

Viajando afectivamente sola: Un desvío personal en la escucha analítica¹

Evelyne Albrecht Schwaber²

[Tira cómica:] “Comportamiento modelo.”

Personaje –¿Lo sentiste, Zippy?

Zippy –Sí, pero solamente un poco.

Personaje –Fue tan sutil.

Zippy –Casi imperceptible.

Zippy –¿Qué fue?

Personaje –Un cambio de paradigma.

Zippy, un personaje tonto y payasesco, intenta dar sentido a los enigmas filosóficos y existenciales de nuestro mundo –en cierta forma, el último realizador de asociaciones libres.

Resumen

Preguntándose si no hemos ingresado en un nuevo paradigma “bipersonal”, la autora comparte una experiencia personal traumática, considera el impacto de la misma sobre su trabajo con una paciente y analiza algunos dilemas clínicos y epistemológicos de la auto-revelación.

Summary

Questioning whether or not we have entered a new “two-person” paradigm, the author shares a traumatic personal experience, considers its impact on her work with a patient, and discusses some clinical and epistemological dilemmas in self-disclosure.

¹. Publicado en *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Volume 46, noviembre, 1998.

². Miembro de la Asociación Psicoanalítica Americana.
Weiland Road 4. Brookline MA 02146. U.S.A.

**Descriptores: NEUTRALIDAD / PARADIGMA / ENFERMEDAD /
MATERIAL CLÍNICO**

¿Nos encontramos en el medio de un cambio de paradigma? ¿Nos alejamos del modelo de pantalla en blanco dirigiéndonos hacia psicologías relacionales, subjetivas, construidas y bipersonales que reconocen al “mito” de la neutralidad? ¿Es razonable considerar a estos modelos modernos como aspectos de un paradigma? ¿O se trata del narcisismo de cada generación que nos conduce a creer que estamos dando un paso realmente nuevo y diferente? Personalmente, no creo tener la respuesta a estas interrogantes. Lo que sí sé es que el discurso actual parece diferente al de los días de mi formación, como también lo es la manera en que pienso y trabajo –creo yo. Pero no estoy segura, ya que miro lo que decíamos entonces con mi estructura sensorial actual. Y como ya sabemos, la memoria produce sus propios matices. Sabemos bien que el debate entre pantalla en blanco o no pantalla en blanco, uno o dos, es un tema clásico en la historia del psicoanálisis, que nace en el problema de la existencia de dos en la seducción, o de la unicidad de la fantasía, la naturaleza doble de Ferenczi / la unicidad de Freud (húngaro o vienes), interpersonal / intrapsíquico, educación o naturaleza. Con sus dimensiones filosóficas y/o científicas, el debate mismo puede resultar intrínseco y hasta definir nuestro objeto de estudio.

En el presente trabajo compartiré elementos personales, mi persona, que no creo haber contado con anterioridad. Hago hincapié en mi falta de seguridad a este respecto, ya sea que los tiempos cambiantes a los cuales estoy respondiendo y adaptándome –la auto revelación, a colegas o pacientes, se ha tornado aceptable, sino ya de rigor, aunque continúe siendo un tema controvertido– ya sea porque simplemente me escondo detrás del cambio, responsabilizando a la presión externa, cuando en realidad el acto y su motivación tienen su origen dentro de mí.

Pero, de todos modos, lo externo es siempre parte de lo interno, ¿o no?

Cuando, hace un año, fui invitada a dar este discurso plenario, me sentí, tal como me siento ahora, profundamente honrada y consciente de mis limitaciones. Después de todo, esta no es una distinción por la que se reciba simplemente una placa; debe producirse algo que valga la pena compartirse en un foro de tal calidad, y sin el

beneficio de una revisión formal realizada por colegas que pudiera descalificar una ponencia antes de que el presentador quede en ridículo. Estaba asustada, y aún lo estoy, sin saber si estoy a la altura de la tarea que me ha sido encomendada. Antes de tener oportunidad de enfrentarme con el objeto de estudio, me ocurrió algo personalmente inquietante que me desvió del camino; en realidad, me hizo dudar completamente sobre mi capacidad para hablar aquí.

Generalmente encuentro que me es posible hablar o escribir de algo de manera significativa sólo cuando siento que tiene una inmediatez afectiva; mis funciones cognitivas por sí solas no me permiten expresar mis ideas. A pesar de que lo he intentado, nunca pude obligarme a escribir sobre asuntos ajenos a mis sentimientos. En caso de tener que hablar, tenía que encontrar una manera de sintonizar mi intelecto con mi corazón. Con una gran medida de inseguridad y agitación, estoy intentado hacerlo.

Algunas semanas después de los Encuentros Científicos de la primavera pasada, me realicé una mamografía de rutina. Se encontró una pequeña densidad y se arregló una biopsia por punción, efectuándose un diagnóstico de carcinoma ductal *in situ*. Se me dijo que se trataba de un diagnóstico afortunado, que el tipo de células era de grado bajo, e *in situ* significaba que la enfermedad no se había extendido hacia fuera de los conductos. Una pequeña área estaba afectada, solamente sería necesario realizarme una escisión quirúrgica y sería el fin de la enfermedad. No era como el cáncer de mamas invasivo que había matado a mi madre veintiocho años antes, cuando ella era más joven de lo que soy hoy, y al que, naturalmente, he tenido presente desde ese entonces. La cirugía (a instancias del médico y sin ningún apuro por mi parte), se programó tan rápidamente que ni siquiera tuve tiempo para pensar, y mucho menos para hablar al respecto.

El apuro no redundó en mi beneficio. No hubo suficiente tiempo para que sanara el sitio de la biopsia por punción, dificultando la relocalización del área de escisión. Como consecuencia de ello, el procedimiento no logró retirar la totalidad del tejido enfermo. Otra escisión debería realizarse aún. Pero ahora, a causa de la cicatriz fresca, debía esperar un retorno de la claridad, realizándose mamografías mensuales hasta que se localizara el sitio nuevamente. Me dijeron que no había por qué preocuparse; no hay que proceder con apuros cuando se está lidiando con esta enfermedad.

Dos meses después los contornos parecieron recuperarse, se realizó una cirugía, pero nuevamente no se retiró una cantidad de tejido suficiente, el borde (o margen) no estaba

claro. Sería necesaria una tercera escisión. Me aseguraron que como la localización era ahora segura este procedimiento serviría.

No fue así. El sitio no era todavía exacto, el margen no era claro aún. No se trataba de que la enfermedad estuviera más extendida, sino que el sitio (y la cantidad de tejido) no había sido evaluado de manera precisa.

Para ese entonces habían transcurrido más de tres meses desde que se realizara el descubrimiento original y el problema no se había tratado de manera efectiva. Se podría pensar que una mastectomía habría sido el fin del dilema, pero el procedimiento se consideraba injustificado para una enfermedad que no era invasiva y para algo que aparentemente había adquirido su complejidad iatrogénicamente. Había confusión e incertidumbre.

