

# Indice

<b>EL DESCUBRIMIENTO DEL DOLOR PRIMARIO .....</b>	<b>2</b>
<b>EL PROBLEMA .....</b>	<b>5</b>
<b>NEUROSIS .....</b>	<b>8</b>
Las escenas primarias.....	12
El yo real y el irreal .....	15
Análisis .....	16
<b>EL DOLOR.....</b>	<b>20</b>
<b>DOLOR Y MEMORIA.....</b>	<b>24</b>
<b>LA NATURALEZA DE LA TENSIÓN .....</b>	<b>28</b>
<b>EL MECANISMO DE DEFENSA .....</b>	<b>34</b>
<b>LA NATURALEZA DE SENTIR.....</b>	<b>41</b>
<b>LA CURACIÓN .....</b>	<b>51</b>
La primera hora.....	52
El segundo día.....	54
El tercer día .....	55
Después del tercer día.....	56
El grito primario .....	58
La resistencia.....	58
La reacción primaria simbólica.....	59
Diferencias de las reacciones primarias.....	61

La experiencia de grupo.....	64
La mejoría.....	65
Discusión.....	66
<b>LA RESPIRACIÓN, LA VOZ Y EL GRITO .....</b>	<b>69</b>
<b>LAS NEUROSIS Y LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS .....</b>	<b>74</b>
La desaparición de los síntomas .....	76
El síntoma era la manera en que el niño pequeño resolvía la escisión.....	77
Barker prosigue:.....	79
Discusión .....	81
<b>SOBRE LA NORMALIDAD.....</b>	<b>83</b>
<b>EL PACIENTE POSTPRIMARIO .....</b>	<b>93</b>
Observemos al paciente que acaba de terminar la terapia. ¿Cómo es? .....	93
Relaciones con los padres .....	96
<b>RELACIONES DE LA TEORÍA PRIMARIA CON OTROS MÉTODOS TERAPÉUTICOS.....</b>	<b>99</b>
Las escuelas freudiana y psicoanalítica.....	99
Bloqueo del sufrimiento .....	99
.....	
99	
Las escuelas behavioristas o condicionantes.....	101
La escuela racional .....	102
La terapia de la realidad .....	103
La meditación trascendental.....	103
El existencialismo .....	104
<b>LA NATURALEZA DEL AMOR.....</b>	<b>108</b>

<b>SEXUALIDAD, HOMOSEXUALIDAD Y BISEXUALIDAD.....</b>	<b>110</b>
El amor y el sexo .....	112
Frigidez e impotencia.....	112
Las perversiones .....	114
La homosexualidad.....	115
Identidad y homosexualidad.....	117
Discusión .....	118
<b>LAS BASES DEL MIEDO Y DE LA CÓLERA .....</b>	<b>121</b>
La cólera .....	121
Los celos .....	123
El miedo.....	123
La contrafobia.....	125
Los miedos infantiles .....	126
Discusión .....	126
El suicidio .....	127
<b>LAS DROGAS Y LOS DROGADICTOS .....</b>	<b>130</b>
El ácido lisérgico (LSD-25).....	130
La marihuana .....	131
El exceso de comida .....	132
<b>LA PSICOSIS: CON DROGAS O SIN ELLAS .....</b>	<b>135</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>137</b>

## INTRODUCCIÓN

### **EL DESCUBRIMIENTO DEL DOLOR PRIMARIO**

**H**ace algunos años oí algo que había de cambiar el curso de mi vida profesional y la vida de mis pacientes. Lo que oí quizá pueda cambiar la índole de la psicoterapia tal como se la conoce hoy: un grito espeluznante nacido de las profundidades de un joven tendido en el suelo durante una sesión terapéutica. Sólo acierto a compararlo con el que puede proferir una persona a punto de ser asesinada. Este libro trata de ese grito y de lo que significa con respecto al descubrimiento de los secretos de la neurosis.

Al joven que lo lanzó le llamaremos Danny Wilson, estudiante universitario de veintidós años. No era un psicótico ni lo que se llama histérico; era un pobre estudiante, retraído, sensible y tranquilo. En una tregua de una sesión de terapia de grupo nos contó la historia de un hombre llamado Ortiz que solía interpretar un número en un escenario de Londres, donde aparecía envuelto en pañales y bebiendo botellas de leche. Durante todo el número, Ortiz grita: “¡Mamita! ¡Papito! ¡Mamita! ¡Papito! con toda la fuerza de sus pulmones. Al final del acto vomita. Se distribuyen al público bolsas de plástico y se le pide que haga lo mismo.

Danny estaba tan fascinado por el espectáculo, que me sentí movido a probar algo elemental, pero que hasta entonces había escapado a mi observación. Le pedí que gritara: “¡Mamita!” “¡Papito!” Danny se negó, diciendo que no veía el sentido de un acto tan infantil y, francamente, yo tampoco.

Pero insistí y al final él cedió. Cuando empezó, estaba visiblemente perturbado. De pronto se tiró al suelo retorciéndose en un paroxismo. Su respiración era rápida, espasmódica. “¡Mamita! ¡Papito!” salía de su boca casi involuntariamente en potentes alaridos. Parecía estar en coma o en un estado hipnótico. Las contorsiones fueron sustituidas por pequeñas convulsiones y por último soltó un grito penetrante, como de muerte, que repercutió en las paredes de mi consultorio. El episodio completo duró sólo unos pocos minutos y ni Danny ni yo teníamos idea de lo que había ocurrido. Todo lo que dijo después fue: “¡Lo hice! ¡No sé qué, pero siento!”.

Lo que le ocurrió a Danny me tuvo perplejo durante meses. Yo había practicado la terapia corriente durante diecisiete años, como asistente social de psiquiatría y como psicólogo. Había recibido formación en una clínica psiquiátrica freudiana y también en un departamento de la Administración de Veteranos no tan freudianos. Durante varios años había pertenecido al personal de departamento de psiquiatría del Hospital de Niños de Los Ángeles. Durante ese período no había presenciado en ningún momento nada comparable. Como había grabado la sesión de aquella noche, escuché la cinta a menudo durante los meses siguientes tratando de entender lo que había ocurrido. Pero sin resultado.

Poco después tuve una oportunidad de aprender algo más al respecto.

Un hombre de treinta años, al que llamaré Gary Hillard, estaba contando con gran sentimiento cómo sus padres siempre lo había criticado, nunca lo habían querido y en general le habían arruinado la vida. Lo insté a que los llamara; vaciló. Él “sabía” que no lo querían, entonces, ¿qué sentido tenía? Le pedí que accediera a mi capricho. Con poca convicción empezó a llamar a su papito y a su mamita. Pronto observé que respiraba más rápido y más profundamente. Su llamado se convirtió en una acción involuntaria que lo hizo retorcerse, casi en convulsiones, hasta terminar con un grito.

Los dos nos quedamos perturbados. O que yo había creído un accidente, una reacción característica de un paciente, se había repetido de una manera casi idéntica.

Después, al tranquilizarse, a Gary se le ocurrieron cantidades de ideas. Me contó que era como si de pronto toda su vida hubiera encontrado su lugar. Ese hombre, por lo común poco sutil, empezó a transformarse ante mis ojos en algo que era virtualmente otro ser humano. Se volvió vivaz; su sensibilidad se abrió; parecía entenderse a sí mismo.

Viendo las semejanzas de las dos reacciones, empecé a escuchar con mayor atención aun las bandas que había grabado durante las sesiones de Danny y de Gary. Traté de analizar qué factores o técnicas comunes producían las reacciones. Lentamente empezó a aparecer un cierto sentido. En los meses siguientes probé varias modificaciones y enfoques al pedir al paciente que llamara a sus padres. En cada caso se produjeron los mismos resultados dramáticos.

He llegado a considerar ese grito como el producto de los dolores centrales y universales que se encuentran en todos los neuróticos. Los llamo “Dolores primarios” porque son las heridas originales, primeras, sobre las cuales se construye toda neurosis posterior. Sostengo que estos sufrimientos existen en todo neurótico en cada minuto de su vida posterior, con independencia de la forma de su neurosis. Suelen no ser conscientes porque están difusos en todo el sistema, afectando los órganos corporales, los músculos, la sangre y el sistema linfático y por último, la manera deformada en que nos comportamos.

La “Terapia primaria” tiene por objeto suprimir esos sufrimientos. Es revolucionaria porque implica derribar mediante una poderosa conmoción el sistema neurótico. Es lo único que, en mi opinión, puede eliminar la neurosis.

La “Teoría primaria” es la elaboración de mis observaciones sobre los cambios específicos que se producen. Debo insistir en que la teoría no ha precedido a la experiencia clínica. Cuando observé a Danny y a Gary retorciéndose en el suelo en las angustias del dolor primario, no tenía idea de cómo iba a llamarla. La teoría se fue ampliando y profundizando con los datos constantes de los sucesivos pacientes que se han curado de sus neurosis.

Este libro es una invitación a explorar la revolución que ellos iniciaron.



## EL PROBLEMA

Una teoría es el significado que atribuimos a una serie de fenómenos reales que hemos observado. Cuanto más se aproxima a la realidad, más válida es la teoría. La teoría es válida si nos permite hacer predicciones, porque se adecua a la naturaleza de lo observado.

Desde los tiempos de Freud hemos tenido que confiar en teorías a posteriori, es decir, hemos empleado nuestros sistemas teóricos para explicar o racionalizar lo que había sucedido antes. A medida que los datos observables iban siendo más complejos, nuestras observaciones nos conducían a un laberinto de sistemas o escuelas teóricas diferentes. En la psicoterapia actual proliferan la fragmentación, la especialización; la neurosis parece haber cobrado tantas formas en los últimos cincuenta años que no sólo ya no se menciona entre los psicólogos la palabra “curación”, sino que la misma palabra “neurosis” se ha desmembrado en cantidad de sectores de problemas. Así, hay libros sobre la sensación, la percepción, el aprendizaje, el conocimiento, etcétera, pero ninguno sobre lo que se puede hacer para curar al neurótico. La neurosis parece ser aquello que todo el que tiene una tendencia teórica piensa que es: fobias, depresiones, síntomas psicósomáticos, incapacidad para actuar, indecisión.

Desde Freud, los psicólogos se han ocupado de los síntomas, no de las causas. Nos ha faltado algún tipo de estructura unificada que proporcionara una orientación concreta en el contacto con los pacientes durante todas y cada una de las horas de la terapia.

Antes de dar con lo que llegaría a constituir la teoría primaria, yo sabía de manera general lo que esperaba de mis pacientes. Sin embargo, la falta de continuidad de una sesión a otra me molestaba, como molesta a algunos de mis colegas. Me parecía que estaba haciendo un trabajo de remiendo. Toda vez que aparecía una grieta en el sistema de defensa de un paciente, allí estaba yo. Un día podía analizar un sueño; otro día, alentar la asociación libre; la semana siguiente enfocar los acontecimientos pasados; y en otros momentos, mantener al paciente en “el ahora” y el “aquí”.

Como muchos de mis pacientes, estaba desconcertado por la complejidad de los problemas que planteaba un paciente que sufría. La posibilidad de predecir, esa piedra angular de un criterio teórico válido, a menudo cedía lugar a una especie de fe inspirada. Mi credo tácito: Con suficiente perspicacia, tarde o temprano el paciente llegaría a conocerse a sí mismo lo bastante bien como para controlar su comportamiento neurótico. Pero ahora creo que la neurosis poco tiene que hacer con el saber en sí mismo o de sí mismo.

La neurosis es una enfermedad de la afectividad. En su núcleo es la supresión del sentimiento y su transmutación en una amplia gama de comportamientos neuróticos.

La pasmosa variedad de los síntomas neuróticos, desde el insomnio hasta las perversiones sexuales, nos han llevado a pensar en categorías de neurosis. Pero los síntomas diferentes no son entidades morbosas distintas; todas las neurosis arrancan de la misma causa específica y responden al mismo tratamiento específico.

A pesar de su genio, Freud nos legó dos nociones desafortunadas que hemos tomado como la verdad revelada. Una es que no hay comienzo de las neurosis, en otras palabras, que ser miembros de la raza humana es ser neurótico. La otra es que la persona con el mecanismo más poderoso de defensa es necesariamente la que mejor puede funcionar en sociedad.

La terapia primaria se basa en el supuesto de que nacemos. No nacemos neuróticos o psicóti-

cos. Simplemente nacemos.

La terapia primaria implica el desmantelamiento de las causas de la tensión, de los sistemas de defensa y de las neurosis. Así, según la Teoría primaria las personas más sanas son las que están desprovistas de defensas. Todo lo que construye un mecanismo de defensa más poderoso profundiza la neurosis. Lo consigue acumulando la tensión neurótica en estratos de mecanismos de defensa que quizá permitan a la persona funcionar mejor hacia afuera, pero lo destruyen por la tensión interna.

No puedo consolarme con la racionalización de que vivimos en una época de neurosis (o ansiedad), de modo que es lógico que la gente sea neurótica. Quisiera insinuar que hay algo más allá de un mejor funcionamiento de maneras socialmente aceptables, algo más allá del alivio de los síntomas y un conocimiento más completo de las propias motivaciones.

Hay una manera de ser muy distinta de la que hemos imaginado: una vida sin tensión, libre de defensas, en la que sujeto es él mismo, experimenta sentimientos profundos y una unidad interna. Este es el estado que puede alcanzarse mediante la terapia primaria. El sujeto llega a ser él mismo y así permanece.

Esto ni significa que los pacientes que se han sometido a la terapia primaria nunca vuelvan a tener trastornos o a ser infelices. Esto significa que, a pesar de lo que les pase, enfrentarán sus problemas de modo realista, en el presente. Ya no tapanán la realidad con una simulación; no padecerán tensiones o temores crónicos, inexplicables.

La terapia primara ha sido aplicada con éxito a una amplia gama de neurosis, entre ellas la adicción a la heroína. Las sesiones de la terapia primaria se relacionan entre sí, y en la mayor parte de los casos el terapeuta puede predecir su curso con un paciente. Las consecuencias de esto serán cada vez más importantes, porque si podemos curar la neurosis de una manera ordenada, sistemática, también podremos aislar los factores de su prevención.





## NEUROSIS

**T**odos somos criaturas de la necesidad. Nacemos necesitando y la gran mayoría de nosotros muere después de una vida de lucha con muchas de nuestras necesidades no satisfechas. Esas necesidades no son excesivas: ser alimentado, mantenerse al calor y seco, crecer y desarrollarse a un ritmo propio, ser tenido en brazos y acariciado, y recibir estímulos. Estas necesidades primarias son la realidad central del niño. El proceso neurótico empieza cuando quedan sin satisfacer durante un cierto tiempo. Un recién nacido no sabe que debe ser levantado cuando llora o que no debe ser destetado demasiado pronto, pero cuando sus necesidades no son satisfechas sufre.

