es a modo de una computadora que poco a poco es programada por la experiencia y, tras considerar e integrar un considerable número de factores diferentes, entrega una respuesta ya lista a la terminal de producción, que es la conciencia del terapeuta. En general la ventaja de una computadora es que una vez programada, ahorra al matemático el laborioso proceso de calcular cada problema en sus detalles. Por otro lado, diseñar el programa puede llevar meses de trabajo. Siguiendo la analogía, todo cuanto puedo hacer. es mostrar cómo se programa la computadora clínica, lo que demandará muchas páginas; pero en la situación clínica real, no puede desde luego el terapeuta repasar este tipo de elaborado cálculo cada vez que desea abrir la boca: el proceso es esencialmente intuitivo y subconsciente.

En cada momento de cualquier sesión la tarea consiste en, poner al paciente en contacto con todo el monto de sentimientos genuinos que pueda tolerar. Entonces, él terapeuta necesita formarse juicios sobre lo siguiente:

1. El grado en que el paciente ya está en contacto con sus sentimientos genuinos;

sinónimo de esto —puesto que él le habla al terapeuta— es la *profundidad del rapport*.

2. La índole de los sentimientos ocultos de que aún no tiene noticia.
3. La proximidad de estos sentimientos a la superficie, o, sea, su grado de asequibilidad.
4. El grado de angustia o de pena de que están revestidos.
5. Por último, la capacidad del paciente para soportar esa angustia o pena.

Desde luego que casi nunca el terapeuta puede conocer todas esas cosas en seguida. En consecuencia, se ve obligado a iniciar un proceso de investigación paso a paso, manteniéndose todo el tiempo en espera de realimentación. En lo esencial, esta realimentación consiste en cambios en el nivel de *rapport*, de suerte que la capacidad de apreciarlos es una de las principales cualidades del terapeuta. El *rapport* es el indicador universal que le ofrece una guía constante. Si aumenta tras una intervención, ella fue acertada y oportuna; si disminuye, la intervención fue inoportuna (no necesariamente *errónea*) y el terapeuta deberá esperar hasta que pueda ensayar otra cosa.

Este concepto de *rapport* es tan importante que conviene exponer en detalle el desarrollo de una sesión para mostrar su empleo

EL DECORADOR DE INTERIORES (CONTINUACIÓN): EJEMPLO DE FLUCTUACIONES EN EL *RAPPORT*:

En el capítulo 3 ya dimos ciertos detalles de esta sesión para ejemplificar el concepto de comunicación inconsciente. El paciente era un joven de 26 años que se quejaba de incapacidad para consumar su matrimonio. Ya había hecho consulta con un psiquiatra varón, que ahora lo atendía por segunda vez con el propósito de tomarlo en psicoterapia breve. Entretanto, un psicólogo le había administrado tests proyectivos.

El terapeuta empezó preguntándole como se sentía. Enseguida él paciente se embarcó en un largo relato de acontecimientos recientes sucedidos entre él y su mujer. En su esencia consistían en que ahora pretendía haber tenido relación sexual lograda en una ocasión; pero cuando volvió a mentarlo pocos días después perdió su erección y; luego ambos habían tenido un altercado.

No se había considerado si él deseaba o no el tratamiento, de modo que el terapeuta se lo preguntó. Su respuesta fue "sí", pero dicha con tono tan dubitativo que el terapeuta le preguntó por segunda vez, a lo cual respondió lo mismo, pero con tono menos vago. El terapeuta decidió no hacer caso de esto y le ofreció una terapia con un término de *dieciséis sesiones* que aceptó; lo invitó entonces a hablar.

Hasta ese momento el *rapport* había sido muy superficial, y no se profundizaba con el avance de la sesión. Escogió comenzar volviendo sobre el altercado con

su esposa; se averiguó así que ella le había dicho cosas muy hirientes sobre su virilidad; pero, en lugar de examinar sus sentimientos sobre todo esto, el paciente se apartó con rapidez del tema diciendo que acaso su impotencia se debía al miedo de dejar embarazada a su mujer o aun, simplemente, de quedarse exhausto.

Era desde luego una *defensa por superficialidad* frente a *sentimientos cargados de angustia*, ¿Que debe hacer en tal caso el terapeuta? Con suavidad tiene que señalar o mentar implícitamente la *defensa*, sugiriendo que la razón de ella es la *angustia*. No puede ser más preciso porque no conoce la índole de la angustia.

Es lo que llevó a cabo nuestro terapeuta con la observación general de que el paciente había hablado de sus sentimientos íntimos con mucha más libertad en las entrevistas anteriores (dejaba entender así que en ese momento no hablaba libremente) y quizá *le había dado miedo avanzar en su examen*.

El paciente sin duda entendió le pedían que se empeñara; así se lo propuso, con algún éxito, Surgió este tema; que debía *proteger* a su esposa y que la había *herido* en el pasado diciéndole muchas estúpidas mentiras para *aparecer grande*.

Lo interesante, aquí es que la interpretación genérica de la *angustia* por el terapeuta produjo una nítida respuesta moviendo al paciente a revelar una angustia específica y la defensa frente a otra: el miedo de herir a su mujer, por un lado, y la necesidad de aparecer grande, que casi seguramente era una defensa frente, a un sentimiento de inferioridad, por el otro. Además, el hecho de que el paciente estuviera dispuesto a revelar un sentimiento de inferioridad a su terapeuta varón parece un indicio de confianza -¿o sería más bien un intento de someterse?-, Pero aun esta segunda alternativa indicaría una *acrecentada interacción* con el terapeuta. Todo esto revela una clara profundización del *rapport*.

El terapeuta le dio entonces la interpretación;, a todas luces oportuna, de la *defensa* y la *angustia*, diciéndole que si necesitaba aparecer tan grande (defensa), debía estar en el fondo muy inseguro de sí mismo (angustia). El paciente respondió que así era, y prosiguió señalando que nunca había rendido gran cosa en su vida; también con esto mostraba profundización del *rapport* y una confianza acrecentada; enseguida pasó a la sorprendente comunicación a que nos referimos en un capítulo anterior y que representaba un ahondamiento mayor del *rapport*, a saber: la única, vez en que sintió realmente haber logrado algo fue el "curso de dieciséis semanas de navegación" que hizo en las fuerzas armadas. Lo había sentido realmente como un desafío,-se había determinado a rendir a la altura de los demás -que lo superaban en edad— y había triunfado.

Merece, una digresión considerar el uso extraordinario que el inconsciente hace de la coincidencia, Es claro que ese curso de dieciséis semanas, por una notable coincidencia, parece absolutamente a medida para proveer esta importante comunicación sobre su actitud frente a la terapia. Pero en verdad uno se puede preguntar si en efecto fue de dieciséis semanas o si el inconsciente modificó

la duración para ajustaría al número de sesiones que le habían ofrecido. Y si tuvo dieciséis semanas, pero su terapeuta le hubiera ofrecido, supongamos, veinte sesiones, ¿qué comunicación podría haber hecho? Estas preguntas son interesantísimas, pero no tienen respuesta. Lo único de lo cual podemos estar seguros es que su inconsciente no habría tenido dificultad alguna para hallar un rodeo y resolver el problema.

Comoquiera que fuere, la coincidencia era excesiva para que se le pasara por alto al terapeuta; le proporcionó entonces la natural interpretación del aquí y ahora. Obsérvese que si las dos interpretaciones ya mencionadas fueron genéricas y *no orientadas*, esto es que no iban referidas a una persona actual, ésta apuntaba siquiera a la relación con el terapeuta, ó sea, a la transferencia (T).

La interpretación consistió en decirle que "quizá consideraba el curso del tratamiento conmigo como una suerte de desafío del que pensaba salir lo mejor posible". A raíz de esto sobrevino enseguida otra profundización del *rapport* porque el paciente de manera espontánea admitió un sentimiento oculto cargado de angustia que se habría podido deducir, del modo en que al comienzo de la sesión había aceptado la oferta de tratamiento, a saber, que eran muy contradictorios sus sentimientos sobre éste. Siguió elaborando esto, diciendo que era una persona *desconfiada* y no le resultaba fácil *confiar* en nadie. Un caso de confianza defraudada lo tuvo cierta vez que era maestro en una escuela y con otros colegas habían designado una delegación para hablar con el director por ciertas quejas que tenían. A él lo nombraron portavoz, pero tan pronto como estuvieron todos ante las puertas de la dirección, los demás desaparecieron dejándolo sólo en la demanda.

