

La fuga hacia la salud

consideraciones acerca de una forma de terminación del tratamiento analítico

Marta Békei*

Resumen

Se traza la historia del concepto *fuga hacia la salud* y se da su definición convencional, interrupción brusca de un tratamiento apenas empezado, con pérdida sorpresiva e inexplicable de síntomas.

Ilustrada con el análisis de un caso, se postula otra definición: *tentativa de elaboración de conflictos profundos y dolorosos, tentativa que fracasa en un momento cercano al logro de su finalidad en pacientes de intenso narcisismo, cuyo self no tolera el dolor que esta elaboración provoca*. Se estudian las condiciones de su ocurrencia y las características del proceso analítico que, dominado por resistencias narcisistas, termina en una reacción hipomaniaca encubierta por una fachada de normalidad. Se la considera como una forma de reacción terapéutica negativa benigna, aceptable para un tipo dado de personalidad en determinadas condiciones.

Introducción

La *fuga hacia la salud* es un concepto muy mencionado, pero sobre el cual se ha escrito poco; carece de una definición clara en psicoanálisis y en general tiene una connotación despectiva.

* Dirección: Malabia 2737, Buenos Aires. Argentina.

Encontré un solo trabajo (1953) que se dedica al estudio de esta entidad nosológica.³⁸ Menciona bibliografía, comunica un caso, plantea la problemática que constituye y la manera de inducirla. Como esta manera no es de técnica analítica pura —aplica la interpretación pero emplea terapia de apoyo para fortificar el yo y facilitarle una adaptación útil— no se la puede tomar en cuenta si se quiere considerar la *fuga hacia la salud* con un enfoque analítico. Sólo sirve como punto de partida para estudiarla psicoanalíticamente Train³⁸ define la fuga hacia la salud como “Una defensa psíquica inconsciente, Utilizada por alguien que ya sufre de síntomas neuróticos y que, al ser enfrentado con la amenaza intensificada del «retorno de lo reprimido», reacciona perdiendo sus síntomas para salvarse de más verdades desagradables”. Train hizo una investigación bibliográfica concienzuda Y no pudo descubrir el origen seguro de esta denominación Bergler afirma que Freud acuñó el término, pero en los trabajos de Freud sólo encontramos descrito el proceso 13 sin que se le dé nombre alguno.

Weiss adjudica a Victor Tausk la paternidad. Fenichel, en la *Teoría general de las neurosis* cita dos veces el término, refiriéndose a una fuga de un tratamiento psíquico doloroso 8 (electrochoque en neurosis de guerra) y a las mejorías transferenciales 9 que también pueden desembocar en una fuga hacia la salud. No menciona el origen del concepto ni da su definición.

A raíz de un caso analizado durante dos años, ejemplificaré lo que considero fuga hacia la salud desde el punto de vista psicoanalítico. Me ocuparé de esta forma de terminación de un tratamiento psicoanalítico, de su mecanismo de producción, de sus características, de la eventual posibilidad de prevenirla y de la utilidad o deseabilidad de tal prevención.

Me parece interesante el problema que plantea porque entronca con problemas candentes, con los criterios de curación y terminación del análisis y con las metas y límites del tratamiento psicoanalítico.

Es indudable que el caso que presento no coincide con la idea vaga, indefinida, que se tiene sobre el concepto de fuga hacia la salud como la interrupción de un tratamiento apenas empezado, con pérdida sorpresiva e inexplicable de síntomas.

El proceso que describo no es brusco. Es una tentativa de elaboración de conflictos profundos y dolorosos, tentativa que fracasa en un momento cercano al logro de su finalidad porque el *self* se defiende del intenso dolor que esta

elaboración provoca. Y según la experiencia de la mayoría de los analistas, esto fenómeno ocurre con frecuencia. Es mucho más frecuente que un análisis terminado, llenando las dos condiciones “ descritas por Freud: 1) que el paciente pierda sus síntomas y supere sus angustias e inhibiciones; 2) que el analista juzgue que bastante material inconsciente se ha hecho consciente que bastante material incomprendido se ha explicado y que bastante resistencia interna se ha superado, para que no haya que temer la repetición del proceso patológico. En *Análisis terminable e interminable*, Freud se refiere a las condiciones excepcionales en que esto ocurre 17 e investiga los obstáculos que se le oponen. Estos obstáculos son mucho más frecuentes que las condiciones excepcionalmente favorables que hacen posible una curación total.

Me referiré a un grupo de obstáculos que menciona Freud 15 porque son los que encontré en el caso estudiado y porque me parece que constituyen un conjunto que se presenta como resistencia preponderante en muchos análisis.

Uno de los obstáculos según Freud, depende de las características de la libido —o demasiado adhesiva o muy fácil de desprender—, que constituye una forma especial de resistencia al tratamiento, que no podemos localizar y que parece depender de condiciones fundamentales del aparato mental. Observa que todo este campo de investigación es muy extraño y poco explorado todavía.

Luego se refiere a otro grupo de casos, donde lo más llamativo es la falta de plasticidad, la falta de capacidad de cambio y desarrollo, una cierta inercia psíquica, característica de personas viejas, en quienes se la suele adscribir a la fuerza del hábito o agotamiento de la receptividad. Pero en estos casos se trata de jóvenes. En *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud adjudicó este tipo de resistencia el ello,” pero aquí observa 15 que “nuestro conocimiento teórico no parece adecuado para explicar esta reacción”. Investigaciones ulteriores ayudan a comprender mejor la naturaleza de estas resistencias. Los tres tipos de obstáculos descritos por Freud parecen ser distintas manifestaciones del narcisismo, distintas formas de ligarse el self al objeto. 1. La adhesividad de la libido corresponde a la relación simbiótica, la que englobe al objeto, del que no puede desprenderse; 2. la libido que casi no se liga, que se desprende con suma facilidad, corresponde a la relación autista, al *Self* que se encierra en sí mismo y sólo establece relaciones superficiales; por último, 3. la rigidez y la falta de plasticidad se deben a que el *self* se aferra a su imagen ideal. Se

defiende de cualquier cambio para preservar esta imagen ideal del *self* y bloquea así todo progreso en análisis (Rosenfeld, 1964).³⁷

En un artículo de 1950, Hartmann ²⁵ se ocupa de los conceptos freudianos del narcisismo. Sobre la base de las distintas referencias que hace Freud al narcisismo, dándole también distinta localización en épocas sucesivas. Redefine al narcisismo como la catexia libidinal del *self*, no del yo. Con esta definición se subsanan las dificultades que Freud encontró al tratar de adscribir los tipos de resistencia arriba mencionados a ciertas arcas del aparato mental. Al ocuparse de estas resistencias, y aunque no habla expresamente de narcisismo, sino de caracteres curiosos de la libido que se constituyen en resistencia, Freud destaca, como vimos, todas las características que últimamente se han adjudicado al narcisismo. Esta resistencia particular se debería entonces al intenso revestimiento narcisista del *self*, que según Levin (1969),²⁹ es el mayor obstáculo de todos los análisis: “El paciente considera la investigación de su narcisismo como una amenaza y rechaza ser víctima de nuestra curiosidad”. La fuerza de esta resistencia varía de persona a persona según el interjuego de factores constitucionales y vivencias posteriores, y determina, según mi opinión, el grado hasta donde puede progresar el análisis.