Al principio el niño hará todo cuanto esté en su poder para satisfacer sus necesidades. Se incorporará para que lo levanten, llorará cuando tenga hambre, moverá las piernas y se agitará para dar a conocer sus necesidades. Si esas necesidades no son satisfechas durante un cierto tiempo, si no es tenido en brazos, cambiado o alimentado, padecerá un sufrimiento continuo hasta que pueda hacer algo para conseguir que sus padres lo satisfagan, o hasta interrumpir el sufrimiento interrumpiendo la necesidad. Si su dolor es drástico, puede producirse la muerte, como se muestra en estudios hechos sobre niños de asilos.

Como el niño no puede vencer por sí mismo la sensación de hambre (es decir, no puede ir a la heladera) o encontrar un sustituto del afecto, se ve obligado a separar sus sensaciones (hambre, deseo de que lo tomen en brazos) de la conciencia. Esta separación entre uno mismo y las propias necesidades y sentimientos es una maniobra instintiva encaminada a suprimir el dolor excesivo. Le llamamos escisión. El organismo se escinde con objeto de proteger su continuidad. Pero esto no significa que las necesidades no satisfechas desaparezcan. Por el contrario, durante toda la vida siguen desplegando una fuerza, canalizando intereses y produciendo motivaciones tendientes a la satisfacción de dichas necesidades. Pero el sufrimiento ha hecho suprimir de la conciencia las necesidades, y entonces el individuo debe lograr gratificaciones que sirvan de sustituto. En una palabra, debe lograr la satisfacción de sus necesidades simbólicamente. Como no le estaba permitido expresarse, quizá se vea obligado a tratar de conseguir que otros lo escuchen y entiendan más tarde en su vida.

No sólo hay necesidades insatisfechas que persisten hasta lo intolerable separadas de la conciencia, sino que sus sensaciones se sitúan en otros sectores donde puede lograrse mayor control o alivio. Así se pueden aliviar los sentimientos orinando (más tarde el sexo puede tener el mismo efecto) o controlarlos suprimiendo la respiración profunda. El niño insatisfecho aprende a disimular y cambiar sus necesidades en otras simbólicas. Como adulto quizá no sienta la necesidad de succionar el pecho de su madre debido a un destete brusco y temprano, pero será un fumador incesante. Su necesidad de fumar es una necesidad simbólica, y la esencia de la neurosis es la búsqueda de satisfacciones simbólicas.

La neurosis es un comportamiento simbólico de defensa contra un sufrimiento psicobiológico excesivo. La neurosis se perpetúa a sí misma porque las satisfacciones simbólicas no pueden satisfacer necesidades reales. Para que las necesidades reales sean satisfechas, deben ser sentidas y experimentadas. Por desgracia, el sufrimiento ha hecho que esas necesidades quedaran enterradas. Una vez enterradas, el organismo pasa a un estado continuo de vigilancia. Ese estado de vigilancia es la tensión, que impulsa al niño, y más tarde adulto, a satisfacer la necesidad de cualquier manera posible. Esta vigilancia es necesaria de cualquier manera posible. Esta vigilancia es necesaria para asegurar la supervivencia del niño; si perdiera la esperanza de satisfacer alguna vez sus necesidades quizá moriría. El organismo sigue viviendo a cualquier precio y ese precio suele ser la neurosis: la exclusión de necesidades y sentimientos corporales insatisfechos porque el sufrimiento es demasiado grande para resistirlo.

Todo lo que es natural es una necesidad verdadera: crecer y desarrollarse a un ritmo propio, por ejemplo. Esto significa, para un niño, no ser destetado demasiado pronto; no verse obligado a caminar o a hablar demasiado pronto; no tener que atrapar una pelota antes de que el sistema neurológico esté en condiciones de asegurarlo con facilidad. Las necesidades neuróticas no son naturales; se desarrollan a partir de la no satisfacción de las necesidades reales. No hemos nacido en este mundo con la necesidad de que nos alaben, pero cuando los verdaderos esfuerzos del niño son virtualmente menospreciados desde que nace, cuando se le hace sentir que nada de lo que haga será lo bastante bueno como para que sus padres lo quieran, quizá desarrolle un ansia de elogios. Análogamente, la necesidad de expresarse en la infancia puede quedar suprimida, incluso por falta de alguien que escuche. Esa negación puede convertirse en la necesidad de hablar incesantemente.

Es querido el niño cuyas necesidades son satisfechas. El afecto hace desaparecer el sufrimiento. El niño no querido es el que sufre porque está insatisfecho. Un niño querido no necesita que lo alaben porque no ha sido menospreciado. Es valorado por lo que él es, no por lo que puede hacer para satisfacer las necesidades de sus padres. Un niño querido no desarrolla de adulto una insaciable ansia de sexo. Sus padres lo han tomado en brazos y lo han acariciado, y no necesitan usar el sexo para satisfacer esa primitiva necesidad. Las verdaderas necesidades salen de adentro hacia afuera, y no a la inversa. La necesidad de ser tomado en brazos y acariciado forma parte de la necesidad de ser estimulado. La piel es nuestro órgano sensorial más amplio y requiere por lo menos el mismo estímulo que los otros órganos sensoriales. Cuando el estímulo es insuficiente al comienzo de la vida, pueden producirse consecuencias desastrosas. Los órganos pueden empezar a atrofiarse por falta de estímulo; a la inversa, Krech ha mostrado que con un estímulo adecuado pueden desarrollarse y crecer. Debe haber un estímulo mental y físico constante.

Las necesidades insatisfechas suplantán a cualquier otra actividad del ser humano hasta verse satisfechas. Cuando las necesidades se satisfacen, el niño siente. Experimenta su cuerpo y el medio que lo rodea. Cuando las necesidades no son satisfechas, el niño sólo experimenta tensión, es decir, se siente desconectado de la conciencia. Sin esa conexión necesaria, el neurótico no siente. La neurosis es la patología de la sensibilidad. (feeling).

La neurosis no empieza en el momento en que el niño suprime su primer sentimiento, pero podemos decir que el proceso neurótico sí. El niño se encierra en etapas. Cada supresión y negación de una necesidad lo encierra un poco más. Pero un día se produce un viraje crítico en que el niño queda primordialmente encerrado, en que es más irreal que real, y en ese punto crítico podemos considerarlo neurótico. A partir de ese momento, operará con un sistema de yo doble: el yo real y el yo irreal. El yo real está constituido por las necesidades y sentimientos reales del organismo. El yo irreal es la cubierta de esos sentimientos y se convierte en la fachada que necesitan los pacientes neuróticos para satisfacer sus propias necesidades. Un padre que necesita sentirse respetado porque ha sido humillado constantemente por sus propios padres, quizá exija hijos sumisos y respetuosos que no se le insolenten o digan nada negativo. Un padre infantil quizá exija que su hijo crezca demasiado rápido, haga todos los trabajos penosos y en realidad se convierta en adulto mucho antes de que esté preparado para ello, de manera que el padre pueda seguir siendo el niño cuidado.

Muchas veces las solicitudes para que el niño sea irreal no son explícitas. Sin embargo, la necesidad de los padres se convierte en orden implícita para el niño. El niño ha nacido en medio de las necesidades de sus padres y empieza a luchar por satisfacerlas casi a partir del momento en que llega a la vida. Quizá lo apremien para que se sonría (para que parezca feliz), para que parlotee, diga adiós con la mano, más adelante se siente y camine, después se esfuerce para que sus padres puedan tener un hijo adelantado. A medida que el niño se desarrolla, las exigencias con él son cada vez más complejas. Tendrá que ser el primero, colaborar y hacer trabajos penosos, quedarse quieto y no preguntar, no hablar demasiado, decir cosas brillantes, ser atlético. Lo que

no será es él mismo. Los miles de operaciones que se producen entre los padres y los hijos que niegan las necesidades primarias naturales del niño significan que el niño sufrirá. Significan que no puede ser lo que es y ser querido. Esas profundas heridas son lo que llamo dolores primarios (o sufrimientos). Los dolores primarios son las necesidades y sentimientos reprimidos o negados por la conciencia. Dañan porque no se les ha permitido expresarse o satisfacerse. Esos sufrimientos totalizan lo siguiente: No soy querido y no tengo esperanzas de que me quieran siendo realmente yo mismo. Cada que un niño no es tomado en brazos cuando lo necesita, cada vez que se lo hace callar, se lo ridiculiza o ignora, o se lo apremia para que vaya más allá de sus posibilidades, se añade más peso al pozo de sus heridas. Este pozo es el que llamaré "Pozo primario". Cada cosa que se le añade vuelve al niño más irreal y neurótico.

A medida que los asaltos al sistema real aumentan, empiezan a aplastar a la verdadera persona. Un día se producirá un acontecimiento que, aunque no sea necesariamente traumático en sí mismo –dejar al niño con una baby sitter por centésima vez–, desplazará el equilibrio entre lo real y lo irreal y volverá neurótico al niño. A ese acontecimiento le llamaré la "Principal escena primaria". Hay un momento en la vida del niño en que todas las humillaciones, negaciones y privaciones pasadas se acumulan en un comienzo de interpretación: "No hay esperanzas de que me quieran por lo que soy". Entonces es cuando el niño se defiende contra esa catastrófica comprobación escindiéndose de sus sentimientos y deslizándose suavemente en la neurosis. La comprobación no es consciente. Más bien, el niño empieza a representar en torno a sus padres, y luego en cualquier parte, en la forma que ellos esperan. Dice las palabras de ellos y hace las cosas de ellos. Actúa de un modo irreal, es decir, en desacuerdo con la realidad de sus propias necesidades y deseos. En un breve plazo el comportamiento neurótico se vuelve automático.

La neurosis entraña una escisión, una desconexión de los propios sentimientos. Cuantos mayores son las agresiones de los padres contra el niño, más profundo es el abismo entre lo real y lo irreal. Empieza a hablar y a moverse de las maneras prescritas, a no tocar su cuerpo en las zonas prohibidas (literalmente, a no sentirse a sí mismo), a no ser exuberante o triste, y así sucesivamente. Pero la escisión es necesaria en un niño frágil. Es la manera reflexiva (es decir, automática) de que el organismo mantenga su integridad. La neurosis, pues, es la defensa contra la realidad catastrófica para proteger el desarrollo y la integridad psicofísica del organismo.

La neurosis implica ser lo que uno no es a fin de conseguir lo que no existe. Si el afecto existe, el niño será lo que es, porque el afecto es eso: dejar que cada uno sea lo que es. De manera que no es necesario que ocurra algo terriblemente traumático para producir la neurosis. Puede arrancar del hecho de exigir a un niño a que puntualice cada frase con un "por favor" o un "gracias", para probar cuán refinados son sus padres. También puede proceder de no permitir que el niño se queje cuando es desdichado o que lllore. Los padres se precipitan a sofocar los sollozos a causa de su propia ansiedad. No pueden permitir la cólera –"las nenas buenas no tienen berrinches; los nenes buenos no contestan"– para probar que son padres respetados; la neurosis también puede ser provocada por hacer actuar a un niño como si fuera un actor, pidiéndole que recite poemas en una fiesta o resuelva problemas abstractos. Cualquiera que sea la forma que adopte, el niño tiene muy pronto una idea de lo que se pide de él. Representar o cualquier otra cosa. Ser lo que ellos quieren o sino no hay afecto, o lo que pasa por ser afecto: la aprobación, una sonrisa, un guiño. En su momento la representación llega a dominar la vida del niño, que transcurre representando rituales y farfullando conjuros al servicio de lo que sus padres piden.

Lo que causa la escisión es la terrible desesperanza de no ser nunca querido. El niño debe negar la idea de que sus necesidades nunca serán satisfechas, haga lo que hiciere. No puede vivir sabiendo que es despreciado o que nadie se interesa realmente en él. Le es intolerable saber que no hay manera de que su padre sea menos crítico o su madre buena. La única manera que tiene de defenderse es desarrollando necesidades de reemplazo, que son neuróticas.

Tomemos el ejemplo de un niño que ha sido continuamente por sus padres. En clase quizá charle mucho (y el maestro tenga que estarle encima con dureza); durante los juegos quizá fanfarronee sin cesar (y aleje a los otros niños). Más adelante quizá ansíe de una manera incontrolable y exija a propósito algo tan evidentemente simbólico (para el espectador) como “la mejor mesa de la casa” en un restaurante caro.

El hecho de conseguir la mesa no anula la “necesidad” que tiene de sentirse importante. Si no, ¿por qué repetir la representación cada vez que come afuera? Escindido de una auténtica necesidad inconsciente (ser reconocido como un ser humano digno), deriva el “sentido” de su existencia del hecho de ser saludado por su nombre en restaurantes de moda por los maitres d´ hotel.

Los niños nacen, pues, con verdaderas necesidades biológicas que, por una u otra razón, sus padres no satisfacen. Puede ser que algunos padres y madres no reconozcan sencillamente las necesidades de su hijo o que esos padres, por deseo de no cometer errores, sigan los consejos de alguna augusta autoridad en crianza de los niños y levanten a su hijo a hora fija, lo alimenten siguiendo un horario que envidiaría una compañía de aviación, lo desteten con arreglo a plan previo y le enseñen a hacer uso de los artefactos sanitarios lo antes posible.

Sin embargo, no creo que la ignorancia o el celo metodológico expliquen la exuberante cosecha de neurosis que ha producido nuestra especie desde el comienzo de la historia. He encontrado que la principal razón de que los niños se vuelvan neuróticos reside en que sus padres están demasiado ocupados en luchar contra sus propias necesidades infantiles insatisfechas.

Así una mujer puede quedar embarazada para que la traten como a una niña, que es lo que en realidad ha necesitado toda su vida. Mientras es el centro de la atención, se siente relativamente feliz. Una vez libre de su hijo, puede sentir una aguda depresión. El embarazo servía a su necesidad y no tiene nada que ver con traer al mundo un nuevo ser humano. Es posible incluso que el niño sufra por haber privado a su madre, al nacer, del único momento de su vida en que podía estar al cuidado de otros. Como no está preparada para la maternidad, quizá se quede sin leche, dejando al recién nacido con el mismo cúmulo de privaciones tempranas que tal vez haya sufrido ella misma. De esta manera los pecados de los padres recaen en los hijos en un ciclo que parece ser infinito.

Llamo lucha a la tentativa del niño de agradar a sus padres. La lucha comienza con los padres y se generaliza después al mundo. Se extiende más allá de la familia porque la persona lleva consigo sus necesidades insatisfechas a donde vaya, y esas necesidades deben ser representadas. Buscará padres de reemplazo con los cuales representará su drama neurótico, o convertirá a casi todos (incluidos sus hijos) en figuras paternas que satisfarán sus necesidades. Si ha sido reprimido en su expresión verbal y no se le permitía hablar muchos, sus hijos van a tener que escuchar. Ellos a su vez, al haber tenido que escuchar tanto, tendrán la necesidad reprimida de que se los escuche, lo cual quizá esté a cargo de sus propios hijos.

