

101

Paul Parin

Del tratamiento psicoanalítico de una grave perturbación sexual

PRELIMINARES (HEINRICH MENG).-En la actualidad, y para poder actuar como consejero de los enfermos con alguna perturbación sexual, es necesario, junto al conocimiento médico general, tener una formación «endocrinológica actual», conocer los datos clínicos seguros y una experiencia en la terapéutica por el psicoanálisis. La psicología profunda de **Freud** y escuelas similares nos han permitido conocer una serie de hechos, antaño desconocidos, sobre el sexo humano en su desarrollo normal a perturbado.

En la actualidad sabemos que el Yo consciente de muchos pacientes «no es el dueño en su propia casa». Motivos de afectividad inconsciente, como el de no querer conceder amor al cónyuge a causa de la impotencia, pueden hallarse en juego. La motivación queda desfigurada por la razón de nuestros pacientes. Una vez descubierta, es utilizada con fines terapéuticos. En amplia medida, lo inconsciente es el dominador del sistema vegetativo. Sabemos la íntima relación que presentan los fenómenos de expresión orgánica con la afectividad.

Sirviéndonos de la historia clínica de un paciente con una perturbación sexual, mostraremos el camino seguido por el psicoterapeuta para la curación del enfermo.

Paul Parin, miembro correspondiente de «Arbeitsgemeinschaft für Psychohygiene», en la Universidad de Basilea, presentó la siguiente comunicación a los neuropsiquiatras de la citada ciudad, la cual constituye un modelo metódica que entre nosotros se ha acreditado para la introducción en la teoría y práctica de la psicoterapia.

1. EL HECHO. LA FALTA.- El día 14 de noviembre de 1940, un abogado de Zurich me envió, para su tratamiento psicoanalítico, un individuo de treinta y dos años. Seis semanas antes el paciente había sido condenado por un Juzgado comarcal a causa de **m a n i o b r a s l u j u r i o s a s c o n n i ñ a s**, según el artículo 191, cifra 2, párrafos 1 y 3, a **s e i s m e s e s d e p r i s i ó n**. A causa de sus buenos antecedentes el cumplimiento

102

del castigo le fue permutado por un **p e r í o d o d e p r u e b a**, en libertad, de **c u a t r o a ñ o s**. Esta suave sentencia debe agradecerse al habilidoso proceder de su abogado defensor, que, sin

necesidad de exigir un certificado médico, pudo convencer al juez de que el acusado había actuado bajo la influencia de una enfermedad psíquica, perfectamente curable. De este modo, el paciente fue estimulado a ponerse bajo tratamiento médico.

Comunico el hecho, con pequeños paréntesis, de forma textual, según las actas del Juzgado, las cuales fueron redactadas con la prueba testifical de una de las dos niñas, de ocho años y nueve meses, con las cuales había cometido el delito nuestro paciente. La descripción que éste me proporcionó coincide, tal como comprobé posteriormente, por completo con lo escrito en las actas. El delito, cometido en el verano de 1940, fue seguido, catorce días después, por la detención del culpable. La sentencia tuvo lugar a los tres meses del hecho. El tratamiento comenzó casi a los cinco meses del atentado.

El paciente informa que cuando estaba bañándose en el río observaba a la niña, sintiéndose atraído por ella y que la fue siguiendo cuando observó que se dirigía al bosque a coger moras.

Tomado del acta:

« ...mientras nosotros buscábamos moras se nos acercó un hombre y nos dijo que sabía de un lugar donde abundaban, conduciéndonos hacia allí, en el interior del bosque. En efecto, en aquel lugar había muchas moras que nosotras íbamos cogiendo. Yo me encontraba a su lado izquierdo y mi amiga al derecho. Súbitamente el hombre se acercó a mi y, metiéndome la mano por debajo de la falda, intentó quitarme las bragas. Un poco antes el hombre había orinado y dejó su pantalón abierto, saliéndole la «cosa» por la abertura; yo pude ver que tenía unos 10 cms. de longitud por 2-3 de grueso, aunque no estaba completamente rígida.»

En el acta se lee, además, cómo las muchachas escaparon y contaron la aventura en casa (lo cual condujo a reconocer al paciente, que volvió de nuevo a bañarse en el mismo sitio), diciendo que el hombre no les había hecho ninguna violencia.

2. INTRODUCCION AL TRATAMIENTO.- Intentaré describir este psicoanálisis de tal modo que el lector pueda enjuiciar lo que corrientemente permanece oculto en la consulta del psicoanalista. Quizá me sea también posible conseguir mostrar cómo he empleado y modificado la técnica psicoanalítica propuesta por **Freud**. A continuación, y sobre todo, intentaré exponer y resumir todo aquello que pueda arrojar alguna luz sobre las correlaciones en la producción y tratamiento de la grave perturbación sexual del paciente.

Por el contrario, con toda intención descuidaré un poco la anamnesis, diciendo sobre ello sólo lo que sea imprescindible para ilustrar el proceso analítico. Lo que yo comunique está poco alterado, lo cual es posible porque el paciente me ha permitido hablar abiertamente sobre su tratamiento. No presto atención al curso cronológico del tratamiento que, en total, ha exigido 67 sesiones de una hora en el consultorio, celebradas, con algunas interrupciones, en el curso de diez meses y

medio; una descripción de este tipo sería muy monótona, ya que no tiene ningún momento dramático y el tratamiento discurre por completo en línea recta.

El paciente, de estatura media y constitución fuerte, al que llamaré Karl D.,

103

me explicó en breves palabras por qué venía a mi consulta. Trabaja en la industria del metal, como obrero especializado, en una gran fábrica de Zürich, y ganaba de 600 a 650 francos mensuales. Vive a 15 kilómetros de su trabajo, solo, con su madre, de sesenta y cinco años de edad, que realiza los trabajos caseros y, por su parte, trabaja también como asistenta en una casa de campo donde viven dos familias, dirigiéndose a su trabajo, tanto en invierno como en verano, en bicicleta.

Pronto observé que Karl D. me miraba abiertamente a la cara y también a la boca. Es un poco sordo, según dice, del ruido de los tiros durante el servicio militar. Su lenguaje parece abierto y sincero. La impresión que produce es la de un inteligente y simpático obrero, en ningún modo el de un típico criminal sexual. Los rasgos fisonómicos son algo indiferenciados. Llama la atención el enérgico apretón de manos y una conducta de ligera torpeza, que yo atribuyo a la penosa y desacostumbrada situación en que se halla el paciente. Su vestimenta es muy ordenada y en el ulterior curso del tratamiento se hace con frecuencia acentuadamente juvenil y variada.

Yo me comprometo a realizar el tratamiento si él se obliga a venir tres veces a la semana, durante una hora, a mi consulta, hallándome dispuesto a señalar unas horas que no sean incompatibles con su trabajo. El precio es de 15 francos por hora, pagaderos mensualmente.

Karl D. encuentra caro el tratamiento y desea recurrir al Seguro. Yo le explico que sólo puedo aceptarlo como paciente privado y él me comunica que desea reflexionar y hablar con su abogado, hacia el que siente una gran confianza. A los dos días vuelve por mi consulta, conservando todavía las mismas prevenciones y rogándome que le escriba a su abogado. Yo le entrego una carta en la que consta el precio citado, indicando que no puedo hacer indicación alguna sobre el tiempo que se prolongará el tratamiento. Ocho días después, y por consejo de su abogado, Karl D. vuelve a mi consulta y desea comenzar el tratamiento. Le ordeno que se acueste en el sofá y coloco mi silla detrás y cerca de él, para que también me entienda con claridad, ya que se comprende fácilmente que yo hablaré poco, pero siempre claramente. El me pregunta en qué consiste este tipo de tratamiento. Le respondo haciéndole saber la regla fundamental del psicoanálisis, que consiste en que él diga exactamente todo lo que le acuda a la imaginación. Describo esta trivial iniciación del tratamiento, porque es la que se ha acreditado como importante. El paciente, obligado a someterse a tratamiento por el Juzgado, debía considerar mis exigencias monetarias casi como un chantaje, tanto más cuanto que le hice saber que otro médico,

pagado parcialmente por el Seguro, no sería mucho más barato. Cuando en la tercera sesión, y después de haberme hablado de su trabajo, el paciente me preguntó si el tratamiento tendría éxito, yo le manifesté que estaba convencido de ello, por lo cual le había exigido un precio que sabía que él podía pagar, dados sus ingresos. Si yo hubiese pensado que acudía a mi sólo por cumplimentar las órdenes del señor juez, no hubiese aceptado, ya que exigir dinero de un paciente en tal situación me parecía poco menos que un chantaje.