La anterior es también una manifiesta comunicación inconsciente si bien de traducción no tan fácil como la primera. Parece contener dos elementos importantes: que lo abandonan (angustia) y que se enfrenta a una figura dotada de autoridad con una queja (algo que se acerca mucho más a un impulso). De cualquier modo, como todo el contexto atañe a los sentimientos del paciente sobre la terapia, no puede dejar de ser una comunicación sobre la transferencia.

El terapeuta abordó primero la angustia, preguntándole si temía ser defraudado por él. Respondió que no lo creía; entonces el terapeuta ensayó con el impulso, introduciendo además la palabra "desafío" empleada antes; "Le dije que acaso sentía a todo hombre situado en posición superior como *rival* y entonces la relación entre nosotros podía desarrollarse como una suerte de *desafío*".

Una ojeada retrospectiva de la sesión hasta este punto revelará un progreso muy considerable tanto en *contenido* como en *rapport* de la angustia *genérica* a la angustia *específica*; de la interpretación, *no orientada* a la, de *transferencia* y, ahora, de la *angustia* transferencial al *impulso* transferencia, con la posibilidad de alcanzar sentimientos edípicos que no están muy distantes.

El paciente replicó enseguida "Aquí ha acertado usted realmente"; y la observación que agregó, muestra de una elaboración provista de sentido, dejó en claro

que no era un mero cumplido: dijo que eso era lo que sentía respecto de otros hombres y que entonces los *ponía a prueba y les descubría sus faltas* —desde luego para hacerlos descender a su nivel o aun mas allá—. Así una vez más proseguía el proceso de diálogo en forma de salto al rango alternado entre paciente y terapeuta: éste sólo había mencionado la rivalidad y el desafío, pero aquél se refirió a un *impulso* considerablemente más poderoso: minar la superioridad de otros hombres. Además es muy posible que aquí operara un mecanismo de proyección, productor de angustia; consistiría en temer el paciente que el otro intentara hacerle lo mismo.

El terapeuta prefirió interpretarle la angustia más que el impulso; prosiguió el salto al rango alternado introduciendo una palabra fuerte, *humillación*, y tornando a destacar que todo el diálogo se refería a la *transferencia*: "Le dije que lo malo de este modo de proceder estaba en que en cierto sentido *en yo* quien trataba de descubrir las faltas *de él*, y entonces el paciente podía sentir el tratamiento cómo una especie de lucha y aun como un intento de mi parte de humillarlo".

Lo anterior llevó la sesión a su primer punto de alza, un momento de *rapport* máximo en que el paciente confió al terapeuta un fragmento decisivo de información hasta entonces no revelado y que le causaba angustia y vergüenza. Su primera observación fue "Sí, ése es el núcleo de todo"; y siguió: "Hay algo que me gustaría preguntarle. Si mi mujer tuviera puesto un impermeable yo podría besarla y no parar. Sé que a alguna gente le pasan estas cosas y que eso se llama fetiche. ¿Es muy anormal?"

EL PROBLEMA DEL TRANQUILIZAMIENTO

He ahí un tipo de situación con que se enfrenta a menudo. El paciente demanda *tránquilizamiento* (compárese con el pedido de *consejo* del geólogo, pág. 45). ¿Es correcto darlo? Por lo común no lo es; he aquí la razón: la tarea de la terapia, es *sacar a la luz* las angustias del paciente y reconducirlas a su origen, y no hundirlas en la sombra tratando de calmárselas. En este caso particular, cabe suponer que el paciente, cuya queja es de impotencia, padece de angustias sexuales y acaba de expresar angustia por su sexualidad. El terapeuta tiene que comportarse de suerte de no rechazar al paciente, que acaba de confiarle un secreto celosamente guardado; eso en primer lugar, pero, en segundo, tiene que evitar calmar su angustia.

EL DECORADOR DE INTERIORES (CONTINUACIÓN)

En este punto se cometió una falta de tacto terapéutico. En efecto, el terapeuta negó el tranquilizamiento, pero lo hizo con alguna rudeza. Leemos en su informe: "Le dije que no estaba dispuesto a responder su pregunta. El procuraba co-

municarme su temor de que algo anduviera mal en su sexualidad, y era mucho más importante descubrir qué significaba esto". La consecuencia fue una caída a plomo en el *rapport*. El paciente quedó totalmente al paio, guardó silencio y después dijo: "¿Puede indicarme sobre qué debo hablar?"

¿Cómo manejar esta nueva situación? En ciertos casos puede ser enteramente correcto admitir el propio error y disculparse. Pero al mismo tiempo, si uno puede discernir qué hay detrás del particular modo en que el paciente ha reaccionado, acaso sea mucho mejor proporcionar una interpretación. Es lo que intentó el terapeuta, diciéndole: "Creo que la razón por la cual usted no puede proseguir y pide una guía es que está *enojado* conmigo. Me pidió que lo tranquilizara sobre algo, y yo no quise hacerlo".

“LA DEFENSA DEBE SER INTERPRETADA ANTES QUE EL IMPULSO”

A raíz de aquel pasaje de la terapia podemos introducir un principio fundamental (para un análisis más detallado, véase más adelante; pág. 125): los acontecimientos posteriores demostraron que la interpretación era correcta, pero inoportuna. El paciente presenta un mecanismo de *defensa* que consiste en someterse como defensa frente a la ira (el *impulsó*), a causa de cierta *angustia* (cuya índole exacta no se conoce aún) por las consecuencias que le traería expresar el impulso. Todo el proceso es inconsciente, y si uno se limita a interpretar el impulso sin mostrar además al paciente el modo en que se defiende de él, las más de las veces responderá como si se le hubiera ofrecido un *non sequitur*. En este caso particular, en modo alguno puede ser manifiesto para el paciente el nexo entre *pedir Una guía y estar enojado*.

Mejor todavía, si es posible: se debe detectar la índole de la *angustia e* interpretársela también. La angustia suele tener una base fantaseada y si se consigue demostrar esto al paciente, es probable que sienta gran alivio, lo que contribuirá más que cualquier otra Cosa a capacitarlo para mirar de frente sus sentimientos genuinos. Ahora bien, en este caso el terapeuta no conocía la índole de la angustia —si bien es cierto, desde luego, que para un paciente nunca es fácil expresar ira a su terapeuta en la 2a sesión- si discernió la necesidad de interpretarla.

EL DECORADOR DE INTERIORES (CONTINUACIÓN)

En consecuencia, como era predecible, el paciente reaccionó mostrándose incapaz de admitir enojo alguno; en ese momento el terapeuta advirtió intuitivamente que para obtener algún progreso debía interpretar la defensa, aunque siguió ignorando la angustia. Introdujo alguna información de la entrevista anterior y señaló que el paciente, cuando estaba airado, tendía a marchar largo trecho en la dirección contraria y someterse por completo. Tras la disputa con su esposa, hizo

las tareas domésticas en su lugar; ahora, enojado por no recibir tranquilizamiento, su reacción fue someterse por completo y decir que iría adonde el terapeuta quisiera. Obsérvese que la interpretación establece el nexo T/O, esto es, entre un mecanismo que opera en la transferencia (T) y uno que opera en su vida afuera, con *otros* (O). Así se inicia el proceso de familiarizar al paciente, por medio del aquí y ahora, con mecanismos que le estorban, alcanzar eficacia en su vida.

Habría sido mejor probablemente, agregar alguna observación genérica sobre la angustia, por ejemplo señalando al paciente que acaso tuviera alguna razón para temer enojarse. Pero la perfección no suele ser necesaria en psicoterapia, sobre todo si -como en este caso- se ha establecido una buena alianza terapéutica.

En este punto el paciente mostró una notable profundización del *rapport* de dos modos diferentes. Primero, empezó a hablar con espontaneidad y animación, y segundo, presentó uno de los signos de colaboración activa e inconsciente en el proceso terapéutico, a saber: habiendo recibido una interpretación parcial, pasó a completarla. Para el caso: había recibido una interpretación de la *defensa* y del *impulso*, y lo retomó revelando con extrema claridad la índole de la *angustia*.

Declaró darse cuenta de que ese modo de sometimiento era propio de él; el problema era que le tenía mucho miedo a su genio vivo. Y avanzó todavía más, empezando él mismo de manera espontánea a dar el paso que -según lo expusimos antes- es parte esencial de casi toda terapia, a saber, establecer el nexo con sus *progenitores* en el *pasado* (P). La esencia de esto fue decir, en primer lugar, que la única persona que había tenido que conocer la viveza de su genio era su *madre*; y en segundo lugar refirió los estallidos de cólera de su *padre* (que en verdad sonaban a la violencia impotente de un hombre débil). Cuando relataba esto, lo hacía en un tono de fuerte censura.