La escena de la lucha se desplaza de la necesidad verdadera a la neurótica, del cuerpo a la mente, porque las necesidades mentales aparecen cuando se niegan las necesidades básicas. Pero las necesidades mentales no son verdaderas necesidades. En realidad no nos necesidades puramente psicológicas. Las necesidades psicológicas son necesidades neuróticas porque no sirven a las exigencias reales del organismo. El hombre del restaurante, por ejemplo, que tiene que tener la mejor mesa para sentirse importante, actúa en virtud de una necesidad que se ha desarrollado por no haber tenido afecto, porque sus verdaderos esfuerzos en la vida fueron ignorados o suprimidos. Quizá necesite que el maitre d´ hotel lo llame por su nombre porque al comienzo de su vida sólo se hacía referencia a él por categoría: “hijo”. Esto significa que era deshumanizado por sus padres y que trata de otros. De haber sido tratado como ser humano único por sus padres, se hubiera evitado esta así llamada necesidad de sentirse importante. Lo que hace el neurótico

es poner rótulos nuevos (la necesidad de sentirse importante) a viejas necesidades inconscientes (ser amado y valorado). Con el tiempo puede llegar a creer que esos rótulos aluden a sentimientos verdaderos y que su búsqueda es necesaria.

La fascinación de ver nuestros nombres en carteles luminosos o en la página impresa es sólo un indicio de lo profundamente privados que estamos muchos de nosotros de reconocimiento individual. Esos logros, por reales que sean, sirven de búsqueda simbólica del amor de los padres. Agradar a un público se convierte en la lucha.

Gracias a la lucha el niño no siente su desesperanza. Esa lucha está en el trabajo excesivo, en afanarse por conseguir posiciones más altas, en ser la estrella. La lucha es la esperanza del neurótico de ser amado. En lugar de ser él mismo, lucha por convertirse en otra versión de sí mismo. Tarde o temprano el niño llega a creer que esta versión es su ser verdadero. La “representación” ya no es voluntaria y consciente; es automática e inconsciente. Es neurótica.

## **Las escenas primarias**

Hay dos clases de escenas primarias: principales y secundarias. La escena primaria principal es el acontecimiento singular más desgarrador de la vida del niño. Es ese momento de soledad helada, cósmica, la más amarga de todas las epifanías. Es el momento en que empieza a descubrir que no es amado por lo que es y que no lo será.

Antes de la principal escena primaria, el niño ha tenido innumerables experiencias menores –escenas primarias secundarias– en las que ha sido ridiculizado, rechazado, descuidado, humillado, inducido a representar. Llega el momento en que todos esos acontecimientos perjudiciales empiezan a cobrar sentido para el niño. Un acontecimiento crucial parece resumir el significado de todas esas experiencias pasadas: “No les gusta como soy”. Este significado es catastrófico. Es negado y enterrado. Lo sustituye la lucha por el yo irreal. A partir de ahí, la experiencia quedará amortiguada por ese paralogos, de modo que a menudo el niño no sabrá cuándo sufre. Su lucha cubrirá su dolor.

Algunos pacientes recuerdan una escena crucial que fue la suma de todas las anteriores escenas secundarias. Para otro, hubo simplemente un añadido lento, monótono, de pequeñas traumas, cada uno insignificante en sí mismo, que un día da por resultado un gran desgarrón. Ya asuma una forma dramática como escena principal o sea simplemente el resultado de la acumulación de escenas menores, llega el día en que el niño pasa a ser más irreal que real.

La escisión producida en la escena principal significa el fin del niño como ser humano integrado y conectado.

La principal escena primaria suele producirse entre los cinco y los siete años de edad. Entonces es cuando el niño aprende a generalizar a partir de la experiencia concreta. Es el momento en que puede empezar a entender el significado de cada acontecimiento dispar que le ha ocurrido antes.

La escena principal no es necesariamente traumática desde un punto de vista objetivo. No tiene por qué ser un choque automovilístico o un accidente de aviación. Es más bien una comprensión, un atisbo rápido, aterrador, de la verdad que golpea al niño durante lo que puede ser un acontecimiento común. Un paciente, por ejemplo, recuerda que de muy pequeño llamaba a su madre, pero el que acudía era el padre, a quien él temía, impresión de que: “Mi madre nunca va a venir cuando la necesite”. La base de esto era que muchas noches al ir a acostarse llamaba a su madre para que le llevara un vaso de agua. Ella nunca acudía. Sólo iba su padre. Un día entrevió que su madre nunca acudiría cuando él la necesitara. Se sintió dividido porque al querer que

fuera su madre aparecía el padre temido, que lo castigaba por llamar; así, querer era conseguir lo que no quería. Nunca volvió a llamarla, pretendiendo que no necesitaba una madre, hasta el día en que en mi consultorio llamó con dolor a su “mamita”.

Las escenas menores son simplemente los pequeños acontecimientos que afectan al yo verdadero –críticas, humillaciones- hasta que un día en la escena principal ese yo se fractura por la tensión.

Es posible que pueda haber una escena primaria en los primeros meses de vida. Esto ocurre cuando se produce un acontecimiento en sí mismo tan desgarrador que el pequeño no puede defenderse y debe escindirse de su experiencia. Ese hecho produce una ruptura irreparable que durará hasta que sea revivida de nuevo en toda su intensidad. Un ejemplo de ello lo constituye el ser arrebatado a los padres y enviado a un asilo en los primeros meses de su vida.

Las escenas primarias claves son significativas porque representan muchos cientos de otras experiencias, cada una de las cuales significa dolor. Por esta razón, cuando se reviven durante la terapia primaria esas escenas, arrastran en su despertar una marea de recuerdos asociados. Lo que une a todos los acontecimientos es un sentimiento (tal como: “No hay nadie que me ayude”).

Veamos algunos ejemplos de escenas primarias. A continuación relatamos la de Nick. Cuando tenía seis años, acababa de terminar la Segunda Guerra Mundial y su padre volvía del Ejército. Esa Navidad, la primera que la familia pasaba junta desde Pearl Harbor, iba a ser muy alegre. Nick había estado esperándola como sólo puede esperarla un niño. Compró a su padre una corbata que envolvió lo mejor que pudo, poniéndole una tarjeta que había hecho él mismo. A las dos de la tarde todos los regalos estaban abiertos, salvo el que él le había hecho a su padre. A las tres todos disfrutaban del pavo relleno, salvo Nick. Su padre había ignorado totalmente su regalo.

Al fin alguien se dio cuenta de que seguía debajo del árbol y lo llevó al comedor. Cuenta Nick: “Mi padre estaba borracho y en cuanto lo vio empezó a hacer su número. ‘¿Pero qué diablos es esto? ¿Un automóvil? ¿Un barco, les parece? No. Es un aeroplano. Envuelto así nomás, claro, pero yo diría que es un aeroplano’. Todo el mundo se reía; me dieron ganas de meterme debajo de la mesa. Me dio vergüenza haberseme ocurrido alguna vez hacerle un regalo. Mi padre siguió arrastrando la cosa por el suelo. Cuando estaba borracho, podría ser implacable. Pretendía no saber de quién procedía, aunque la tarjeta que yo había hecho decía “Papito” y yo era el hijo único. Por último, accedió a abrir el paquete y entonces vino a donde yo estaba sentado y me baboseó todo. ‘Luz de mi vida, dijo, de las doscientas diez corbatas que tengo en mi armario, esta será en adelante y para siempre mi favorita...’ Porquería así. Simplemente añadió la burla al insulto. Por último, cuando dijo por quinta vez ‘No deberías haber gastado tu dinero en tu papá’, no pude soportarlo más, me levanté de la mesa y salí corriendo, mientras pensaba: “¡Claro que no hubiera debido!”.

Objetivamente, en un mundo cuyo alimento cotidiano son las bombas nucleares, los campos de concentración y el genocidio, muy poco importó lo ocurrido aquella tarde de Navidad. Sin embargo, contribuyó poderosamente, como la gota que rebasa la copa, a condenar a un hombre a casi un cuarto de siglo de trastornos nerviosos, aberraciones sexuales y graves accesos de depresión. Para Nick, aquella corbata de Navidad simbolizaba el sentimiento de que “Nada que haga será nunca lo bastante bueno para que tú me quieras, papito”.

La principal escena primaria pone en foco, pues, centenas e incluso miles de incidentes que significan la desesperanza para un niño. A partir del día en que se produce, los sentimientos reales fortalecerán el yo irreal de modo que el niño no reconoce más muchos de sus sentimientos. (Así, después de la pubertad, Nick disfrazó su necesidad de un padre afectuoso y lo sustituyó por fantasías homosexuales.) Además el yo irreal reprime esos mismos sentimientos reales para que

no se conecten y finalmente se resuelvan. (“Objetivamente” Nick sólo sentía desprecio por su padre, que un alcoholico.)

Hasta la Navidad de 1946, Nick había sido tenso. Después, su tensión no se evaporó, así como sus necesidades y sentimientos no desaparecieron por el simple hecho de ser negados. Permanecían en su interior, encerrados en su mente en forma de recuerdos reprimidos que traspasaban todo su sistema orgánico. Eso lo mantendría tenso. Esa tensión no le permitía tener conciencia de comportarse como lo hacía y provocaba la lucha para sentir simbólicamente la necesidad (homosexualidad).

Es fácil ver, pues, que el núcleo de la lucha neurótica es la esperanza, la esperanza de que lo que el neurótico haga le proporcionará consuelo y amor. Pero la esperanza del neurótico debe ser irreal porque lo obliga a tratar de obtener por el camino de la lucha neurótica algo del mundo que sencillamente no existe: padres afectuosos. El neurótico trata de convertir al mundo en padres solícitos, interesados, cariñosos. Si realmente hubieran sido personas buenas, afectuosas, la lucha sería innecesaria.

Después de la crisis de la principal escena primaria, se producen muchos otros miles de experiencias perjudiciales en el curso de la vida familiar. Cada una de ellas ensancha la brecha y ahonda la neurosis; cada una de ellas vuelve más irreal al niño. Otra de las escenas primarias de mis pacientes fue más dramática.

El padre de Peter, de cuatro años, solía pegarle por diversas faltas sin importancia. Peter soportaba las palizas, pensaba que debía de haber hecho algo terrible para merecerlas y seguía andando. Un día que había salido con su madre, se produjo un accidente y el auto familiar quedó arruinado. Cuando Peter y su madre llegaron a casa, el padre estaba esperando, furioso. “¡Cómo fuiste tan estúpida!”, fue su primera observación. Todavía bajo la conmoción del choque, la madre de Peter se echó a llorar y el padre se enfureció aún más. Por último, le pegó y la derribó al suelo de un golpe. El niño se precipitó gritando hacia su padre y lo agarró del brazo preparado para asestar otro golpe. El padre de Peter lo sacudió brutalmente y lo empujó contra la pared. En aquel momento Peter comprendió que su padre podía matarlo si lo provocaba.

A partir de aquel día, el niño tenía que vigilar todo lo que decía, cada movimiento que hacía alrededor de su padre. Su infancia se convirtió en una época de terror, porque estaba muy ocupado en apaciguar a su padre. Pero aún tenía la posibilidad de recurrir a su madre. Sin embargo, poco después, incapaz de soportar la vida con un marido brutal, la mujer empezó a beber tanto que hubo que enviarla a un sanatorio. Cuando se la llevaron, Peter supo que era “el fin”. Y así fue para su condición de ser humano normal, integrado. Durante los veinte años que siguieron, se comportó con todos de una manera simbólica. Lo que hacía era representar el sentimiento de “Por favor, no me lastimes, papito”, y este sentimiento infectó todos los aspectos de su vida.

Hay otro ejemplo del comienzo de una neurosis como estado del ser que parece inocuo. Sin embargo es la principal escena primaria de Anne.

Un día, a los seis años, a Anne la pescó la lluvia. Una mujer del vecindario la encontró empapada y temblando. Se llevó a la niña a su casa y la calentó junto a una chimenea, mimándola. De pronto Anne se sintió “rara”, “extraña”, y sin decir una palabra a la buena mujer, salió corriendo de la casa y volvió corriendo a la suya bajo la lluvia. En su cuarto lloró durante casi una hora. La madre de Anne fue a ver qué pasaba, pero la niña no sabía. Estaba simplemente inconsolable. Después se secó las lágrimas y bajó a ayudar a su madre a preparar la cena.

Esto es todo lo que fue su principal escena primaria. Pero resultó más traumática que cualquier paliza porque no podía ser integrada y entendida.



Antes del día de la lluvia, Anne había recibido palizas por ensuciarse, decir malas palabras o levantarse el vestido –todas las cosas habituales que nos ocurren a la mayoría. En todos los casos, sabía que había procedido mal, pedía disculpas como es debido, y seguía viviendo su vida. Pero experimentaba en su totalidad lo ocurrido. El día de la lluvia no había hecho nada malo; no había disculpas que pedir, nada que enfocar para que ella pudiera sentir lo que había sentido.

La afectuosidad de aquella vecina le mostró el vacío de su vida. Tuvo entonces un atisbo de lo que nunca había conseguido en su casa: que le dedicaran tiempo, que fueron buenos, tranquilizadores, simplemente humanos con ella, y comprendió que no podría ser nunca lo que era y que al mismo tiempo su madre la quisiera. Corrió a su casa a llorar por lo que había comprendido antes de haber recibido el choque total, antes de sentir ese devastador nunca.

Después de llorar, cuando la niña bajó las escaleras para ayudar a su mamá, su vida real había cesado. Por fuera se volvió cortés, dócil, dulce y servicial. Por dentro se formaban tensiones.

Anne trató de librarse de su desconsuelo ayudando constantemente a su madre, que estaba enferma la mitad del tiempo. Voluntariamente se hizo cargo de su hermanito. Lucho; la tensión se ahondaba, como su neurosis. No es que quisiera hacerse cargo del hermanito, quería que se hicieran cargo de ella y la mimaran; no es que quisiera lavar los platos, lo que quería era jugar. Pero accedió a lo que la mamá quería y se negó a sí misma. Se pasó la vida tratando de convertir a su madre en aquella bondadosa vecina que le ofreció su afecto sin un quid pro quo. La lucha le impedía sentir la verdad de que su madre nunca sería la persona afectuosa que ella necesitaba. La niña estaba atrapada.

Si dejaba de ser dócil y bien educada, haría resaltar el resentimiento de su madre por tener que serlo, para empezar. La docilidad era para Anne la manera de evitar un rechazo total, de modo que dejaba que la mamá se convirtiera en la niña mientras ella adoptaba el papel de su madre en la vida. Una esperanza irreal le hacía asumir a Anne esa carga. Tenía la esperanza de que algún día habría algo para ella, y entonces luchaba por el amor imaginario de su madre, pero nunca consiguió más que lavar los platos sucios.

La escena primaria es, pues, un acontecimiento que no es plenamente experimentado. Permanece desconectado y sin resolver. Esto no significa que hay sólo un momento en nuestra vida en que se produce la neurosis, sin que es vez, es decir, la principal escena primaria, establece un curso inalterable y cada nuevo trauma ensancha la brecha entre el yo real y el irreal.