El enfermo sonrió azorado y posteriormente llegó a decirme que el precio no le había parecido muy elevado, pero sí una especie de contribución obligatoria. Pagó siempre regularmente al recibir la cuenta mensual y siempre miraba

104

contento el recibo antes de introducirlo en la cartera. En la última sesión, el paciente, espontáneamente dijo: «Todo el tratamiento no ha costado siquiera lo que una motocicleta.» Por aquella época él se hubiera comprado encantado una moto de segunda mano, la cual costaba 1.200 francos. Todo el tratamiento costó 1.000 francos.

Por consiguiente, la dificultad de ganarse la confianza de un delincuente obligado a someterse a tratamiento fue sustituida por la menor dificultad de lograr la de un paciente que cree le piden demasiado dinero. Durante la primera conversación se podía comprobar que el paciente estaba orgulloso de su trabajo y de su sueldo. Entre otras cosas, había dicho que él ya mantenía a la familia aun en la época en que su padre vivía. Por el tipo del delito, que generalmente se observa en personalidades infantiles, yo pude ya suponer que el paciente tendría dificultades si sólo veía en el médico el representante de la autoridad pública. Con frecuencia sucedía que el paciente sólo llegaba a hablar de un tema penoso cuando se había pasado ya media hora charlando sobre el trabajo. Esta asociación estaba tan clara, que con frecuencia yo le preguntaba: ¿Cómo va el trabajo?, cada vez que me daba cuenta que el paciente silenciaba comunicaciones penosas. Después de explicarme con todo detalle complicadas peculiaridades de su trabajo, Karl D. volvía siempre espontáneamente a hablar de lo que se había reservado con anterioridad.

3. INTERPRETACION SEGUN EL COMPORTAMIENTO DEL ANALISTA.-Les ruego presten atención a que mi comportamiento en este caso no influenciaba al paciente solamente por el hecho de dirigirme simbólicamente a su inconsciente, sino que yo había dado a entender que apreciándole a él, no compartía sus esperanzas, en principio calificadas ya de neuróticas.

Freud recomienda mantener una actitud tolerante y de bondad frente al analizado, pero sin corresponder a las esperanzas neuróticas de éste. Quizá también pudiera haber interpretado su actitud con estas palabras: Usted es un trabajador calificado y digno, cuya actitud aprecio y

considero útil para el tratamiento que vamos a iniciar, tanto más cuanto que es completamente voluntaria y viril. Una persona de tales cualidades debe atreverse a decir lo que piensa y a pensar lo que siente. Pero le hago notar desde ahora que la cuestión no consiste en que usted acabe viendo en mí a un payaso, ya que es única y exclusivamente su propia angustia y no la sentencia judicial lo que me transforma aparentemente en tal. Si usted ya no tiene miedo a la autoridad exterior, entonces tampoco podrá haber ninguna autoridad interna que, provocando su angustia, le obligue a regresar desde la actitud de un adulto a la de un niño miedoso. Naturalmente, no he pronunciado tales palabras. Mi actitud era un sustitutivo de una interpretación del comportamiento del paciente.

El mismo proceso puede aclararse todavía más a causa de lo siguiente: En la primera sesión psicoanalítica, el paciente comenzó, después de haberle yo comunicado la regla fundamental, a explicar lo que le había sucedido aquella misma mañana. Trudi, de trece años, había acudido a su casa, desde la vecina, y él le enseñó un libro con fotografías de desnudos. La madre del paciente se hallaba con ellos. El tuvo la sensación de que debía probar a ver si la niña, que a él le atrae mucho, mostraba curiosidad sexual y se excitaba, lo cual le habría excitado a él. Pero la madre envió fuera a la niña con un pretexto. Sin que yo dijese una sola palabra, el paciente, que hablaba con voz entrecortada

105

y un poco subida de tono, pero claramente y seguido, comenzó a hablar sobre el hecho que le había conducido al Juzgado. Su informe es más completo que el que yo posteriormente leí en las actas.

Por encargo de su abogado, Karl D. me había preguntado, durante las consultas preliminares al tratamiento, si yo no deseaba leer las actas del proceso. Yo decliné el ofrecimiento, diciendo: «A mí me interesa lo que usted dice, no lo que otros dicen de usted.»

En favor de la posibilidad de una interpretación renuncié hasta el final del tratamiento a lo que quizá podría ser una valiosa fuente de información. Mi comportamiento constituía una respuesta bastante clara a la opinión del paciente, todavía no expresada: «Usted se halla de acuerdo con el juicio de los demás sobre mí; usted no quiere oír lo que yo pienso.» Mi recompensa inmediata fue una abierta y completa explicación. Y, todavía mejor, después de estas dos penosas confesiones, el paciente dejó de hablar, se movía inquieto en el sofá y, algunos minutos después, acabó diciendo, en voz baja, si podía ausentarse a orinar.

Le dije que podía hacerlo y le expliqué dónde se hallaba el lavabo. Oía cómo se movía en la habitación de al lado. Cuando volvió a yacer en el sofá, me dijo de nuevo que opinaba que el tratamiento era muy caro. El paciente no tiene buen oído, lo que perjudica el tratamiento. El resto

de la hora habló con toda libertad y me preguntó, además, si este tratamiento no sería también útil para su sordera.

4. SE PONE EN MARCHA EL ANALISIS.-Lo mismo que en esta primera hora ocurrió en muchas otras. El paciente habla hasta que el tema se hace penoso. Luego experimenta la necesidad de orinar, aunque precavidamente lo hubiera hecho antes de comenzar la sesión. Le es muy penoso tener que salir al lavabo. Ulteriormente dominaba el miedo de tal forma, que podía decir cosas que para él estaban sobrecargadas con fuerte inhibición, entonces es cuando comenzaba a exponer las cosas en relación directa con el tratamiento.

Por ejemplo, en la quinta hora me explicó lo ocurrido en la última noche de Carnaval. Disfrazado de mujer vieja ha ido recorriendo tabernas durante días y noches. Cuenta de bromas pesadas y borracheras. Yo permanezco en silencio. Aproximadamente diez minutos antes de terminar la sesión, el paciente vuelve a encontrarse otra vez tenso. Finalmente, me comunica que tiene los pies fríos y necesidad de salir. Al volver, dice: «Usted tiene ahora la misma mirada aguda que mi madre.» A lo que yo respondí: «Usted tiene miedo de mí igual que de su madre, por eso le parece mi mirada tan penetrante.» A esto replica el paciente, con voz alegre, que había tenido miedo de venir junto a mí, «a causa de todo lo que había pasado».

La próxima vez me explicaba Karl D. que desde hace dos días se sentía feliz, más feliz que desde hacía mucho tiempo; durante estas dos noches tampoco había mojado el lecho.

Se puede ver fácilmente que el paciente me transmitía los sentimientos que provocaban su deseo de orinar. Sería equivocado facilitarle demasiado el hablar de su deseo de orinar al mostrarle el lavabo, ya que entonces no habría podido exteriorizar los sentimientos negativos que me había transferido. Hubieran estado en contraposición con mi comportamiento. Por ejemplo, no se puede mostrar desconfianza hacia quien es bueno con uno. La prohibición de orinar

106

también hubiese sido una equivocación, ya que habría actuado como una confirmación de la imagen expectante que de mí se había formado. Más tarde hablaré de una excepción.

Tengo que añadir un importante detalle. Ya durante la primera consulta el paciente me comunicó que era un enurésico «desde siempre». Sobre todo en los últimos años, había ocasiones en que no mojaba el lecho durante dos o tres semanas, pero estas interrupciones nunca se prolongaban más tiempo. Aproximadamente desde hace medio año se orina una a dos veces todas las noches. Durante el servicio militar (el paciente estuvo en los campos de entrenamiento para reclutas durante seiscientos días) pudo mantener secreto su defecto a base de ponerse varios calzoncillos y mantenerlos puestos hasta que se secaron. De este modo puede también engañar algunas veces a

su madre, que le vigila constantemente, aunque rara vez dice nada. Durante su infancia el paciente fue maltratado del modo corriente en estos casos: desnudarlo delante de la gente, prohibición de beber, represiones, golpes, etc. Durante algunas semanas, y cuando el paciente tenía doce años de edad, el padre odiaba de tal modo el defecto, que entonces tenía lugar todas las noches, que por las mañanas sacaba al niño de la cama, le amarraba a un banco de la cocina y le pegaba con un neumático de goma. Estos episodios, ya muy conocidos en la anamnesis de los enuréticos, fueron explicados por el paciente con un lenguaje muy entrecortado. A continuación tuvo que salir. Luego, al regresar, y de pie ante mí, mirándome a los pies, añadió: Papá actuó de esta manera después de que un médico, al prescribirle un medicamento, le dijo que, si aquél no daba resultado, entonces se trataba de mala voluntad por parte del muchacho y que habría que castigarle sin piedad; lo mejor, con un neumático de goma. Tan pronto como dijo esto, antes de que yo pudiera contestar nada, el paciente se dirigió de nuevo al lavabo.