Ya estaba próximo el final de la sesión, y el terapeuta decidió llamar una vez más la atención del paciente sobre la transferencia; lo llevó a cabo recordándole el momento en que pareció mirar al terapeuta como si éste le propusiera un desafío, y agregó que la relación entre ambos probablemente cobraría importancia en el futuro. La consecuencia fue otro momento de intenso *rapport*. El paciente dijo enseguida: "Sí, cuando le hablé del impermeable, fue una franqueza"; y prosiguió: "Espero que no tome a mal que se lo diga, pero me gusta su cara. Me gusta el modo que tiene de mirar a la gente a los ojos y hablarle con franqueza. Deseo que me hable con franqueza. Si estoy loco, pues estoy loco y deseo que me lo diga". El leve matiz-homosexual de estas frases no escapó al terapeuta, pero desde luego guardó silencio sobre ello.

En lugar de señalárselo, le dijo "Muy bien" y pasó a reunir algunos cabos. Entre éstos estaba el hecho de que tras mencionar las dificultades que le traía su genio vivo, el paciente había hablado de sus *padres*; y que muy posiblemente la relación que había edificado con sus padres se le repetía ahora con otras personas. Por ejemplo: quizás hubiera cosas en su *esposa* que le producían ira y se correspondían con cosas similares acerca de su *madre* (el nexo O/P).

El paciente siguió manifiestamente esta línea de razonamiento y *varias veces interrumpió* al terapeuta con sus propios comentarios, actitud muy diferente de la anterior conducta pasiva, cuando se vio llevado a detenerse y a pedir una guía al terapeuta. Poco después terminaba la sesión.

LOS DOS TRIÁNGULOS

Expusimos la sesión anterior para ejemplificar el empleo del *rapport*; no obstante, ha ilustrado mucho más que eso. En el curso de los capítulos anteriores nos referimos repetidas veces a lo' que admite ser representado mediante *dos triángulos*: el primero se puede llamar el *triángulo del conflicto* y consiste en defensa, angustia y sentimiento oculto. Este primer triángulo se relaciona con el segundo por el hecho de que el sentimiento oculto se dirige a una o más categorías del triángulo de personas, a saber, otro, transferencia y progenitor, representadas por Ó, T y P respectivamente. Fue Karl Menninger, en su libro *The Theory of Psychoanalytic Technique* (1958), quien llamó Inatención sobre este segundo triángulo. Lo llamó el "triángulo del *insight*", pero, puesto que ambos lo son, es mucho mejor llamarlo el "triángulo de personas". Presentamos el diagrama de los dos triángulos en la figura 1; los dos se apoyan sobre un vértice porque uno de los tres elementos se puede considerar "soterrado" respecto de los otros dos.

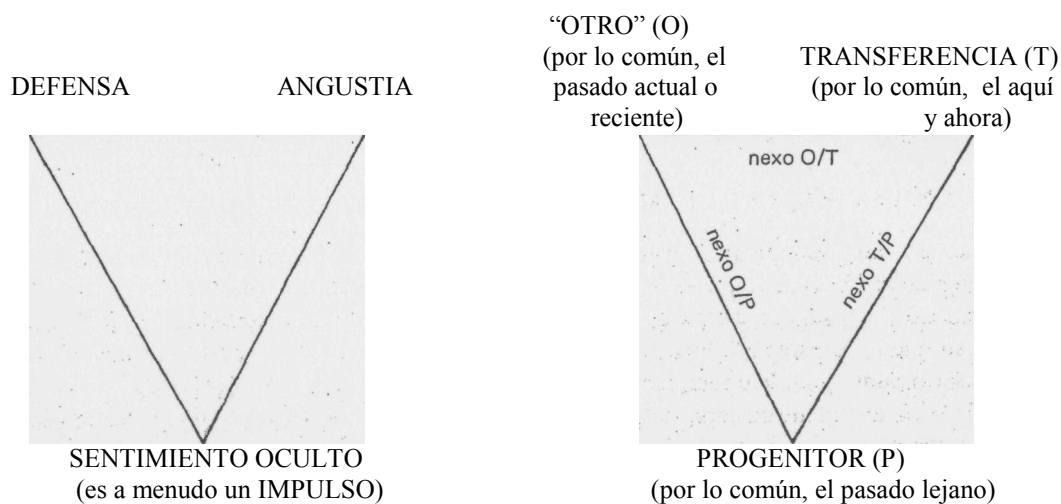


Figura 1. Los dos triángulos

El hecho de que en el segundo triángulo haya tres categorías de personas significa además que hay tres *nexos* posibles; repetidas veces los hemos mencionado de pasada en las páginas anteriores y en la figura están representados por los tres lados. Son el nexo O/P, en que sentimientos dirigidos a otro derivan de los que iban dirigidos a los progenitores; el nexo O/T, en que sentimientos semejantes se dirigen a otro y al terapeuta, y el nexo T/P, en que sentimientos transferenciales derivan de sentimientos hacia los progenitores.

Como ya señalamos, cada triángulo se apoya sobre un vértice, lo que representa el hecho de que la psicoterapia dinámica en su máxima expresión se propone llegar, por debajo de la *defensa* y de la *angustia*, al sentimiento oculto para luego reconducirlo del presente a sus orígenes *en el pasado*, por lo común en la relación con los progenitores. Según se advierte en la figura, también el triángulo de personas por lo común (aunque desde luego no siempre) se puede representar por un *triángulo temporal*: "otro" corresponde al presente o al pasado reciente, "transferencia" al aquí y ahora, y progenitor, al pasado lejano.

La importancia de estos dos triángulos reside en que combinándolos se puede representar casi cualquier intervención que haga el terapeuta; y la habilidad de éste consiste en buena parte en saber qué partes de uno de estos triángulos debe incluir en su interpretación en un momento dado.

En este punto me gustaría tomar un ejemplo real y analizarlo con detalle en el sentido indicado. Por desdicha, ninguno muestra con bastante claridad o de manera suficientemente completa todos los rasgos que deseo ilustrar; en consecuencia echaré mano al relato de una terapia ficticia. Entiéndase, no obstante, que todo cuanto en ella ocurre se ha presentado en innumerables terapias reales llevadas a cabo en todo el mundo.

RELATO DE UNA TERAPIA IMAGINARIA

El paciente es un joven que no ha cumplido 30 años; demanda tratamiento a causa de una situación crítica que se le ha presentado con su actual novia. En el pasado mostró una pauta repetitiva en su relación con muchachas: tras un período inicial en que todo parecía ir bien, se sentía incapaz de ahondar su afecto más allá de cierto punto y tarde o temprano esto provocaba la ruptura de la relación, a lo cual seguía un ataque de depresión. Ahora tiene miedo de que la historia se repita y se da cuenta de que es preciso hacer algo con aquella pauta si es que ha de ser feliz algún día. Hizo la primera consulta con un psiquiatra varón, y en definitiva lo aceptó una terapeuta mujer para un tratamiento cara a cara de una sesión semanal, con supervisión. Ella tiene cierto don para la psicoterapia, pero está en el comienzo de su carrera.

Primera fase: se completa el triángulo del conflicto en relación con la novia (O)

Tras decirle que todo cuanto se le pide es que hable, el paciente empieza estableciendo una relación de confianza y exponiendo la difícil situación en que se encuentra. La terapeuta discierne que su incapacidad para experimentar afecto tiene que obedecer a una *defensa*. Imagina qué puede ser lo combatido por esa defensa, pero, de acuerdo con el principio que ordena una investigación gradual en que se deje al paciente hacer él mismo todo el trabajo posible, sólo le ofrece una interpretación genérica: "Creo que esta incapacidad para experimentar sentimiento (defensa) se debe a que usted tiene miedo (angustia) de algo que podría ocurrir entre usted y su novia si trabara una relación más profunda". De este modo, le ha dado una interpretación tentativa que menciona *Indefensa* y la *angustia* (dos vértices del triángulo del conflicto) en relación con una persona de la vida actual del paciente (un vértice del triángulo de personas, a saber, O). También se la puede definir como una *pregunta dirigida al inconsciente del paciente, así:* "¿De qué tiene usted miedo?"; además, forma parte del diálogo terapéutico entre ambos.