La principal escena primaria es el momento en que la acumulación de pequeñas heridas, rechazos y represiones se cuajan en un nuevo estado del ser: la neurosis. Es el momento en que el niño empieza a entender que para poder pasar debe renunciar a una parte de sí mismo. Esta idea, demasiado penosa para ser soportada, nunca llega a la plena conciencia de modo que el niño empieza a actuar neuróticamente sin un atisbo de reconocimiento de lo que le había ocurrido.

Como hemos visto, algunas escenas primarias pueden ser dramáticas. Otras no tienen por qué serlo, como cuando mamá dice: “Si vuelves a hacer esto de nuevo, te voy a echar de casa”. No es la escena como tal; es el significado que tiene para el niño lo que la vuelve destructora. Una amenaza aparentemente insignificante o unos pocos azotes pueden ser subjetivamente tan traumáticos para el niño como que lo manden a un asilo.

## **El yo real y el irreal**

Aunque referiré al yo real y al irreal, debemos recordar que son aspectos de un solo yo. El yo real es el verdadero yo, lo que éramos antes de descubrir que no era aceptable para nuestros padres. Hemos nacido reales. Ser real no es algo que tratemos de ser.

El caparazón que construimos alrededor del yo real es lo que los freudianos llaman un sistema de defensa. Pero los freudianos creen que los humanos necesitan un sistema de defensa y que una “persona sana, bien integrada” es la que tiene el sistema de defensa más fuerte. Para mí, la persona normal es totalmente indefensa, no tiene un yo irreal. Cuanto más fuerte es la defensa de una persona, más enferma está, es decir, más irreal es.

Un ejemplo de la forma literal en que se suprime el yo sensible real es el del yogui que camina sobre carbones encendidos o duerme sobre un lecho de clavos. En mi práctica terapéutica veo todos los días a pacientes que se han arreglado para separarse por completo del sentir como un pargolpe contra el sufrimiento, y que ya no pueden experimentar sus heridas psicológicas como el yogui no experimenta dolor físico.

En algunos momentos del neurótico puede tener una rápida visión de sí mismo. Una enfermedad o unas vacaciones le dejan pocas oportunidades de practicar su lucha, y se cae en sí mismo. A veces esto le provoca síntomas psiquiátricos; de pronto se siente “despersonalizado”, “extraño”, como si hubiera perdido los móviles de su vida. Esta despersonalización suele ser el comienzo de la realidad, pero como el neurótico cree que es irrealidad es la realidad, llega a sentir que su yo real es una fuerza ajena. Por lo general se retira a su irrealidad acostumbrada y enseguida sentirá su “viejo yo” de nuevo. Si pudiera dar un paso más, si pudiera recorrer todo el camino y sentir la realidad de su irrealidad, creo que podría volverse real.

En el neurótico, pues, el yo sensible real está encerrado con el dolor original; por eso debe sentir ese sufrimiento para liberarse, sentir que el dolor deshace el yo irreal de la misma manera que la negativa del sufrimiento lo creó.

Como el yo irreal es un sistema sobreimpuesto, el cuerpo parece rechazarlo como si se tratara de cualquier elemento extraño. La presión se ejerce siempre hacia el ser real. Como los padres neuróticos no nos permiten ser reales, elegimos rodeos, es decir, caminos neuróticos para alcanzar la realidad. La neurosis no es más que la manera irreal en que tratamos de ser reales.

El sistema irreal es el que deforma el cuerpo, dando por resultado una construcción del crecimiento y un desarrollo menoscabado. Reprime el verdadero sistema endocrino o lo sobre estimula más de lo necesario. Ejerce una tensión indebida sobre diversos órganos vulnerables, determinando estallidos periódicos. En una palabra, el sistema irreal es total; no es simplemente un comportamiento de vez en cuando. Ser neurótico significa no ser totalmente real; de modo que no hay parte nuestra que funcione de una manera regular y normal. La neurosis es tan infinita como la normalidad; está en todo lo que uno hace.

Hay una manera de que el neurótico atraviese la superficie de su lucha simbólica y los sufrimientos que lo impulsan. A eso lo llamo terapia primaria. Es el asalto sistemático al yo irreal que produce en su momento una nueva cualidad del ser: la normalidad, así como los asaltos originales al yo real produjeron un nuevo estado del ser: la neurosis. El sufrimiento se encuentra tanto en el camino de entrada como en el de salida.

## **Análisis**

La teoría primaria considera la neurosis como la síntesis de los dos yos o sistemas en conflicto. La función del sistema irreal consiste en reprimir el real, pero como las realidades reales no pueden suprimirse, el conflicto es interminable. Al tratar de satisfacerse, esas necesidades son transmutadas por el sistema irreal de modo que sólo se pueden satisfacer simbólicamente. Los sentimientos reales que han llegado a ser dolorosos por no haber hallado satisfacción, deben ser reprimidos para que el niño no sea vencido por el dolor. Pero, paradójicamente, esas necesidades no se pueden satisfacer mientras no sean sentidas.

Si consideramos esos sentimientos y necesidades negadas como una energía que impulsa al organismo, vemos que el neurótico es como alguien que tiene el motor en marcha todo el tiempo. Nada de lo que haga apagará el motor mientras dichos sentimientos y necesidades no sean sentidos en toda su angustia, exactamente como lo que son. Esto significa en cierto modo que el sistema irreal debe ser destruido para que el real encuentre su expresión.

El simple ejemplo de que al sujeto no le esté permitido llorar al comienzo de su vida puede aclarar este examen. ¿A dónde van esas lágrimas? En algunos casos obstruyen los senos nasales y frontales y se convierten en una secreción permanente (que desaparece cuando, en la terapia primaria, la persona llora con todas las fibras de su ser). En otros, esa tristeza contenida se expresa en los labios caídos o en un aire melancólico. En todo caso, la necesidad nunca es sentida, porque es representada simbólicamente. Y esta representación es lo que impide a la persona sentir la necesidad y finalmente resolverla. Así el neurótico continúa negándose a sí mismo la satisfacción de lo que realmente necesita.

El sistema irreal transforma las necesidades reales en necesidades enfermizas. Una persona puede llenarse de comida para no sentir su vacío. La comida significa amor. El exceso de comida es, pues, un ejemplo de representación simbólica.

Una vez que las necesidades reales se han vuelto enfermizas, no pueden ser satisfechas. Esto significa que una vez que se ha producido la desconexión principal, en la escena primaria principal, se han creado dos yos en constante contradicción dialéctica. El yo irreal impedirá que la necesidad real aparezca y sea satisfecha. Por eso, por ejemplo, el amor y el afecto de un maestro puede ser beneficioso y el niño no sufre mientras es bien tratado o atendido por un maestro solícito. Pero el comportamiento del maestro no puede modificar la escisión producida permanentemente por la privación de padres omnipotentes durante los primeros años cruciales de la vida del niño. Una vez producida la escisión, el afecto del maestro suele causar dolor por lo que el niño nunca ha tenido.

Los dolores primarios están desconectados de la conciencia porque conciencia significa dolor intolerable. Son los que el niño experimenta cuando no puede ser él mismo. La tensión surge cuando están desconectados de la conciencia. Es el dolor difuso. Es la presión de los sentimientos negados, desconectados, que surgen para aliviarse. La tensión produce al hombre de negocios desafortunado, al drogadicto, al homosexual, cada uno de los cuales sufren a su manera, pero desarrolla un estilo de vida o "personalidad" para tratar de disminuir y eventualmente amortiguar ese sufrimiento. El drogadicto suele ser más honesto que cualquiera de los otros dos ejemplos citados. Por lo general sabe que sufre.

Los sufrimientos primarios son necesidades primarias no resueltas. La tensión es el sentimiento de esas necesidades desconectadas de la conciencia. La tensión opera en la mente como incoherencia, confusión y falta de memoria, y en el cuerpo como musculatura tensa y desarreglos de los procesos viscerales. La tensión es el sello de la neurosis. Conduce a la persona hacia la resolución. Pero no puede haber resolución mientras no se sientan los sufrimientos primarios, es decir, mientras no se los experimente conscientemente.

La lucha neurótica es interminable porque esas primeras necesidades permanecen sin resolver. La lucha es la tentativa constante de lograr que el organismo no necesite. Pero esa lucha es la que nos impide sentir el gran dolor de la necesidad real y así resolverla por fin. Una persona puede ser abrazada por docenas de amantes sin resolver jamás la necesidad de cariño de los padres. Puede disertar ante miles de estudiantes y seguir teniendo una necesidad desesperada de que sus padres lo escuchen y entiendan, necesidad no sentida que lo llevará a seguir pronunciando infinitas disertaciones. La lucha es insatisfactoria precisamente porque es simbólica y no real.

Cualquier necesidad real o sentimiento contenido que deriva de la relación temprana con los padres debe ser representada simbólicamente en la medida en que no va dirigida hacia ellos. La función de la terapia primaria consiste en ayudar a que la gente sea real pasando por debajo de la actividad simbólica para llegar a sus sentimientos reales. Esto significa ayudar a que la persona quiera lo que necesita. Un niño que se desarrolla normalmente quiere lo que necesita porque siente esas necesidades. Cuando se vuelve neurótico, sus deseos y necesidades se escinden (porque no puede tener lo que necesita) de manera que quiere lo que no necesita. En un adulto esto puede manifestarse en ansia de alcohol, droga, ropas, dinero. Es la búsqueda para aliviar la tensión de necesidades reales no reconocidas. Más nunca habrá alcohol, drogas, ropas o dinero bastantes para llenar el vacío.



## EL DOLOR

**P**ara entender la teoría y la terapia primaria es importante saber cómo reaccionamos ante el dolor. Reseñaré sucintamente las investigaciones que han contribuido a la formulación de la teoría.

E.H. Hess, al investigar la contracción y la dilatación de la pupila en respuesta a ciertos estímulos, observó que la pupila se dilata cuando el estímulo es agradable y se contrae cuando es desagradable. Al mostrar a los sujetos de la experiencia representaciones de escenas de tortura, se les contraían las pupilas; al pedirles que recordaran esas escenas penosas había otra contracción automática e involuntaria. Creo que lo mismo ocurre, pero de una manera general, cuando un niño se enfrenta con situaciones desagradables. Es decir, el retroceso ante el sufrimiento es una respuesta total del organismo que abarca a los órganos sensoriales, los procesos cerebrales, los sistemas musculares, etc., como ocurriría en los experimentos de Hess.

Sostengo que ese apartarse de un gran sufrimiento es una actividad reflexiva humana que va desde retirar los dedos de una hornalla caliente hasta desviar los ojos de una escena particularmente truculenta en una película de terror para ocultar al yo ideas y sentimientos dolorosos. Creo que este principio de sufrimiento es consustancial con el desarrollo de la neurosis.

En la escena primaria, pues, el organismo del niño se cierra a la plena comprensión y se vuelve inconsciente de ella de la misma manera que una dosis suficiente de dolor físico puede sumir en la inconsciencia al hombre más resistente. El sufrimiento primario es un dolor no experimentado y la neurosis puede ser considerada desde este punto de vista como un reflejo: la respuesta instantánea de todo el organismo al dolor.

T. X. Barber hizo pruebas fisiológicas con varios sujetos en estado de hipnosis. Aparentemente despiertos, pero formados hipnóticamente de que no sentían nada, los sujetos fueron sometidos a estímulos dolorosos; informaron que no sentían dolor, si bien todas las mediciones físicas indicaron que reaccionaban a él. En otros experimentos se produjeron cambios electroencefalográficos (onda cerebrales) en sujetos hipnotizados sometidos a estímulos dolorosos que dijeron no sentir nada.

Esto indica, en cuanto a la teoría primaria, que el cuerpo y el cerebro reaccionan constantemente al dolor aun cuando la persona no tenga conciencia de que lo sufre. Las mediciones fisiológicas muestran que los cuerpos de los sujetos siguen sometidos a estímulos dolorosos aun después de haberseles suministrado drogas analgésicas. Reaccionar físicamente al dolor y tener conciencia de ese dolor pueden ser dos fenómenos distintos.

Cuando el cuerpo se cierra contra un dolor intolerable, es necesario algo para mantener ocultos y contenidos los sufrimientos primarios. La neurosis cumple esa función. Distrae al paciente de su dolor y lo conduce a la esperanza, es decir a lo que puede hacer para llenar sus necesidades. Como el neurótico tiene necesidades tan urgentes, pero insatisfechas, sus percepciones y conocimientos deben ser apartados de la realidad.

El concepto del bloqueo del dolor es importante para mi hipótesis porque creo que el sentimiento es unitario, un proceso total del organismo, y cuando bloqueamos sentimientos críticos tan amplios como los sufrimientos primarios impedimos nuestra capacidad de sentir.

Los sentimientos primarios son como una fosa gigantesca de la que emergemos. La neurosis es la tapa de esa fosa. Sirve para suprimir casi todos los sentimientos, tanto de placer como de dolor. Por eso los pacientes que se han sometido a la terapia primaria dicen después que pueden sentir de nuevo, que realmente han sentido placer por primera vez desde que eran niños.

Esta noción de una fosa de sufrimiento dentro del neurótico es más que una simple metáfora; suele ser lo que los pacientes de la terapia primaria dicen de una u otra manera (que llevan dentro, a todas partes, una fosa séptica de sufrimiento). Por ejemplo, cada vez que el papá le pega al niño, el sentimiento es el siguiente: “¡Papá, por favor, sé bueno conmigo! ¡Por favor, no me asustes!” Pero el niño no lo dice por una serie de razones. Por lo general está encerrado en la lucha que no tiene conciencia de sus sentimientos, y si la tuviera, esa honestidad (“Me das miedo, papá”) podría asustar al padre tanto que el resultado sería un aumento del castigo. De modo que el niño representa lo que no puede decir siendo más cauteloso y complaciente, menos fastidioso, mejor educado y cortés.

Los sufrimientos primarios se acumulan uno por uno, en estratos de tensión que irrumpen buscando alivio. Sólo pueden aliviarse mediante la conexión con sus orígenes. No es necesario revivir y conectar cada incidente, pero es preciso sentir el sentimiento general que subyace en muchas experiencias. En el caso anterior, cuando el sentimiento se conecta con el papá, el sujeto será bombardeado por un recuerdo tras otro (acumulados en la “fosa”) de cuando su padre lo asustó. Hay pruebas de la existencia de escenas primarias clave, escenas que son representativas de muchas experiencias, cada una vinculada al sentimiento central. El proceso primario consiste en un vaciamiento metódico de la fosa de los sufrimientos. Cuando la fosa está vacía considero que la persona ha llegado a ser real o que está bien.

Debajo de los dolores primarios se encuentra la necesidad de sobrevivir. El niño hará lo que debe para agradar a sus padres. Un paciente lo explica así: “Me aparté de mí mismo. Maté al pequeño Jimmy porque era brusco, alocado y turbulento, y querían algo dócil y delicado. Maté a mi mejor amigo. Fue un mal negocio, pero era el único que podía hacer.”