El caso que voy a estudiar para ilustrar este tipo de resistencia representa una situación extrema, un reforzamiento intenso del narcisismo por una privación temprana *aunque* corta de cuidados maternos. La brevedad de la separación fue la que permitió a la paciente alcanzar un desarrollo y equilibrio psíquicos aparentemente satisfactorios y la capacidad de analizarse cuando este equilibrio lábil se quebró. Creo que justamente por ser un caso extremo de una condición general, es apto para demostrar cierto tipo de actitudes y resistencias que encontramos en mayor o menor grado en todos los análisis y que, cuando alcanzan predominancia, determinan lo que designo como *fuga hacia la salud*.

historial clínico

Caty, una mujer de 33 años, cuidadosamente arreglada pero sin un toque personal, vino a verme por sentirse angustiada, deprimida. Se quejaba de

altibajos injustificados en su humor, ya que llevaba una vida familiar armónica, con un marido cariñoso e hijos sanos. Esta inestabilidad la puso alerta por el hecho de que le recordaba una experiencia pasada dolorosa. Y cuenta que dos años atrás, *después del nacimiento de su hija menor*, falleció su padre. No fue al entierro, pero al mes quiso hacer inducción del parto para poder ir al recordatorio. El parto se inició espontáneamente, pero hubo que darle anestesia, pese a que había sido preparada para el parto sin dolor. Fue un parto muy difícil. Tuvo *shock*, convulsiones, y luego cayó en una depresión profunda. Se desentendió de todo: permanecía en cama a oscuras, dormitando, sin comer ni bañarse. No quiso saber nada de la nene. Al ver que su estado no se modificaba, el partero le recomendó análisis. Se trató durante unos meses, pero apenas salió de la depresión interrumpió el análisis por vacaciones, que tomó anticipadamente. Luego pasó un periodo sin problemas internos. En una situación externa difícil se manejó bien hasta el momento actual, en que dos situaciones familiares la amenazan con nuevas pérdidas que la hacen sentir nuevamente al borde de la depresión.

Tiene una prima muy allegada a ella, enferma de cáncer. La necesidad de visitarla diariamente se transformó en obligación penosa que trata de evitar.

Su propia madre la enteró —después que ella había hecho oídos sordos al rumor— de que se quería volver a casar.

El contenido de toda la entrevista gira alrededor de enfermedades y muerte. Esto, junto con el tono del relato, me da la pauta para formular un diagnóstico de depresión neurótica,² de tinte paranoide. Además se destacan ciertos indicios que señalan dificultades específicas que será necesario enfrentar en su análisis:

1. *Tendencia a la huida*, manifestada al interrumpir el primer análisis, al querer inducir el parto, no llevar a cabo su embarazo/análisis y abortar, al escapar de las realidades dolorosas, penosas, como las visitas a la prima.

2. *Dificultad para soportar el dolor*, manifestada al necesitar anestesia en el parto, a pesar de su *preparación* para realizarlo *sin dolor*.

3. *Rechazo del bebé* que sale de su interior y que refleja su fuga del contacto con su interioridad, su fuga del *insight*.

4. *Intento de negar la realidad externa*, dolorosa, y de no enfrentarla. Esto está ejempli-

ficado por su conducta frente al casamiento de la madre.

Todas estas técnicas de evasión, que se manifiestan también en el contacto conmigo, son rasgos de conducta característicos de una personalidad narcisista. El análisis de individuos con narcisismo intenso se dificulta por el tipo peculiar de transferencia que establecen. Muestran una colaboración aparente, pero mantienen distancia y no permiten que nadie, ni siquiera su analista, se introduzca en su interioridad.

Caty hablaba mucho, pero en forma monocorde. Me inundaba con su material y ahogaba mis palabras. Poco a poco, sin embargo, apuntaron sus reservas y miedos, ya señalados. Las interpretaciones sirvieron para aliviar su angustia paranoide y le permitieron seguir viniendo. Al mismo tiempo, las interrupciones obligadas de su análisis aumentaron su ansiedad. Cada vacación que se acercaba intensificaba su angustia de separación. Sus defensas se movilizaban, y en tanto algunas cobraron fuerza, otras se debilitaron, y en esta lucha se abrieron brechas en su estructura narcisista. Algunas represiones cedieron y permitieron la recuperación de recuerdos.

Irrumpe así, en una sesión precedente a las primeras vacaciones analíticas, la historia de su propio nacimiento. Eran vacaciones de invierno, que yo iba a tomar largas por un congreso. Ella, prevenida, se anticipó a planear las suyas, pare dejarme ella a mí y que no fuera yo quien la abandonara.

Quiso visitar el lugar de su nacimiento, donde pasó los primeros tres meses de vida entregada a los malos cuidados de una sirvienta, ya que al nacer ella enfermó su madre gravemente: tuvo sepsis puerperal, hubo que transportarla a Buenos Aires. Su esposo la acompañó. Casi murió en el camino, mientras ella, Caty, la recién nacida, estaba al borde de la inanición, con alimentación precaria y mala higiene. Se describe a sí misma como un pajarito caído del nido, desolado, con las plumas arrancadas, sólo piel y huesos, y con la piel llena de llagas. A las tres semanas, al tener noticia de la recuperación de la madre, sus tíos fueron a buscarla y la resucitaron con dedicación y cariño. A los tres meses sus padres la llevaron a Buenos Aires.

Al relatar sus propios partos, llama la atención la forma en que reacciona inconscientemente con cada una de sus hijas las circunstancias traumáticas de su propio nacimiento. Cuando nació la mayor su padre tuvo un infarto y su madre fue operada. Caty abandonó a su hija recién nacida a los cuidados de

una sirvienta para atender a su madre. Cuando nació la menor murió su padre y ella cayó en una depresión tan profunda, que una nurse debió encargarse de la criatura, a la que ella no quiso ni ver al principio. Sólo a la madrugada, en secreto, se levantaba para mirarla.

Embarazo y nacimiento, pero también cumpleaños, movilizaron en ella angustias de muerte. Al comentar en una sesión la fiesta que preparaba para la confirmación de su hijo que cumplía 14 años, ligaba en sus asociaciones el cumpleaños con la muerte del padre: una muerte tremendamente invasora, un peligro que acechaba detrás del nacimiento, que iniciaba el pasaje del tiempo hacia la muerte, y del que cada cumpleaños era un jalón. Este ligamen explica que todo rito que implicara el paso del tiempo le fuera angustiante y que tuviera tal miedo de crecer, madurar, comprender, tener *insight*. Es lo que tiene que evitar por todos los medios, paralizando el tiempo, el ritmo del análisis, no cambiando. Su miedo al paso del tiempo y al dolor psíquico se manifiesta en sus actitudes y verbalizaciones. En una de las sesiones del principio saca un pañuelo de la cartera, se acuesta con el pañuelo en la mano y con los pies afuera del diván. Permanece callada un momento y luego dice, "Me cuesta empezar". Le señalo el nivel más superficial de su miedo, el miedo al dolor que deberá soportar si empieza a analizarse. Por esto se prepara de antemano para enjugar sus lágrimas. (Más profundamente, su dificultad para empezar muestra su temor a la marcha del tiempo, lo que sólo consigno para mí.)