Las demás horas del tratamiento transcurren de forma similar. La mayoría de las veces el paciente habla, por lo general, con gran precisión de sí mismo, expresándose en ocasiones de un modo rudo y drástico, permaneciendo durante parte de la hora en un tema, por ejemplo, el trabajo, para después evocar las inhibiciones y miedo relacionados. Con mucha frecuencia se presentan emociones como las descritas y luego sigue hablando. Todo parece tanto más fácil cuanto que yo casi no hago comentarios. Yo digo, por ejemplo: «Si usted oye solamente los coches que pasan por la calle, es porque no quiere oír lo que piensa.» o: «No es lo mismo que entonces, cuando...» Las explicaciones detalladas las evito hasta el final. Relaciono frecuentemente su comportamiento durante la sesión con el ahora a el antes de su vida.

5. SE DESCUBRE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE.-Quisiera llamar la atención sobre la personalidad de un paciente capaz de cometer un delito sexual de tal naturaleza. Es un obrero calificado que después de su formación profesional ha aprobado, con excelentes notas, su examen final y que, como trabajador a destajo, procedente de un medio social pobre, logró conquistar una buena retribución, socialmente independiente y apreciado en su ambiente. Es soltero, hijo cariñoso para su madre, por la que se deja cuidar como un niño; pero la vigilancia materna despierta en él un gran temor a ser sorprendido en el casi diario acto de orinarse en cama. También tiene remordimientos, frente a la madre, cuando se va de fiesta y a beber con los compañeros de la peña

deportiva, donde él desempeña un papel importante, aunque no directriz. En la taberna hace exhibición de su dinero, paga generosamente las consumiciones de otros, pero nunca se pelea. Es

demasiado tímido para hacer la menor censura a su madre. No se atreve a utilizar el ferrocarril local en traje de faena, sino que, a causa de su timidez, emplea la bicicleta hasta en invierno para desplazarse a la fábrica. Después de los excesos alcohólicos de los sábados y domingos trata con muchachas de dudosa conducta, experimentando casi inmediatamente el deseo de tener relaciones más íntimas, pero desde hace años es impotente. Después de algunos juegos sexualmente excitantes, llega a conseguir una especie de orgasmo apretándose contra su compañera, imaginándose, antes y durante el acto, tener comercio sexual con una niña, las cuales le excitan de tal modo, que una vez (y puedo decir que solamente en este caso) llegó a cometer un grave delito. En este paciente los tremendos remordimientos, no solamente arrepentimiento, y la sensación general de avergonzarse, su complejo de inferioridad y de ser apenas digno de dirigir la palabra a otras personas, contrastan con su liberal actitud, los trajes llamativos, los excesos, las numerosas aventuras, el lenguaje libre y grosero y una actitud positiva, pero en absoluto ortodoxa, frente a la religión católica.

Si a continuación extraigo algunos de los datos obtenidos durante el curso del análisis para recopilarlos en forma seriada, siguiéndolos hasta el final del tratamiento, ello no quiere decir que yo crea que tales actitudes del paciente, mis interpretaciones y el posterior cambio en el comportamiento del enfermo, sobre todo con respecto a la sexualidad, represente una cadena causal. Más bien ruego a ustedes que me permitan dejar uno junto a otro estos diversos eslabones de la cadena, imaginándose que se hayan interferido repetidas veces y que cada uno de los trazos aislados sólo tiene por objeto seguir el proceso evolutivo durante todo su desarrollo, sin pretender la interpretación de sus últimas conexiones.

6. EL PADRE.-En las primeras sesiones del análisis, el paciente insistió especialmente en explicar cómo gasta el dinero en las tabernas, cómo paga por los demás, cómo pide más de lo que se puede beber, el gran papel que él desempeña en el club deportivo, sus éxitos gimnásticos, etc. Pronto se hace evidente que Karl D. necesita tener siempre dinero en el bolsillo para sentirse seguro. Es cierto que entrega en su casa una cierta cantidad de dinero para los gastos, pero conserva la mayor parte en el bolsillo para dilapidarlo con exceso. Las reuniones en las tabernas son narradas con tanto detalle, que la descripción necesita con frecuencia casi toda la hora. Durante los primeros días del análisis, el paciente aumentó de tal modo sus visitas a las tabernas y sus excesos en la bebida, que no dormía lo suficiente. Después de repetidas narraciones de esta especie, le dije, como interpretación: «Al parecer, usted tiene necesidad de desempeñar siempre el papel del «ciervo». (Hirsch; la palabra es empleada en este caso por el autor como sinónimo popular suizo de «héroe», en el sentido del individuo vanidoso.) El paciente lo admite e inmediatamente manifiesta que su padre desempeñó en realidad un papel bien triste. Fue siempre muy trabajador, pero en la fábrica de tejidos en que laboraba nunca pudo ganar mucho dinero,

sobre todo en relación con las ganancias de sus hermanos y los hermanos de mi madre, que son labradores acomodados. Durante unos años el padre dejó por completo de trabajar, abandonando a la familia y vi-

108

viendo como un vagabundo, volviendo muy raras veces a casa, en un completo estado de abandono. Nos avergonzábamos de él. A esto añadió el paciente: «Yo solamente me atrevo a viajar en el tren cuando me pongo el traje nuevo.»

En traje de faena se avergüenza delante de la gente mejor vestida. Además, con frecuencia se siente inferior a otros hombres.. En su trabajo, a destajo, tiene la sensación continua de que sus compañeros le hacen de menos y quieren calumniarle, pero no puede reprocharles nada. Con frecuencia se encierra en el retrete, fuma un cigarrillo, orina y, en ocasiones, se masturba. A continuación vuelve apresurado a su torno y sigue trabajando aprisa y malhumorado, tal como ha hecho su padre. Con frecuencia tiene que pagar alguna herramienta rota sólo porque no se atreve a decirle al capataz que ha sido otro quien la rompió. Siempre que el paciente se refiere a su actitud pedante con respecto a los demás, yo intercalo: «A q u í ha vuelto usted a ser un «ciervo». A continuación relata otra de sus vivencias, en la que precisamente desempeña el papel opuesto. Especialmente después de haber salido de sus dos días de prisión preventiva, se sentía como un vagabundo al entrar en su pueblo, pese a ir decentemente vestido. Ahora dirán todos que él es como fue su padre. Consiguió mantener secreto en la aldea su asunto judicial. Cuando el análisis ya había progresado bastante, se encontró con una mujer que habitaba en las cercanías de las niñas con las que había cometido el delito. Cuando lo mujer le saludó, pero sin mencionar su apellido, él creyó que ello quería indicar así: «Debemos ignorar este apellido, pues corresponde al de un despreciable vagabundo, como lo fue su padre.» Es decir, que el dinero en el bolsillo, el mucho beber, el trabajo duro, podían compensar la grave desilusión de que su padre había sido un vagabundo, un borracho y que había dejado a la familia en la miseria. Posteriormente, poco a poco, el paciente relataba que había reñido con todos los familiares que habían hablado mal de su padre. No volvió a saludar a un hermano de su madre que, según la creencia de Karl D., no había honrado lo suficiente lo memoria de su padre durante el entierro, en el año 1949.