Hasta el momento no había hablado de esto con nadie con excepción de los miembros de mi familia. Era verano, y algunos amigos y pacientes estaban de vacaciones. Las escisiones, realizadas en régimen de paciente externo, se programaron para producir la menor cantidad de cambios en mi cronograma de trabajo. Mi reticencia respondía a un deseo de proteger a mis pacientes contra la ansiedad innecesaria y tal vez continua que podría evocarse al oír las palabras “cáncer de mamas”, cuando este caso “in situ”, adecuadamente tratado, no debería resultar en una preocupación importante a largo plazo. Una vez solucionado, pasaría a un segundo plano para mí también. No existían razones éticas o técnicas, pensaba yo, para cambiar la situación analítica, para introducir un desvío con respecto a mi postura analítica “tradicional” y hablar de esto. Para evitar que mis pacientes oyeran rumores fuera de mi consultorio, no compartí mi contratiempo con amigos, muchos de los cuales son colegas. Se trata de una pequeña red, como ya sabrán, y las personas se tratan unas a otras. Podría decirse que estaba creando las condiciones para mi propio aislamiento afectivo. Viviendo en un mundo de simulación, en el cual la pregunta “¿Cómo estás?”, recibe como contestación “Muy bien”, intentaba minimizar esta forma de relacionamiento reduciendo el contacto social. (Me disculpo con aquellos de entre ustedes a quienes respondí tan superficialmente; no es sino hasta ahora que estoy segura de querer hablar de este asunto.) Intenté dissociar este estado desagradable y mi preocupación con respecto a mi trabajo clínico. Ya que, intencionalmente o no, tendemos a sintonizarnos con el estado del otro (como Freud, utilizando un modelo bipersonal, apuntara mucho tiempo atrás, el inconsciente de una persona se comunica con el de otra) sabía que debía ser cuidadosa para evitar que la negación, la mía y la de mis pacientes, comenzara a afectar la atmósfera clínica. Aun así

debía tener cuidado de no fijar prioridad en mi escucha concentrándome de manera particular en las percepciones de mis pacientes sobre mí, y no introducirme, en la transferencia, de manera precipitada o desmañadamente. Pero no quería permanecer, de manera elusiva, afectivamente remota.

Con un control personal cuidadoso, me sentía enterada de estos asuntos, segura de que mi enfoque clínico se encontraba en su lugar y que no había perdido mi capacidad de atención. Sin embargo, pensaba que no debía confiar solamente en mí para realizar tales evaluaciones, ya sea en referencia a mi trabajo o a qué decirle a los pacientes; era mi responsabilidad buscar asesoramiento. De este modo me dirigí a un colega mayor cuyo conocimiento valoro desde hace ya tiempo. Su consejo fue que a menos que se produjera una situación clínica atenuante sería mejor esperar, no debía aún mencionar mis problemas médicos a los pacientes (y por lo tanto, tampoco a colegas), para evitar introducir una ansiedad continua y tal vez inhibitoria, cuando todo podría resolverse en un futuro cercano y yo retornaría afectivamente. Hablar con él fue de mucha ayuda y me sentí menos sola.

Para ese entonces buscaba otra opinión médica. Podría parecer que estaba actuando de manera racional, manteniendo la calma, pero no me sentía así. La historia, el dilema, como podrán suponer, tenía más giros.

Los doctores que había consultado inicialmente, el cirujano y el radiólogo, eran personas que conocía, que habían sido amigos míos durante muchos años. Confiaba en ellos y los respetaba. Tenían una excelente reputación en sus disciplinas, y se trata de personas amables. Pero de cierto modo, ahora se estaban culpando mutuamente; el radiólogo y algunos de los demás (aunque no todos) coincidían en que debía acudir a otro cirujano. En realidad parecía que nunca podía convencer totalmente al cirujano de que retirara más tejido. No sentía que me escuchara, pero sí sentía que le importaba. Cuando habló conmigo después del último procedimiento estaba visiblemente inquieto. Me dijo que podía optar por esperar, intentar nuevamente, o realizar una escisión mayor. No hizo ninguna recomendación y me alentó a buscar otras opiniones. No creo que se refiriera a la cantidad de gente que consulté.

Se me expuso una amplia gama de visiones sobre cómo proceder, médica y quirúrgicamente, algunas conservadoras, otras más radicales, y sobre a quién consultar y a quién no. No existía prácticamente acuerdo. Dejando de lado las lealtades personales, el poder de las políticas institucionales y la presión de las fusiones hospitalarias parecían impulsar inclusive la formación de las evaluaciones clínicas. Las diferentes

instituciones tenían diferentes opiniones, inclusive información, sobre cómo tratar esta enfermedad, sin contar mi situación –actual– que tenía un carácter en cierto modo único. (“*Common ground*” –La investigación de Wallerstein, como entre nuestros modelos diferentes– fue difícil de encontrar.) De manera general, los médicos estaban disponibles y eran respetuosos, a pesar de que tal vez, respondiéndome como una colega y la esposa de un respetado médico de la comunidad, compartieran opiniones recíprocas, dejando las decisiones a mi cargo, lo cual podría no haber resultado del mismo modo de ser otra la situación. La primacía de mi calidad de paciente (asustada, en regresión, dependiente, confusa) se había tornado ambigua. Por mi parte, me sentía reconfortada hablando con todos esas personas (a menudo muchas de las cuales me referían a su vez a alguien más); sentía que estaba haciendo algo, mientras que, a pesar de que lo habría negado, estaba además, en esta búsqueda continua, posponiendo la toma de acciones.

En varias ocasiones, tomaba una decisión, y luego la cambiaba. Sin existir un consenso médico, y habiendo perdido la confianza, encontraba que ya no podía mantener ninguna posición. No sabía a quién creerle, quién tenía razón; había caído en una especie de trampa obsesiva, la cual me ponía cada vez más ansiosa. Estaba cada vez más asustada, especialmente de noche, a pesar de que nadie había dicho que debía estarlo, temiendo que estaba dejando pasar demasiado tiempo. Hasta esta etapa había actuado de manera decisiva y expeditiva, pero ahora no me era posible. Tenía problemas.

Podrán preguntarse cuál era el apuntalamiento psíquico de algunas de las cosas que he referido, tales como el papel de la enfermedad de mi madre y ¿por qué tantos doctores? ¿Qué, tal vez piensen, o a quién estaba buscando? Mi esposo me ayudó y apoyó; quería que yo alcanzara algo que viniera desde mi interior y fuera *para* mí, no determinado por lo que yo pensara que debía hacer por el bien de mi familia, la cual mostró igualmente su apoyo de manera generosa. Por supuesto, él tenía su propia inquietud a este respecto y, viviendo conmigo, mi trastorno era difícil de manejar (como él podrá confirmar).

Con anterioridad, luego del fracaso de mi primera escisión, había recurrido a una oncóloga para que me auxiliara a sobrellevar la situación. Se trataba de una mujer muy entendida y sensible a las respuestas a nivel personal. Había ofrecido, para mi tranquilidad, apoyarme durante el transcurso de mi tratamiento. Luego de revisar mi caso consideradamente, me guió en mi decisión a proceder en la segunda escisión con el

cirujano original. Antes de que este procedimiento tuviera lugar, la doctora se fue de vacaciones y me llamó tan pronto volvió, preguntando sobre los resultados. Le conté lo que había ocurrido, que el procedimiento no había resultado adecuado nuevamente; respondió con una preocupación cálida e inmediata: “¡Ay, pobre doctora Schwaber! Voy a hablar con el cirujano, lo estudiaré un poco más y le daré una respuesta rápida sobre qué hacer ahora”.

Nunca más tuve novedades de ella. Llamé varias veces, dejando mensajes con la secretaria y en su correo de voz. Luego de averiguar con otros médicos, me enteré de que se encontraba bien, ocupada con proyectos de investigación; jamás me informó que estuviera demasiado ocupada. A pesar de todos mis intentos, no volví a oír de ella nuevamente.

Me sometí a la tercera escisión, sin su apoyo; luego de ello, cuando el procedimiento resultó insuficiente, comencé a buscar en todas direcciones.