Niega la interpretación, pero en el fondo la confirma cuando dice, "Para mí, sin embargo, la hora del análisis ha sido siempre algo aislado. Salí, me olvidé. Ayer no salí angustiada; sólo me dolió la cabeza y tuve que tomar aspirina."

Vemos aquí que, para defenderse del dolor mental que el análisis implica, aísla la sesión, localiza su impacto en el cuerpo/cabeza, donde lo aplaca con aspirina, o bien lo escupe, lo evacua, lo aborta en el pañuelo. Asoman sus defensas principales; somatiza, anestesia, evacua.

Estas defensas actúan también en su vida diaria e interfieren con sus contactos personales y su capacidad de goce. No puede dar y recibir en la relación sexual. Mostrar que goza le parece indigno. Tampoco puede tener relaciones sexuales con el marido si el único contacto con él tiene lugar en la cama. Querría que el marido estuviera más con ella, que la festejara y se dedicara a ella. Vive el sueño de novia, no de mujer madura. No puede ni oír hablar de cosas sexuales como nosotros, los analistas. Y cuenta con asombro

que presencié una hora de juego diagnóstico de su hija, donde oyó hablar a la analista con toda naturalidad del pito.

Es frígida con el marido, así como en el contacto conmigo se mantiene alejada. Sólo puede sentir si se fusione con un *partenaire* que se dedica totalmente a ella. Entonces no hay peligro de separación. O bien tiene que mantener distancia, como lo hace conmigo, porque vive mi acercamiento como un acto sexual, y mi comunicación con ella como una penetración. De mi palabra —pito/pene pare ella— se defiende con la anestesia sexual. Así evita la dependencia, lo que le asegura poder manejar fácilmente, llegado el caso, una separación.

No se comunica conmigo. Sólo me utiliza como continente en el que puede evacuar (*toilette brest*),³¹ en el que proyecta omnipotentemente partes de su seis que son indeseables porque producen dolor y ansiedad, y se cierra ante mis interpretaciones para que no le devuelva lo que ha proyectado en mí. De este modo se va sin angustia. (En sus asociaciones aparezco, por ejemplo, como el coche del marido, cargado de mercadería fallada, del que debe apoderarse y al que tiene que manejar.)

El día de su cumpleaños fallece su primo. Vive esta muerte como algo tremendamente destructivo, confirmación de su vivencia de que nacer es crecer, y crecer es ser separada y morir. Siente e la muerte ávida y el tiempo que pase, devorador. Todo proceso —incluido el analítico— que tiene que ver con el transcurso del tiempo, conduce a la muerte. Sus sesiones, después del fallecimiento de su prima, están llenas de muerte, de angustia paranoide. Trae noticias de muerte de parientes, amigos, conocidos o conocidos de amigos, al mismo tiempo que vive en contacto con sus muertos, cuya desaparición niega.

Tan invadida de muerte está, que en una sesión me siente muerta e mí. Está en silencio y de repente se da vuelta y me mira riendo, “Pensé que quizá se hubiera muerto usted también”. Pare librarse de la invasión de la muerte que la persigue, la ha proyectado en mí, pero la proyección no es lo suficientemente masiva como para defenderla de su angustia paranoide, tan llena de muerte y agresión se siente. Pero esta vivencia tiene también otro contenido. Siente que acercarse a le analista en la transferencia es devorarla, lo que implica su muerte. La forma de preservarla, entonces, es alejarse o irse: esto da a su fuga del análisis (hacia la curación) un sentido altruista, no sólo autoprotector. Interpreto que su vivencia de estar llena de destrucción es tan intensa que lo

invade todo, que tiene miedo de haberme matado a mi también, y que es este temor de devorar y matar con su avidez lo que la separe de sus hijos y de mí también, para protegernos. Incluye así en mi interpretación la tónica depresiva de su culpa.²³ Con esto cambia su actitud. Después de mirarme riéndose para ver si vivo, empieza de repente a temblar y a llorar. Dice con voz ahogada que mis palabras la han sacudido y se hunde en el silencio, no habla más en toda la hora, vuelve a encerrarse en su aislamiento y se repliega sobre sí misma. En este proceso conflictivo entre pérdida y preservación del objeto se debilita su coraza narcisista, percibe los límites entre su *seis* y el objeto/*yo*, puede sentir la muerte y la agresión como propias y considerar su objeto, su temor por él, aunque su angustia sigue siendo predominantemente paranoide. Es este proceso, sin embargo, el que le permite hacer ciertos progresos en el análisis: logra hacer algunas modificaciones que finalmente colmarán el límite de su tolerancia y la harán fugarse hacia la “salud”.

El reconocimiento de la propia agresión es tan doloroso, que sólo puede hacerlo indirectamente, a través de un sueño.²¹

“La noche del viernes el sábado tuve un sueño tan espantoso”, dice. “Soñé que había estado en una reunión; en un momento dede sentí que se me caían los dientes y corrí a un altillo. Conmigo vinieron mi marido, un corredor del negocio de antes y un amigo reciente. Me envolví con una manta para que no me vieran, porque sentí que me estaba desfigurando por radiactividad. Me miré en un espejo. ¡Era un monstruo! Ya no tenía boca, la nariz era horrible. Al ver esto le dije al amigo nuevo que fuera a comprarme pastillas para dormir, no medicamentos, porque sentía que el proceso que carcomía mi cara se propagaba, y atacaba mi tráquea y me iba a ahogar. «Y mejor para mí y para ustedes que me muera dormida, y no ahogada», dije. «No, te vas a curar», me dijo, «¿Crees de veras que puedo vivir así deformada?», le pregunté con terror. Cuando desperté me di cuenta de que el momento más angustiante era verme desfigurada y tenía temor a sufrir, no a morir.”

En sus asociaciones trata de relacionar el sueño con acontecimientos externos reales y no con su interioridad, con un sermón sobre la génesis y la bomba atómica (nacimiento y muerte).

Busca refugio en los objetos externos para que la defiendan de su mundo interno. “La única vez que recuerdo que tuve una pesadilla tras otra fue cuando era chica —hace 20 años— y vi *El fantasma de la ópera*. Tenía mucho miedo,

lloré desesperadamente y quise ir a dormir con mi hermana. Elle no quiso. Mi padre se levantó, le dio una cachetada, y elle entonces me admitió.”

Le interpreto que el análisis para ella es una escena de horror que se re-vela (fantasma de la ópera) y que le da mucho miedo ver lo que salió de su interior; que la boca voraz que carcome como el cáncer ya no está en su cara, está fuera de su control y la carcome a ella misma. Lo que expulsó vuelve como un fantasma, distorsionado.

Niega la interpretación. Aparentemente no hay nada de todo esto, “No siento nada que sea tan monstruoso en mí”.