Pero la sensación de culpabilidad frente al padre es anterior. El paciente relata lo ocurrido cuando tenía diez años: «Por aquel entonces se pasaba el tiempo en casa, no trabajaba y enviaba repetidos veces al niño a por vino, utilizando para ello una jarra de barro de cinco litros de capacidad». Por orden de la madre el joven rompió el jarro para traer diariamente el vino en un frasco de dos litros. El padre se dio cuenta del juego y, en vez de pegar al niño, lo que no le hubiera importado mucho, ya que se hallaba seguro de la aquiescencia de la madre, se puso triste, diciendo que se le negaba

hasta el placer de tomar su vino, dirigiéndose hacia el sótano para ahorcarse. Durante este relato el paciente lloró; la única vez durante el tratamiento. El padre nunca intentó realmente suicidarse. Aproximadamente durante siete años, a partir del final de la escolaridad del paciente, el padre permaneció en casa sin trabajar, quejándose de una dolencia cardíaca que nunca permitió fuera tratada por el médico. Sin protestar, el hijo más joven mantuvo a toda la familia. El hermano mayor y la hermana de más edad, que por aquel tiempo se habían casado, jamás participaron ni en los gastos ni en las restantes dificultades familiares, pues habían marchado fuera. Después de la muerte de su padre, Karl D. pagó de su propio bolsillo uno de las lápidas funerarias más caras, disponiendo las cosas de tal modo que

109

sus hermanos tampoco participaron en estos gastos. Nunca he insinuado que los sentimientos de culpabilidad hacia el padre estuvieran ya pagados. Quizá el sentimiento de culpabilidad se transfirió de tal forma al analista que el paciente sólo fue capaz de vencer progresivamente una cierta timidez e insociabilidad, acudiendo con una especial puntualidad a las sesiones y colaborando con frecuencia con tal exceso de celo, que tuve que decirle que con su excesiva buena voluntad de relatarme muchas ocurrencias seguidas me suministraba unas explicaciones tan detalladas, que difícilmente pasábamos de una sola historia. El que esta colaboración extremada, que yo atribuyo a los sentimientos de culpabilidad, ha desaparecido, puede deducirse, entre otras cosas, del hecho de que el paciente no haya comparecido a la última sesión del tratamiento. Un día después llamó por teléfono para comunicarme que simplemente se había quedado dormido. Cuando compareció nuevamente a la hora fijada, me miró sonriente y me dijo: «Jamás me había atrevido a quedarme dormido cuando tenía algún deber que cumplir.»

Sólo cabe adivinar la razón de este sentimiento de culpabilidad. Conscientemente, el paciente ya no sentía odio por su padre cuando comenzó el análisis. Sin embargo, durante la infancia, su padre le parecía severo y cruel, y le había golpeado más rara vez que la madre, pero con mayor fuerza e intensidad. Aproximadamente hasta los trece años, el paciente fue un niño rebelde y díscolo, el indiscutible capitán de una banda de niños que hacían toda clase de diabluras. Al parecer, no conseguía descargar suficientemente su ferocidad y obstinación en las luchas y peleas con otros niños más fuertes o más débiles. Por aquella fecha, y aun más allá, tenía durante días, e incluso semanas, salvajes fantasías diurnas, durante las cuales discurría el modo de asesinar de la manera más cruel a todos los hombres de las inmediaciones, incluido su propio padre. En la época del análisis estas fantasías habían sido sustituidas por sueños. Espontáneamente, el paciente comenzó a relatar, de vez en vez, alguno de sus sueños. Durante los dos o tres primeros meses del tratamiento soñaba, casi exclusivamente, con casas de las cuales sacaban ataúdes o con hombres

viejos metidos en ataúdes y arrojados al abismo. También soñaba con grandes piedras, acarreo de arena o avalanchas que siempre enterraban a algún hombre viejo. Naturalmente, yo no podía explicarle el significado de estos sueños, fácil de adivinar. Habría sido inoportuno decirle al Sr. D., que todavía conservaba en alta estima los recuerdos de su padre: «Usted sigue teniendo la intención de asesinarle, y por ello posee una conciencia tan mala hacia él y todas las demás personas con alguna clase de autoridad.»

7. LA MADRE.-Karl D. tenía una conciencia aún peor frente a su madre. Ella cuidaba la casa, le despertaba para ir al trabajo y se encargaba de su ropa. Al mismo tiempo, le vigilaba. No decía nada con respecto a sus excesos en la bebida, pero con su mirada le daba a comprender que eran la causa de su enuresis y que él, especialmente cuando llegaba a casa borracho, era un vagabundo como lo había sido su padre. Después de su delito sexual, la madre vigilaba silenciosamente que pudiera hallarse a solas con niñas pequeñas. El paciente jamás tuvo opinión en la economía casera. Se limpiaba él mismo su cama. Sus mojados calzoncillos los conservaba puestos para que su madre no se diera cuenta de que se había vuelto a orinar en cama, lo cual no siempre

110

conseguida. El paciente encontraba ya tan natural el tener una mala conciencia frente a su madre, que jamás lo tradujo en palabras.

Cuando, durante los primeros meses del tratamiento (desde noviembre hasta enero), comentábamos los carnavales, pasados y venideros, me llamó la atención el hecho de que el paciente se disfrazaba siempre, o la mayoría de las veces, de mujer anciana. Añadía que sólo de este modo podía regresar a casa sin que su madre le lanzase ciertas miradas. Suponía que esto era debido a que su madre, de religión católica, consentía en esta época cosas que no estaban permitidas en otras ocasiones. Sospecho que esto era una racionalización y que en su identificación con la madre, el esconderse tras la máscara, le ahorraba la mala conciencia y el miedo. Sin embargo, esta relación no quedó demostrada, ya que yo no expuse ninguna interpretación y, por consiguiente, las historias sobre el carnaval fueron agotándose y el paciente festejó el carnaval que coincidió con el tratamiento sin demasiada intensidad.

Durante los primeros tiempos del tratamiento el paciente tuvo muchas aventuras amorosas. Las muchachas, a quienes se dirigía especialmente los sábados y domingos, tenían que tener el aspecto de ser fáciles para la aventura sexual, no siendo necesario que fuesen hermosas, ni decentes o con aspecto de pertenecer a familia acomodada. En ocasiones buscaba en Zurich criadas que tuvieran una reputación dudosa. Jamás iba con estas chicas a las tabernas ni se metía con ellas en una habitación. En cualquier época del año las llevaba a bosque y se sentaban en los bancos. Cada vez

cambiaba de pareja. Su actividad sexual, ya estereotipada, consistía en lo siguiente: primeramente, en el curso de la conversación se aseguraba de la complacencia de su compañera, preguntándole sobre otros amigos, lo que hacía en sus horas libres, etc. Luego comenzaba a abrazarla y tocarla. Acariciaba preferentemente los pechos y luego comenzaba a besarlos y morderlos con afán, sintiéndose excitado, pero sin erección. A continuación le sacaba las bragas y comenzaba con maniobras digitales, durante varias horas, hasta que ella había vivido el orgasmo varias veces. Únicamente entonces la apretaba contra él, consiguiendo una eyaculación sin erección. Después se marchaba a casa, reflexionando sobre su vileza y pensando constantemente en niñas pequeñas, con las cuales hubiera preferido tener contacto.

Al día siguiente se sentía como siempre, aun con respecto a su madre, pero tenía que comer de un modo extraordinario. Esta abundancia de comida, sin apetito, fue lo que relató p r i m e r o; luego vinieron las aventuras amorosas ya referidas, que describía minuciosamente, una tras otra, interrumpiéndolas cada vez para salir a orinar. Yo no interrumpí tales historias. Una vez, al segundo mes de tratamiento, el paciente me informó por primera vez de una de tales aventuras y, después de la consiguiente salida para orinar, me explicó que era la primera ocasión en que había podido objetar a su madre que una de las adquisiciones realizadas por ella para la casa - se trataba de un trozo de linóleo para colocar sobre el colchón - no había sido muy inteligente. Sin que yo hubiese llamado la atención al paciente con respecto a sus relaciones con su madre, él me comunicó esta pequeña diferencia de opinión como si hubiese sido un gran triunfo. En la sesión siguiente me contaba Karl D. que había cenado tanto, que tuvo que vomitar dos veces, ayudándose con el dedo. Le pregunté: ¿Por qué come usted tanto? «Porque la madre me pone mucha comida delante.» Yo interpreté:

111

«Cuando usted come tanto le da la razón a su madre y no tiene necesidad de sentir temor de que su madre le mire con mala cara.» En la siguiente sesión relataba el paciente otra vez sucesos de su niñez, precisamente de una época anterior a aquella en la que sus crueles fantasías le hacían desear la muerte a todos. Él había sido terriblemente obstinado, gritaba con frecuencia y más tarde le habían dicho que muchas veces tenía convulsiones durante las llantinas. Recordaba que con frecuencia su madre le mantenía debajo del grifo del agua hasta que paraba de gritar.

8. LA MUCHACHA. -Aproximadamente diez semanas después de comenzar el tratamiento, se hicieron más raras las aventuras referidas. El paciente había conocido una muchacha decente, con la cual se encontraba todas las tardes y a la que pronto indujo a que se dejara acariciar como las otras chicas con las cuales estaba s ó l o u n a v e z. Me contaba la extraordinaria satisfacción que

hallaba en chupar los pechos de la muchacha y de que nunca se cansaba de hacerlo. Yo le dije: «Cuando se chupa en el pecho, uno se comporta como un niño pequeño y ni la madre ni la muchacha se enfadan con uno.» El confirmó esto y dijo que Karla, la nueva novia, le había dicho que podía hacer tanto como quisiera, siempre que no le exigiese una relación sexual. Desde que conoció a esta chica, Karl D. se comportaba de un modo más independiente frente a su madre y no volvió a comer más de lo que le exigía su apetito.