Tengo una tía en Nueva York, hermana de mi madre, con quien siempre mantuve una relación muy cercana.³ Se trata de una mujer adorable, de voz y modos extremadamente suaves. (Por teléfono, su voz era indistinguible con respecto a la de mi madre para muchas personas.) Una noche, hablando con mi tía por teléfono sobre la dificultad de mantener una decisión, informándole sobre los acontecimientos ocurridos hasta la fecha, la suavidad de sus palabras, con su acento vienes, me tocó de manera especial; rompí a llorar y no podía casi hablar. De manera infantil, le relaté cuan atrapada me sentía. Dije que no quería hacer lo mismo que mi madre, lo cual le había costado su vida –evitar una mastectomía. (Me recordó lo que yo ya sabía pero necesitaba oír que mi situación era diferente.) Cuando le dije a mi tía sobre cuan confusa estaba con respecto a qué hacer, cómo deseaba que mi oncóloga se hubiera quedado junto a mí, guiándome a través de todo esto, me respondió que esa doctora me había abandonado, tal como lo había hecho mi cirujano. Había depositado mi confianza en él, observó, pero ahora ni siquiera ofrecía su opinión sobre el próximo paso a tomar. Me di cuenta de que en los dos meses transcurridos desde ese entonces, no nos habíamos hablado ni una sola vez. Hablando con mi tía, me sentí calmada.

“Abandonada” fue la palabra que mi tía había elegido. Resonó en mi cabeza. En sus palabras introductorias para esta ponencia, Axel Hofferg relató que cuando era una niña fui a vivir como refugiada a Kinderheim, un colegio de monjas de Suiza, pasando luego a vivir con padres adoptivos antes de reunirme nuevamente con mi familia. En

³. Su nombre es Lillian Kurz.

Kinderheim, junto con un niño con quien trabamos amistad, logramos crear nuestra propia seguridad. Cuando llegó el momento de que los niños judíos abandonaran el lugar, las monjas nos dijeron que nuestros padres estaban esperándonos en la estación de trenes de Berna. Recuerdo que esperaba esta reunión ansiadamente. Fue un engaño (tal vez pensado para que nos comportáramos). Nuestras familias no estaban en la estación; fuimos recibidos por extraños, cada niño fue asignado a padres adoptivos. Mi amiguito y yo fuimos separados.

Con el paso del tiempo, comencé a sentir un gran cariño por esta familia suiza, amable aunque severa. Desarrollé una atracción por el hijo adolescente, que tenía el mismo nombre que mi padre, y quien me enseñara mis primeras palabras en inglés, disfrutaba los paseos diarios a Bärengraben, mirando especialmente a la madre osa jugar con los oseznos. Sin embargo, en el impacto de la estación de trenes me sentí (como podrán imaginar) asustada, traicionada y abandonada. La conversación con mi tía llamó ese recuerdo, reuniéndome con alguna parte de mi madre.

Igualmente, impulsó algo más en mí. Busqué a unos buenos amigos (vecinos, y además colegas, que viven a ambos lados de mi casa) y les conté mi problema. Me dijeron que durante largo tiempo habían sentido que había algo extraño. Dos de ellos eran nacidos en el extranjero –una de ellos mantenía un fuerte acento extranjero en su inglés. Con cada uno de ellos fue un reencuentro de bienvenida.

Esa noche, luego de reunirme con ellos, soñé con mi madre. Me habló desde lo alto de su vida del más allá, luciendo tal cual la recordaba (en salud), llamándome por el diminutivo en yiddish de mi nombre, diciendo, con su acento extranjero, en inglés: “¡No hagas lo que yo hice! No renuncies a la oportunidad de ver crecer a tus nietos. Siempre fuiste más valiente que yo; sé valiente ahora”. El mensaje parecía claro. Resolví hacerme una mastectomía.

Hasta el día siguiente. Entonces reconocí que estaba siendo demasiado literal, tomando un sueño manifiesto como una directiva. Estaba respondiendo como si tuviera que hacer lo que mi madre no había hecho –no solo eso, sino que debía escucharla. Me di cuenta además de que se trataba, por supuesto, de *mi* sueño, mi construcción, no la de mi madre. Estaba confundiéndome a mi misma y a mi situación con la de mi madre, mezclando a ambas, tal vez compitiendo. Debía intentar llegar a algo relacionado con mi propia situación. Con más consejos médicos, y una medida de incertidumbre continua, seguí adelante y elegí hacerme una cuarta escisión con un cirujano diferente y un tratamiento de terapia de radiación subsiguiente. Pasar a la acción significó un gran

alivio. Se realizarán controles de mi situación médica, y mi trabajo clínico debería, en el mejor de los casos, estar encaminado.

Pero mi paciente, la Srta. B. me estaba preocupando, tal como lo había hecho durante todo mi proceso. Una artista de treinta y pocos años, llamativamente atractiva, alta con un cabello moreno trenzado, la Srta. B tiene una inteligencia aguda, un gusto por las imágenes poéticas y talento para reconocer la sutileza. Vino en busca de ayuda cuatro años atrás, cuando tenía una relación conflictiva con un hombre, un respetado profesor de matemáticas por quien siente un gran cariño, encontrando difícil enfrentarse con él cuando está enojado o en plan crítico, o cuando sus preferencias difieren con respecto a las de ella. Cualquier enojo que sienta en su contra se ve eclipsado o transformado por un sentimiento de fealdad, obesidad o ineptitud, un miedo desesperado por perder la aprobación y el rechazo final. A pesar de ser talentosa y motivada, estas dificultades comprometían su capacidad para mantener la concentración en el trabajo.

Siendo la hija del medio y la única niña, la Srta. B creció en una familia que desde todo punto de vista aparentaba ser unida y amorosa. Pero pronto nuestro trabajo conjunto reveló otros aspectos (sin expresar, sin notar) que determinaban su historia. Su padre, un ingeniero exitoso, la rebajaba prontamente con un sarcasmo sutil, especialmente ante cualquier tipo de pensamiento o capacidad intelectual independiente. Su mensaje era que él era el que sabía. La respuesta de la madre era la ausencia, presente físicamente pero sentida como si no lo estuviera, sin embargo siempre del lado del padre; no parecía ver, sin mencionar disfrutar, a su hija. Los sueños del comienzo del análisis eran a menudo sobre una mujer que no veía (estando implicadas las referencias de transferencia). Pero la ausencia de la sonrisa de la madre no resultaba obvia para los demás; en realidad, no estaba ni siquiera en la conciencia de la paciente hasta la localización de esta imagen vacía o desaprobadora reexperimentada en el análisis. Ambos padres parecían tener un mayor grado de aceptación de sus dos hijos, estando el mayor especialmente idealizado y la femineidad de la paciente se transformó en un factor central de su baja autoestima.