Su narcisismo no le permite verse a sí misma —su interior— desfigurada. Yo, madre/analista, debo cargar con todo lo sucio, limpiarlo y no dejarla sufrir/ahogarse. Su miedo al agua, al ahogarse, a la profundidad, aparece a menudo en el curso del análisis, que también representa para ella los peligros de profundizar en su interior. Lo que la aterroriza en sí misma es su propia agresión, su envidia devoradora hacia mí; por eso el proceso destructivo empieza con la caída de los dientes por efecto de la radiactividad/luz del análisis, rayos que penetran. Próximo ya mi viaje al congreso, al señalarle la competencia con el marido, cuyo trabajo envidia, me contesta con una negación/afirmación, su modo característico de rechazar mis interpretaciones, “Sólo envidio a las delgadas y a los que viajan”. Entonces le interpreto su envidia manifiesta hacia mí, delgada, la que va a viajar, como aspecto superficial aceptable de una envidia más profunda. Envidia voraz, que no puede reconocer, con la que ataca y destruye mi capacidad intelectual y mi independencia, al rechazar y desvalorizar mis interpretaciones, sin permitirse aprovecharlas. Esta interpretación tiene un efecto sorpresivo y produce un momento de *insight* que hace posible su aceptación.

Tales momentos fugaces de *insight* aparecen cada tanto y permiten que, a pesar de la intensidad de su resistencia, el análisis prosiga lentamente y consiga ciertos logros. Pero estas interpretaciones efectivas y resistidas, que giran alrededor de su trauma temprano, de su injuria narcisista — relacionándola con sus características narcisistas, su miedo al *insight*, al cambio y al dolor—, agudizan al mismo tiempo las resistencias e interfieren con la débil tendencia progresiva de su yo. Su narcisismo no tolere que alguien haga algo por ella. Frente a cualquier separación revive el abandono, rechaza a la madre que la dejó y al padre que no le dio una cachetada pare que siguiera

adelante. Se las arregla, se trata a sí misma. En una sesión enumere en tono hipomaniaco una serie de modificaciones alcanzadas en todos los campos de su actividad externa, en sus relaciones de objeto reales, tanto familiares como sociales.

Aparte del aspecto señalado —mostrarse y mostrarme que puede y quiere desenvolverse sola— aparece su necesidad de un contacto social superficial que la proteja de estar sola consigo misma.³⁹ Porque estar sola la pone en peligro de entrar en contacto con su mundo interno, angustioso y persecutorio. De esto se defiende con el mundo idealizado de su núcleo familiar y con el mundo agitado de su círculo social.

Este aspecto externo de la organización de su Vida, socialmente aceptada y reconocida, se constituye en el núcleo defensivo central alrededor del que armará su fuga hacia la salud. Pero pese un año más en la lucha interna entre la parte que quiere saber y la que se opone, entre la que quiere analizarse y la que se resiste. Le resulta sumamente difícil estar presente emocionalmente en las sesiones. Se habla a sí misma con voz monocorde. Indirectamente percibe el carácter masturbatorio de su análisis. Relata en esta época un *sueño* donde se ve soñando que se masturbe y se pregunte si lo que hace en el sueño es masturbación. Lo que se pregunte en realidad es si es esto lo que hace durante la sesión.

No puede mantener una comunicación real conmigo. Evita el contacto hablándose a sí misma, masturbándose y negando la relación de objeto, o bien hablando rápida y torrencialmente, evacuando sus palabras, depositándolas en mí. Su dificultad de comunicarse por la voz se relaciona íntimamente con el sentido, conflictivo para ella, de todo tipo de salida de su cuerpo.

Nacimiento, equiparado a verbalización, la muerte. La salida de su propio espacio es vivida como una separación/ruptura del vínculo que se agudiza con la muerte de la prima y el cesamiento de la madre.

Sin embargo va elaborando estas separaciones y pérdidas, supera sus angustias persecutorias, que toman un tono más depresivo, en tanto que la depresión reactiva va cediendo y se hacen más visibles los aspectos histéricos y las somatizaciones.

Esto no es un proceso fluido de transformaciones que una vez logradas se

mantienen, sino que se trata de oscilaciones repetidas entre posiciones esquizoparanoideas y depresivas, y entre progresión y regresión, desde la fase oral hacia la fálica y viceversa. Repite así en su análisis el proceso evolutivo propio e intenta corregirlo³

Ye señalé que su depresión reactiva original, de tonalidad paranoide, fue dando lugar en el curso del análisis a síntomas histéricos y psicósomáticos, al ceder la depresión.

Estos rasgos histéricos, junto con la disminución de la depresión, se intensificaron y multiplicaron. Su frigidez, su dificultad de hablar de temas sexuales se manifestaron desde el principio. Pronto aparecieron un nudo histérico y a. versas fobias. Su contacto con los hijos tenía un carácter histeroide, los trataba impersonalmente, como a objetos que se manipulan, hablaba en el análisis de "mis varones" y "mis niñas". Pero este vínculo estaba determinado también por la relación narcisista preexistente. Cuando su relación objetal interna se fue modificando y le daba más capacidad de ligarse a objetos externos, pudo tratar entonces a los hijos como a individuos, a cada uno en su propio derecho. Ella misma sigue madurando, y de bebé hambriento se transforma en una niña compañera y no mame de sus hijos, lo que corresponde a la etapa histórica que está pasando. Luego cambia paulatinamente sus síntomas histéricos por somáticos. Se somete a un tratamiento antiparasitario intenso que le trae muchos trastornos. Se hace un tratamiento bucal —corrección de la mordida—, un procedimiento largo, doloroso, que bajo el lema de ser estético es mutilante. Prefiere hacerse arrancar los dientes, vehículo de su agresión canibalística, a que se le caigan desfigurándola (ver sueño) a consecuencia del análisis.

Tiene muchas dificultades con su dentista, que es una mujer amiga: siente que ésta la maltrata y abusa de ella. Desplaza y actúa afuera sus conflictos, principalmente en su relación con la dentista. En una oportunidad, cuando pierde una corona *jacket*, recién colocada, y la dentista no la atiende, se lo reprocha vehementemente. Después tiene remordimientos, la sensación de haber sido injusta y miedo de que la otra se esté mortificando por ella. La llama para tranquilizarla y comunicarle que arregló su problema.

Este episodio muestra cómo la angustia persecutoria da lugar a la depresiva (por lo menos en este momento) y al deseo de reparar. Reparar en la doctore/analista los daños que siente que puede haber provocado por su ira,

sus agresiones no expresadas. Pero también muestra otra faceta de su necesidad de mantenerse alejada de mí, de no hacerse amiga, ya que a la amiga no se le puede exigir. (El hacerme dentista, además, tiene una implicación muy interesante. Señala que tiene un *insight* inconsciente de que su conflicto fundamental es oral.)

Al mes siguiente en una misma noche, tiene dos sueños que representan una fantasía de curación muy dolorosa y angustiante, pero exitosa. En el primer sueño está desdoblada. Es una madre joven, enferma de la sangre, con una criatura (su yo infantil) a la que envenene para protegerla de su enfermedad.

En el segundo sueño se ve trabajando en la fábrica con su marido, con gran ímpetu, 'Era toda una revolución de trabajo: subir y bajar con mucho empeño, esmero y satisfacción'. Siente que tiene que matar su parte enferma infantil para poder curarse ella —mujer joven muy enferma— y poder transformarse en una mujer madura con una relación sexual satisfactoria, placentera.

En esta época tiene muchos sueños que facilitan el reconocimiento y la elaboración de sus aspectos temidos y negados, que sólo indirectamente en forma de sueños, tienen acceso a su mente .4

Sueña que elimina una lombriz solitaria: va al baño y siente que se asoma la lombriz; ella tira y tira, pero no sabe si salió toda. Es su visión fecal del análisis, que complementa la tendencia oral sádica hasta ahora dominante.