Un buen paciente dejará que su inconsciente responda esta pregunta, y es lo que hace el nuestro. Sin tener cabal conciencia de la significación de lo que dice, señala haber alcanzado una relación *más profunda* con su primera novia que con la actual, pero que ella no lo quería realmente; y cuando ella lo dejó, él se deprimió mucho y pasó largos períodos lamentándose, pero sin saber bien de qué. En cambio tras la ruptura de una relación posterior tuvo conciencia de que le era indiferente, a pesar de lo cual había padecido un largo período de inhibición para trabajar y se despertaba antes de hora.

Así su inconsciente en cierto sentido brindó más de lo esperado; en efecto, no sólo aportó la *angustia*, sino el *sentimiento oculto*. Ha dicho a la terapeuta, con notable claridad, que la incapacidad del paciente para experimentar sentimiento es una *defensa* frente a la *angustia* de perder a la muchacha y quedar expuesto a un agravio avasallador (el *sentimiento oculto*). De este modo el propio paciente ha *completado el triángulo del conflicto*, iniciando un proceso de "salto al rango" alternado en el diálogo terapéutico, en que cada uno de los participantes avanza un trecho más allá del lugar adonde llegó el otro.

La terapeuta trae a la luz el triángulo del conflicto, el paciente da muestras de que esto posee sentido para él y poco después termina la sesión.

Segunda fase: el nexa con el pasado (nexa O/P)

En la siguiente sesión, el paciente torna a referir que al comienzo de la relación con su novia actual había despertado un lunes por la mañana con la comprobación de haber perdido buena parte de su afecto hacia ella. Así él mismo ofrecía

una oportunidad para descubrir el *factor precipitante*, que, según lo expusimos en el capítulo 5, a menudo proporciona una señal importante para llegar a entender la psicodinámica. Alerta a ello, la terapeuta le pregunta qué había sucedido ese fin de semana. Lo extraño —dice el paciente— es que habían pasado un fin de semana en que se sintieron particularmente cerca uno del otro; y abunda en algunos detalles que lo prueban.

Ahora la terapeuta tiene la oportunidad de reiterar su interpretación sobre la *angustia*, esta vez en relación con un suceso en particular; le dice que con seguridad el momento mismo en que se siente más cerca de ella es aquel de mayor peligro si hubiera de perderla. El paciente queda impresionado y, tras reflexionar un momento, declara ocurrírsele ahora que algo muy semejante le sucedió con la segunda de sus novias anteriores, a saber, le perdió afecto justamente luego que se sintieron muy cerca. Es una clara confirmación de la interpretación recibida. Tras una pausa, pregunta: "Pero, ¿por qué tengo que ser así?"

Es un momento importante en el diálogo terapéutico. Aunque él no lo sabe, el paciente directamente demanda que la terapeuta le *establezca el nexo con el pasado*, en este caso, el nexo O/P. La terapeuta tiene bien presente su historial y le brinda la interpretación, formulada tentativamente, de que acaso no quiere exponerse de nuevo a los sentimientos que experimentó a la muerte de su madre, cuando él tenía 16 años. El paciente comprende, el *rapport* se vuelve mucho más profundo y empieza a referir de nuevo algunos recuerdos de ese hecho traumático: que su madre de manera impensada empezó a tomar un color extraño y a sentirse cada vez más enferma, la internaron en un hospital y tres semanas después murió de leucemia aguda complicada con neumonía. Tanto el paciente como su padre quedaron estupefactos con su muerte; él había podido llorarla, pero parece que insuficientemente; además, no mucho después del funeral debió interrumpir su duelo para regresar al internado donde hacía sus estudios.

Tercera fase: resistencia; se inicia la transferencia

Con esto se inicia un período de la terapia en que el paciente narra cosas de su infancia y de su relación con sus padres, a quienes era muy apegado. Lo dice todo muy tranquilo, si bien no muy distante de su afectividad. Pero a medida que las sesiones pasan parece ir perdiendo contacto con su afectividad y volverse más intelectual, llegando hasta especular acerca de su psicopatología con ideas teóricas sobre el "complejo de Edipo", que atisbo en libros. La terapeuta le dice algo bruscamente que esas ideas son una pérdida de tiempo y que no guarda el adecuado contacto con sus sentimientos, tras lo cual él redobla su empego, pero sin ningún resultado.

En la supervisión, la terapeuta menciona este episodio con alguna culpa. Entonces el supervisor acude en su auxilio diciéndole lo siguiente: que hasta entonces ella ha vivido el período de "luna de miel" de la terapia, que ahora ha termi-

nado; que se trata de un hecho casi universal; que se enfrenta con un particular aspecto de la defensa conocido como *resistencia*, en que el paciente se debate para no tener que tomar conciencia en la terapia de ciertos sentimientos penosos, y que muy probablemente éstos tienen algo que ver con la transferencia. En realidad, no es muy difícil discernir en qué consiste ésta: sabemos que la pauta de conducta de] paciente con las muchachas es alejarse después que llegó a intimar con ellas; sin duda experimentó gran intimidad con su terapeuta durante las primeras sesiones, cuando se sintió comprendido, y ahora repite con ella esa misma pauta de alejamiento tras la intimidad. Que en consecuencia el problema principal o "nuclear" del paciente se manifiesta así en la transferencia, algo por lo cual la terapeuta no se debe sentir frustrada, sino que le debe dar la bienvenida; en efecto, ella y el paciente tienen ahora la oportunidad de reelaborarlo a medida que se despliega ante sus ojos. Y que en verdad éste es el punto donde la terapia puede comenzar realmente.

El supervisor prosigue diciendo que ahora ella experimenta el tipo de frustración que viven las novias del paciente, quienes no pueden menos que quedar perplejas y furiosas por el modo en que él se aleja luego que la relación pareció ir tan bien.

De esta manera el supervisor le señala que .los sentimientos suscitados en ella —para los cuales se ha creado la expresión no muy elegante ni siempre exacta de "contratransferencia"— pueden ser empleados para comprender al paciente y facilitar el proceso de la terapia. Lo que hace falta es una interpretación de la resistencia (defensa) en la *transferencia* y también de la razón por la cual esa defensa le es necesaria, a saber: que tiene miedo (angustia) de trabar una relación más profunda para el caso en que hubiera de perderla y exponerse a la pena (el sentimiento oculto).

En este punto el supervisor le señala además lo siguiente: como hasta ese momento no se han dado interpretaciones de la transferencia, y con arreglo al principio de avanzar paso a paso de lo que está más próximo a la conciencia a lo sepultado más profundamente, es probable que lo mejor sea no comenzar interpretando ahora mismo el triángulo del conflicto en su totalidad, sino limitarse a establecer el nexo T/O, o sea, mostrándole que la pauta que presenta con ella es exactamente la misma que manifiesta con las muchachas.

Cuarta fase: la interpretación de la resistencia y el nexo T/O

El paciente inicia la sesión siguiente diciendo darse cuenta de que todas esas ideas intelectuales no sirven, pero que no encuentra nada más para decir. Agrega que la situación entre él y su novia parece empeorar y hay algún peligro de que se distancien.

Aquí ocurre algo de gran importancia. El problema nuclear, que ha empezado a manifestarse con fuerza en la transferencia, se ha intensificado por ello mismo

y ahora desborda sobre las relaciones del paciente afuera, que así corren riesgo. No se puede permitir que esta situación se desarrolle.

Empero hay algo más, muy promisorio. El propio paciente ha continuado el salto al rango alternado de una manera inconsciente; en efecto, ha yuxtapuesto los problemas que experimenta en la transferencia a la relación con su novia. Esto significa que a poco más ha establecido él mismo el nexo T/O, esto es, que su inconsciente, de manera totalmente autónoma, ha llegado a la misma posición alcanzada por el supervisor y la terapeuta. De hecho, la irrupción de los sentimientos de esta hizo dar un salto a los tres, situación no recomendable, pero que en este caso parece haber sido útil.

La terapeuta en consecuencia le formula de manera explícita el nexo T/O, con lo que al propio tiempo establece el nexo con el problema nuclear del paciente: que después de un período inicial de confianza e intimidad con ella, se ha alejado afectivamente refugiándose en una charla intelectual; y que esto es de todo punto semejante a la pauta que muestra con sus novias, que fue lo que movió al paciente a demandar asistencia al comienzo. Sobreviene una inmediata profundización del *rapport* y el paciente dice entonces que la semana pasada le ocurrió enojarse con su novia en varias ocasiones, la causa de lo cual parecía ser que ella no lo comprendía.