Como somos seres humanos unificados, el yo real empuja constantemente la superficie y establece aquellas conexiones mentales. Si no hubiera una necesidad intrínseca de completez, el yo real podría ser dejado de lado de una buena vez; se quedaría apaciblemente dentro de nosotros y nunca haría ninguna tentativa de entrometerse en nuestro comportamiento. Lo que produce la neurosis es la necesidad de ser enteros de nuevo, la necesidad de ser nuestro yo natural. El yo irreal es la barrera, el enemigo que al fin debe ser destruido.

Es preciso un esfuerzo considerable de parte del terapeuta primario para forzar al organismo a experimentar de nuevo esos primeros sufrimientos. Por mucho que el paciente desee mejorar, hay siempre resistencia a experimentar sentimientos dolorosos. En realidad, muchos pacientes temen “volverse locos” cuando están al borde de sentir esos sufrimientos.

Para lo que nos proponemos, el aspecto más significativo del dolor primario es que permanece encapsulado internamente, tan prístino e intenso como el día en que empezó. Sigue no tocado por las circunstancias de la vida y las experiencias de la persona, cualesquiera que sean. Pacientes de cuarenta y cinco años experimentan esas heridas tempranas con martirizante intensidad, como si atravesaran la experiencia –que puede haber ocurrido cuarenta años antes– por primera vez. Y en realidad creo que es así. El sufrimiento nunca ha sido plenamente experimentado; abortó y quedó tapado antes de que pudiera sentirse su impacto total. Pero ese sufrimiento es terriblemente paciente. Nos advierte y recuerda su existencia de varias maneras sutiles cada día de nuestra vida. Rara vez clama por alivio.

Lo más habitual es que el dolor se entrelace con el sistema de la personalidad de modo que continúe sin ser sentido y en general no reconocido. El sistema neurótico manifiesta, pues, el dolor.

Lo hace tan automáticamente porque el dolor debe tener alguna clase de descarga, reconocida o no. La descarga puede aparecer en la perpetua sonrisa que dice: “Sé bueno conmigo”, o en la

indisposición física que insiste: “Cuidame”. O en una conducta vocinglera, turbulenta o brillante en una reunión social para decir: “¡Préstame atención, papá!”. Cualquiera que sea la posición que un hombre ha alcanzado en la vida, por sobria o madura que sea su defensa, al rascar un poco encuentro a un niño herido debajo de la apariencia.

Deseo insistir en que la experiencia del sufrimiento primario no consiste simplemente en conocer el sufrimiento; consiste en ser el sufrimiento. Como somos entidades psicofísicas, creo que todo enfoque que separe esa unidad no puede dar buenos resultados. La clínica alimentaria, verbal e incluso psicoterapéutica entraña separación y tratamiento de síntomas aislados y apartados del sistema total. La neurosis no es una enfermedad emocional ni mental; es las dos cosas. Para volver a recobrar la integridad es preciso sentir, reconocer la escisión y gritar la conexión que unificará otra vez a la persona. Cuanto más intensamente se sienta la escisión, más intensa e intrínseca será la experiencia unificadora.

Según la hipótesis primaria, todas las heridas diarias y actuales que son excesivas o no guardan relación con la realidad, vienen del pozo primario de dolor. La existencia de ese pozo es lo que hace que los sentimientos incómodos perduren más que las trivialidades o críticas desagradables.

Todos conocemos probablemente a una persona hostil o terrible, alguien que parece despertar cada mañana tan hostil y terrible como el día antes sin provocación aparente. ¿Por qué surgen esos sentimientos de cada día? Creo que salen del depósito primario de sentimientos.

Todo lo que produzca una ruptura de la fachada irreal tocará ese pozo y provocará un sufrimiento ascendente. Por ejemplo, una paciente cuyo aspecto nunca satisfizo a su madre, oyó decir a su novio, con toda naturalidad, que sus lindos ojos azules no combinaban con el negro jade de su pelo. Este comentario aparentemente sin importancia, provocó el sentimiento total de ser rechazada que no pudo detener aunque “sabía” que su novio no deseaba hacerle ningún daño. El análisis de esa situación común fue utilizado como medio de llegar a su sufrimiento. Llamo primaria a la experiencia de sentir ese sufrimiento primario.

Se pueden oír docenas de cumplidos en una noche, pero una pequeña crítica los anula todos porque pone de relieve toda una vida en que no se ha sentido poca cosa, no querido, inoportuno, etc. A menudo los neuróticos son atraídos por las personas críticas justamente porque pueden luchar simbólicamente con sustitutos de padres críticos a fin de resolver y finalmente vencer la crítica. Es el mismo proceso dinámico por el cual alguien traba relación con una persona fría, solitaria, para conseguir simbólicamente, a través de ella, que los padres sean afectuosos. Esta es la esencia de la lucha neurótica: establecer la situación doméstica original y tratar de resolverla, casarse con un hombre débil y tratar de provocarlo para que sea fuerte, o encontrar a un hombre fuerte y minarlo sin piedad hasta que se vuelva débil e inerte. ¿Por qué la gente se casa simbólicamente con su “papá y su mamá”? Para convertirlos en personas reales, cariñosas. Como no puede ser así, lo único que se consigue es prolongar la lucha.

Cabe preguntar en este punto: “¿Cómo sabemos que el neurótico sufre en realidad algún gran dolor?” En todo caso he visto, con independencia del diagnóstico psiquiátrico, que el sufrimiento ha subido a la superficie una vez destruida la defensa. El sufrimiento está siempre ahí; sólo que se extiende por el cuerpo en un estado de tensión generalizada.

Por una curiosa peculiaridad racional hemos llegado a creer que el mejor tolera el dolor es el más fuerte y el más virtuoso. La persona que sufre en silencio es el “hombre verdadero”, el que es capaz de soportar. Sin embargo, el hombre irreal es el que mejor puede soportarlo porque está acostumbrado al dolor. Lo que parecemos decir es que aquel que más se niega a sí mismo, que soporta mejor, es el ganador de la Carrera de Neuróticos. El hombre occidental parece establecer



una relación directa entre la negación de uno mismo y la virtud, no sólo en la vida religiosa en que se exalta la renunciación, sino también en las modalidades del hombre cotidiano que trabaja dura para mantener a su familia y que quizá muera prematuramente a causa de su sacrificio. La persona que no ha tenido tiempo para sí misma, que se ha estado sacrificando, termina literalmente sacrificándose de verdad. Sólo en este sentido podemos decir que la irrealidad mata.

## DOLOR Y MEMORIA

La primera vez que el neurótico se escinde parece producirse una división en el sistema de recuerdos. Hay recuerdos reales, acumulados con el dolor, y recuerdos asociados al sistema irreal. La función del sistema irreal es servir de pantalla, filtro o bloqueo de los recuerdos que pueden producir el dolor. Cada nueva escena primaria obliga al niño a borrar más su experiencia, de modo que cada dolor importante tiene a su alrededor un racimo de asociaciones que están separadas de la plena conciencia. Cuanto mayor es el trauma, más probable es que afecte algunos aspectos de la memoria.

La hipótesis es que esta memoria está acumulada con el dolor y se restablece al sentirlo. Los pacientes de la terapia primaria se sorprenden, pues, por la forma en que dicha terapia abre el banco de la memoria. En un caso, una mujer empezó su terapia reviviendo experiencias que había tenido a los seis meses de edad, y en cada día de tratamiento revivió al año subsiguiente de su vida hasta recorrer su vida entera. Durante cada una de las sesiones, su memoria se amplió considerablemente, pero sin extenderse más allá de la edad a que se refería ese día particular. Entonces, cuando recordó que la habían dejado en la cuna, se acordó también de la casa en que vivía en aquel momento, de los abuelos que iban a jugar con ella, de su hermano que la pellizcaba, acostada como estaba, sin defensa.

La memoria está íntimamente asociada al dolor. Tenderán a olvidarse aquellos recuerdos demasiado dolorosos para ser integrados y aceptados conscientemente. Así el neurótico tendrá recuerdos incompletos en algunos sectores críticos.

Nos referiremos a algunas sesiones en que los pacientes revivieron escenas primarias. Una maestra de treinta y cinco años la refiere con furor creciente: “La llevan en silla de ruedas por el vestíbulo. Está oscuro. La levantan para ponerla en la cama. Está sola. Qué miedo... ¡Ah! (Aquí se dobla como si le hubieran dado un golpe en el estómago.) ¡Dios mío! ¡Me meten en la cama por tres años! ¡No puedo soportarlo!”.

Esta escena se ubicó en su recuerdo durante el cuarto mes de la terapia. Ese día llegó alterada sin saber por qué. A medida que hablaba y sentía, su perturbación aumentó y empezó a hablar en tercera persona: “La llevan en silla de ruedas por el vestíbulo”. De pronto se dobló en dos al pasar de la tercera persona a la primera, del yo escindido al yo singular. Cuando dijo: “¡No puedo soportarlo!”, gritaba y se retorció de dolor. Habló del día en que se descubrió que había tenido una afección cardíaca de origen reumático y debió guardar cama a los cinco años de edad por un período de tres años. Fue una experiencia tan trágica que se desdobló para hacerla tolerable, y a partir de entonces se vio a sí misma a través de los episodios de su vida como si fueran dos personas. Fue como si dijera: “No me ocurre a mí; le ocurre a ella”.

(Como hemos dicho antes, no en todas las escenas primarias aparecen directamente los padres. Pero si los padres son afectuosos y buenos, cualquiera que sea el trauma creo que no habrá una escisión neurótica. Recuerdo a una mujer que se acordaba de las bombas que caían sobre un orfanato de la frontera entre Yugoslavia e Italia. El principal sentimiento seguía siendo: “Mamá, tengo miedo. ¿Dónde estás?” ¡Vuelve y protégeme, por favor!” Discutió este punto después de la escena primaria y dijo que la guerra había sido absolutamente abrumadora para ella porque no había nadie que le explicara lo que significaba, nadie que la protegiera y la hiciera sentirse al abrigo. No pudo resistir con sus propias fuerzas esa tensión temprana).

La escena descrita por la mujer con una afección cardíaca de origen reumático había sido hasta entonces sólo una vaga reminiscencia. Había recuerdos de libros para colorear, de leche bebida en la cama, etc. pero nada sustancial: el sufrimiento se había llevado consigo a un sector sumergido los aspectos más profundos del recuerdo. Después de revivir esa escena, dijo que sen-

tía los músculos profundos de las piernas y los huesos de los pies. De pronto supo por qué había evitado incluso hacer nada de orden físico en su vida. En efecto; no sólo había amortiguado el deseo consciente, sino los miembros que debían ejecutar esos deseos instintivos de correr y jugar.

Llevó cuatro meses de terapia hacer surgir este recuerdo. Cuando ocurrió era prácticamente automático aunque el cuerpo estuviera ahora preparado para un sufrimiento aun mayor y fuera capaz de resistir a su impacto. El recuerdo llegó en forma inversa a como había empezado. Primero el recuerdo era de una experiencia de escisión en la cual la paciente describía a “ella” y lo que a “ella” le ocurría. Después se recordaron partes fragmentadas y separadas de la experiencia: el hecho de atravesar el vestíbulo en silla de ruedas, de ser llevada a la cama, etc. Estos recuerdos desconectados eran como una serie de fusibles cada uno encajado en otro hasta producirse el momento único, total, de la explosión en que se experimentó la escisión misma (cuando “ella” se convirtió en “yo) y la paciente volvió a ser una.

Escena dos: Una mujer de veintitrés años recuerda esto durante la segunda semana de la terapia: “Yo tenía siete años. Me llevaron a ver a mi madre a un hospital o algo por el estilo. Veo su bata azul y las sábanas blancas y tiasas. Le veo el pelo rizado como si no se hubiese peinado. Me siento en la cama... No sé. Eso es todo lo que recuerdo.” La insto a que se refiera a sus sentimientos y le pido que mire. La paciente continúa: “Creo que estaba sentada junto a mamá. La miro. ¡Ah! ¡Sus ojos! No sabe quién soy yo. ¡Mamá está loca, está loca!”.

Este recuerdo se abrió considerablemente. La paciente siempre creyó haber soñado que su madre una vez había tratado de matarla, pero más tarde recordó que en realidad su madre había tenido una depresión nerviosa bajo la cual había intentado matar a sus hijos. Su recuerdo de la situación se amplió inmediatamente. Supo que el lugar donde estaba su madre era un sanatorio para enfermos mentales. Siempre había recordado ciertos aspectos de la escena: la ida al hospital, la subida en el ascensor, etc., pero nunca había recordado realmente haber visto a su madre, ni la verdad sobre su estado.

La escisiones que se produjeron en esas escenas pueden asemejarse a estados amnésicos, no tan dramáticos o completos como amnesia que conocemos, pero si la situación es absolutamente inaceptable, como la violación por el padre, por ejemplo (tomado en uno de nuestros casos de terapia primaria), puede haber grandes sectores en que el sufrimiento ha borrado un año o dos en torno al acontecimiento. A veces la hipnosis puede recuperar algunos de esos viejos recuerdos suprimiendo el factor sufrimiento, pero no creo que pueda tocar sectores y recuerdos en que el sufrimiento es abrumador. La paciente que fue violada por su padre a una edad temprana sólo pudo llegar a ese recuerdo después de unas treinta sesiones de terapia primaria, y sólo por etapas.

Un hombre de veintisiete años estaba recordando su infancia durante la terapia cuando tropezó con una reminiscencia de haber sido golpeado por un columpio, cosa que había olvidado completamente. El recuerdo no tenía relación con el sufrimiento que experimentó en ese momento. Lo revivió en este orden: “No sé por qué me siento tan mal. Hay un columpio y me va a golpear. Realmente, me hace polvo. ¡Caramba! Tiene que haber algo más. ¿Dónde está mamá? ¡Mamá, mamá! Eso es. No vino nadie. Nunca venía nadie. Me dejaban siempre solo, y nadie se preocupaba nunca de saber dónde estaba yo. ¡Ah, mamá, mamá, ocupate de mí, por favor!” El recuerdo del columpio que lo golpeaba no era tan importante en sí mismo. El sentido de todo el incidente era catastrófico, y consistía en que nadie se ocupaba de él, que había sido rechazado, y luego toda su vida trató de conseguir que la gente se ocupara de él. Cuando estuvo en condiciones de enfrentar el hecho de que su madre, al a que imaginaba afectuosa, en realidad no se ocupaba de él ni se había ocupado nunca, su recuerdo del columpio se volvió consciente, total y real.

Los recuerdo del neurótico suelen ser como sueños, y a la persona puede costarle tanto recordar su primera infancia como algunos de sus sueños. Creo que para que exista memoria concreta

debe haber experiencia concreta, es decir, que el individuo debe estar totalmente comprometido en su experiencia y no escindirse de ella por temor y agitación. Algunos pacientes han errado por la vida completamente inconsciente de lo que les pasaba. A veces se quejan de que la vida no es algo que les haya ocurrido. Le ha ocurrido al yo irreal. Marchaban por la vida sin estar “del todo allí”. Vivían habitualmente del otro lado de una barrera que filtraba el impacto de la experiencia y sólo dejaba entrar lo que era cómodo. Cuando en la terapia primaria el paciente socava esa barrera, puede empezar a ver que algunas de sus experiencias y su comportamiento, anteriormente amortiguados por el sufrimiento, realmente querían decir algo.