En general está más integrada y se siente con más fuerzas para proseguir el tratamiento. Al referirse manifiestamente a su tratamiento antiparasitario dice, "Saber que tiene un curso y un fin me lo hace más llevadero. Sé que debo pasar momentos desagradables y que hoy lo puedo decir porque me siento mejor." Si traducimos esto a su tratamiento psicoanalítico, vemos que ella misma comprende que su tolerancia y aguante del tratamiento penoso dependen de fuerzas internas que no puede gobernar.

El día antes de irse para las vacaciones de invierno, que este año se toma sin conflictos aparentes, ya que yo no me voy, viene diciendo, "Así como vine a llorar lágrimas de sangre por lo que me costó aceptar el cesamiento de mamá, le quiero contar que ahora estoy muy tranquila y contenta, porque veo que mi mamá está muy bien acompañada". Y refiere actitudes de cariño y amistad de parte de la pareja que le llenan de satisfacción.

Cuando se está separando de mí, repitiendo activamente lo que sufrió pasivamente de niña, elabore el dolor dosificándolo, y también puede separarse de la madre, aceptar su unión con un hombre. Pero hay todavía mucha pena negada, dificultades con las vacaciones. “Si no estuviera todo pago me echaría atrás. En cualquier forme, espero no arrepentirme.” En el fondo está muy desesperada. Es la chica que juega a la mamá, y de repente el juego se vuelve serio. Ubica las angustias persecutorias en el cuerpo. Se siente físicamente mal, deshecha; corre al dentista y al clínico por la mordida y por el tratamiento entiparasitario que le descompone. Los parásitos son objetos muertos, pecho/pezón y pene destrozados: son sus muertos, que antes llenaban las sesiones. Los controle ahora en el cuerpo y aplaca así su angustia. Lo que aparente ser una elaboración de la angustia de separación es solamente su intento, que sólo se logre parcialmente a través de la somatización.

Vuelve de las vacaciones —que pasó en compañía de sus hijos como otra nene—, pero con algo más de *insight*. Comprende que mucho de lo que consideró orgánico puede ser psíquico.

El análisis puede enfocar entonces sus síntomas físicos, que disminuyen lentamente en intensidad.

Mientras tanto, sigue elaborando su trauma de abandono y la angustia de separación, proceso consiguiente que se refleja en dos sueños separados por dos meses de trabajo analítico. Ambos sueños constituyen intentos de elaboración, niegan la situación traumática original, la transforman en algo placentero y glorioso. Su tinte hipo-maniaco es un aspecto característico de su huida hacia la salud.

El primer sueño es una representación del nacimiento de Eliana, la hija menor. Se ve en el jardín, muy grande y florido, de una clínica privada. Le visita mucha gente de todas las generaciones. En sus asociaciones aparece una chica muy liberal (que representa sus aspectos sexuales liberados) que se había acostado con más de uno y luego se cesó y tuvo un hogar e hijos.

En el sueño revive, cambiándolo, su nacimiento. Renace distinta a través del análisis. Ya no está abandonada y se ha liberado de sus inhibiciones sexuales. Se ve en un jardín lleno de flores, de vida, de amor, rodeada y en buen contacto con gente de todas las generaciones, con Sus mayores (sus padres), con sus congéneres (su marido) con sus hijos.

En el otro sueño, dos meses después, intenta elaborar su angustia de separación, que a raíz de la revivencia mitigada del abandono original que refleja el sueño precedente, está disminuyendo en intensidad.

Sueña con un amigo que vive en el interior. Se estaba separando del socio y venía a Buenos Aires. Ellos iban a buscarlo a Ezeiza y se encontraban con un montón de periodistas que lo esperaban para interrogarlo, como si esta separación fuera un hecho muy glorioso. Pero el amigo no atendía a los periodistas, les decía que más tarde los vería y se venía con ellos.

Asocia llorando un episodio, muy doloroso, en que su marido se separó de los socios. Le pegaron, lo despojaron de lo suyo, fue tremendo.

Indudablemente, lo que revive es su propia separación y abandono tremendo, tanto el nacer como ahora conmigo. Pero lo transforma en un hecho glorioso. Es ella la que se va, la que viaja y se separa activamente, contenta de su independencia.

Sigue una serie de sueños elaborativos de separación y muerte, pero muerte parcial, de unos aspectos de ella representados en el sueño por la hermana. En otro sueño mi consultorio es un cementerio donde deja a sus muertos.

Al separarse de mí se liga más al marido, me sustituye con él y se permite (y le permito) ser más mujer, aunque con reservas. Tiene sueños sexuales, pero de una sexualidad infantil, oral. La sexualidad madura aún le está vedada.

Todas sus sesiones de las últimas semanas giran alrededor de la terminación. Evalúa sus cambios y puede sentir gratitud y deseos de retribuir, compensar, ayudar a otros.

Dice, "Físicamente estoy mucho mejor. Ni la milésima parte de lo que tenía. No volví a tener los ahogos [nudo]. Sólo persiste un leve dolor en la boca del estómago. Siento que puedo dejar ahora el análisis. Tengo más armas para luchar. Ayer hubo una pelea entre los chicos y la manejé muy bien."

Le semana siguiente plantea que quiere dejar el análisis unos días antes: "Pensé en el miércoles 22. El 22 es una fecha importante y linda para mí. No sé si dejar el análisis es algo lindo, pero todas las cosas importantes me pesaron un día 22: el primer beso, el cumpleaños. Ahora, mientras venía caminando, pensé que usted va a interpretar que quiero dejar el día que yo dispongo."

Sin embargo, yo siento que se ha efectuado un cierto cambio. Han

disminuido su narcisismo y su *necesidad* de manejar; *no* vive ya con tanta angustia el paso del tiempo y los cumpleaños como muerte, sino como renacimiento, y así quiere vivir la terminación de su análisis: esto está dado por la fecha en que se propone terminar. Y así se lo interpreto.

“Así lo sentí yo”, dice. Pero en esta misma sesión revela que esta terminación feliz no significa la elaboración total de sus angustias de separación (ansiedades depresivas y paranoides simultáneas), sino tan sólo su disminución. Aún persiste la vivencia del embarazo/análisis como peligro. Habla de un sobrino cuya madre falleció de linfogranulomatosis al año y medio de haber nacido el hijo, y a quien siempre tenía rabia porque con su nacimiento había surgido la enfermedad de su madre. “Pensé que el tumor había crecido con el embarazo, y que si no hubiera quedado embarazada, el tumor habría quedado chico”, dice. Es decir, si no sigue con su embarazo/análisis, si aborte, no caerá nuevamente en la depresión posparto. Sin embargo, su angustia ha disminuido, y en una de las últimas sesiones *podrá* revivir la muerte del padre, cuando a raíz de las preguntas de sus hijos sobre la terminación del tratamiento, compare esta muerte con la terminación de su análisis. Ella, un poco perpleja, ha tratado de explicar a sus hijos el significado del análisis. Se comunica con ellos, percibe su cambio de actitud ante una pérdida que ahora, aunque la perturbe, ya no la enferma.