Quiero enfatizar el aspecto insidioso de las preocupaciones conflictivas y de desarrollo de la Srta. B. Vista desde afuera, como ya he mencionado, la historia de su vida y su progresión parecía básicamente normal, y en cierta forma exitosa, inclusive en la época en que acudía al tratamiento. No habían existido presiones externas notables. Sin embargo, desde épocas tempranas había tenido un sentimiento indefinido de que las cosas no eran tal como parecían. No podía decir exactamente en dónde o cómo, que

provenía desde adentro y qué desde afuera, pero sabía que había algo mal. “Hay un problema y no sé cuál es” se transformó en un tema recurrente en su tratamiento, un lineamiento nuevo y re-descubierto que atravesaba gran parte de su vida, impulsando su búsqueda. ¿Cómo podría encontrar la fuente de su mal sentir cuando su madre, de manera muy sutil, parecía hacer una mueca cuando la vestía en la niñez? No podía estar realmente segura de la expresión de la madre, tal vez éste no era el caso; sería difícil que alguien más lo viera –salvo, tal vez, si pudiéramos observar la escena a través de un proyector de cámara lenta y alta resolución. Además, existían sus propias razones conflictivas internas para sentirse mal; su culpa solamente podía afectar su percepción, o seguramente su lectura de la misma. ¿Por qué debería molestarse por los regalos que le hiciera su novio, o por los lugares caros a los cuales la llevaba? Sin embargo, parecían dirigidos a satisfacer sus deseos, no los de ella –de manera sutil, difícil de documentar; era tan cariñoso con ella. No podía saber qué era lo que la molestaba y a menudo, luego de que ella intentaba explicárselo, tampoco podía entenderlo ella. O, si aún podía entenderlo, le parecía insignificante, inconformable; se odiaba a sí misma por sentirlo.

Recordaba a su madre parada en la puerta de su dormitorio, sin entrar. Recordaba estar sentada en el asiento delantero del auto mientras su madre conducía, en silencio. “¿Mami?”, decía. “¿Sí?”, respondía su madre levemente. “Eh, no sé”, respondía, y no se decía nada más. La Srta. B se movía hacia las sombras, o la movían hacia allí –las partes activa y pasiva (interna y externa) de esta experiencia estando confundidas. El mantra de toda su vida: “Déjame quedarme cerca y me comportaré”. A menudo se comportaba durante el tratamiento, hablando muy suave y lentamente, sin atreverse incurrir en lo malo, sin encontrar las palabras. Además, el que su padre la rebajara, sin que los demás lo percibieran, había inhibido durante largo tiempo su capacidad de ser articulada o su voluntad para intentarlo, para tratar de aclarar su confusión.

Podrán comenzar a ver cómo ella deseaba que la buscara, más aun cuando se sentía mal y no sabía bien por qué. “Uno se castiga a sí mismo cuando se siente que algo no está bien y nadie más lo está viendo o diciendo”, pude observar, notando que la secuencia que se movía en ambas direcciones – sentirse no visto / sentir que ella era mala.

Se trataba de una tarea sutil, tratar de encontrar la fuente de alguna angustia o conflicto inmediatos, incluso para ver que eso era lo que ella estaba experimentando. Y siempre existía el riesgo de que su deseo de ser vista pudiera predominar y servir para

evitar más deseos amenazadores. Entonces mi actividad, aliviándola, podría producir mi confabulación con su represión o apoyar su postura defensiva. Sin embargo, incluso mi espera tranquila podría conducirla a un retiro más acentuado. Hablar con ella sobre este mismo dilema podría volverse simplemente una manera de hablar, de dejar que las palabras siguieran saliendo. Era necesario aún continuar con la búsqueda. A su propia manera, lo aclaró también.

Cuando sí encontrábamos la fuente de su esquivo estado, se mostraba más animada y más articulada, hasta elocuente (ambas podíamos comenzar a observarlo), en tanto que yo podía sentirme conmovida. La Srta. B me ayudó a ver nuevamente la importancia central de tener la base de nuestras percepciones localizadas (no simplemente afirmadas) como una necesidad terapéutica y de desarrollo, y también psicoanalítica, evocando el levantamiento de lo que había sido inconsciente. La “necesidad de ser conocido” diría ella, manteniendo una batalla poderosa para ello. Esto es así ya que a pesar de mostrarse reticente, no fue sumisa; su sentimiento de que algo estaba mal permanecía intacto –expresado afectivamente, si no verbalmente.

Lentamente, la Srta. B comenzó a expresarse por sí misma, siendo capaz de manera progresiva de enojarse o pensar de manera diferente que su novio. Trabajando más intensamente en la prosecución de su carrera profesional, obtuvo una creciente reputación artística. Con el tiempo, sentimientos sexuales que estaban casi prohibidos comenzaron a expresarse verbalmente; podía sentir esas sensaciones en el correr de la sesión, acompañando el sentir del despertar de su cuerpo. En su niñez, no había tenido una sensación de seguridad, interna o externa, al tocar su propio cuerpo, y menos aun en lo que respecta a hablar del mismo. Ahora estaba comenzando a tenerla. La práctica del sexo se había tornado más libre, más sensual, me dijo un día. Ahora osaba, me dijo, arriesgarse en los “lugares intimidantes”, sintiendo que yo estaba allí.

“Estar allí” no significaba decir palabras nada más, significaba “las palabras adecuadas” (“el simple decir de las palabras adecuadas”, como Terrence Des Pres, autor de *The Survivor* (1976), escribió),⁴ entender; significaba mi compromiso. La exquisita sintonía de la Srta. B con mi presencia afectiva tuvo un poder tan convincente, ¿cómo sería su situación dado mi trastorno personal actual?

⁴. “Lo que se desea para celebrar un casamiento o un nacimiento, lo que pedimos para soportar el dolor, lo que necesitamos al costado de la tumba no son afirmaciones solemnes ni tampoco silencio, sino en todo caso el simple decir de las palabras adecuadas. Cuando enfrentamos lo peor a través del lenguaje, o nos descubrimos a nosotros mismos de maneras que nos convencen de que importamos, aceptamos las bendiciones que se encuentren disponibles” (Des Pres 1988, pp. 227-228).

“Hace un tiempo que quiero preguntarle si Ud. está bien”, me dijo en la sesión del lunes que siguió a mi primera escisión, a la que había tenido que cambiara último momento. “¿Le parece que estoy mal?”, pregunté. “No”, respondió, “pero desde que cambió la sesión del viernes no cesa de preocuparme la idea de que se mudará muy lejos y no podré encontrarla; una voz de alarma me dice constantemente, ‘¿Dónde está?’”

En la siguiente sesión, sus asociaciones volvieron a girar en torno a temas sexuales y a sueños, los cuales habían pasado al primer plano –nuevamente, sensaciones sexuales en su cuerpo. “Sentí que Ud. intentaba ponerse en contacto conmigo ayer”, observó. Una ensoñación activa y el reinicio de estas preocupaciones conflictivas tendieron a seguir a esa sensación.

Pero en la medida en que avanzaba el mes en dirección a las vacaciones de verano, comenzó a haber una renovada regresión. Ella estaba planeando una gran muestra de su obra que, luego de una temprana corriente de entusiasmo, la dejó crecientemente exhausta, privada de placer. “No me siento particularmente conectada”, dijo. “¿A qué se refiere?” pregunté. “No parece que Ud. estuviera aquí como en la manera en que siempre ha estado; está apagada, callada” (su “desconexión” de una función de ese sentido de mí). No sentía que estuviera más callada, pero estaba preocupada por mí misma, cada vez más en la medida en que pasaba el tiempo sin que hubiera una palabra definitiva con respecto a qué hacer. Yo me decía que, con suerte, para la fecha de reiniciación de las sesiones esto se habría resuelto.

Tuvo un verano difícil, más interrumpido que lo habitual. Volvió, contándome una serie de desilusiones personales y pequeñas humillaciones en el trabajo, encargos y reclamos no queridos, a pesar de que la muestra en sí tuviera éxito.