Como es la primera mención a un sentimiento de enojo en toda la terapia, constituye un nuevo ejemplo de salto al rango alternado y deja conjeturar enseguida que puede tratarse de otro de los sentimientos ocultos de que el paciente ha tenido que defenderse durante muchos años: un ejemplo de sobredeterminación. La terapeuta lo advierte, pero la consideración inmediata es que casi con seguridad el enojo ha sido desplazado desde la transferencia y proviene de la brusca intervención de la terapeuta en la sesión anterior. Este desplazamiento es desde luego una defensa, pero habiendo el paciente declarado con franqueza el sentimiento oculto, es posible sortearla dando un rodeo y todo cuanto se requiere es establecer el nexo con la terapeuta. En consecuencia, ella le indica que acaso en la sesión anterior él sintió que ella le censuraba su comportamiento intelectual, y se había enojado con ella. (Alguien más experimentado y más seguro de sí habría podido admitir con llaneza que se había irritado con el paciente, conectado esto con lo que debían de sentir sus novias; pero lo que hizo la terapeuta fue de todo punto suficiente.)

El paciente parece aliviado, pero no dice nada y guarda un pensativo silencio. La terapeuta percibe que es un silencio *productivo*, más que *de resistencia*, y pasados unos minutos lo ayuda preguntándole qué pasaba por su mente. Dice estaba pensando en algunos buenos momentos que tuvo con su primera novia, antes que se estropeará su relación. También ésta es casi seguramente una comunicación sobre su ternura hacia la terapeuta. Ella lo advierte, pero también se percata de que puede ser espinoso para él reconocerlo y, con excelente tacto terapéutico, le dice: "Sí, es un alivio que a uno lo comprendan, ¿no es verdad?" El cono-

ce perfectamente qué le quiere decir, pero el tema permanece inexpreso entre ambos.

En la sesión siguiente, el paciente informa que la semana anterior, por motivos que no se explica, se sintió mucho más cerca de su novia y todo anduvo bien. Desde luego que ello obedece a que ha dejado de desplazar enojo desde la terapeuta, pero ésta deliberadamente lo deja tácito. El ambiente es cálido y la sesión se pasa en buena parte en una revista de acontecimientos recientes.

Quinta fase: ¡crisis, el nexó T/P, quebranto

Dos días después la terapeuta enferma de ictericia. Llama por teléfono ala clínica y pide a su secretaria le haga saber al paciente que está enferma y volverá a ponerse en contacto con él tan pronto como pueda volver al trabajo.

La terapia se reanuda tres semanas después. El paciente la saluda con una sonrisa forzada y empieza a hablar sobre trivialidades. Esto continúa durante algún tiempo, hasta que la terapeuta cae en la cuenta de lo que sucede y le da una interpretación que completa el triángulo del conflicto a raíz de su ausencia: que él evita sus afectos (defensa) porque no puede soportar el dolor (angustia) de haber perdido a la terapeuta (sentimiento oculto) durante la enfermedad de ella. El *rappor*t se profundiza, como se advierte por el hecho de animarse él un poco, y entonces dice que esas tres semanas pasadas estuvo preocupado por la pérdida de sus dos novias anteriores. Desde luego que es una respuesta parcial a la interpretación; en efecto, acepta así el sentimiento oculto, pero no admite que se relacione con la terapeuta (sigue empleando la defensa por desplazamiento). Sin embargo, no es necesario poner el acento en la defensa, y la terapeuta se limita a reiterarle que posiblemente esa preocupación le sobrevino á raíz de haberla perdido a ella misma. El paciente dice entonces: "Sí, es ridículo, pero me pasó por la mente la idea, ¿y qué ocurre si ella no vuelve nunca?"

En este punto la coincidencia con el pasado está tan próxima a la superficie que es inequívoca. Con mucha suavidad la terapeuta; establece el nexó T/P, diciéndole que de haber ocurrido así, habría sido exactamente, lo que le sucedió con su madre. De pronto el paciente sufre un quebranto y solloza durante unos diez minutos; se recobra y empieza a narrar de nuevo, con hondo afecto, que su madre murió una noche inesperadamente, que su padre retenía el aliento cuando le daban la noticia por teléfono y no hizo falta que cruzaran palabra entre ellos, sino que los dos se fueron a rincones opuestos de la casa durante un rato y des pués tomaron juntos el desayuno y siguieron con su vida cotidiana en un estado de estupor y parálisis. Era la primera vez, desde aquel día, en que recordaba algunos de estos detalles.

En este punto la terapeuta intenta algunas interpretaciones de la defensa que consiste en retirarse por miedo a la pérdida, que desde entonces ha sido un rasgo

de su vida, pero el paciente no puede asimilarlas y ella queda silenciosa sin saber qué decir o hacer.

Su supervisor, tras felicitarla por el modo en que orientó la primera parte de la sesión, le dice que su posterior intento de dar interpretaciones fue realmente una intervención forzada, que en todo caso era innecesario y lo que se requería en ese momento era algo que no se estudia en los libros técnicos, a saber: permanecer sentada con él y limitarse a *compartir su pena*. De la psicoterapia personal de ella, se destaca una interpretación de su terapeuta, a saber, que no había tramitado de manera suficiente su propia pena por ciertas pérdidas de su vida y en consecuencia recurría a *palabras* para tapar sus propios afectos.

Siguen varias sesiones en que el paciente, informa lo asaltan oleadas de aflicción y ha estado recordando detalles que rodearon la enfermedad y muerte de su madre. Por supuesto, esto forma parte del *proceso de reelaboración*. Su novia le ha mostrado simpatía y compartió con él esos sentimientos; así ella obtuvo, su propia recompensa, porque él ahora la ha besado de un modo para él desconocido, hasta entonces. Tanto mejor así, porque su capacidad de compartir los sentimientos de su novio hacia otra mujer no es ilimitada. Por último, informa que han decidido comprometerse en matrimonio.

Sexta fase: la amenaza de terminación, recaída

Parece que todo marcha a las mil maravillas y pocas semanas después, tras consultar con su supervisor, la terapeuta propone al paciente considerar la idea de disminuir la frecuencia de las reuniones —aunque no enseguida— como paso previo a la terminación, insistiendo a todo esto en que estaría a su disposición en el futuro para el caso de tener él una crisis o querer hablarle. Al paciente le alegra pensar que está sanando y acepta de buen grado.

En la sesión posterior, empero, informa haber perdido afecto por su novia y llega a mencionar que tuvo algunas dudas sobre si no sería prematuro el compromiso. Luego torna a embarcarse en una intelectualización. Es un fenómeno de fundamental importancia, hoy bien conocido, pero que desconcertaba en extremo a Freud y los primeros analistas, a saber: la *recaída ante la amenaza de terminación*. Obedece a que parte del efecto terapéutico respondía a la continuada presencia del amor simbólico que la relación con el terapeuta procuraba, y entonces corre peligro en el momento en que ese amor se retira. El modo de tratarlo es interpretar esos sentimientos de pérdida y reelaborarlos, si es posible conectándolos con el pasado.

La terapeuta estaba advertida por su supervisor de que podían surgir dificultades, y le interpreta que una vez más lo amenaza una pérdida y ha empezado a prevalecer su antiguo modo de defenderse de su *pena*. Esto no produce efecto,

por lo cual ella le interpreta que acaso está *enojado* con ella (el segundo sentimiento oculto) por abandonarlo. Tampoco esto produce efecto. Puesto que no ha respondido a estas interpretaciones sobre la relación con ella, no corresponde el intento de establecer el nexo con el pasado.

Séptima fase: exoactuación (acting out)

La terapia sigue dificultosa durante varias sesiones. Cierta día el paciente informa sobre esto: se ha producido un malentendido con su novia. El estaba convencido de que pasarían juntos el fin de semana, pero de hecho ella se había comprometido algún tiempo antes a asistir a una conferencia sobre temas relacionados con su trabajo, cosa que él había olvidado. Cuando hubo de recordárselo, experimentó desengaño y resentimiento y, ya de regreso ella el domingo por la noche, no pudo besarla. Su novia se ofendió, tuvieron un altercado y ella se marchó. Desde entonces no habían vuelto a comunicarse.