“Cuando murió mi padre [empieza a llorar] les dije: no me hablen a mi, háganle a papá. Ahora, cuando me pueden hablar, no sé qué fantasía se les ocurre. Quise aclarar para tranquilizarlos”

Pero a quien quiere tranquilizar es e su parte infantil que se dice “esto no es muerte, no es final”; es ella misma, que no quiere reconocer el dolor de la separación. Ahora puede hablar aún. Pero si prosigue, le separación será más dolorosa, porque ahora empezó a sentir en la relación conmigo, a ligarse. Entonces debe concluir para no enfrentar luego una nueva depresión y caer en el mutismo.

conclusiones teóricas

Los principales aspectos de la historia de Caty son los siguientes:

1. Tendencia a la depresión neurótica que amenaza con perturbar su equilibrio narcisista cada vez que surge una pérdida importante que reactive la situación de abandono original sufrida después de nacer.

2. Miedo de esta experiencia dolorosa, lo que la lleva a tratar de fugar del *insight*, del dolor y de la depresión que le son intolerables.

3. Narcisismo que condicione esta intolerancia y que se refleja no sólo en el tipo de transferencia narcisista,⁶ autista²⁸ y simbiótica que establece, sino también en las defensas que emplea contra la angustia paranoide amenazante y la culpa persecutoria y envidia subyacentes.

4. Ciertas modificaciones sintomáticas que logra a pesar de su intensa resistencia narcisista:

desaparición de la depresión, aparición de síntomas histéricos y somatizaciones que en el curso del tratamiento también disminuyen en intensidad, aunque no desaparecen.

5. Un estado de aparente salud de tinte hipo-maníaco, con el que termina su análisis, y se produce su fuga hacia la salud, para escapar del dolor de la depresión, que intuye.

Desde un punto de vista externo, nada delate que la “normalidad” alcanzada sea sólo aparente. Sus relaciones interpersonales, familiares y sociales se han vuelto más cálidas, directas y tolerantes. Ha cesado su depresión, y participa activamente en la vida del núcleo familiar y de su comunidad. Sólo sus sueños me alertan acerca del carácter hipomaníaco de estas transformaciones. Esos sueños, que han sido su medio de comunicación principal durante el análisis, tienen al final una tonalidad maníaca intensa, muestran una realidad transformada en *cuento de hadas*, me impulsan a investigar a fondo la naturaleza real de sus cambios.

Vemos, pues, los cambios efectuados por Caty más allá de los cambios sintomáticos, desde los puntos de vista de la teoría objetal kleiniana y desde los puntos de vista de la metapsicología freudiana.

Su relación objetal, viste a través de la transferencia, dejó de ser narcisista; ha podido discriminar seis y no seis. Ya no soy una parte de ella en la que evacue y sobre la que dispone (o a la que maneje), sino una persona separada, con sus propios derechos. Soy su analista, pero para poder reconocerme como tal y contrarrestar mis aspectos persecutorios, me idealiza y después establece conmigo una identificación imitativa, histérica, superficial¹⁰ (se hace analista del marido), sin establecer una relación objetal madura.

Sus objetos internos, crueles y devoradores, se mitigan, ya no amenazan con aniquilarla por completo. Sus sueños de angustia se modifican y ya puede

luchar contra la destrucción. Pero su confianza en la bondad de sus objetos es todavía débil, como demuestran sus últimos sueños, donde tiene que negar, maníaca y omnipotentemente, su peligrosidad. Tiene que declarar-se sana, encapsulando sus objetos temidos y evitando así la angustia de tener que reconocerlos como propios, con la depresión consiguiente.

En uno de los últimos sueños represente dramáticamente el cambio: se separa de un socio del interior, de un socio que come, toma y no reconoce, de su yo narcisista; pero la escena es demasiado victoriosa. Maníacamente transforma en algo glorioso una vivencia pasada muy humillante.

Su angustia y culpa paranoides —paralelamente con la mitigación de la crueldad de sus objetos—, también disminuyen, dando *lugar* por momentos a una angustia depresiva (ver el pesaje en que me cree muerta y le llamada a la dentista).

Hay un intento de *reelaboración de sus duelos* a través de la separación de mí y de la terminación del análisis. Mientras en el curso del análisis hay señales continuas de sus duelos no elaborados (*trata* a sus muertos como vivos, disca el número de teléfono del padre fallecido hace dos años), al final del tratamiento, cuando los hijos le preguntan qué significa la terminación del análisis, ella misma la compara con el final de la vida del padre, con la muerte. Contrapone sus actitudes de entonces, cuando se aisló “cayó” en una gran depresión y no pudo hablar, con las de ahora, cuando se comunica con sus hijos, los quiere y les puede explicar. Hay sin embargo mucha negación en esta elaboración del duelo, del dolor de separación. ‘Todo se va dando para que la despedida sea linda’, dice. No admite ni sombra de tristeza.

Considerado con el enfoque metapsicológico sistematizado por Reppaport, 33 los cambios son paralelos y también limitados, en todos los aspectos.

1. Desde el punto de vista estructural

En el superyó los objetos internalizados se modifican y se vuelven menos exigentes (por ejemplo, se permite gustos y gratificaciones que antes no podía darse).

Se reestructure su yo. Hubo una revisión de las represiones y se han reorganizado parcialmente las defensas. Pudo traer a la memoria un recuerdo doloroso en vez de reactivarlo. Pero la fuerza del yo no basta para tolerar el

recuerdo doloroso en su magnitud real. Sigue usando defensas maníacas para transformar el recuerdo en algo placentero.

2. Desde el punto de vista genético, evolutivo

Al efectuarse una progresión en la dominancia de los instintos pregenitales se modifica la calidad de los instintos parciales. La oralidad devoradora, canibalística, ha sido sustituida parcialmente por la analidad, por la tendencia menos destructiva a expulsar y evacuar (ver sueño de la lombriz solitaria) y luego por una genitalidad aparente que sólo es una genitalidad fálica, histérica, no madura.

3. Desde el punto de vista dinámico

El conflicto original (depresivo) entre el superyó acusador y el yo culpable se resolvió y fue sustituido por un conflicto histérico entre el yo y el ello, entre los deseos incestuosos prohibidos que pudieron despuntar cuando alcanzó la fase fálica y las represiones del yo. Síntomas residuales de este conflicto estaban aún presentes al terminar el análisis (frigidez ocasional, rudimentos del nudo histérico).

4. Desde el punto de vista económico

Se liberaron partes de las catexias ocupadas por represiones (recuerdo rememorado) y las ligadas por el duelo no elaborado, que pudieron ser invertidas en relaciones libidinales, en la transferencia modificada y en la realidad externa.

5. Desde el punto de vista adaptativo

Los cambios se observan en la relación del yo con el mundo externo. Al adquirir mayor comprensión psicológica y al librarse el cuántum de libido fijado en sus objetos perdidos y no abandonados, Caty estableció una relación mejor, más comprensiva y de más afecto con los hijos y el marido, y asumió un papel activo y reconocido socialmente en una comunidad religiosa, estableciendo relaciones múltiples, aunque superficiales.

Desde todos los puntos de vista examinados hay, pues, *cambios internos*, pero todos parciales, si se los considera con criterio analítico.

Juzgados *desde afuera*, sin embargo, los logros alcanzados por Caty parecen satisfactorios.