Continuó, pero luego de un rato sus palabras comenzaron a proferirse más lentamente; dijo que no sentía mi ayuda. Me pregunté en voz alta si no estaría expresando así el enojo y el sentimiento de pérdida que acompañó a nuestra separación; no, ella sentía que yo simplemente no parecía comprender. Pronto volvió a sentir que no era útil, inclusive que era un caso perdido. Con el correr de los días, decía que parecía como que yo no quería oír lo mal que sentía. Pensaba que la olvidaba (quien ella es) cuando nos separábamos. Para describir lo que sentía utilizó una frase de cadencia poética, “viajar afectivamente sola”.

Tal vez ya hayan imaginado que cuando me referí a “pequeñas” humillaciones y decepciones, las estaba minimizando. En realidad, los dilemas que describía (ya sea con la iluminación o el espacio, la falta de ayuda, conferencias extra en la galería), no me

habían parecido suficientes para justificar tanta angustia, teniendo en cuenta el éxito de la muestra y el apoyo del novio. Debía haber algo más, pensaba yo, tal vez un desvío defensivo del placer del éxito, o el enojo persistente (aunque resistido) a causa de nuestra interrupción, o de mi estado de preocupación interno que podría estar sintiendo sin saberlo. Aquí había una paradoja: mi intranquilidad en referencia a mi propio estado de turbación podría tornarse preocupante por sí mismo, desviando mi escucha.

“No puedo simular que me siento diferente, o no lo haré,” me dijo un día; “es como zambullirse en el agua, qué pasaría si no supiera nadar (el riesgo la paradoja de que nadie estuviera mirándome) ¡pero también quiero que pase algo por *mi* iniciativa!” *Sentí que sería mejor que prestara atención a esa dimensión de búsqueda de autonomía.*

La Srta. B me contó que soñó que estaba con la familia en el mostrador de un restaurante lejano: “El mostrador estaba cubierto por una gran cantidad de menús y gran cantidad de cosas”, describió, “incluso intentar despejar un lugar era difícil. Yo estaba encargada de despejarlo. Se cayó un vaso, al igual que una taza, rompiéndose en pedazos. ‘Todo se está rompiendo en pedazos’, pensé, ‘tal vez sería mejor irse’. Entonces la moza dijo que debía pagar.” Ese fue el sueño.

La imagen que parecía inicialmente benigna (aunque fuera “lejana”), se transformó en desorden y desamparo, y en una mujer mercenaria, que no sirve de ayuda o indiferente, tal vez desvalorizada. Las imágenes mismas eran más superficiales que lo común en sus sueños, pero algo en el relato, algo vivo en su afectividad, una constricción disminuida en el tono de su voz, me conmovieron. El contenido de su sueño evocaba también un sentido de su actividad –estaba encargada de “despejar” un lugar. (Tal vez algo también se movió dentro de mí.) Pude captar la calidad de su experiencia de una manera en que no lo había logrado hasta ese entonces, pude ver más profundamente lo que había estado tratando de decir en cada uno de los acontecimientos del verano, más allá del éxito de la muestra, las decepciones, humillaciones y tareas impuestas aparentemente “pequeñas”; repasándolas, iluminé los pasos del desorden que estaban dispuestos ante ella, rompiéndose en pedazos ante ella, cayendo fuera de su control –una vieja historia que vuelve a la vida. “Es como”, decía, “si me estuvieran pegando repetidamente en la cabeza con un martillo y la única escapatoria fuera darme la cabeza contra la pared o suicidarme”. (No significaba que la Srta. B tuviera riesgo de suicidio; estos eran estados de ánimo.)

“Aún así, para el observador, inclusive para Ud. de manera racional”, le dije comprendiendo la situación con mayor claridad, “parecería, ‘No es tan grave; ¿por qué

no se corre y evita los golpes? O decir ‘¡No!’ con enojo, o ‘Solo Hazlo’. Lo que no se ve (lo que yo no veía) era el aprieto en el que Ud. se encontraba, el desamparo, la trampa que evoca.”

“¡Es exactamente eso!” dijo animadamente. “Se vuelve como lo que la realidad no es”. Tuvimos que redescubrir nuevamente este dilema central. Esta vez había sido más difícil; tal vez me había mostrado impaciente *con grandes* quejas sobre problemas aparentemente *pequeños*.

Tal vez puedan ver mi esfuerzo persistente por relocalizar en mí lo que condujo a la Srta. B a percibirme como lo había hecho –incluso si no lo había reconocido inicialmente. Había dicho que yo no quería escuchar lo mal que se sentía, que no parecía recordarla; no había visto eso en mí, pero terminé por entender, con ella, y de ella, cómo en realidad no le había prestado atención a las dificultades del verano, y había restado importancia a la búsqueda de dónde radicaba el problema –replicando el núcleo del conflicto de su vida. Interrelacionada en la medida que sea con otros procesos conflictivos y defensivos, la amenaza de sus sentimientos, cualquiera sea la manera metafórica en que se la exprese, la experiencia perceptiva de la Srta. B es *su* realidad (inherentemente intrapsíquica, el pasado en el presente), nuestra base de datos. Tal vez haya algo en esta posición –mi defensa de la persecución por vernos a nosotros mismos, nuestros valores y asunciones, la cual es sostenida, dolorosa y a menudo desapacible, a través de los ojos de los pacientes, a menudo inconsciente para ella, o resistida por ella, un reflejo que tal vez no tengamos conscientemente de otra manera y una perspectiva de transparencia (expresando aún el pasado, pero) detrás de la cual no es posible esconderse –que hace que mi posición sea tan a menudo, y por razones que parecen tan dispares, tan controvertida. Esto es así porque yo no renuncio a mi propio punto de ventaja, ni puedo escuchar sin una base teórica; no intento empalmar como tal, sino invitar a una reflexión a menudo rigurosa; debo formar mi propia visión separada para guiarme a lo que puede yacer escondido en la de mi paciente.

Con la Srta. B pude ver algo que resonaba con el sentido de mis propios problemas personales médicos, una resonancia a la cual me resistí. Visto desde afuera, parecía que todo lo que necesitaba era tomar una decisión y me sentiría mejor. Sin embargo, me sentía atrapada en mi incapacidad para hacer lo que resultaba perfectamente obvio y (como había dicho sobre las preocupaciones de mi paciente) “pequeño”. Solo tenía que moverme en una dirección o en otra, elegir un médico u otro. Mi desamparo al realizar una acción me atormentaba más que los asuntos médicos mismos. La solución a mi

angustia parecía simple para un observador, inclusive para mi ser racional (no era necesario que me golpeará la cabeza contra la pared) y sin embargo todo se había tornado tan grande y complejo, e inflexible. Tal vez también yo, tomando prestada su frase, había estado “viajando afectivamente sola”.

“Esta vez me entendió”, dijo al final de la sesión, “Gracias.” Tal vez habíamos pasado un punto crítico, pensé, esperando igualmente mantener el trabajo analítico en curso sin tener que hablar sobre mis preocupaciones personales. Pero esto no bastó. Cuando me enfermé de gripe y tuve que cancelar un día al final de la semana, me dijo, a mi vuelta, de manera muy lenta, que se sentía “demasiado sola, *durante demasiado tiempo* recordando la sensación de yacer en un lugar, como un niña, mientras todo el mundo dormía. Tenía miedo, quería que viniera alguien para estar conmigo, pero no podía llamar a nadie. *No sabía qué estaba mal.*”

Su sensación de desesperación creció. Se sentía crecientemente frustrada en el trabajo y con su novio, quien no entendía por qué estaba molesta –un resurgimiento del hecho de que ella no supiera qué era real y qué no.