En este punto la terapeuta (que, por problemas en su vida privada, tiene un día libre) establece el vínculo O/P, diciéndole que sin duda le causó enojo que su novia le fallara y quizás había alguna razón para que guardara inquina a su madre. El paciente desmiente recuerdo alguno de haber estado enojado con su madre, el *rapport* es superficial y no se obtiene progreso alguno.

Este momento de la terapia puede valer como ilustración de dos importantes temas. Primero, como lo mostrarían los hechos posteriores, es un ejemplo de interpretación *conecta* pero *inoportuna*. La terapeuta, que tan bien se había conducido hasta aquí, experimentó una parcial ceguera —como es tan común en la transferencia— y en su interpretación equivocó el lado correcto del triángulo de personas; en efecto, estableció el nexo con el pasado (el nexo O/P) en lugar del nexo consigo misma (el nexo O/T). La interpretación certera era desde luego que buena parte del enojo con su novia procedía de su sentimiento de ser abandonado por la terapeuta, que no mucho antes le había propuesto la terminación. Si bien ese enojo ya había sido interpretado, sólo ahora era asequible.

Y en segundo lugar, estamos frente a otro ejemplo de *exoactuación* (encontramos el primero en la hija del director, pág. 69). El paciente expresa a otra persona sentimientos que en realidad van dirigidos a la terapeuta.

Octava fase: sobredeterminación; un trauma temprano

El supervisor ha señalado todo esto a la terapeuta. En la nueva sesión, el paciente informa haber llamado por teléfono a su novia para tratar de disculparse. Pero de hecho la disculpa fue del tipo "Lo lamento, pero...", que no suelen tener otro efecto que prolongar la querrela. No terminaron la conversación en mejores términos que los iniciales. Entonces la terapeuta se recobra y le da la correcta inter-

pretación O/T, señalándole la *defensa* y el *sentimiento oculto*: se siente abandonado por ella a causa de su propuesta de terminar el tratamiento, está airado y se ha desquitado con su novia en lugar de hacerlo con ella.

Tampoco ahora hay reconocimiento consciente de esta interpretación, pero el paciente muestra una inmediata profundización del *rapport* poniéndose pensativo y diciendo después: "Tuve un sueño anoche". Alentado a contarlo, dice que estaba en un edificio que semejaba una combinación entre la clínica y un hospital, y observaba por la ventana un automóvil que partía y chocaba. No consiguió ver al conductor, pero cree que era una mujer y parece que resultó herida, quizá muerta. Esto requiere una digresión.

El empleo de los sueños en psicoterapia dinámica

Freud señaló que los sueños constituyen la "vía regia de acceso al inconsciente"; cada vez que un paciente informa sobre un sueño, se lo debe considerar una comunicación potencialmente importante. (Desde luego, lo mismo que cualquier otra comunicación, se puede utilizar ésta para desviar la atención de algo; es preciso tener siempre presente esta dificultad.) Ahora bien, algunos sueños son transparentes y se dejan interpretar sin más como la expresión de un sentimiento que el soñante no desea admitir conscientemente; hemos dado ejemplos de esto a raíz de la estudiante de economía (pág. 66) de la hija apoplética (pág. 60). Pero no son así la mayoría de los sueños, y aunque el terapeuta crea poder discernir parte del significado, es posible que muchos detalles escondidos se le escapen por completo. Por ello es un procedimiento casi universal *pedir asociaciones* acerca del sueño, lo que significa inducir al paciente a que diga todo cuanto le pase por la mente a raíz del sueño como un todo o de detalles que en él aparezcan. Y si se tiene la impresión de que pasa por alto detalles significativos, el terapeuta debe moverlo a producir asociaciones también sobre éstos.

Octava fase (continuación)

La terapeuta en consecuencia le pregunta por sus asociaciones sobre el sueño, a lo cual responde que una vez vio a la terapeuta salir de la clínica en su automóvil tras una sesión. A ella se le ocurre una idea y le pregunta si recuerda qué sesión era. Dice que fue unas semanas antes, pero ciertos detalles le permiten llegar a la conclusión de que debe haber sido aquella en que le mencionó por primera vez la posibilidad de terminación. Sigue diciendo que el automóvil del sueño era del mismo color que el de la terapeuta, pero en realidad no se parecía a éste por su diseño: era un modelo muy antiguo.

Es un momento en que irrumpen sentimientos primitivos del paciente; están

en verdad muy alejados de la conciencia y no hay que esquivarlos ni abordarlos con excesiva confianza en las propias fuerzas. La terapeuta deja de lado el detalle del automóvil anticuado, que ella no comprende, y avanza hacia la interpretación más asequible. Le dice que si un automóvil parecido al de ella choca y la conductora queda por lo menos herida, acaso muerta, y puesto que es *él* quien sueña, le parece que *debe de haber deseado que sufriera ella un serio daño por haber propuesto la terminación del tratamiento.*

A mi juicio esa formulación mantiene el equilibrio justo; cualquiera menos tajante habría diluido el impulso genuino y dejado la impresión de que no se era capaz de enfrentarlo; por otro lado, decirle que "quería matarla" probablemente no habría cobrado sentido para él por demasiado distante de su conciencia. Obsérvese, además, que es una interpretación directa del sentimiento oculto, en este caso un impulso muy perturbador y que no señala ni la defensa ni la angustiadillo cual es correcto por estar el impulso formulado de manera tan explícita en el sueño.

Tampoco a esto ofrece el paciente una respuesta directa, pero relata un episodio que leyó en los periódicos sobre una mujer a quien unos pandilleros sacaron de su automóvil y dieron muerte en uno de los barrios más pobres de Nueva York. La terapeuta toma nota de la progresión de accidente a asesinato, confirmatoria de su interpretación. Pero, acertadamente, no dice nada.

En la sesión posterior el paciente informa haber llamado de nuevo por teléfono a su novia; pudo disculparse con ella de manera adecuada esta vez. Hicieron las paces y todo anda bien otra vez. Es en realidad casi seguro que se trata de una respuesta al trabajo de la sesión anterior, pero la terapeuta, también ahora con excelente tacto, se abstiene de señalarlo.

Entonces el paciente vuelve sobre el sueño y empieza a preguntarse intrigado por dos rasgos, el hospital y el automóvil de modelo antiguo. La terapeuta le ofrece su propia asociación, recordándole que su madre murió en un hospital; esto era sin duda certero, pero los detalles de ese hospital no coinciden con los del hospital del sueño. A ella se le ocurre otra idea, y le pregunta si alguna vez había sido internado en un hospital de pequeño. La respuesta es afirmativa, le extrajeron las amígdalas a los 4 años. Es un magnífico ejemplo de conjetura empática de parte de la terapeuta y también de diálogo terapéutico, pues de manera repentina el paciente cae en la cuenta de que el automóvil del sueño le recuerda al que sus padres tenían en esa época. El paciente cree estar a punto de descubrir algo, pero no consigue alcanzarlo.

Entre una sesión y otra, el paciente se encuentra con su padre y le pregunta qué ocurrió en la época en que lo internaron para operarlo de amígdalas. El padre no recuerda detalles sobre su hijo en el hospital, pero sí que le dio un trabajo tremendo durante varias semanas después de su regreso a casa. Independientemente de su dolor de garganta, se mostraba descontentadizo y rebelde, por

momentos enfurruñado y otras veces con rabietas. Su madre no conseguía dominarlo y por fin tuvieron que encerrarlo en su cuarto y dejarlo llorar toda una mañana, después de lo cual pareció mejorar.

En las sesiones que siguieron, paciente y terapeuta lograron reconstruir poco a poco parte de su experiencia en el hospital. Le acude el recuerdo de que su madre aceptó sin chistar los reglamentos hospitalarios sobre las horas de visita, mientras que la madre de un chico internado en una cama vecina armó tal alboroto que le permitieron permanecer junto a él durante buena parte del tiempo. La terapeuta le dice que debe de haber estado enojado con su madre por esa causa; el paciente lo admite, pero sin entrar realmente en contacto con ese sentimiento. Dice recordar que llegó a la sala del hospital con su madre, pero nada más hasta pasada la operación; la terapeuta le apunta "Creo que usted vio por la ventana partir a su madre en automóvil". Esto le impresiona, pero ni aun así consigue recordar nada.