De mujer deprimida, aislada y aplastada por el peso de sus obligaciones, llena de quejas y protestas, se transformó en una mujer comprensiva, satisfecha, dedicada a sus hijos y marido, socialmente activa, trabajando por la comunidad.

Vistos estos diferentes tipos de cambio, internos y externos, reales ambos, pero incompletos los primeros, mientras que los segundos son aparentemente satisfactorios, se nos plantean varias interrogantes, I. con respecto a la *naturaleza* de este cambio y los factores que lo hicieron posible; II. con respecto a la *conveniencia* de este tipo de cambio. Si se lo puede aceptar o no como desenlace de un tratamiento en ciertas circunstancias y en ciertas personalidades.

La primera interrogante exige la revisión del problema de la reacción terapéutica negativa.

En su estudio exhaustivo de la reacción terapéutica negativa, Joan Rivière³⁸ distingue dos grupos principales de individuos: 1) los descritos por Freud, los que empeoran al mejorar Porque su superyó no les permite curarse, e interrumpen su tratamiento; 2) los que no lo interrumpen, pero no mejoran, no cambian, y sin embargo se aferran al tratamiento. Son individuos de un intenso narcisismo, ya descritos por Abraham¹ y tratados también por Melanie Klein²⁷ quien achaca la ineffectividad del tratamiento a la intensa envidia de estos pacientes, intolerable para ellos, signo esencialmente narcisista. En su artículo *Sobre la psicopatología del narcisismo*, Rosenfeld²⁹ trata extensamente los escollos con que tropieza el análisis de este tipo de personalidades. Todos concuerdan en que las dificultades son generalmente invencibles, pero si se logra romper la coraza se puede alcanzar la curación. A la misma conclusión llega Cesio¹ en el tipo de reacción terapéutica negativa descrito por él (el letargo).

Ninguno plantea la situación intermedia, un cierto grado de modificación que se consigue gracias a una disminución parcial del narcisismo, con lo que el paciente llega al límite de su posibilidad de cambio, al límite de su tolerancia al

dolor psíquico, y se fuga hacia la salud, perdiendo sus síntomas. Tanto Joan Rivière como Greenacre describen sin embargo situaciones similares, pero como consecuencia de un dinamismo distinto.

Joan Rivière se refiere a una curación parcial, no advertida por el analista, que se deja engañar por el naciente. Es el caso de ciertos pacientes narcisistas que pueden admitir al analista idealizándolo, convirtiéndolo en su ideal del yo. Racionalizan así su amor dominante y hacen una reparación parcial, negando el verdadero carácter agresivo de su amor y su culpa inconsciente. Su mejoramiento está basado en un sistema defensivo maníaco. Son dados de alta, aparentemente curados, porque su falsa transferencia es un golpe para el narcisismo del analista, quien no repara entonces en la manía y no la analiza.

Al referirse a la transferencia idealizada, Greenacre 24 comenta una reacción similar, que observa en un grupo de pacientes que han sufrido una privación emocional temprana, pero no muy intensa.

Creo que la posibilidad de Caty de haber podido lograr, pese a su injuria narcisista temprana y grave, cierto tipo de cambios en el curso del análisis, estuvo dada por las características especiales de la privación que sufrió. A pesar de la intensidad del trauma original (al nacer fue abandonada por ambos padres a los malos cuidados de una sirvienta), su duración fue corta y las experiencias ulteriores, gratificantes, reparadoras. Fue acogida de nuevo por su familia, curada y reconfortada. Recibió cuidados y amor y pudo introyectar padres buenos, contrarrestando y aplacando la crueldad de sus objetos primitivos y mitigando su narcisismo. Esto le permitió luego analizarse, aunque con limitaciones.

Juzgadas desde este punto de vista, tanto la capacidad de analizarse como la indefectible terminación del análisis al llegar el límite de su tolerancia al *insight* y al dolor mental estarían dadas en las condiciones personales de Caty, por las características de su injuria narcisista.

Pero al estudiar la naturaleza del cambio creo que es inevitable que nos formulemos un segundo problema: el papel del analista,¹⁶ de su ideología y personalidad en la posible facilitación de este tipo de desenlace. Ya que el narcisismo de Caty pudo ser modificado en el curso del análisis, ¿no fue su *fuga hacia la salud* algo evitable, algo que se hubiera podido prevenir? ¿No fue consecuencia de una actitud iatrogénica?

Tanto Racker 32 como Grinberg 21 plantean esta posibilidad. Racker

sostiene que son las actitudes del analista, por su deseo de llevar a su paciente a alcanzar metas sobrevaloradas (como por ejemplo la independencia y la liberación instintiva), las que llevan al paciente a usar defensas maníacas contra el *insight* y el dolor y a fugarse hacia la salud, tengan o no tendencias para ello.

Para Grinberg (citando varias opiniones) la técnica del analista de querer aliviar la culpa del paciente sin hacerla consciente puede conducir a actitudes maníacas y a la fuga hacia la salud.

Considerando el tratamiento y su terminación desde el punto de vista del analista, debo cuestionarme en qué medida mi deseo de aliviar sufrimientos puede haber impedido que insistiera en proseguir la cura. Y en qué medida mi convicción sobre ciertas limitaciones naturales del tratamiento habrían podido influir también, y como pienso con Freud que cuando tropezamos con el fondo biológico, no podemos seguir más adelante. En circunstancias favorables podemos lograr que un individuo se libere de inhibiciones y prohibiciones internas, que asuma sus culpas y las elabore, facilitándole así que desarrolle capacidades mutiladas por su neurosis. Pero es necesario que estas capacidades existan ya en germen, no podemos crear nuevas.

¿En qué medida fue mi técnica el factor desencadenante de este desenlace del análisis? Investigaré esto punto con detalle, porque es un factor que se puede observar y examinar con criterios analíticos, y que permite hacer deducciones valaderas, aunque no generalizables.

Mi técnica no ha sido de apaciguamiento. Mis interpretaciones se centraron alrededor de su culpa, que era persecutoria y depresiva 22 al mismo tiempo, ya que se originó en un abandono temprano, en una injuria sufrida por ella —y también, a la vez, su nacimiento puso en grave peligro la vida de la madre—. De allí que nacimiento y muerte han estado siempre tan ligados para Caty, como lo señalé continuamente en el análisis. Creo que la reacción hipomaníaca se produjo justamente a raíz de mis interpretaciones centradas alrededor de la culpa y el trauma, y mi insistencia en ellos en un momento muy cercano ya a la elaboración de su culpa, lo cual no aguantó, y puso fin a su análisis dándole un tono festivo a la terminación. Se fuga de una nueva depresión, *hacia la salud*, una salud aparente.

Ya que mi enfoque fue justamente el que se menciona como preventivo de la defensa maniaca, el desenlace no debe ser consecuencia de la técnica

utilizada, sino de las características personales de la paciente.

Entonces surge otra interrogante: la *conveniencia* o no de la fuga hacia la salud. Se impone la pregunta de si el tipo de curación alcanzado por Caty, que le ayuda a manejarse en su medio familiar y en su ambiente con mutua satisfacción, a sentirse y ser útil, es un logro despreciable, aceptable o deseable.