Karl D. va ahora casi todas las tardes a pasear con Karla o al cine. Se redujo su necesidad de beber alcohol. Posteriormente llegó también a satisfacer manualmente a su nueva compañera: Pero las caricias fueron excesivas, hasta el punto de que ella tenía los genitales completamente irritados; él, por su parte, no llegó a sentir orgasmo ni a tener erecciones. Le pregunté por que sentía necesidad de prolongar tanto las caricias, y él me respondió que debía tener la seguridad absoluta de que ella era realmente feliz; esto era muy importante, ya que él era completamente impotente. Yo le llamé la atención sobre el hecho de que así perjudicaba su propia sensación de placer. El confirmó esta apreciación, diciendo que a menudo le faltaba toda sensación y que durante estas caricias le acudía forzosamente una palabra al pensamiento. Esta palabra, una expresión vulgar, relaciona la muerte y la cohabitación y ya le había fascinado de niño. Cuando los chicos jugaban con las chicas hablaban constantemente de ello. También él, durante mucho tiempo, había tenido la idea de que una mujer debía yacer como muerta después del acto sexual. Estas ideas habían nacido pronto en su mente y se hallaban en relación con observaciones de ropa interior manchada de sangre y procesos que él había vivido en casa cuando era muy pequeño.

Durante las semanas en que él luchaba consigo mismo, intentando decidir si debía realizar un verdadero acto sexual con su amiga, con la cual salía constantemente, dijo una vez que podría hacerlo desde el punto de vista moral, pues pensaba casarse con la muchacha. Pero este acto produce dolor a la mujer. A una pregunta mía, contestó que él sólo había tenido relaciones sexuales con mujeres que ya tuvieran muchos amigos, las cuales no sentían dolor alguno. Cuando era muy pequeño, mucho antes de la edad escolar, mientras aún dormía en la habitación de los padres, había observado sus relaciones sexuales y su madre gritaba siempre de dolor, mientras que su padre se enfadaba por ello. Estas denominadas «escenas primitivas», que en la literatura psicoanalítica de

antaño son consideradas frecuentemente como traumas, son relatadas por el paciente con todo detalle y sin manifestar la más mínima impresión afectiva. En las próximas semanas tuvo varias veces luchas en broma con Karla y consiguió una vez la erección. A continuación pudo realizar el acto sexual con ella, sin las citadas ideas compulsivas y también perdió su carácter de

obligatoriedad el deseo de satisfacer a la compañera. Partiendo de la mala conciencia para con su madre, que tan poderosamente influenciaba el comportamiento consciente del enfermo, puede seguirse el desarrollo de una conducta que sobre antiguos, y seguramente inconscientes sentimientos de culpabilidad, a causa de representaciones agresivas, conduce directamente a la perturbación en el comportamiento del instinto.

9. FRACASO Y REGRESION.--Después de haber intentado exponer algunas de las inhibiciones sociales del paciente, diciendo las peculiaridades de su análisis relacionados con su perturbación sexual, procuraré explicar algunas de las peculiaridades relativas a la elección del objetivo amoroso, hasta donde pueden ser comprensibles. Mientras que el paciente, durante las primeras semanas del análisis, relataba las múltiples aventuras amorosas, resultó que también entre los quince y los veinte años había tenido múltiples aventuras de esta índole con muchachas ligeras que, sin una unión duradera, sólo persistían algunos días o semanas. Entonces poseía el paciente una buena potencia. Después de que el padre se había curado de su afección cardíaca y en los últimos años de su vida volvió al trabajo, procurando a la familia una cierta solvencia financiera, Karl D. se hubiera casado de buena gana. Esta idea partió realmente de la madre, que opinaba que la apetencia sexual de su hijo era tan fuerte, que sólo el matrimonio podía evitar que tuviera hijos ilegítimos o que realizara alguna tontería. Dos veces pretendió el paciente a muchachas de mejor posición social, pero sin llegar a tener relaciones íntimas con ellas. En ambos casos la cosa terminó sintiéndose el paciente desilusionado y como si se hubieran reído de él. Hasta qué punto las familias de las chicas tenían la intención de sustituir con el paciente a un anterior novio que había hecho de las suyas, es algo que no se aclaró por completo. En todo caso, la madre del paciente se interpuso a tiempo, antes de que se llegara a un compromiso matrimonial. La segunda historia fue bastante dolorosa para el enfermo. El único recuerdo que en la actualidad no le parece repelente es que el padre de la presunta novia le regaló, como consuelo, una preciosa cornamenta de ciervo que aún conserva en casa.

Karl D. estaba profundamente decepcionado; decía que era un vagabundo como su padre y que todo el mundo creía poder tomarle por el pito del sereno. La madre no le contradecía y dejaba percibir que el padre también se había convertido en un mal marido. A la edad de veintiséis años, algún tiempo después del fallido segundo compromiso, el paciente no quería saber nada de las chicas. Estableció relaciones amistosas con algunos compañeros de la peña deportiva, especialmente con el monitor, que era un bebedor y mal padre de familia, frecuentando con ellos las tabernas. En una de las cervecerías servía entonces una chica de dieciséis años, de la cual se enamoró. Pasó muchas, muchas tardes en esta taberna y se gastó en ella muchos cientos de

francos. Su amor se exteriorizaba de una forma muy tímida y recatada, sobre todo considerando su vida actual. Rara vez se llegaba a tímidas caricias; una vez, a un beso en la frente.

113

La chica no parecía tener demasiado interés por un obrero mucho mayor que ella. En esta época la vida discurría tan monótona, que los dos años que duró esta relación del paciente pueden describirse como un solo día: por el día, trabajo; por la tarde, encuentro con los componentes de la peña deportiva, juego de cartas, bebida en la taberna en que trabajaba la chica, intercambio de una o dos palabras con ella, regreso a casa bastante bebido, y orinarse en la cama. Karl D. explicó muy pronto esta historia en la cuarta sesión. No se aprecia con claridad el por qué llegó a romper con ella cuando la chica llegó a los dieciocho años. Él dice que dejó a la muchacha por complacer a su madre, pero es difícil comprender a qué madre complacía. Tuve que preguntárselo varias veces y, por fin, se decidió a aclarar que se trataba de la madre de la chica. Esto es tanto más difícil de comprender cuanto que él dice que la madre de la muchacha quiso unirle, por su fama de trabajador especializado y por ser tan buen cliente de la taberna; su propia madre le hacía constantemente la observación de que le apreciaban en la taberna sólo porque bebía mucho. La madre de la muchacha prestaba gran atención a que no le sucediese nada a su joven hija. Karl D. comenzaba poco a poco a sentir como si le estuvieran tomando el pelo otra vez, se puso cada día más triste y decidió finalmente, después de un corto intercambio de palabras con la madre de la chica, no volver por allí. Desde entonces evitó la taberna, así como la calle donde está enclavada. Karl D. atribuye su enfermedad al rompimiento con Minneli (así se llamaba la chica). Nosotros hemos podido confirmarle esta aseveración, diciéndole que la perturbación sexual se había hecho manifiesta por entonces. A partir de aquí, él bebió más que nunca. Desde entonces no volvió a tener potencia sexual, comenzando el tipo de relaciones descritas anteriormente. De esta época procede también su interés por las niñas. Por entonces se masturbaba pensando en Minneli, tal como se la imaginaba de niña, consiguiendo raras veces una verdadera erección. Se tumbaba sobre el vientre, comenzaba a imaginarse a la niña desnuda y lograba la eyaculación. Su humor era sombrío. Se sentía engañado e inferior. El paciente se ha hecho desconfiado frente a muchachas mejores. En la calle, todas las niñas se le aparecen atractivas y encantadoras, pero no puede mirarlas directamente. Frente a los colegas se pavonea con sus numerosas aventuras sexuales, con lo cual pretende decir: «Yo soy un hombre y normal.»

Desde el principio - les recuerdo que el rompimiento con Minneli tuvo lugar unos cuatro años antes de realizar el delito -, Karl D. sentía el atractivo que sobre él ejercían las niñas como algo extraño. El no-deber-mirar va acompañado de la representación de que quiere saber si las niñas ponen un interés sexual en él. Sólo en una época ulterior aparece la necesidad de mostrar a las

niñas sus genitales, ver recíprocamente los de ellas y tocarlas. Yo tengo la impresión de que el paciente ha conversado frecuentemente, de modo más o menos alusivo, con otras niñas, pero también creo que el delito ya conocido constituyó la única desviación de hecho.