Yo diría que los recuerdos son sofocados en la medida en que son un eco de elementos similares a los sufrimientos de las escenas primarias clave. Si un insulto común realza una vieja herida oculta –por ejemplo, sentirse tonto- ese hecho puede ser olvidado y recordarse sólo vagamente. La medida en que sea recordado dependerá de la analogía entre la situación y el sentimiento con la vieja herida.

La noción de que el sistema de recuerdos irreales comienza en la primera escena primaria importante tiene varias consecuencias. Por ejemplo, un neurótico puede tener una memoria fenomenal para fechas, lugares y hechos históricos, incluso para su propia vida, y sin embargo su memoria quizá sólo sirva para apuntalar el frente irreal que dice: “Mira qué brillante e inteligente soy”. Los aspectos profundos de sus recuerdos pueden estar totalmente bloqueados. Los recuerdos del yo irreal son selectivos y se adhieren a la mente para aliviar la tensión, para sostener al “ego”. Esto significa que a menudo la llamada buena memoria de un neurótico es sólo una defensa contra la memoria real.

Un caso puede aclarar la relación del sufrimiento con la memoria. Una mujer de poco más de veinte años sometida con éxito a la terapia primaria, había tenido dos escenas primarias y era muy perspicaz. Al final de la segunda semana tuvo un grave accidente automovilístico. Se fracturó varios huesos y se le diagnosticó un traumatismo craneano. Después de recobrar la conciencia, no recordaba el accidente. Los médicos dudaban de que recuperara la memoria del trauma y le dijeron que si no recordaba el accidente en un plazo de cinco semanas, había la posibilidad de que el recuerdo quedara perdido para siempre.

Después de varias semanas se recobró lo suficiente para asistir de nuevo a la terapia. Antes de la visita empezó a tener calambres de estómago y no pudo mover el vientre durante tres días. Después de una escena primaria relacionada con un sufrimiento importante de su primera infancia, se vio automáticamente llevada, sin que nadie la dirigiera, a su sufrimiento más reciente: el accidente automovilístico. Recorrió todo el trauma, desde el comienzo hasta el final en todos sus detalles, sin hacer un esfuerzo consciente para recordar. Vio el auto que se acercaba, oyó el choque, sintió el golpe en la cabeza, y lanzó el grito aterrador que nunca había proferido en el momento. Pudo discutir todos los detalles del accidente sin ninguna confusión mental.

Esto indica que los solos efectos de una conmoción física quizá no sean los únicos responsables de una desaparición de la memoria; el sufrimiento consiguiente puede ayudar a silenciar la memoria de los acontecimientos catastróficos. Si esta suposición es correcta, será posible someter a la terapia primaria a personas que hayan sufrido traumas graves, como una violación, y recobrar el recuerdo del hecho.

No creo que un neurótico pueda tener un sistema de recuerdos completo mientras conserve el dolor primario. Una vez practicada la terapia primaria, parece haber un agudo aumento de la memoria, y la mayoría de los pacientes descubren que vuelven fácilmente a los primeros meses de vida para recordar un incidente tras otro. Es como si, con la experiencia del dolor, todo el sistema de recuerdos se abriera de par en par.



## LA NATURALEZA DE LA TENSIÓN

Según la teoría primaria, no hay neurosis sin tensión. Me refiero a la tensión no natural, sin sentido en el ser humano psicológicamente normal, no a la tensión natural que todos necesitamos. La tensión no natural es crónica y deriva de la presión de sentimientos y necesidades negados o no resueltos. Cuando hablo de tensión, me refiero a la tensión neurótica. Lo que el neurótico siente en lugar de los sentimientos reales son grados de tensión. Cuanto menor es la tensión por lo general mejor se siente; cuanto mayor es la tensión, peor se siente. Lo que el neurótico trata de hacer con su comportamiento es sentirse mejor.

¿De dónde viene la tensión y cuál es su función? Creo que la tensión, como parte de la neurosis, es un mecanismo de supervivencia que moviliza el cuerpo hacia el cumplimiento de una necesidad o lo protege de sentimientos destructores. En ambos casos, trata de mantener su continuidad e integridad. Por ejemplo, cuando no somos alimentados, se suscita una tensión que nos estimula a buscar alimento y a satisfacer la necesidad. Si ésta persiste en los primeros meses y años de vida, la falta de satisfacción se vuelve dolorosa e intolerable, y para suprimir el daño se suprime la necesidad, que persiste en forma de tensión, mientras no se conecte con la conciencia y se resuelva. Un movimiento contenido (dejar de correr, por ejemplo) persistirá también como tensión mientras no se conecte y se resuelva.

En una palabra, cualquier supresión crítica de un movimiento o sentimiento en los primeros tiempos de vida se convierte en una necesidad mientras no sean sentidos y expresados y por lo tanto resueltos.

La desconexión es mantenida por el miedo. El miedo emite señales cuando el dolor (la necesidad o el sentimiento que provocan sufrimiento) se acerca a la conciencia. El miedo pone en acción el mecanismo de defensa, operando de diversos modos para mantener alejada la necesidad. Es una respuesta automática que forma parte del mecanismo de supervivencia. Prepara al organismo para frenar el golpe, de la misma manera que nos ponemos tensos cuando nos van a aplicar una inyección. Cuando el sistema no es capaz de impedir el dolor, se produce un miedo consciente, es decir, la ansiedad. Además el miedo suele no sentirse conscientemente. Se convierte en parte del pozo general de tensión.

La ansiedad es el miedo sentido pero no correctamente enfocado. La ansiedad es evocada cuando el sistema de defensa se debilita y permite que el sentimiento temido se acerque a la conciencia. Como el sentimiento no está conectado, la ansiedad está a menudo fuera de foco. La base de la ansiedad es el miedo de no ser querido. La mayoría de nosotros evitamos la ansiedad desarrollando los tipos de personalidades que nos preservan de sentir hasta qué punto no somos queridos.

La personalidad se desarrolla como protección. La función de la personalidad es la de satisfacer la necesidad del niño. Esto significa que el niño va a tratar de ser lo que “los otros” es lo que produce la tensión. El ser uno mismo es lo que la elimina. Ser uno mismo significa ser completo, cuerpo y mente conectados. Supongamos que un niño necesita que su padre lo abrace, pero su padre piensa que los “hombres” no se abrazan ni se besan. El niño, que trata de ser un hombre para su padre, niega esa necesidad y se comporta con aspereza. Esa personalidad áspera produce y fuerza al mismo tiempo la tensión. Entonces ese niño crece, tiene una úlcera y es enviado a un psicoterapeuta. A veces, al comienzo de su tratamiento, lo trato de marica. Entonces se pone ansioso. Lo he descubierto, es decir, he puesto el dedo en su necesidad reprimida que puede haberse convertido en homosexualidad latente. Quizá se enoje cuando yo lo trate así, pero ese enojo es una tapa de la verdadera herida, una defensa para no sentir su verdadera necesidad. Su enojo es una manera de aliviar la tensión. La razón de que el niño se volviera áspero es en primer lugar la necesidad de ser querido por su padre, pero esta motivación ha estado enterrada mucho

tiempo. Al no permitirle que sea áspero, se lo enfrenta con la pérdida del afecto y la aprobación, la desesperanza primaria.

Todo comportamiento del presente basado en sentimientos negados en el pasado (inconscientes) es simbólico. Es decir, la persona trata de satisfacer una vieja necesidad a través de alguna confrontación presente. Llamo “representación simbólica” a todo comportamiento presente basado en esas necesidades inconscientes. En este sentido, la personalidad es la representación simbólica en el neurótico. Toda su actitud, su forma de mirar y de caminar son comportamientos en respuesta a viejos sentimientos enterrados.

Sólo la conexión puede detener la tensión crónica, neurótica. Otras actividades la alivian momentáneamente, pero no la resuelven. No existe, en mi opinión, una tensión innata o básica, ni una ansiedad básica. Éstas sólo se desarrollan a partir de tempranas condiciones neuróticas. Un neurótico es tenso, sea o no consciente del hecho.

Neurosis no es sinónimo de defensa. Es un término más amplio que indica la forma en que están relacionadas las propias defensas; los tipos neuróticos son simplemente la constelación peculiar de las defensas de una persona. Como un neurótico puede usar toda clase de defensas en su vida diaria, no existe un tipo duro. Habitualmente se instala en un estilo (el del hiperintelectual, por ejemplo) que, por conveniencia, podemos calificar de cierto tipo de neurosis. Toda neurosis entraña la existencia de un sistema irreal que convierte los sentimientos reales en tensión. Casi todos los sentimientos y necesidades del hombre son iguales. Lo que se complica es la forma de defendernos contra ellos. Pero no es necesario ocuparse de esas complicaciones, si llegamos a lo que se encuentra debajo.

En la medida en que los dolores primarios están ahí, el neurótico debe ponerse tenso contra ellos. Su personalidad es la forma más o menos estabilizada que ha encontrado para defenderse a sí mismo. Suprimir esos sufrimientos es “suprimir” la personalidad.

Pensemos la cuestión en términos de energía. Sabemos por la ley de conservación de la energía que ésta no se destruye, sólo se transforma. Considero los sentimientos primarios originales como energía esencialmente neuroquímica que se transforma en energía cinética o mecánica, que incita constantemente al movimiento físico o a la presión interna. La finalidad de la terapia primaria es volver esta energía transformada a su estado original, de modo que ya no haya una fuerza interior que impulse al sujeto a la acción compulsiva. Ese sentimiento de presión es la causa de que tantos neuróticos se sientan agitados o perturbados, de que no puedan quedarse sentados, de que tengan que estar siempre haciendo algo. Debemos tener presente que la tensión es un fenómeno totalmente corporal. Cada nuevo sentimiento bloqueado, cada nueva necesidad no satisfecha aumenta el peso de las presiones internas que afectan la totalidad del sistema.

Es posible librarse de la tensión mecánicamente, jugando al tenis, a la pelota, o corriendo. En realidad, la mayoría de la gente que se mantiene gracias a los nervios, se mantiene a fuerza de tensión. Pero no hay manera de eliminar esos sentimientos primarios, de modo que la tensión parece ser perpetua. Comparo a esa gente permanentemente ocupada para gastar la tensión con una gallina decapitada que sigue moviéndose. El neurótico está decapitado, en cierto sentido, mientras no pueda conectar lo que hace su cuerpo con las razones concretas de esas acciones.

Dado el alcance de las respuestas del cuerpo a la tensión, hay muchas maneras de medirla. Un investigador, E. Jacobson, define la tensión en función de la contracción muscular. Cree que la tensión prepara al cuerpo para algún tipo de locomoción (vuelo), y que el resultado de ello es el acortamiento de las fibras musculares. Los cambios de las fibras musculares conducen a un aumento del voltaje o presión eléctrica, que puede ser medida con un instrumento electrónico llamado electromiógrafo. Pero el electromiógrafo es todavía un instrumento impreciso que no

puede medir los cambios minúsculos de las fibras musculares. Sin embargo, Jacobson sostiene que toda nuestra musculatura interviene en la tensión y fatiga al individuo, esté despierto o dormido. Esto ayuda a explicarse por qué el neurótico se despierta tantas veces más exhausto que cuando se acostó.

La tensión no sólo es un fenómeno total sino que tiende a concentrarse en sectores vulnerables. Malmo vio en sus investigaciones que la mayoría de nosotros tenemos sectores concretos de órganos en los que se observa un aumento de los niveles de tensión cuando están sometidos a un esfuerzo.

Si una persona tiene un dolor crónico en el lado izquierdo del cuello, por ejemplo, una situación de stress crearía una tensión mucho más alta de ese lado que del lado sano.

Aunque la tensión es la presión interna que resulta de la negación de un sentimiento, cada uno de nosotros la experimenta de un modo diferente. Puede ser una agitación, un nudo en los músculos del estómago, una tensión de los músculos del esqueleto, una opresión en el pecho, los dientes apretados, una sensación de náusea, un sentimiento de catástrofe inminente, arcadas, un nudo en la garganta o el estómago revuelto. La tensión mantiene la boca en movimiento, aprieta los músculos de la mandíbula, hace temblar el párpado, agita el corazón, acelera los procesos mentales, hace golpetear el piso con el pie, intranquiliza la mirada. No es preciso insistir en esto. La tensión es intolerable y se manifiesta de diversas maneras.

Son tantos los que experimentan la tensión que hemos llegado a considerarla simplemente una de las exigencias del ser humano. Estoy seguro de que no es así. Pero por desgracia varias teorías psicológicas han basado sus supuestos en la inevitabilidad de la tensión. El sistema freudiano, por ejemplo, sostiene que hay una ansiedad básica alrededor de la cual debemos establecer defensas para conservarnos sanos. Creo que esta ansiedad es sólo una función de la irrealidad de la persona.

Se han efectuado varios experimentos, tanto con animales como con seres humanos, consistentes en hacer sonar un timbre cuando se sometía al sujeto a un shock eléctrico moderado. Más tarde el sonido de la campanilla bastaba para producir la misma clase de amenaza anticipada y un elevado nivel de activación física. Este tipo de experimento consiste en condicionar al sujeto a algo que comúnmente no constituye una amenaza: una campanilla. Análogamente los sujetos pueden ser descondicionados acompañando el estímulo inocuo (timbre) con una situación que no entrañe un shock.

La teoría primordial también se relaciona con el shock. A menudo el shock es una temprana visión de la cosa que de ser plenamente sentida resultaría catastrófica. El shock es contenido y re-presentado, produciendo un comportamiento tenso años después de pasado el peligro. Un niño de seis años cuyos padres lo desdeñan (es su impresión, pues rara vez esa inquina se manifiesta abiertamente) puede correr gran peligro tanto físico como psicológico, pero un hombre de treinta y seis años como psicológico, pero un hombre de treinta y seis años consciente de que sus padres lo desdeñaban ya no corre ningún peligro, aunque casi toda su conducta de adulto se haya basado en el miedo a esa impresión.

Para entender por qué treinta años después de haber tenido una impresión perturbadora una persona sigue reaccionando a ella, debemos tener presente que el niño pequeño está muy abierto. No tiene defensas, lo cual quiere decir que percibe de una manera afectiva directa. Lo que percibe en los primeros meses o años de vida puede ser insoportable. Entonces se protege. Quizá aparezcan síntomas o amortigüe sus sentidos, pero la impresión dolorosa sigue allí esperando a ser experimentada. En un caso un paciente vio a los dos años y medio de edad las caras mortecinas de sus padres. Empezó a percibir la absoluta falta de vida de todo lo que le rodeaba y de su pro-



pia existencia. No lo percibía de un modo completo. Llegó a tener asma. Esa realidad mortecina que lo rodeaba sólo pudo ser experimentada más tarde, cuando estaba a salvo de ella. Porque eso quería decir que él tenía que estar “muerto” para sobrevivir con sus padres. Le llevó muchas sesiones primarias experimentar ese sentimiento en su totalidad. El sentimiento de la muerte lo devolvió a la vida.