Con la personalidad incolora de Caty, con la “falta de toque personal”, con sus capacidades intelectuales medianas y sus inquietudes centradas alrededor de problemas familiares, reales y poco modificables (madre de cuatro hijos), con sus prejuicios cristalizados y reforzados por el miedo en que estaba firmemente asentada, ¿habría podido hacer otro tipo de cambio con un analista diferente? Y ¿habría sido deseable para ella otro tipo de cambio?

Con esta pregunta llegamos al núcleo central de estas preguntas planteadas hasta ahora y cuestionadas repetidas veces desde Freud por numerosos analistas: a las metas y posibilidades del análisis.

En *Análisis terminable e interminable*, Freud da una visión bastante pesimista de los posibles logros.¹⁸ Considera excepcional y resultado de la coexistencia de condiciones favorables (origen traumático tardío, yo poco alterado, fuerza de instintos mediana) “que se pueda capacitar al yo, a través del análisis, que consiga mayor madurez y fuerza y revise sus represiones viejas; que demuela algunas y reconozca otras, pero que las reconstruye en un material más fresco y sólido”. Concluye diciendo que si hay alguna posibilidad para lograr esto, debe ser con un análisis más largo, no más corto. Pero en una carta a Fliess 19 —cierto que 38 años antes que este artículo—, se conforma con resultados más modestos, con una curación aproximada, con haber logrado resolver el enigma del paciente casi totalmente, con todo su ser cambiado, en condiciones excelentes y con algunos síntomas residuales.

En una mesa redonda 31 realizada en Estados Unidos, veinticinco años después sobre *Análisis terminable e interminable*, no se ha llegado a conclusiones más alentadoras. Uno de los participantes —Valenstein—, cita a Freud, que dice que la finalidad del análisis es “reemplazar el sufrimiento neurótico por sufrimiento normal”, y recomienda fijarse objetivos más modestos.

Creo, con Baranger,⁵ que nuestros fines no deben ser absolutos, sino que debemos adaptar nuestro objetivo terapéutico a cada paciente. En algunos, aceptar la fuga hacia la salud como el máximo logro posible; en otros, proseguir

el tratamiento hasta conseguir un cambio radical, pero egosintónico que el paciente pueda aceptar, lo que significa —tal como Hartmann²⁶ amplía la definición de Freud— que alcance una capacidad de amar y trabajar, pero también de sufrir y de estar deprimido. Esta última condición es la que no pueden lograr los pacientes que se fugan hacia la salud y la que determina que esta fuga sea una forma benigna de la reacción terapéutica negativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham, K.: **Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico**. Psicoanálisis clínico. Editorial Hormé, Buenos Aires, p. 231.
2. Arrieti: Editorial American Handbook of Psychiatry T. III, p. 243.
3. Bartolini, Békei, Domínguez, Dornbusch, García Badaracco, Weil: **Consideraciones teóricas sobre el proceso psicoanalítico**. Trabajo presentado en el IIº Congreso Interno y Xº Simposio de la APA, 1960.
4. Baranger, W.: **El sueño como medio de comunicación**. Relato oficial al IIIer Congreso Psicoanalítico Latinoamericano. Santiago de Chile, 1960.
5. Baranger, W.: Interpretación e ideología. Rev. de Psa. T. XIV, nos. 1-2, p. 13.
6. Bleger, J.: **Simbiosis y ambigüedad**. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967, p. 17.
7. Cesio. E.: **El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica**

negativa. Rev. de Psa. T. XVII, nº 1, p. 10.

8. Fenichel, G.: **The Psychoanalytic Theory of Neurosis.** Norton & Comp.. N. Y., páginas 556-560.

9. Fenichel G.: **Ibídem, p. 560.**

10. Fenichel, G.: **Ibídem, p. 222.**

11. Freud, S. **Inhibitions. Symptoms and Anxiety.** St. Ed., volumen XX, p. 160.

12. Freud, S.: **The Ego and the Id.** St. Ed, volumen XIX, p. 49.

13. Freud, S.: **Remarks on the Theory and Practice of Dream Interpretation.** St. Ed. volumen XIX, p. 112.

14. Freud, S.: **Terminable and Interminable Analysis.** St. Ed., volumen XXIII, p. 219.

15. Freud, S.: **Ibídem, páginas 2-41-242.**

16. Freud, S.: **Ibídem, p. 247.**

17. Freud, S.: **Ibídem, p. 220**

18. Freud, S.: **Ibídem, p. 227.**

19. Freud, S.: **Ibídem, p. 215.**

20. Garma, A.: **Traumas o satisfacciones de deseos en la génesis de los sueños.** Rev. de Psa., XXV. nos. 3-4, 1968, páginas 650-601.

21. Grinberg, L.: **Culpa y depresión.** Editorial Paidós, 1963, p. 67.

22. Grinberg, L. **Ibídem, capítulo VI.**

23. Grinberg, L. y colaboradores: **Función del soñar y clasificación clínica de los sueños en el proceso analítico.** Rev. de Psa., XXIV. 4 p. 758.

24. Greenacre, Ph.: **Problemas en torno de la sobreidealización del análisis y del analista.** En Psicoanálisis en las Américas. Grinberg, Langer. Rodrigué. Editorial Paidós, 1968, p. 126.

25.Hartmann, H.: **Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego.** En: Essays en Ego Psychology. Hogarth Press, 1968, p. 127.

26. Hartmann, E.: **Ibídem. Psychoanalysis and the Concept of Health.** En: Essays en Ego Psychology. Hogarth Press, 1964, p. 6.

27.Klein. M.: **Envidia y gratitud.** En: Emociones básicas del hombre. Editorial Nova, 1960, páginas 120-121.

28.Liberman, D.: **Autismo transferencial. Narcisismo, el mito de Eco y Narciso.** Rev. de Psa., tomo XV, nº 4, p. 369.

29. Levin, D. C.: **The Self: a Contribution to its Place in Theory and Technique.** I. J. Psa., volumen 50, P. I. p. 41, 1969.

30.Meltzer, D.: **The Psycho-Analytical Process.** Editorial W. Heinemann, Londres, 1967, p. 21.

31.Pfeffer, A. Z.: **Análisis terminable e interminable veinticinco años después.** Relato de mesa redonda de la Asoc. Psic., Rev. P A., XXIV, nº 3, 1957, p. 665.

32. Racker, E.: **On the Confusion between Mafia and Health.** Samiksa. volumen 8, nº 1, 1954, página 42.

33.Rappaport, D.: **The Structure of Psychoanalytic Theory.** Psychological Issues Int. Univ. Press. N.Y.. 1960, p. 66.

34. Resnik, S.: **Lenguaje, espacialidad y proceso simbólico.** Conferencia leída en la APA, julio de 1969.

35.Resnik, S.: **Ibíd. El niño en el análisis del adulto.** Conferencia leída en la A.P.A. Agosto de 1969.

36.Rievière, J.: **Contribución al análisis de la reacción terapéutica negati-**

va. R. Psa, T. VII, n° 1, p. 121.

37. Rosenfeld, H.: **On the Psychopathology of Narcissism**. En: Psychotic States. The Hogarth Press Londres, 1965, p. 165.

38. Train, G. J.: **Flight into Health**. Am. J. of Psychotherapy. 1953, vol. V, n° 3, p. 463.

39. Winnicott, D. W.: **The Capacity to be Alone**. I.J.P.A. V. XXXIX, P. V.