En este caso puede observarse que ha tenido lugar una regresión en la elección del objeto amoroso. La regresión va desde el objetivo amoroso maduro, aunque poco valioso, hasta el objeto semiinfantil. Los motivos principales fueron el miedo a volverse como el padre, el temor a los reproches de la madre y la angustia de no ser considerado completamente normal, así como todo lo

114

que hay detrás de esto. Cuando se produjo con Minneli una nueva desilusión, en cuya producción ya puede verse claramente el fallo neurótico, se presenta el deseo de tener objetos amorosos que muestren un interés hacia él, pero frente a los cuales él se sienta superior. Con las niñas pequeñas no se encontraría burlado. Por lo menos, deseaba probar este sistema. Yo podría añadir que en la época en que Karl D. conducía una banda de niños, gozaba frecuentemente del juego de desnudar y tocar niñas pequeñas. Cuando éstas se rebelaban, se las amenazaba, por ejemplo, diciéndoles que iban a llamar a la policía y a contarles lo que ya había sucedido, con lo cual se les obligaba a seguir el juego. Todavía ahora, durante su relato, Karl D. está orgulloso del hecho de que él era el más querido entre todas estas niñas.

10. COMPONENTES INSTINTIVOS Y SUS DESTINOS.-El que la regresión haya seguido precisamente este camino, se comprende si se siguen los componentes sexuales instintivos.

Mirar y enseñar tienen una gran significación para Karl D. Durante la primera sesión psicoanalítica: enseña a la niña un libro con desnudos. En la quinta sesión: siente la misma mirada dura que con su madre. El paciente pregunta siempre de nuevo si yo no le hipnotizo durante la sesión con esta mirada dura. Estas preguntas las hacía, la mayor parte de las veces, antes de salir al lavabo, al parecer cuando comenzaba a sentirse tenso y angustiado. Yo le contestaba siempre: No tengo una mirada dura, y, si usted se figura eso, ¿cree que llegaría a acertar sus pensamientos? Más tarde me relata una de sus pesadillas: «Frente a él, en el sofá, está sentada una niña de doce años, conocida. Intenta ponerse en cuclillas para verle los pantaloncitos y tocarle las piernas. Despierta con una angustia terrible.» Añade espontáneamente: «Durante mi época de aprendiz fui invitado a comer en casa del maestro. Después de la comida, la mujer del maestro se sentó frente a mí en un sofá. Cuando el maestro salió un momento de la habitación, yo intenté mirar por debajo de las faldas de la mujer y hasta tocarle una pierna.» Se produjo un escándalo. El maestro le perdonó, habló con él y le dió un libro en el cual se podían leer muchas cosas sobre las

consecuencias del onanismo. Hasta entonces se había masturbado diariamente, sin hacerse ninguna conciencia especial sobre el acto. Dormía con un hermano en la misma habitación. Comenzó a pensar que el hermano podría notar algo y referirlo, por lo que a partir de entonces, en lugar de masturbarse en decúbito supino, se volvía con el vientre sobre el colchón y se apretaba contra él sin hacer ningún movimiento. Después de algún tiempo consiguió una placentera eyaculación, sin hacer movimiento alguno, sin peligro de ser descubierto.

Desde que la historia con Minneli le había aplanado, sentía necesidad de mirarles la cara a todas las muchachas para ver si eran bonitas. Cuando una de ellas tenía una determinada expresión, entonces se imaginaba cómo serían sus genitales. En el fondo, los genitales de las mujeres mayores le parecían muy feos. Llamé la atención del paciente sobre el hecho de que, según me había explicado algunas sesiones antes, le parecía muy desagradable que su madre, que con los años se había vuelto algo abandonada, olvidara frecuentemente cerrar la puerta del lavabo cuando entraba en él. Entonces se acordó el paciente de que cuando era un niño había mirado a su madre debajo de la falda. Fue en el jardín. Ella trabajaba en un plantío que precisamente quería trasplantar en primavera, un trabajo que siempre aplazaba el chico con cualquier

115

pretexto. Una vez, todavía siendo muy niño, y sin saber por qué, sintió una gran alegría decapitando todas las coles de este plantío con una vara. Este destrozo fue descubierto y el paciente recibió una gran paliza con la misma vara.

Casi durante todo el análisis el paciente conservó la costumbre de investigar la presencia de una específica expresión de belleza en la cara de todas las mujeres y niñas. Karla tiene a veces esa preciosa cara, pero luego la vuelve a perder. Hacia el final del análisis hace una nueva aclaración. Ver y mirar significa posesión. Cuando él toca a su compañera no sólo lo hace para excitarla, sino también para ver qué aspecto tiene en tales regiones del cuerpo. Cuando le miran a él, precisamente en momentos de excitación erótica, ello quiere decir que puede mostrar su sexualidad.

11. FIJACIONES DEL INSTINTO Y ANALISIS DE LAS RESISTENCIAS.-Al poco tiempo de comenzado el análisis, ya le había dicho yo al paciente que su orgasmo en las aventuras y su onanismo recordaban el orinarse en cama. La transformación de sus maniobras onanistas durante la pubertad, el ponerse boca abajo en la cama, la desaparición de la erección, el miedo a ser descubierto por el hermano, pasaron por su memoria al hacerle esta interpretación. Entonces me relató un sueño que tuvo varias veces de niño: «Corría sobre un campo perseguido por un desconocido, se cae y es golpeado por su perseguidor, sobre las nalgas desnudas, con un bastón.

Yacía en un surco húmedo. Al despertar, y aún varias horas después, percibía el dolor en la piel de las nalgas.» En las semanas que siguieron a esta descripción sucedía con frecuencia que los momentos de tensión, en lugar de obligarle a ir a orinar, le producían dolor en la piel de las nalgas.

Le pregunto al paciente qué ocurrencias despierta en él este sueño. Estas ocurrencias refuerzan mi impresión de que el sueño contiene una concentración de diversos impulsos instintivos. El miedo y el castigo afectan al terreno del onanismo, a la observación de la madre en el jardín, a la regresión al onanismo uretral después del fálico, que podía ser descubierto, al complejo de la enuresis. Sólo interpreto la relación entre orinar y onanismo, el temor al lecho mojado y el miedo a ser castigado por ámbos.

Aquí deseo acentuar el hecho de que jamás intenté con una sola palabra aclarar la significación de la necesidad de orinar durante las sesiones. Me parecía preferible que Karl D. pudiese vencer su miedo de este modo. También comprendí pronto claramente que las objeciones, las agresiones de cualquier tipo, contra mí u otras personas, que el paciente debía exteriorizar, solamente podían ser traducidas en palabras cuando volvía del lavabo. El carácter uropolémico de esta necesidad de orinar, según **Christoffel**, se ve con mayor claridad en la fase que sigue al relato del sueño, que ya hemos referido. Ahora, el paciente cuenta detalladas historias de la época en que él dirigía la banda de niños. Los violentos juegos de que él era director, terminaban en verdaderas batallas navales, que se desarrollaban en el vecino río, tanto en verano como en invierno, y en el robo de pescados. Todavía antes, según explica, su obstinación le llevaba a orinar donde quiera que se encontrara, y recuerda que, en su obstinación, llegaba a dirigir el chorro contra los transeúntes mayores. Sólo después de duros castigos trasladó la incontinencia a la cama.

Al poco tiempo tuvo un sueño: «Quiere pescar en un estanque situado arriba en el bosque no lejos de su aldea natal. En el agua hay una niña que espanta

116

los peces. Súbitamente se halla él mismo en lugar de la niña, metido en el agua hasta la cintura y coge una anguila. La anguila está ahora en tierra y se hace cada vez mayor, se empina y culebrea. El pez despierta, al mismo tiempo, miedo y admiración por su belleza, haciéndose tan grande como un abeto.» Le pregunto qué pasaba con el estanque. El me explicó que por las noches su padre robaba peces y se llevaba de ayudantes a los dos hijos, habiéndoles enseñado a escapar cuando llegaba el guarda. Así robaron frecuentemente los peces. La madre decía siempre: «Vuestro padre acabará por ir a la cárcel a causa de esa costumbre.» La niña en el agua le recuerda a la compañera de juego a la que había amenazado con la policía de no permitir sus

escaramuzas sexuales. Mientras hablábamos de este sueño, Karl D. describía constantemente la enorme anguila. Súbitamente me hace notar que durante esta conversación se le había provocado una fuerte erección, tal como no la observaba durante años. Yo le aclaro: «Sí, quizá tan fuerte como la anguila.» Por primera vez durante el tratamiento el paciente soltó una buena carcajada. A partir de ese día presenta erecciones tan pronto como comienza a acariciar a su novia, Karla. Si queremos aplicar los puntos de vista de Christoffel a este paciente, cuyo erotismo es, sin duda alguna, uretral y muy intenso, el componente uropolémico ha contribuido a la formación del orgullo cuantitativo y de la intensa posición competitiva, en lo social, del paciente. Los impulsos instintivos urófilos fueron transferidos, en su mayor parte, a la actividad masturbatoria y posteriormente al perverso comportamiento sexual del paciente. La interpretación precozmente sugerida de que la enuresis es un equivalente del orgasmo, oscurece las relaciones, siendo difícil decir qué es lo que fue más importante para la regresión que produjo la fijación del instinto en el estadio uretral: si los peligros que parecen ligados a una forma más madura de la sensación sexual o si la sensibilidad orgástica uretral de la incontinencia urinaria había pasado asimismo de la fase uretral a otra ulterior. Lo que resulta seguro es que el paciente, tanto en la obstinación como en la posición, experimentaba, en el deseo de orinar, un miedo inconsciente hacia las cosas prohibidas y también un temor consciente a ser atrapado en su realización, y que, finalmente, también desplazó las vivencias sexuales a lo uretral. Para esta transformación se ha establecido un hito seguro de fijación: cuando se alteró el onanismo puberal. Entonces el salvaje e insociable joven se convirtió en un bravo y calificado trabajador.