Fase final: se reelabora la terminación junto con el nexo T/P

Por más que el paciente se empeña, no puede avanzar más en la recuperación de recuerdos y sentimientos de esa época. Durante varias semanas, la terapeuta vuelve a trabajar sobre la transferencia, interpretándole repetidas veces que ella es una *madre abandonadora* con quien el paciente está *enojado*. Esta es una forma diferente de interpretación T/P; no le dice "y esto es lo que usted debió sentir hacia su madre" porque el recuerdo efectivo parece ser irrecuperable. Es también una interpretación directa del sentimiento oculto, ahora lo bastante próximo a la superficie para que se vuelva innecesario interpretar la defensa y la angustia.

En el curso de este trabajo surge algo nuevo sobre el pasado, a saber, que entre los 10 y los 16 años en varias ocasiones riñó con su madre porque ésta no lo comprendía. Por otra parte, la conducta de ella en el hospital aparece ahora como parte de un fenómeno más general: anteponía la conducta formal a las necesidades afectivas de su hijo. La terapeuta, recordando el sueño, intenta algunas interpretaciones sobre deseos de muerte que pudo dirigir a su madre, pero caen en el vacío y se produce una disminución del *rapport*. El supervisor le censura esto, porque es manifiesto que esos sentimientos están muy lejos de ser asequibles para el paciente y entonces no se los puede interpretar; con ello sólo se logra perturbarlo y conmoverlo. La terapeuta regresa al nivel correcto de interpretación, que consiste en señalarle cuánto más difícil tiene que haberle resultado, a causa de esas querellas, enfrentar sus sentimientos genuinos acerca de la muerte de su madre. El paciente entonces recuerda con sentimiento de culpa que uno de esos altercados se había producido no mucho antes que ella cayera enferma, lo cual vuelve doblemente significativa esta interpretación. Esto también ilustra un principio general, a saber, que si el duelo no ha sido suficiente hay que

estar atento siempre para la aparición de sentimientos encontrados hacia la persona muerta (compárese con la hija apoplética, pág. 59). Por último, es otro ejemplo de sobredeterminación: aquella muerte fue traumática no sólo porque la pena amenazaba volverse avallasadora, sino porque intensificó mucho la culpa que le producían sus encontrados sentimientos hacia la madre. La sobredeterminación no tiene término y es preciso estar siempre al acecho de ella.

Después de aflorado lo anterior, el paciente parece quedar en una posición estable: la relación con su novia marcha bien; además, acepta sin dificultad la terminación. La terapia ha demandado un año justo.

Agreguemos las observaciones del seguimiento, realizadas cinco años después. El paciente se ha casado con su novia y ya tienen dos hijos. La antigua pauta del alejamiento ha desaparecido y existieron períodos de gran afecto. Al mismo tiempo, él sigue sintiendo que algo falla en la relación; conoce la existencia de ese defecto y sin embargo no ha conseguido precisarlo. Este resultado responde a la manifiesta realidad de que los efectos terapéuticos suelen ser incompletos.

COMENTARIO

Me ha resultado facilísimo escribir este relato de ficción, lo que me ha sorprendido. Estoy seguro de que una de las principales razones es que entendidos los fenómenos de la comunicación inconsciente y del *rapport*, así como el empleo de los dos triángulos, todo se vuelve natural e inteligible. La verdad es que sólo me propuse ilustrar los dos triángulos y, en particular, la progresión que va de completar el primer triángulo, paso a paso, a completar el segundo; pero la terapia se desarrolló de manera autónoma, tanto que llegó a ilustrar una proporción muy elevada de los fenómenos que es probable encontrar en la práctica y de los principios que permiten tratarlos. Por otra parte, el detalle de que la terapeuta no tuviera experiencia y actuara con supervisión me permitió ilustrar algunos de los errores que un terapeuta puede cometer, y el modo de rectificarlos.

Creo que esta terapia merece estudio detallado; para facilitarlo, proporcionaré a continuación un resumen de los principios generales por ella ejemplificados.

RESUMEN DE LOS PRINCIPIOS ILUSTRADOS POR "UNA TERAPIA IMAGINARIA"

Fase I. Se completa el triángulo del conflicto en relación con la novia (0)

Investigación paso a paso.

Interpretación de la defensa.

Se hacen preguntas al inconsciente del paciente; en este caso, sobre la angustia. El inconsciente del paciente responde la pregunta, presentando no sólo la angustia, sino el sentimiento oculto. Este es un ejemplo de "salto al rango" alternado en el diálogo terapéutico.

Fase 2. El nexa con el pasado (nexa O/P)

La terapeuta hace una pregunta directa destinada a descubrir el factor precipitante.

El paciente demanda inconscientemente una interpretación.

Interpretación del nexa O/P.

Fase 3 y 4. Resistencia; la iniciación de la transferencia

El paciente muestra resistencia y la terapeuta reacciona con irritación.

El final de la luna de miel.

Repetición del problema nuclear en la transferencia.

La intensificación del problema nuclear por la transferencia produce deterioro en las relaciones externas.

El propio paciente yuxtapone la transferencia a la relación con su novia, demandando inconscientemente de este modo una interpretación del nexa T/O.

La interpretación del nexa T/O.

Respuesta dictada por un nuevo sentimiento oculto, el enojo: un ejemplo de sobredeterminación.

La interpretación del nexa T/O con relación al enojo.

Se percibe el valor de un silencio.

Tacto terapéutico: las cosas que se pueden dejar inexpresas.

Mejoría en las relaciones afuera como respuesta al trabajo sobre la transferencia.

Fase 5. Crisis, el nexa T/P, irrupción

La enfermedad de la terapeuta, por una coincidencia típica de la vida real, repite el trauma de una manera imprevista.

Interpretación del triángulo de conflicto en la transferencia.

La respuesta es señalar directamente el nexa con el pasado (el nexa T/P).

La interpretación del nexa T/P produce una de-represión masiva de sentimientos sobre el pasado.

La importancia de compartir la pena del paciente.

La terapeuta no atina a hacerlo a causa de sus propios sentimientos no resueltos.

Reelaboración de la pena.

Resultado: mejoría en las relaciones afuera.

Fases 6 y 7. La amenaza de terminación, recaída

La terapeuta propone disminuir la frecuencia de las sesiones como paso previo a la terminación.

Recaída en las relaciones afuera, restauración de la resistencia.

La interpretación del triángulo del conflicto en relación con la terminación, incluidos la pena y el enojo, es ineficaz; es preciso esperar hasta que los sentimientos se vuelvan más asequibles.

Exoactuación en relación con la novia; los sentimientos ahora se vuelven asequibles

La terapeuta yerra la transferencia y erróneamente establece el nexo O/P; es un ejemplo de interpretación correcta, pero inoportuna.

Fase 8. Sobredeterminación: un trauma temprano

La correcta interpretación O/T.

Respuesta: un sueño en extremo significativo.

El pedido de asociaciones sobre el sueño arroja considerable luz sobre su significado.

Irrupción del impulso inconsciente primitivo, que debe ser manejado con cuidado.

Interpretación del impulso en la transferencia.

Respuesta por intensificación del impulso; nuevamente, las cosas que se deben dejar tácitas.

Otra vez mejoran las relaciones afuera en respuesta al trabajo sobre la transferencia

Un ulterior trabajo sobre el sueño lleva a conjeturar un trauma temprano.

El trauma temprano es reconstruido, pero no se recuperan por completo ni el recuerdo ni los sentimientos.

Fase final: reelaboración, terminación, junto con el nexo T/P

Vuelta a reelaborar la transferencia a raíz del tema de la terminación.

Un nuevo tipo de interpretación que establece el nexo T/P.

Esto lleva a recuperar sentimientos encontrados acerca de la madre, que acrecentaron la culpa originada en su muerte: un ejemplo más de sobredeterminación.

La terminación avanza sin tropiezos.

Seguimiento

Notable mejoría en el problema nuclear, aunque sigue fallando algo.

LOS DOS TRIÁNGULOS: PRINCIPIOS GENERALES

En el anterior relato de una terapia imaginaria, los dos triángulos se emplearon en un orden lógico y preciso, del siguiente modo: Como el paciente acude con la

queja de experimentar dificultades en su vida actual con otros (O), lo natural es comenzar investigando la índole del conflicto en ese campo. Entonces, la primera fase, que se completa con mucha rapidez, consiste en interpretar el *triángulo del conflicto* en relación con este único vértice del *triángulo de personas*.

El orden en que se interpreta el triángulo del conflicto es también lógico y tiene importancia como ejemplo de un principio general. La progresión va de la *defensa*, que es lo manifiesto, pasando por la *angustia*, al *sentimiento oculto*, el objeto de la defensa.