Entonces, un día dijo: “Antes de que naciera mi hermano menor, mi madre tuvo un cáncer de piel para el que necesitó tratamiento de radiación. Debe haber habido una gran ansiedad”, reflexionó, pero “no *se dijo nada al respecto* - un recuerdo temprano de lo real / no real, el viejo ‘sé que hay un problema, pero no quiero saber qué es’”. Creo que hasta ese entonces no había sabido sobre el cáncer escondido de su madre.

Ese recuerdo me conmovió profundamente. Para ese entonces estábamos a fines de noviembre, a casi seis meses de mi primera biopsia. Había pasado un largo tiempo. Sentía que mucho de lo que mi paciente estaba describiendo podría haber sido evocado por un sentimiento de que algo no dicho estaba mal en el análisis.⁵ Llamé al Dr. G, mi consultante, diciéndole que creía que debía decirle algo a esta paciente. Le dije que de todos modos quería mantener la cautela, evitando imponer una ansiedad innecesaria o inhibir la expresión de la totalidad de sus sentimientos. Quería estar segura, dije, que no estaría haciéndolo para colmar mis necesidades, reconociendo de alguna manera que las cosas serían más fáciles para mí si se lo dijera. El Dr. G. estuvo de acuerdo, y me dijo que para esta situación tenía la “corazonada” de que sería mejor contar algo antes que

⁵. La literatura en referencia a que decir a los pacientes cuando el analista está enfermo no muestra antecedentes para este dilema en particular: No estaba faltando a sesiones; no existía una amenaza a mi vida a largo plazo; ni siquiera estaba enferma. El problema técnico estaba relacionado con mi estado interno, no con mi ausencia física, el potencial y ahora prolongado desvío de mi escucha analítica.

no contar nada, agregando que si el hacerlo era para su bien y *para el mío*, todo parecía estar bien. Eso me paró en seco. Me pareció una idea bastante desafiante, iluminadora y *liberadora*.

Y de este modo, le conté mi situación a la Srta. B, explicándole mi diagnóstico. Le dije que había habido varios intentos de escisión de la lesión, con cierta incertidumbre aún con respecto a si debería someterme a más cirugías o radiaciones. Enfatiqué el aspecto no invasivo de la enfermedad. Le dije que le contaba esto ahora debido al largo período de tiempo que había tomado para su resolución. Se mostró preocupada, pero en buena forma, y preguntó si había algo que pudiera hacer por mí. Agradeciéndole, le dije que teníamos que ver qué significaba lo que le había dicho, y que deberíamos controlar el riesgo de que se callara algo para protegerme, para mantenerme cerca.

En la siguiente sesión no hizo ninguna referencia espontánea a lo que yo le había dicho. Cuando lo noté, me dijo que había leído sobre mi enfermedad y se había tranquilizado. Me contó que tenía que ir al funeral de un amigo de la familia. Parecía que la muerte estaba en el aire, pensé, pero no estaba segura de que esa fuera su preocupación central. En una sesión, me relató el sueño de una conocida de ella que llevaba un cinturón de castidad, pero que se asemejaba más bien a un peto de armadura, como si quisiera protegerse. ¿Yo? Sus asociaciones eran escasas; decía que continuaba sintiéndose muy mal, incluso peor, *pero no a causa de lo que yo le había contado sobre mí*. Las imágenes de sí misma siendo rechazada continuaban sucediéndose.

Me sentí un tanto desmoralizada. Creo que había esperado, tal vez mágicamente (tal vez como en mi propio caso), que existiera algún tipo de adelanto –cualquiera fuera la dirección de su respuesta, tenía esperanzas en que por lo menos no se hundiría aun más. Sin embargo, se había tornado más desesperada, más remota y sin ningún vínculo aparente con lo que yo le había contado. Comencé a preguntarme, identificándome con las quejas del novio, si ahora también ella no estaría utilizando mis esfuerzos para favorecerla en su propia contra. Yo sentía que había algo en su sentimiento culposo de que algo estaba mal que tenía una calidad inflexible, que se evocaba de manera particular, según me parecía, cuando se esperaba una respuesta diferente. ¿Se trataba de una “reacción terapéutica negativa”? (Este intento de teorización, cualquiera fuera su racionalización, era tal vez una manera de liberarme de cierto grado de responsabilidad). Estaba cansada, a la defensiva, en cierto modo irritable. Le dije que tenía una imagen de ella como alguien que se hubiera quemado, y todos los esfuerzos para tocar(la) la hicieran sentir peor. (Pero lo que quería significar con esto no era “todos los esfuerzos

realizados hasta ahora”, los cuales eran, después de todo, todo lo que yo podía conocer.)

Entonces, reconociendo lo que estaba ocurriendo en mi interior y cómo estaba formulando una manera para cerrar la investigación, agregué: “Pero eso no quiere decir que no haya aún una manera que se pueda encontrar para ayudar a que la persona quemada sane.” La tensión de su cuerpo se aflojó; tal vez mi tono se había suavizado igualmente. Hablé de cómo en algún momento, con los acontecimientos del verano, ella había caído en un pozo del cual no había salido aún. Estuvo de acuerdo conmigo.

Decidí revisar las notas de nuestras sesiones del año anterior y algo me llamó poderosamente la atención al leerlas. Había habido una concentración mucho más explícita, aunque con flujos y reflujos, en su sexualidad –en sueños y asociaciones “triangulares”, de lo que yo había recordado. Aparentemente, se había movido en esa dirección de manera más consistente durante algunos meses con anterioridad al comienzo del verano (tal vez ya me hayan oído decirlo), desviándose solamente luego de ello. Aparentemente uniéndome a ella en este desvío, suprimí la extensión que habíamos atravesado a lo largo de este camino.

Cuando retornó, en la siguiente sesión, me dijo primeramente que aún se sentía mal. Compartí con ella el hecho de que el haberle contado sobre mi estado médico se debía a la preocupación de que el ambiente reinante podría haber intensificado sus problemas, pero ahora pensaba que era aun más que eso, que algo de donde ella había estado antes del verano pasado había quedado fuera de vista. Sentí (y tal vez hablé de ese modo) un renovado sentido de convicción. Con mucha ansiedad, me relató entonces un sueño sexualmente vivido que había tenido la noche anterior; había imágenes conflictivas sobre mirar o no mirar el pene de un hombre (“algo extraño al respecto”) y pensamientos vinculados con la niñez y el presente. “Aquí estaba Ud. antes de que las cosas comenzaran a tambalearse hace más o menos seis meses”, dije. “Sí”, coincidió, sintiéndose más ansiosa y secándosele la boca; continuó con sus asociaciones.

Su sueño había tenido lugar la noche anterior a la sesión, antes de tener algún tipo de respuesta a la revisión de mis notas. ¿Ella había vuelto a abrir este camino (tal vez ayudada por el hecho de que yo hablara del pozo), o acaso había recuperado yo mi habilidad para mantener el curso con ella? Sé con certeza que mi visión de nuestra dirección se ha vuelto más clara. (El tenor de sus asociaciones y sueños siguientes han confirmado esto.)

En una sesión sucesiva, me contó un sueño de dos edificios separados por un espacio. Ella estaba en uno de los edificios y quería pasar al otro, pero era difícil. Había agua jabonosa entre los dos y había que pasar a través de una entrada muy angosta y pequeña. Reconoció la sexualidad de las imágenes –aberturas, falos. Había una niña en el sueño, aparentemente tratando de pasar a través del agua jabonosa, “tal vez semen me sentí un poco presionada intentando llegar a donde intentaba llegar, pero no parecía imposible.” Sus asociaciones se inclinaron por el aspecto masturbatorio, y a pistas de una escena e imágenes primitivas: “Ver a aquella niña, yo misma, es realmente linda”, una visión nueva y cambiante. “Ese es un cambio causado por lo que hemos hecho; ¡es increíble!”