Durante el curso de análisis se podía observar muy bien cómo desaparecía la incontinencia urinaria nocturna y cómo volvía a aparecer, según que la tensión frente a la madre, especialmente las agresiones, ira y reproches, aunque también las sensaciones de culpabilidad, se hacían más fuertes que la tensión traspasada por el paciente al psicoanalista. Tan pronto como los relatos afectaban a cosas que le daban más que hacer que aquellas otras que creía obligatorio ocultar en su casa, la necesidad de orinar se traspasaba nuevamente a la sesión psicoanalítica. Durante la segunda parte del análisis el paciente dejó de orinar en cama. En una de las últimas sesiones se volvió a presentar la necesidad de orinar, lo cual no había ocurrido desde hacía mucho tiempo. El paciente me estaba contando lo ocurrido durante una reciente discusión con un tío suyo. Esta vez cambié mi conducta ordinaria y le rogué que en lugar de ir al lavabo me contase lo que tenía en el pensamiento. Comenzó a describirme qué clase

de labrador avaro era ese tío y cómo había despreciado una vez a él y a su madre, lo que le llevó a reñir con una intensidad que nunca hubiera sido capaz de emplear frente a un señor tan bien acomodado y anciano como su tío. Le dije al paciente que ahora podía ir al lavabo. Salió, pero

regresó enseguida, diciendo que esta vez no había podido orinar, se le habían pasado las ganas. Desde entonces el paciente sólo volvió a orinar en cama dos o tres veces, según informes que él me proporcionó. Una de las veces ocurrió después de una disputa con su madre, antes de que él se decidiera a ordenarle que abandonara la casa. Otra vez fue antes de sostener una gran discusión con su jefe en la fábrica y a la cual se veía obligado. Karl D. interpretó por sí mismo esta recaída y me la comunicó sonriente en una de sus visitas.

Espero que ustedes hayan extraído de la exposición de estas alteraciones del carácter y sexuales, analizadas artificialmente por mí en trazos aislados, la impresión de que en este paciente el análisis transcurrió, al parecer, sin resistencias. Visto exteriormente, así fue el caso. Las líneas que a partir de un carácter patológico, o al menos de un comportamiento alterado, nos conducen de regreso a la infancia por una parte, y a una instintiva patológica, se hallaban confundidas en muchos puntos, pero podían desenredarse sin grandes dificultades. Por mi parte, yo procuré proporcionar pocas interpretaciones. Siguiendo las indicaciones de **W. Reich**, interpreté el comportamiento del paciente durante el análisis, tan pronto como me fue posible, en cuanto me parecía descubrir el sentido de una resistencia, pero siempre sin emplear muchas palabras. Una vez le dije: «Usted relata de un modo tan detallado para no tener que contar muchas cosas.» O bien: «Usted explica muchas cosas en las que desempeña el papel de «ciervo» para que yo no llegue a pensar que es lo contrario.» La resistencia estaba en el comportamiento y en la actitud caracterológica y se hallaba en laxa trabazón con los engramas rechazados o desplazados. Las interpretaciones del contenido fueron también moderadas; por ejemplo, le dije: «Minneli era considerablemente más joven que otras mujeres.» O bien: «Las niñas eran aún más jóvenes que Minneli y ellas no podían engañarle a usted.»

12. PROHIBICION SEXUAL Y COMPORTAMIENTO PERVERSO.-En Karla, con quien se había encontrado el paciente a los dos meses de comenzado el análisis, se vuelve a presentar nuevamente la vida sexual madura del paciente. Resumiendo este proceso, son de destacar las siguientes fases. El conocimiento de una muchacha «mejor» se hace posible después de destruir las inhibiciones sociales más graves. Yo no tenía necesidad de representar el «ciervo». Ahora ya se atreve a salir con ella. En el pre-deseo, al chuparle los pechos, regresa a la primera infancia. Hasta ahora sigue perteneciendo, más o menos, a su madre. Este pre-deseo deja su lugar a otro, el de excitar a la chica con los dedos. Socialmente él es más seguro, quizá también porque no necesita temer el peligro de procrear un hijo, contra lo cual siempre le previno su madre. Todavía no se produce la erección. El pre-deseo sólo regresa después de que el paciente habló sobre los temores que giraban en torno al deseo de ver y de ser visto. La potencia de erección se presentó cuando el paciente relató el sueño de la anguila. Está muy claro que este período marca el final de

la regresión urófila, del mismo modo que entonces se disolvió la relación entre sensación uretral y genital, al parecer nacida en la época del onanismo puberal. Todavía se necesitó cierto tiempo hasta que logró decidirse a una i n m i s i o p e-

118

n i s. Esta es posible porque Karla estaba de acuerdo, porque se lo permitían sus infantiles estadios de pre-deseo y porque la obstinación y las agresiones contra la autoridad, con las correspondientes sensaciones de culpabilidad, habían disminuído.

Aproximadamente a los dos meses de la primera relación sexual normal con Karla, se produce el embarazo. El paciente no había empleado ningún medio anticoncepcional. Yo le había indicado la posibilidad de que esto ocurriera, pero él había pensado: «Yo nunca tendré un hijo propio.» Karla visitó a un médico, al que conocía desde su infancia, sin decir nada a Karl D. sobre la ausencia de las reglas. Después de una corta consulta, este médico le prometió interrumpir la gravidez, haciendo un intento en esta dirección, que resultó fallido, por lo que le recomendó dirigirse a otro médico. Unicamente ahora se enteró el paciente de toda la historia. Vino muy excitado a la sesión y me explicó la historia tal como la había oído de Karla. Al principio yo no respondí nada. Finalmente, Karl D. comenzó a indicar muy cuidadosamente que le parecía que aquel médico no había procedido bien. En el fondo, Karla deseaba conservar el niño. Yo seguía sin decir nada. El opinaba: «No sería tan malo tener el niño.» Al fin, reunió el valor suficiente para pedirle a Karla que se casara con él y para defender esta boda frente a su madre, que no vería de buen grado que su hijo se casase con una protestante. Finalmente, me preguntó mi opinión sobre un médico de tal naturaleza. Yo le dije: «Ese médico me parece un individuo bondadoso, pero tanto de poca conciencia.» El paciente se marchó bastante confuso. Yo me quedé también con una mezcla de sentimientos.

Hasta la próxima sesión él había convencido a la muchacha para que conservara el hijo. Ella estaba encantada de casarse con él. En esos días él le contó su extraordinaria inclinación hacia las niñas y su incontinencia nocturna. Pocos días después se dirigió a los padres de Karla y estableció el noviazgo oficial. Su madre tuvo poco que oponer en palabras y su silencioso reproche y sus sollozos ya no influenciaban al paciente con tanta intensidad. El comprendía que era una situación difícil para la anciana señora; habló con el sacerdote, y éste se hizo cargo de la misión de convencerla. A partir de entonces desapareció también la eyaculación precoz que se presentaba ocasionalmente.

Las niñas siguieron atrayendo al paciente durante largo tiempo, aunque no con la intensidad que anteriormente. La mayoría de las veces sólo tenía la sensación de que sería especialmente

hermoso si viese a una niña. En estos momentos, la expresión facial de Karla no le parecía tan bonita. De la catamnesis puedo deducir que el nacimiento de su hijo fue un gran suceso para Karl D. Contra la oposición de la matrona, consiguió estar presente durante todo el parto, llorando de alegría en cuanto nació el niño. Después del nacimiento, me informa, su pasión por Karla fue todavía más intensa.