El shock psicológico original evocaba el miedo. El miedo convertía el sentimiento en una tensión vaga, generalizada. La persona a que nos hemos referido no era conscientemente ansiosa. Actuaba de un modo inerte como una manera inconsciente de evitar la ansiedad. Sus movimientos y su expresión mortecinos eran la forma que había encontrado de arreglárselas con sus padres. En la medida en que parecía “muerto”, estaba tenso pero no ansioso. Al tener que actuar con vivacidad se produjo la ansiedad. En la mayor parte de los casos la neurosis (representación simbólica) contiene la tensión de modo que el neurótico ni siquiera sabe que está tenso. La distinción entre el miedo y la ansiedad es cuestión de contexto y no de filosofía. Los procesos fisiológicos del miedo y la ansiedad pueden ser idénticos, pero en el miedo la persona reacciona a la situación presente, en tanto que en la ansiedad reacciona al pasado como si fuera presente. En el momento en que la tensión es sentida como ansiedad es cuando la persona acude por lo general a la psicoterapia.

El verdadero miedo es sentir la vida amenazada. Eso ocurre sin tensión o con un embotamiento de los sentidos y de la mente. Con el miedo real el organismo está completamente preparado para enfrentar la amenaza. El miedo primario embota porque es una herida destructora. Persiste porque el dolor primario (“No me quieren”) persiste. Esto significa que la vieja amenaza está presente, haciendo del miedo ansiedad. La ansiedad es el viejo miedo no conectado porque la conexión significa dolor destructor. (Esto será analizado con más detalle en el capítulo sobre el miedo). Reaccionar ante un camión que se nos viene encima es miedo. Sentir que el camión podría venírse nos encima es ansiedad.

Un bebé y un niño pequeño pueden sentir miedo directamente y comportarse con arreglo a sus sentimientos. Pero a medida que el tiempo pasa, incluso la demostración de miedo puede ser criticada por los padres neuróticos (“Deja de llorar. Tú sabes que no hay nada de qué tener miedo”), de modo que el miedo es negado y entonces se sitúa en el “pozo primario” como aumento de tensión. Este miedo negado significa que la persona no puede actuar directa y adecuadamente con arreglo a lo que siente. Debe inventar objetos de miedo (negros, comunistas, etc.) para centrar sus sentimientos y aliviar la tensión.

Al forzar al paciente neurótico a sentir más bien que a representar sus miedos primarios, podemos ayudarlo a entender los sentimientos que lo están aterrorizando. En ese punto lo llevamos al interior de sus miedos y más allá y lo introducimos en sus sufrimientos primarios.

Un estudio publicado en *Psychology Today* (junio de 1969), por Martin Seligman, se refiere a esta noción de shock temprano. Seligman describe un experimento de R.L. Solomon en que se sujeta con correas a un perro y se lo somete a descargas eléctricas. Después se mete al perro en una casilla con dos comportamientos donde se supone que aprende a escapar a la descarga saltando simplemente una barrera baja del sector donde se produce la descarga al sector donde no se produce. Se observó que si se sometía a la descarga primera, mientras estaba sujeto y no podía escapar, ocurría algo extraño. En las posteriores, aun teniendo libertad para cruzar la barrera, el perro se quedaba en el sector donde se producía hasta ser arrastrado literalmente afuera. Otros perros que no estaban sujetos (inermes) al producirse la primera descarga, aprendieron rápidamente a saltar en busca de la libertad. En muchos sentidos, el niño pequeño está atado a una situación traumática de la que no puede escapar y tan inerme como los perros sujetos. Tampoco el niño puede hacer nada eficaz para escapar al sufrimiento incesante, y a menudo no puede aprender más tarde cómo actuar en ciertas situaciones para evitar el daño. Cuando ninguna

respuesta al alcance del niño puede cambiar la situación, suele tener muy poco que hacer salvo volverse hacia adentro, permanecer tan pasivo y herido como los perros sujetos que no podían escapar a la primera descarga importante que habían experimentado en su vida. Observamos en el experimento de Solomon que si se aplicaba la descarga a un perro que estaba en condiciones de escapar (de modificar su situación) y después se lo sujetaba y sometía a la descarga, al recibirla en condiciones de responder en libertad aprendía a escapar normalmente. Seligman señala que si un niño pequeño llora para que lo alimenten y no hay nadie a su alrededor que lo haga, el llanto se convierte en una respuesta inoperante y puede ser suprimido en cierto momento porque no cambia en nada una situación dolorosa o penosa. La teoría primaria indica que el sufrimiento continuado que causa el no haber conseguido satisfacer nunca las primeras necesidades, tiende a acallar la respuesta hasta que el individuo retrocede y se atreve a llorar de nuevo como aquel niño pequeño.

Los efectos de los dolores primarios se consideran permanentes mientras no son sentidos (empleo el término “sentidos” para indicar “totalmente experimentados”). Esto significa que no puede ser condicionado desde el exterior del organismo. Así, aunque se puedan castigar o gratificar sus manifestaciones superficiales (cigarrillos, bebidas, drogas), los dolores mismos no cambiarán. Seguirán necesitando de salidas neuróticas de uno y otro hasta se completamente experimentados.

El neurótico se empeña en un comportamiento irreal, simbólico, para aliviar la tensión. Así, puede tener una actividad sexual compulsiva para sentirse querido, sin haber reconocido nunca ese primer sentimiento de desamor.

Aunque la tensión se siente en todas partes, parece haber un órgano que constituye su foco: el estómago. La contracción de los músculos del estómago (y toda la zona abdominal) parece ser el calmante interno del neurótico. Wilhelm Reich hizo este descubrimiento hace unas décadas, y desarrolló gran parte de esos primeros métodos terapéuticos aliviando las tensiones abdominales del paciente.

Casi todos los pacientes neuróticos ubican el foco de su tensión en el estómago. El folklore prueba su importancia con frases tales como: “¡Tuve que tragarme las palabras!” “¡No puedo digerir eso!” “¡Me da en la boca del estómago!” “¡Le salió de las tripas!” Cuando se tragan las palabras se alude a un gesto que no es sólo simple, simbólico.

Las palabras parecen literalmente sofocadas en las tripas, como si hicieran nudos en el individuo. Las más de las veces el paciente no tiene conciencia del grado de tensión a que está sometido su estómago mientras no empieza a aflojarla. Durante la terapia primaria observamos a menudo que la tensión sale del estómago y sube. La persona se referirá consecutivamente a algo que le oprime el pecho, a algo que le aprieta la garganta, a los dientes que le crujen, a un dolor de la mandíbula, y entonces, cuando se han dicho las palabras importantes, todo eso desaparece.

Vacilo en decir: “Vemos subir el dolor del estómago a la boca”; pero hemos consignado en bandas televisadas el fenómeno de la tensión en ascenso. Durante la terapia primaria, los sentimientos que inician su ascenso hacen estremecer y agitar toda la zona abdominal. Es como si los sentimientos se soltaran del torniquete abdominal que los sujeta. Suben por el cuerpo y salen por la boca en forma de gritos primarios. Cuando se produce esto, los paciente dicen que sienten por primera vez el estómago desbloqueado; evidentemente estaba trabado por la tensión que impedía la completa digestión de los alimentos.

La tensión no siempre produce una incapacidad de comer. En algunos casos ocurre lo contrario: la persona entierra sus sentimientos atiborrándose de comida. Lo que se opera es un fenómeno dual: el descenso y el ascenso de la tensión. El ascenso se produce cuando el mecanismo

de defensa se debilita y los sentimientos se acercan a la conciencia. La tensión ascendente (ansiedad) suele dificultar el hecho de comer. La tensión descendente, en cambio, permite al neurótico mantener en jaque sus sentimientos por medio de la comida, de modo que la tensión no se convierte en un estado de ansiedad. Por regla general, la persona con gran exceso de peso tiene una serie de dolores profundos y ocultos. Las capas de grasa parecen formar un paragolpes que los aísla (tensión descendente).

## EL MECANISMO DE DEFENSA

**E**l concepto de mecanismo de defensa aparece en muchas teorías psicológicas empezando por la freudiana. La teoría primaria sostiene que toda defensa es neurótica y que no existen las llamadas defensas “saludables”. La creencia en las defensas saludables se basa en el supuesto de una ansiedad básica que debe ser contenida, algo inherente a todos los seres humanos. La teoría primaria no reconoce la noción de ansiedad básica en los individuos normales. Más adelante examinaremos la cuestión en detalle. El último punto en que difieren la teoría primaria y algunas otras teorías con respecto a las defensas, reside en que las considera fenómenos psicobiológicos y no simplemente acciones mentales. Así, la contracción de un vaso sanguíneo puede ser una defensa en la misma medida que la locuacidad compulsiva.

Para la teoría primaria una defensa es una serie de comportamientos que funcionan automáticamente para bloquear sentimientos primarios. Cuando el abdomen se aprieta automáticamente, cuando un individuo se traga un sentimiento, cuando aparecen tics en una cara a consecuencia de la presión, el cuerpo bloquea contra el sentimiento.

Hay defensas involuntarias y voluntarias. Las defensas involuntarias son las respuestas automáticas de la mente y del cuerpo al dolor primario: fantaseos, enuresis, ahogos, pestaños, contracción muscular. Estas son por lo general las defensas internas del niño. La constricción y la voz chillona resultante se entretajan como parte del sistema de la personalidad. De esta manera la personalidad se construye alrededor de las defensas y forma parte de ellas.

Las defensas involuntarias son de dos tipos: la elaboración y el alivio de la tensión. Al anudar los músculos del estómago se contienen los sentimientos, y dan por resultado la tensión. Orinar-se en la cama de noche (cuando disminuyen las defensas conscientes) es un alivio involuntario de la tensión. Otras formas de alivio involuntario son el rechinar de dientes, los suspiros, las pesadillas (más estas últimas).

Las defensas voluntarias entran en juego cuando los mecanismos de alivio involuntario fracasan. Fumar, beber, drogarse, comer con exceso son ejemplos de defensas voluntarias. Pueden ser frenadas por la fuerza de la voluntad. Las defensas voluntarias se necesitan para aliviar la tensión excesiva: una palabra airada de un cajero en un restaurante puede bastar para perturbar la fachada agradable de un neurótico y crear la necesidad de beber. El propósito de ambas formas de defensa es bloquear el sentimiento real.

Las defensas operan continuamente, de noche y día. Un hombre afeminado no se vuelve masculino de pronto cuando duerme. Su afeminamiento es un hecho psicofísico que se produce dormido o despierto; está integrado en el organismo. Esto significa que las acciones no naturales se convierten en la norma porque la persona no siente sus inclinaciones naturales. No podrá caminar, hablar o conducirse de otro modo mientras no haya recuperado su yo natural.

Las defensas son, en líneas generales, lo que los padres piden del niño. Un niño puede hablar continuamente y usar malas palabras mientras otro parece “mudo”. Ambos responden a un pedido de los padres que ellos han percibido, ambos han cerrado una parte de sí mismos.

Las defensas saltan a la acción como un mecanismo de adaptación para mantener en marcha el organismo. De esta manera, la neurosis es considerada como parte del equipo de adaptación heredado que todos compartimos. Como la neurosis es adaptación, no podemos simplemente hacerla volar con un aparato de electroshock. Las defensas deben ser desmanteladas ordenadamente y paso a paso hasta que la persona esté preparada a seguir sin ellas.

El niño acalla su yo en los primeros meses y años de vida porque habitualmente no tiene otra

opción. Un niño ruidoso y charlatán quizá no sea tolerado mucho tiempo por padres reprimidos que quieren un hijo cortés, dócil. Le pegarán o lo castigarán hasta que cierre esa vía de comportamiento. Así, para vivir, el niño debe sentenciar a muerte una parte de sí mismo. Debe jugar el juego de los otros, no el suyo. Esta misma clase de comportamiento puede resultar de paredes que hacen demasiado por el niño y éste no necesita esfuerzos propios. Ha quedado sofocado por la bondad de los progenitores.

Si el frente irreal no funciona, si no despierta una respuesta humana en los padres, el niño tendría que adoptar defensas más desesperadas. Quizá tenga que suprimir todo de sí mismo para no disgustarlos o para que sean cariosos y buenos con él. Quizá hable de una manera rígida, programada, como una calculadora. Sus pensamientos pueden volverse limitados y estrechos, sus ojos apenas una hendidura; en una palabra, se ha deshumanizado en una tentativa de humanizar a sus padres. Puede, llegado el caso, operar un cambio completo por ellos: que un chico se convierta en “chica”.

La respuesta total es un concepto crucial. La necesidad de afecto no es simplemente algo mental que puede cambiarse las ideas. Invade todo el sistema, deformando el cuerpo y la mente. Esa deformación específica es la defensa.

Si la personalidad no puede dominar la tensión, aparecerán síntomas. El niño se masturbará, se chupará el pulgar, se morderá las uñas o bien se orinará en la cama. Estas son vías para conseguir mayor alivio. Las más de las veces, en la creencia errónea de que ayudan al niño, los padres tratan de detener esas descargas de la tensión y transigen así con el problema, forzando al niño a encontrar caminos más ocultos. Un paciente me contó que tenía flatulencias constantes porque sus padres creían que sufría del estómago. Dijo: “Eructar era la única cosa que aceptaban porque creían que era involuntario”.

Un niño pequeño no entiende que son sus padres los que están perturbados. No sabe que los problemas de ellos son independientes de lo que él haga. No sabe que no es cosa suya conseguir que dejen de pelearse, que sean felices, libres o lo que sea. Hace lo que puede para poder vivir. Si es ridiculizado casi desde que nace, tiene que llegar a creer que hay algo equivocado en él. Probará todas las maneras de agradar, pero, trágicamente, lo que debe hacer queda en el terreno de lo vago y lo impreciso porque sus padres no saben qué hacer para ser libres y felices. Como ellos no saben hacerlo sentirse mejor, tiene que confiar en sí mismo. Comerá todo lo que encuentre, se chupará el dedo cuando nadie lo vea, se masturbará, y más tarde se lanzará a las drogas para aliviar el sufrimiento que nadie puede calmarle. Ya no es un neurótico; la neurosis es su ser.

El drogadicto es un ejemplo de alguien que ha salido de sus defensas internas. Suele borrar una parte tan grande de sus sentimientos que lleva una existencia amortiguada. Como no puede arreglárselas para defenderse como otros neuróticos, establece una relación directa con la jeringa: Sufrimiento... jeringa... alivio. Quítese la jeringa y ahí está el sufrimiento. Para el homosexual el pene sirve a la misma finalidad. Ambos representan un alivio de la tensión: una conexión externa que se ha desarrollado para ocupar el lugar de la conexión interna no establecida.

Con prescindencia del sufrimiento que entraña el uso de la jeringa o las relaciones practicadas por varones homosexuales, el sentimiento simbólico es de placer o, más exactamente, de alivio. El sufrimiento físico, real, el sufrimiento experimentado por el yo real, es filtrado por el sistema de defensa donde es interpretado como placer.