Continuó siendo un curso difícil, con tributarios complejos e imaginativos. En un instante, podría sentirme ida, habiendo ingresado ella en una corriente y yo en otra. Se mostraba especialmente preocupada cuando me veía cansada –como me había sentido más a menudo en el curso de mi tratamiento.

En una sesión me contó sobre la muerte por cáncer de una mujer mayor que ella conocía. Reflexionado sobre lo que esto podría evocar sobre mí, dijo: “No es tanto el miedo a perderla a través de la enfermedad; eso es más tangible. Es un terror más negro de soledad y abandono, que está siempre allí, y a lo que podría conducir. La experiencia interna que acompaña a esto es todo “balbuceo y lágrimas”, es por eso que las palabras son tan difíciles de encontrar; no hay palabras.”

Temor y terror, de abandono (y “caos”), suspendidos en el fondo. Cuando volvíamos a los impulsos sexuales, tal vez podía sentir que la estaba abandonando, tal vez por mi supuesto mayor interés en el hombre o chico, o mi apreciación de su perspectiva. Si dejábamos los temas sexuales, tal vez podía verse como un abandono de su empuje de maduración hacia adelante. A pesar de que eran atemorizantes, ella también quería hablar de estos sentimientos. En realidad, era capaz de emprender esos caminos, de ver su profundidad a veces caótica, como una consecuencia del trabajo que realizamos en lo real y lo irreal, en el que yo estuviera o no, en encontrar el misterio fuera cual fuera el problema. De esta forma se ha tornado menos dependiente de mi yo “exterior”, más capaz de mostrarse en desacuerdo o expresar su enojo directamente y ha comenzado en su interior a creer que podría ser capaz, atractiva y discerniente.

Luego de que contara a la Srta. B sobre mi condición, algo comenzó a cambiar. Paradójicamente, ello no ocurrió a causa del contenido específico de lo que había compartido. A pesar que el contárselo la haya tal vez ayudado a saber qué estaba mal,

tal vez el aspecto más importante haya sido mi reconocimiento de que había algo malo en mí y que podría haber afectado cómo había estado con ella.

Pero, de manera más notable, el contarle alivió algo en mí. Había llevado el peso de la incertidumbre de qué hacer (decir o no decir), cargando el peso de la retención y de mi culpa por no estar presente para ella como tal vez debería haber estado (incluso tal vez cargando el peso de un sentimiento de soledad). Luego ya no sentí que estaba replicando silenciosa y continuamente una vieja herida. Ya no sentí que estaba creando un sentimiento de engaño. Miré mis apuntes, tal vez sintiendo en algún nivel que había reprimido algo. Pude volver a oírla mejor; adopté una postura más determinada, menos ambivalente, moviéndome con mayor facilidad entre el material diádico y triádico. Menos sosa, me torné mas presente. Eso de por sí cambió el proceso más allá de una continua búsqueda de mí. De este modo, la dificultad había radicado no tanto en temas conflictivos evitados sino en una mayor pasividad de mi parte, tal vez algo en cierto modo similar a su “lánguida” madre, mezclado con su miedo a la pérdida, lo cual había cerrado la puerta a algunos de estos asuntos más cargados. No puedo decir que la Srta. B necesitaba que le contara, pero parece que yo necesitaba contarle. El Dr. G. tenía razón: era correcto para la Srta. B que le contara –incluso tal vez para mí.⁶

No presento este material como un argumento más amplio en favor de revelar asuntos personales a los pacientes. Comparto con ustedes una instancia particular para considerarla y debatirla, reconociendo, también que hablarlo públicamente de esta manera podría tener un impacto sobre otros pacientes, lo cual requiere una mayor cautela y reflexión. Me había visto atrapada en un acontecimiento doloroso durante demasiado tiempo, evocando una postura en mí que se ajustaba con sentimientos viejos y poderosos en mi paciente. Tal vez fui conducida a contarle como una representación, racionalizada por medidas aparentemente objetivas. Sin embargo, la Srta. B y yo trabajamos juntas durante algunos años y sentí, conociéndola, que podría manejar lo que le contara. (Algunos entre ustedes podrán pensar que no debería haber esperado tanto tiempo. Ella también lo dijo.)⁷

⁶. De tanto en tanto, oímos sobre casos en lo cuales algo especialmente eficaz ocurre luego de una auto revelación del analista; pero podemos preguntarnos si el cambio tuvo lugar a causa de la ganancia de información por parte del paciente, o si la revelación en sí misma reflejó un cambio en la posición del analista en relación con el paciente –una vuelta al camino del trabajo.

⁷. La Sra B. ha leído lo que escribí sobre ella. Aunque algunos sentimientos complejos puedan removerse, y ocurrió en su caso, he encontrado que compartir con los pacientes lo que podría presentar de nuestro trabajo puede ayudarnos a ver si, en diferentes niveles, la visión del paciente de lo que se ha revelado, y lo que importa del mismo, coincide con la mía. Mucho se puede aprender, y fue aquí el caso, del significado de cualquier diferencia –pero eso nos lleva en una dirección que escapa al alcance de este trabajo.

Podrán preguntarse entonces, sobre el impacto de mi propia historia de vida. ¿Acaso me había dejado tan sensible a temas de abandono y traición (de que no me hubieran dicho “la verdad”) que les di una prioridad infundada, o acaso me habrá permitido escuchar estos temas de manera más absoluta? La historia personal puede aumentar la sensibilidad de una persona y puede también apagarla. Los sentimientos evocados por la naturaleza de mi enfermedad actual pueden haber contribuido igualmente a mi apartamiento en connivencia con respecto a su sexualidad, o me ayudaron a encontrarla nuevamente. Tal vez mi capacidad cambiante para escuchar a la Srta. B refleje, a vistas claras, un aspecto ubicuo de interacción analítica –las vicisitudes continuas de nuestra capacidad para tomar parte de manera profunda en el mundo de otra persona. Nuevamente, tomando una expresión prestada de esta paciente, el analizando y el analista pueden estar, en diferentes momentos “viajando afectivamente solos”.

El “problema de la auto revelación” (Renik 1995) ha pasado a un primer plano como tema de interés y debate, y ha inspirado a un creciente cuerpo de literatura. Tal vez nuevamente, un antiguo debate, como el de Freud y Ferenczi, haya resurgido. La cuestión de cuánto revelar sobre nosotros mismos (sentimientos con referencia al paciente, respuestas contratransferenciales, hechos de nuestras vidas) constituye una preocupación central, técnica, ética y epistemológica. Después de todo, estamos aquí para explorar la realidad interna del paciente –que incluye su visión sobre nosotros. El hecho de que existan maneras incontables y continuas en las cuales compartimos implícitamente aspectos de nosotros mismos, a menudo más evidente para el paciente que para nosotros, es un asunto diferente con respecto a lo que contamos de manera explícita y consciente. Ese es otro campo de discurso y observación. Y, con seguridad, lo que creemos haber revelado y lo que el paciente siente surge de dos puntos de ventaja diferentes.

Puede haber sido un mito el pensar en el analista como una pantalla en blanco o una detrás de la cual el mismo puede esconderse; el abandono de ese mito se ha transformado en una llamada fuerte y segura. ¿No es acaso un mito igualmente el pensar que si revelamos algo nos volvemos más genuinos, más reales? Aún estamos eligiendo y seleccionando, aún obligados con respecto a nuestro propio proceso inconsciente.