Son diversas las razones por las cuales esta progresión suele ser necesaria. He aquí la más importante: el *sentimiento oculto* es desde luego el vértice más perturbador en el triángulo del conflicto y hay que aproximarse a él paso a paso. Es importante debilitar la defensa para que el sentimiento oculto pueda situarse más próximo a la superficie; es probable que esto provoque un incremento de angustia, la que a su vez se puede interpretar; luego, según ya hemos dicho, puesto que a menudo la angustia tiene una base fantaseada (por ejemplo, que cualquier expresión de ira provocará la total destrucción de una relación íntima) y la interpretación puede indicarlo, la angustia se reduce; por último, estas intervenciones harán que el sentimiento oculto se sitúe tan próximo a la superficie que se lo pueda interpretar directamente.

Si no se observa este procedimiento y, por ejemplo, se interpreta desde el comienzo el sentimiento oculto, la consecuencia puede ser una incompreensión (véase por ejemplo la pág. 109) a causa de la excesiva dificultad de percibir el nexo entre la defensa y el sentimiento oculto o, peor aun, el riesgo de un incremento de la angustia, a lo que seguiría una intensificación de la defensa; esto haría que el paciente se distanciara o, más grave aun, que se perturbara mucho más por una acrecentada dificultad de enfrentar su sentimiento oculto; en el caso extremo, se puede precipitar en una crisis.

Por lo tanto, el procedimiento general consiste en interpretar la defensa, la angustia y el sentimiento oculto en ese orden, en relación con aquel vértice del triángulo de personas por donde el paciente comienza; el caso más común es que se trate de otra persona de su vida actual (O). Una vez esclarecida la índole del conflicto, y *no antes*, ha llegado el momento de establecer el nexo con uno de los otros vértices del segundo triángulo. En una terapia en que la transferencia se desarrolle con lentitud, ese vértice será el *pasado* (P); el trámite siguiente será entonces establecer el nexo O/P, empezar a esclarecer el triángulo del conflicto en este campo y mostrar repetidas veces al paciente que ese conflicto del pasado se reactualiza en el presente.

A medida que el trabajo avance, la *transferencia* se intensificará gradualmente. Al comienzo, este proceso será casi totalmente inconsciente; y aunque se vuelva en parte consciente, el paciente evitará hablar de él. En consecuencia, el terapeuta lo percibirá como una resistencia. Ahora se trata de una *defensa* que se manifiesta dentro de la propia transferencia, de suerte que es preciso interpretar una

triángulo de personas (T). En muchos casos, el conflicto será esencialmente idéntico al problema principal que tiene el paciente con otras personas (O) y cuyo nexo con el pasado ya se ha establecido (el nexo O/P); a todas luces, esto convoca el segundo lado del triángulo de personas, el nexo T/O, que se establece de manera natural.

Puesto que ya se ha establecido el nexo O/P, el nexo T/O *implicará* al nexo T/P (si T se asemeja a O, y O se asemeja a P, entonces T se asemeja a P), que en este punto se puede llegar a establecer con toda naturalidad. Sin embargo, puede ser mejor esperar hasta que la transferencia desarrolle un aspecto que derive más manifiestamente del pasado. En la terapia imaginaria que acabamos de presentar, esto ocurrió en virtud de una coincidencia, a saber, la enfermedad del terapeuta; la consecuencia fue una notable irrupción de afectos.

Aunque esta brusca y vivida irrupción de un sentimiento incontrolable no es muy frecuente en las terapias reales, sin embargo ocurre; y en todo caso, yo deseaba mostrar aquí que los momentos de real progreso terapéutico suelen producirse cuando se interpreta el nexo T/P. Y de hecho, el principal propósito de la mayoría de las terapias —con certeza, de aquéllas que demandan más de unas pocas sesiones— es alcanzar el vértice inferior del triángulo del conflicto, o sea los *sentimientos ocultos*, en relación con el vértice inferior del triángulo de personas, o sea los *progenitores*; ahora bien, en la mayoría de los casos sólo se lo puede alcanzar efectivamente por la vía de la *transferencia* y del nexo T/P.

Una vez más tengo que insistir en que ninguna regla general como la enunciada se debe sobrevalorar ni tomar demasiado al pie de la letra. No obstante, la posibilidad de establecer el nexo T/P se debe buscar siempre y hay que darle la bienvenida cuando se presenta. En *Toward the validation of dynamic psychotherapy* (1976b), presento datos estadísticos que constituyen una prueba muy convincente en el sentido de que las terapias que producen mejores resultados son aquéllas en que se puede reelaborar ese nexo.

Acaso el lector espere en este punto un enunciado del tipo: "Una vez completado este trabajo sobre el nexo T/P, se puede dar por terminada la terapia". En modo alguno suele ser así, según lo mostró nuestra terapia imaginaria. Es cierto que en ese momento *se puede mencionar la posibilidad de terminación*, pero entonces es preciso poner mucho cuidado en observar la reacción del paciente. Cualquiera que sea el problema nuclear de éste, es probable que en su pasado hayan gravitado el *desengaño* y la *pérdida*; entonces también la pérdida del terapeuta —que le ha proporcionado una singular experiencia de amor simbólico en la forma de una comprensión real y una aceptación sin condiciones— puede revivir aquellos sentimientos con intensidad considerable. Es preciso entonces reelaborarlos y conectarlos con el pasado. Sólo en ese momento se puede considerar segura la terminación para el futuro del paciente. Y en muchos casos en que sentimientos acerca de una pérdida constituyen el problema nuclear, el trabajo sobre

el nexa T/P a raíz de la terminación puede llegar a constituir el eje de la terapia.

Destaquemos otra vez que esto es sólo una guía aproximativa que puede ayudar al terapeuta a orientarse en la intrincada red del material producido por el paciente; si le presta ciega obediencia, será sin duda una guía traicionera. Poseo varios ejemplos de terapia en que la terminación no tuvo participación alguna: el paciente ha recibido lo que deseaba y le alegra la idea de salir a la vida y aplicarlo, al tiempo que en los estadios finales el terapeuta se desespera haciendo interpretaciones sobre la terminación, que no encuentran respuesta alguna. Es cierto que debe intentarlas, pero debe abandonarlas enseguida cuando no parecen pertinentes (véase, como ejemplo, la muchacha puritana pág. 253y sigs.).

De igual modo, en terapias diferentes, los dos triángulos se pueden interpretar en cualquier orden. En el ejemplo de la madre de cuatro hijos, por ejemplo, la interpretación inicial en la *consulta* no lo fue sólo del *sentimiento oculto* en relación con el *terapeuta*, sino que estableció de manera explícita el nexa T/O y, por vía de consecuencia, el nexa T/P, o sea que se zambulló directamente hasta el ángulo inferior del primer triángulo y *completó* el segundo. De manera semejante, en terapias en que la transferencia es de aparición temprana, es preciso completar enseguida en ese terreno el primer triángulo; luego de esto, se lo puede conectar primero con O y después con P, o primero con P y después con Q. Hay veces en que el problema principal atañe a los *progenitores* en la vida *actual* del paciente, sin que nadie represente a O, de suerte que el primer triángulo se completará en relación con P y luego se lo conectará con T. Y las diferencias siguen: el sentido de conjunto de nuestra exposición es señalar que si el terapeuta comprende de manera cabal los principios básicos que estos dos triángulos suponen, y no cesa de gobernar el *rapport*, sabrá adonde ir.

LA TÉCNICA UNIVERSAL

Acaso el lector ya ha percibido que la técnica por mí expuesta es mucho más activa que la técnica psicoanalítica tradicional en que el terapeuta tiene que actuar como un "resonador pasivo" y durante largos períodos no tiene permitido decir nada. La llamo la *técnica universal* porque, según he descubierto, frecuentemente es la que aplican de manera instintiva los terapeutas de buena formación en todo el mundo. Además, emplea el lenguaje de la interacción humana corriente, exenta de toda jerga. Y en lo esencial, lo que hacen los terapeutas es buscar de manera activa los dos triángulos, emplear el *rapport* como guía, saber de manera instintiva qué vértice o vértices están buscando, en todo lo cual empeñan mucho de su propia personalidad, lo que incluye el contacto visual, preguntas, humor y sus propias observaciones y asociaciones; como siempre, al servicio exclusivo del paciente. En este capítulo he formalizado los principios, pero en realidad pretendo haber descrito sólo lo que ya hacen por sí mismos la generalidad de los terapeutas.