También quiero resumir la contribución del análisis a la comprensión de la grave perturbación sexual. Ustedes comprenderán qué nunca he hablado de una genuina perversión. El comportamiento perverso nunca se hizo tan natural para el paciente que llegase a concebirlo como la expresión genuina de la sexualidad. Se había conservado la conciencia de tener un impedimento y una alteración sexual. Esto ya puede deducirse de que, pese a su intensa sensación de culpabilidad, nunca existió la tendencia de minimizar sus faltas o alterarlas frente al médico con objeto de ocultarlas. Es cierto que durante los dos días de

119

prisión preventiva había negado ser el delincuente, pero esto sólo se debía al deseo de que su madre no se enterase de nada. En cuanto supo que su madre se enteraría, a pesar de todo, confesó inmediatamente.

Yo he descrito el camino de la regresión a los objetos infantiles. La relación con las niñas era percibida e n t o n c e s como menos culpable cuando éstas se preocupaban de él, no él de ellas. Esto también se comprende claramente al analizar el hecho delictivo, así como el componente uretral, la potencia de erección y la infantil demostración de sus conocimientos sobre las moras. En el recuerdo de su infancia, con fuerte impulso instintivo, él se sentía superior a las niñas; en ellas estaba mejor empleada su infantil excitación instintiva. Con ellas no podía ser burlado, como sucedería con una mujer mayor. Si él mostraba su miembro viril, ello significaba que tenía uno, el cual era percibido principalmente de modo uretral; también quería ver constantemente si las niñas no tenían unos genitales como los de la madre, cuya visión era costigada. Por así decirlo, las agresiones de las instancias fallidas han triunfado en toda la línea. Las tendencias agresivas originadas en la vida instintiva del paciente tuvieron que ceder terreno, lo cual no sólo se deduce de la impotencia para la erección. Los conflictos procedentes de la maduración de la vida instintiva son desplazados en regresión a estadios anteriores, en los cuales era posible una liberación sin la secuela del miedo.

El deseo de ver los genitales de las niñas fue recubierto ya durante los primeros meses del análisis por el temor de mirar cuando veía una niña «hermosa». Entonces volvería quizá a cometer otro delito sexual. Creo que este temor, que se atravesaba en el camino de la disolución de las fijaciones patológicas del instinto, y simultáneamente las conservaba, pudo ser vencido

principalmente porque yo le permití al paciente hacer algo prohibido en la identificación. Estábamos precisamente en mayo. Al poco tiempo de contarme la historia de la anguila, Karl D. me comunicó que había estado allá arriba, en el bosque, cercadel estanque, para coger una orquídea salvaje, cosa que estaba prohibida. Le trajo la flor a Karla. Yo de niño había robado ramos enteros de estas flores. Yo le dije que cuando era niño también las había cogido, pese a que tenía conocimiento de que estaba prohibido. Me hubiera gustado tener algunas. Karl D. no dijo nada, pero después de la sesión se dirigió en bicicleta hacia su casa, fue al monte y regresó hacia las veintiuna horas trayéndome un ramo de las flores prohibidas, escondido en otro de flores corrientes del campo.

De la catamnesis pude entresacar otro proceder análogo. Después de terminado el tratamiento, y como regalo de bodas le entregué un cuadro, una reproducción colocada en un bello marco. Un artista del Renacimiento había representado una hermosa muchacha, ni niña ni mujer, ante un paisaje fluvial, en actitud de orar. Me parecía a mí que la glorificación a través de la oración no borraba una cierta sensualidad disimulada que se apreciaba en este semblante. Karl D. contempló largo tiempo el cuadro y volvía siempre a mirarlo. La joven esposa estuvo al principio algo celosa del cuadro, pero luego pidió ella misma que se colgara sobre el lecho matrimonial.

13. IMPULSIVIDAD. CATAMNESIS.-Podemos suponer que los impulsos de este paciente eran constitucionalmente intensos. En la infancia sus descargas instintivas eran uretrales y visuales. La impulsividad puberal fue la primera sobrecargada por un fuerte sentimiento de culpabilidad. Una vez que se había pro-

120

ducido la regresión del objeto de proyección del instinto, todavía eran posibles las liberaciones visuales, uretrales y táctiles. **Fenichel** conceptúa del siguiente modo el punto de vista psicoanalítico sobre la fijación del instinto: «La excesiva liberación en un estadio dificulta el paso al próximo. Un rudo cambio oscilante entre la excesiva habituación del instinto en una dirección y el fracaso brutal favorece la fijación; cuando la liberación instintiva en un estadio es productora de angustia, se prefieren las otras posibilidades de liberación. La regresión tiene lugar preferentemente al estadio en que es posible una liberación sin temor.» **W. Reich** ha referido su «carácter instintivo» principalmente a un estadio del desarrollo en el cual un componente instintivo infantil ha llegado a una liberación excesiva para ser afectado súbita o brutalmente por un fracaso.

El miedo producido por el «brutal fracaso», y que suponemos afecta al oscilante instinto, apareció menos directamente durante el tratamiento. Probablemente se ha desplazado, en su mayor parte, al

comportamiento social, pudiendo ser esquivado por medio del comportamiento perverso y vencido, durante el tratamiento, con la disolución de las inhibiciones sociales. El momento en que se manifiesta con mayor claridad es durante el sueño en que el paciente es golpeado por un perseguidor.

Queda todavía una cierta disposición miedosa de origen hipocondríaco. Ocasionalmente, el paciente aún percibe miedo a resfriarse, y en este caso se pone de mal humor, lo cual está íntimamente ligado al temor de adquirir un cáncer de laringe, como su padre. No podía disolver este miedo, el cual se manifiesta dentro de un marco tolerable, sin prolongar el tratamiento. También he evitado, durante el análisis, el referirme a la sordera, ya que ésta sólo se hallaba reforzada por el psiquismo durante las primeras sesiones, cuando el paciente deseaba oír lo que yo decía, pero posteriormente desapareció sin necesidad de una interpretación. Más tarde le envié a un otólogo, el cual diagnosticó la existencia de una sordera constitucional radicada en el oído interno y reforzada por traumas acústicos.

El tratamiento de Karl D. terminó, aproximadamente, hace unos cuatro años y medio, y por consiguiente, no podemos saber todavía si la curación es permanente. Desde entonces no he vuelto a ver al paciente. Meses después de acabar el tratamiento me trajo un ramo de orquídeas salvajes, informándome del nacimiento de su hijo y añadiendo que sólo se había emborrachado una vez desde entonces. Aproximadamente un año después de terminado el tratamiento, el paciente acudió a mí para contarme que en su casa no iban bien las cosas. La madre está celosa de la nuera y se producen disputas. En una ocasión se volvió a orinar en la cama porque no se atrevió a colocar a su madre en el lugar que le pertenece. Me preguntó si yo creía que debía expulsar a la madre. Yo le contesté que comprendía tal deseo, pero que él debía hacer lo que creyera oportuno, rogándole al mismo tiempo que hablara de mí, sobre su curación, a la poco razonable familia de otro paciente. El fue a ver a esta familia para disipar sus reparos en el curso de una conversación de tres horas.

En mayo de 1953, Karl D. volvió a mi consulta para traerme otro ramo de orquídeas escondido entre flores corrientes. Me notificó que todo iba bien en el trabajo y en casa. La madre se hallaba en Berna, con su otro hijo, desde Navidades. Este otro hermano tiene que hacer alguna vez algo por la familia. En ocasiones habla por teléfono con su madre. Su mujer está otra vez embara-

zada y ambos se alegran de ello. Preguntando sobre los posibles síntomas residuales, me comunica que se orinó una sola vez en cama desde la marcha de su madre. Las niñas pequeñas ya no tienen especial atractivo para él. En ocasiones todavía encuentra hermosa a alguna de ellas y durante unos momentos no puede mirarla; pensando ¿por que no?, la mira y tiene que reírse de sí

Parin 1963c

Del tratamiento psicoanalítico de una grave perturbación sexual. In: Meng, H. (Ed.): Endocrinología psicosomática, Madrid: Ed. Morata, 101-121.

mismo. El paciente está un poco más delgado y sus facciones parecen algo más diferenciadas que anteriormente. Tiene algunas preocupaciones monetarias, a causa de la necesidad de comprar muebles. En junio de 1954 le hago un nuevo control catamnésico; un corto contacto telefónico (por iniciativa mía) en el verano de 1955. El paciente produce la impresión de hallarse contento y se alegra de tener dos niños sanos y hermosos. Cuando le pregunto si no tiene inconveniente en que yo publique su caso, me dice sonriente que sí y que ni siquiera tengo necesidad de silenciar su nombre. No se avergüenza de lo que ha pasado.