Pensé que sabía cómo había abandonado a la Srta. B –a causa de mi enfermedad y mi preocupación con respecto a la misma. Eso fue lo que le dije. De ese modo no consideré que tal vez la abandoné en maneras que no conocía, que ella había sentido un tipo de abandono diferente del cual debería aún tomar conocimiento. Estaba tan centrada en mis

preocupaciones sobre nuestra interacción que no presté atención, de manera sostenida, a algo más (*perteneciente a ella*) –su iniciativa (su “valentía”), su sexualidad, su impulso hacia delante.

Me sigo asombrando ante las maneras misteriosas y poderosas en que nos interrelacionamos. El dilema de la Srta. B. (su ¿exterior-realidad o interior-realidad?) destaca este misterio. Y existe siempre aún otra dimensión autónoma además, algo que proviene del interior de cada uno de nosotros y que nos pertenece en exclusividad). La puesta de atención en nuestra dualidad no debe suplantar a la escucha de nuestra individualidad.

Con el reciente interés en la auto-revelación ha aparecido una creciente literatura sobre la enfermedad del analista y sus secuelas clínicas. Balsam y Balsam (1974) han escrito de manera conmovedora sus pensamientos en referencia a estos asuntos en la psicoterapia. Los trabajos elocuentes y en varias formas innovadores de Dewald (1982) y Avenid (1982) se han transformado en clásicos en esta materia –sobre decir o no, y sus significados complejos. Otros, escribiendo en una recopilación sobre el tema (Schwartz y Silver, 1990), defienden con ahínco la necesidad demás contribuciones del estilo. Entre ellos se incluye un removedor trabajo de Arlow que refiere su propia experiencia con la enfermedad y su negación en sus comienzos. Morrison (en el mismo libro) y, más recientemente, Clark (1995) escriben intensamente sobre el manejo del cáncer de mamas con sus pacientes, en tanto que Clark hace un llamado a que se preste atención al bienestar emocional del analista ante tales serias preocupaciones.

En estas instancias, la enfermedad del analista requirió una ausencia prolongada y a menudo inesperada; en algunos casos, la apariencia del analista se vio evidentemente alterada. Vi a mi propia circunstancia *de* otra manera. A pesar de que estos autores escriben de manera convincente sobre factores psíquicos importantes en juego en su caso igualmente, mis preocupaciones sobre cuándo y si contar, se vieron incitadas específicamente por mi potencial ausencia psicológica, no física.

Abend (1995), escribiendo sobre su propia enfermedad, describe la presencia de poderosas fuerzas inconscientes en el analista que llevan a la transmisión de material fáctico, sin importar cuan aparentemente objetiva (o justificada) pueda ser la *razón* que justifique contar: “En lo que respecta a los actos conscientes y deliberados de la auto revelación, es sabio... tener en mente la posibilidad de que podamos estimar realizarlos por razones diferentes a las que nos damos a nosotros mismos. No deberíamos sentirnos obligados a construir justificaciones teóricas para permitir que nuestras propias

naturalezas y necesidades afecten a la manera en que trabajamos, dado que no tenemos opción al respecto; después de todo, sólo podemos aspirar razonablemente a hacer lo mejor que podamos por nuestros pacientes” (p. 210). Mi experiencia con la Srta. B. me lleva a estar de acuerdo con esta afirmación. La observación del Dr. G. reconoce este hecho, que debe haber elementos, incluso escondidos para mí, que tengan que ver con mis necesidades y que no puede haber otra manera.

De este modo, también pido su indulgencia para las razones presentadas para revelar estos temas personales a ustedes. Lo hago sintiéndome al menos en buena compañía, alentada por los inspiradores trabajos de autores como Calder (1980), Eifermann (1987), Gardner (1983), Jacobs (1991), McLaughlin (1987, 1993) y Silber (1996), así como por los participantes del estudio *de* Kantrowitz (1996). Al compartir sus propias historias personales y reflexiones interiores con colegas, nos han guiado hacia nuevos caminos de la exploración psicoanalítica. Pero entonces Freud, a pesar de argumentar en contra de realizar auto revelaciones deliberadas a los pacientes (y a pesar de que existen llamativamente pocos informes sobre el efecto de su propia enfermedad en sus pacientes)⁸ había ofrecido hace ya mucho tiempo un modelo para utilizarse a sí mismo, a su propia persona, en el desarrollo de sus ideas y en la comunicación de sus hallazgos a su audiencia. Continúa con nosotros, vivo en nuestro pensamiento, hasta el día de hoy. ¿Estamos en el medio de un cambio de paradigma? Podemos reírnos nuevamente con la caricatura de Zippy, en tanto dejo esta cuestión a ustedes.

Bibliografía

ABEND, S. (1982). Serious illness in the analyst: Countertransference considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 30:365-375.

_____ (1955). Discussion of Jay Greenberg's paper on self-disclosure. *Contemporary Psychoanalysis* 31:207-211.

⁸. Schur (1972) escribe sobre la carta de Freud a Marie Bonaparte disculpándose por haber permitido que la preocupación por su cáncer le haya evitado reconocer cierto fenómeno de transferencia en su análisis (p. 382). Asimismo, cuenta sobre la advertencia que Freud realizara a una paciente (Eva Rosenfeld) para que no revelara la conversación sobre su enfermedad.

ARLOW, J.A. (1990). The analytic attitude in the service of denial. In *Illness in the Analyst*, ed. H.J. Schwartz & A.-L. S. Silver. New York: International Universities Press, pp. 9-24.

BALSAM, R.M., & BALSAM, A. (1974). *Becoming a Psychotherapist*. Chicago: University of Chicago Press.

CALDER, K. (1980). An analyst's *self-analysis*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 28:5-20.

CLARK, R.W. (1995). The pope's confessor: A metaphor relating to illness in the analyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 43:137-149.

DES PRES, T. (1976). *The Survivor: An Anatomy of Life in the Death Camps*. New York: Oxford University Press.

_____ (1988). *Praises and Dispraises: Poetry and Politics, the Twentieth Century*. New York: Viking Penguin.

DEWALD, P. (1982). Serious illness in the analyst: Transference, countertransference, and reality responses. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 30:347-363.

EIFERMANN, R.R. (1987). "Germany" and "ther Germans": Acting out fantasies and their discovery in self-analysis. *International Review of Psychoanalysis* 14:245-262.

GARDNER, M.R. (1983). *Self Inquiry*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

JACOBS, T.J. (1991). *The Use of the Self: Countertransference and Communication in the Analytic Situation*. Madison, CT: International Universities Press.

KANTROWITZ, J.L. (1996). *The Patient's Impact on the Analyst*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

McLAUGHLIN, J.M. (1987). The analyst's insights. *Psychoanalytic Quarterly* 57:341-369.

_____ (1993). Work with patients: the Impetus for self-analysis. *Psychoanalytic Inquiry* 13:365-389.

MORRISON, A.L. (1990). Doing psychotherapy while living with a life-threatening illness. In *Illness in the Analyst*, ed. H.J. Schwartz & A.-L. S. Silver. New York: International Universities Press, pp. 227-250.

RENIK, O. (1995), The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly* 64:466-495.

SCHUR, M. (1972). *Freud: Living and Dying*. New York: International Universities Press.

SCHWARTZ, H.J. & SILVER, A.-L.S., eds. (1990). *Illness in the Analyst*. New York: International Universities Press.

SILBER, A. (1996), Analysis, reanalysis and self-analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 44:491-362