Las diversas maneras que tiene el neurótico de defenderse han sido clasificadas por los profesionales y se han establecido categorías de diagnósticos. Pero deseo subrayar una vez más que el sistema de defensa sólo es importante en la medida en que enmascara el dolor. Lo que interesa, para la hipótesis primaria, es el dolor.

Para el neurótico toda su experiencia debe abrirse camino a través del laberinto de sus defensas, donde lo que ocurre no se ve, es mal interpretado o exagerado. El mismo proceso de distorsión influye en su actividad corporal de manera que al final es incapaz de interpretar o entender los tipos de cambios que se están produciendo en su propio cuerpo. Debe, pues, ponerse en la enigmática situación de acudir a un extraño (un profesional) para que le ayude a entender lo que siente en su interior.

Los sistemas de defensa se complican en función de la situación familiar del niño. Cuando los padres son brutales, la defensa es directa y de superficie. Cuando la interacción familiar es más sutil, el sistema de defensa se vuelve más sutil.

Los individuos que han elaborado estratos de defensas sutiles, intelectuales (que se les han subido a la “cabeza”) son los más difíciles de curar. La terapia de la introversión (insight) ha sido el tratamiento central de la clase intelectual; cualquier método que acentúe la intervención de la “cabeza” de esos neuróticos sólo sirve para empeorar sus problemas.

Hace unas décadas Reich no dio una idea de las defensas corporales: “Podemos decir que toda rigidez muscular contiene la historia y el significado de su origen. No es, pues, necesario deducir de los sueños o asociaciones la forma en que se ha desarrollado la armadura muscular; más bien la armadura misma es la forma en que la experiencia infantil continúa existiendo como agente pernicioso”.

Reich explicaba que la rigidez muscular no es simplemente un resultado de la represión sino que representa “la parte más esencial del proceso de represión”. Señaló que la represión era un proceso dialéctico en el que el cuerpo no sólo se pone tenso a través de la neurosis, sino que perpetúa la neurosis por vía de la musculatura tensa. No aclaró qué es lo que mantiene al cuerpo tenso año tras año, pero creía que en la neurosis podían tener una influencia importante ciertos ejercicios o técnicas destinadas a reducir la tensión muscular, y más concretamente, la tensión abdominal.

Según la teoría primaria, las necesidades y los sentimientos bloqueados empiezan virtualmente con el nacimiento y muy a menudo antes de la época en que podamos verbalizarlos. Un niño que no es tenido en brazos lo suficiente en los primeros meses de vida no sabe conscientemente qué es lo que le falta, y sin embargo sufre. Sufre con todo su cuerpo, que es exactamente donde está la necesidad. La necesidad, pues, no es solamente algo mental almacenado en el cerebro. Se acumula en los tejidos del cuerpo, ejerciendo una fuerza continua tendiente a su satisfacción. Esa fuerza es experimentada como tensión. Podemos decir que el cuerpo “recuerda” sus privaciones y sus necesidades exactamente como el cerebro. Para librarse de las tensiones, la persona tendrá que sentir las necesidades que se encuentran en el núcleo de dichas tensiones —en otras palabras, de modo orgánico—, que es exactamente donde están las necesidades. Las necesidades se encuentran en la musculatura, en los órganos y en el sistema sanguíneo.

Pero no basta simplemente conocer los propios sentimientos y necesidades inconscientes. Gran parte de la psicoterapia moderna funciona sobre el supuesto de que basta hacer conscientes los sentimientos inconscientes para cambiar a una persona. Yo lo veo de otra manera: la conciencia es el resultado de un proceso afectivo orgánico, y el proceso afectivo, no simplemente el conocimiento de lo que esas necesidades son, es lo que cambia a alguien. Conocer una necesidad, en mi opinión, no libera de ella. Hemos subestimado las muchas privaciones que se sufren en los primeros meses de vida y la forma en que nos afectan por el resto de nuestra existencia. Los reichianos reconocen que mucho de lo relacionado con el sentir es no verbal, y tratan los sentimientos reprimidos físicamente a través de la manipulación corporal.

El objetivo de la terapia primaria es conectar las necesidades del cuerpo con los recuerdos

acumulados e inconscientes para unificar así a la persona. La terapia a través de la danza, el yoga, la terapia a través de los movimientos corporales o los ejercicios destinados a liberar al cuerpo de la tensión, no servirían de nada porque esas tensiones (primeros bloqueos y privaciones inconscientes) están inextricablemente entretejidas con recuerdos primarios, en acontecimientos orgánicos unitarios. La incitación a la introversión divide al individuo de una manera, y la terapia a través de los movimientos corporales lo divide de otra. Lo que necesitamos es algo total, una unión inmediata del cuerpo y la mente. No hay manera de eliminar permanentemente los recuerdos de un hombro tenso, por medio del masaje, cuando éstos inervan el hombro por debajo del nivel de conciencia.

Si se observa cómo nos desarrollamos entenderemos mejor esto. El niño pequeño tiene poca capacidad para abstraer o razonar su situación. No puede transformar sus necesidades en fantasías concretas, ni puede representarlas durante la infancia de manera simbólica. Su cuerpo debe elaborar sus defensas. Para él, pues, no se trata de que la mente controle el cuerpo; el niño pequeño no ha desarrollado en los primeros meses de vida la capacidad mental para hacerlo. Más bien sucede que algunos deben defenderse físicamente casi desde el momento que nacen.

Recuerdo a una paciente que había nacido en un orfanato donde no había nadie que se ocupara de ella. En el curso de la terapia, revivió su situación en una cuna del orfanato y recordó que había llorado largo rato sin que nadie acudiera. Revivió lo que hizo entonces. Recordó que hacia los ocho meses, después de llorar durante varios minutos, se había sentado, mirando a su alrededor y viendo que no había nadie, sintiendo el cuerpo pesado y arrullándose a sí misma para dormirse. Esto se convirtió pronto en un hábito. Se despertaba incómoda, empezaba a llorar, se callaba y se quedaba acostada en la cama, amodorrada. Esa modorra se volvió automática en los dos primeros años de su estada en el asilo. Más tarde, cuando lo abandonó, adoptó la forma de un amodorramiento cada vez que estaba incómoda o asustada. Decía: “Era como si fuera succionada desde adentro. Amortiguaba todas las partes de mi ser de manera que estaba semidormida incluso mientras caminaba”. Esta apatía y falta de vida, dicho sea de paso, es observada por muchos investigadores en los niños de los asilos. Deben amortiguarse y crear una barrera para poder sobrevivir.

Lo que había ocurrido a esa mujer en el orfanato era el resultado de un sistema protector del cuerpo. Esa defensa corporal que la siguió durante parte de su vida se desarrolló debido a su trauma y la escisión empezó antes de que se desarrollaran el intelecto y la posibilidad de defensas intelectuales. No creo que por muchos ejercicios que hiciera después consiguiese flexibilizar y activar su sistema muscular. Después de la terapia, en la que revivió los traumas infantiles que habían dado rigidez a su musculatura quitándoles libertad, se sintió liberada y “ligera”. Por primera vez pudo bailar libremente sin esa falta de vida automática y ese sentirse pesada que la había atormentado durante casi toda su existencia. Sentir su muerte la hizo volver a la vida.

Hace poco tuvimos a un levantador de pesas en la terapia primaria. Era aficionado a mirarse el cuerpo en el espejo. Lo que veía era una tensión cuidadosamente construida. Observaba su sistema de defensa y trataba de construirla físicamente, todo ello para no sentirse débil y sin protección. Su actitud inconsciente era esta: “No hay nadie que me vigile. Tengo que ser fuerte para protegerme yo mismo”. El simbolismo es el siguiente: “Si actúo y parezco un hombre, seré un hombre”. En la terapia primaria empezó a sentirse como el niño débil y sin protección que era. Tuvimos que hacerle abandonar el levantamiento de pesas, es decir, dejarlo sin protección para que sintiera esa debilidad.

La cura de la neurosis debe abarcar siempre el sistema total. Los terapeutas hemos pasado décadas hablando de la fachada irreal de nuestros pacientes, pensando que podíamos convencer a esa fachada de que renunciara a las necesidades y los sufrimientos que las producían. No hay poder en la tierra capaz de conseguirlo.

Cabe preguntarse: “¿Cuál es la diferencia? Si me siento bien, ¿no es eso lo que importa? ¿Debo renunciar al modo en que me siento ahora por la idea de alguien sobre un estado más ideal?” Evidentemente, la respuesta es negativa. Pero creo que muchas personas, los homosexuales por ejemplo, han llegado a pactar con su enfermedad porque creen honestamente que no les queda alternativa. Aunque la mayoría de los neuróticos no están contentos, sufren solamente un vago malestar en la medida en que sus defensas funcionan. Pero el neurótico debería saber que hay una alternativa, un estado que él no puede imaginar. Quizá haya tomado alguna vez en su vida LSD y haya experimentado sentimientos de una intensidad increíble. Quizá haya atribuido esos sentimientos a la droga. No estoy de acuerdo. Las drogas no sienten. Los que sienten son los seres humanos. Es decir, la gente no neurótica siente, y creo que la terapia primaria ha contribuido sobre todo a ayudar a que la gente experimente sus propios sentimientos.

## Discusión

Los comportamientos neuróticos son las formas idiosincrásicas que cada uno de nosotros encuentra de aliviar la tensión. Alterar o contener una conducta superficial específica no cambia la neurosis. El crearse “buenos” hábitos (no comer demasiado, por ejemplo), debe ser siempre un esfuerzo cuando existe la neurosis, porque la persona trata de ahogar el sufrimiento primario.

La neurosis es el sufrimiento congelado. En el curso común de nuestra vida encontramos muchos sufrimientos de los que nos reponemos, pero el sufrimiento primario no tiene fin porque no es sentido. Se puede ver muchas veces ese sufrimiento cuajado en la cara del neurótico, torciéndola, deformándola.

Aunque por lo común el neurótico no es consciente de sus sufrimientos, tiene los nervios deshechos. Puede ser el médico que corre de un consultorio a otro, o la mujer que pasa de una vaga queja a otra. El neurótico suele estar demasiado ocupado tratando de ser él mismo para darse cuenta de que no lo es.

La neurosis comienza como una manera de apaciguar a padres neuróticos negando o tapando ciertos sentimientos con la esperanza de que al fin esos padres lo quieran. No importa cuántos años de decepción pasen; la esperanza es eterna. Ha de ser porque las necesidades son eternas. Esas necesidades lo conducen a creer en ideas irracionales y a actuar de modos irracionales porque la verdad racional es muy dolorosa. Mientras la persona no ha sentido el dolor de un modo total, no puede abandonar la esperanza. En la terapia primaria, la persona siente la desesperanza de la infancia que proyecta una esperanza irreal, con lo que se fundamenta la lucha neurótica.

¿Cuándo empieza la neurosis? A cualquier edad temprana: un año, cinco, diez. Lo importante es que tiene un comienzo: el momento en que el niño se separa de su yo real y lleva una existencia dual. ¿Significa esto que una escena o un acontecimiento vuelven neurótico a alguien? Es evidente que no. La escena principal es sólo la culminación de años de relaciones perniciosas entre los padres y el niño. Muchos neuróticos se desvían alrededor de los seis o siete años porque es entonces cuando pueden dar un sentido a lo que les ocurre. Se disocian o esciden y no pueden volver a juntarse consigo mismos (es decir, deshacer la tensión neurótica) por ningún esfuerzo consciente.

La neurosis puede empezar a la edad de un año si el trauma es grave y si la historia anterior apoya. Evidentemente, la escisión en muchos individuos se ha producido antes de los seis años porque los tartamudos que he visto se quejan de que el defecto empezó en el momento en que comenzaban a hablar, entre los dos y tres años de edad. Un paciente dijo que llegó a dividirse a los tres años. Fue el momento en que los padres se divorciaron y el padre volvió a casarse. Se pidió al niño que llamara “mamá” a la madrastra y la tratara como a su madre verdadera. En lugar de enfrentar la pérdida de su verdadera madre, se encerró en sí mismo.



¿Por qué la neurosis empieza temprano, con más frecuencia que después de los diez años, por ejemplo? Porque en los primeros meses y años el niño está absolutamente desvalido y depende muchísimo de sus padres. Ellos son el mundo para él. Lo que ellos hagan instala al niño en una vía que a menudo se vuelve rígida, determinando la forma en que se enfrentará con el mundo.

Por lo general, en el momento en que empieza la escuela está desconectado y neurótico, y esa neurosis influye en la forma en que actúa con respecto a sus maestros y compañeros. Un niño que parece de piedra, a quien sus padres autoritarios han vuelto tímido y obsequioso, tendrá a aplicar el mismo esquema con los demás. La escisión por lo general no es estruendosa, cataclísmica. Simplemente un día el niño llega a ser más irreal que real. La razón de que ocurra antes de la edad de diez años reside, por lo general, en que un niño capaz de llegar hasta ese momento sin una neurosis, puede encontrar otro apoyo, el afecto de una amiga, por ejemplo, o un maestro comprensivo que lo ayudará a soportar la presión y el desorden del hogar. Por lo común, al llegar a los diez años ya ha desarrollado una personalidad que esa ayuda no puede anular sino sólo paliar por un tiempo. ¿Por qué el hecho de no ser admitido en un club estudiantil, de fracasar en un curso, o de ser rechazado por alguien de quien se está enamorado no produce una neurosis? Porque los acontecimientos individuales, incluso en el hogar, no provocan reacciones tan fuertes como para determinar una escisión en nosotros. Un niño normal, rechazado por el maestro, lo atribuye a sus propios problemas, a que estudia poco a que se porta mal, es decir, siente eso y no se produce una escisión a partir de ese sentimiento. El trauma, para la teoría primaria, no es un acontecimiento nefasto como el hecho de ser rechazado por un club estudiantil. Trauma es lo que no es experimentado. Es decir, es una reacción tan fuerte y omnipotente que hace que parte del acontecimiento sea borrado de la conciencia. Sollozar por un rechazo social junto a una madre consoladora es muy diferente que comprender que uno es odiado por su madre y no tiene a quien volverse con sus sentimientos. Ninguna conferencia de familia anulará esto más adelante. Un niño puede entender por qué se madre lo rechazó al principio, pero esa comprensión no modificará sus primeras necesidades insatisfechas.

¿La escena primaria significa que uno es neurótico entonces, y para siempre? La escena primaria representa el salto cualitativo, el paso a un nuevo estado: la neurosis. A partir de entonces, no hay afecto, seguridad o cuidados que anulen la neurosis. Se ahonda con cada nuevo trauma o represión por parte de los padres. Si cuando el niño tiene ocho años, por ejemplo, apareciera un progenitor afectuoso, quedaría siempre por remediar el daño anterior. Ese progenitor afectuoso ayuda, desde luego, porque no ahonda la neurosis, pero no puede anularla. Sólo el dolor puede conseguirlo, el experimentar los sufrimientos que han exigido tapar partes del yo real.



## LA NATURALEZA DE SENTIR

**L**a exigencia esencial del cuerpo es ser sentido. Empezamos a sentir cuando están satisfechas todas nuestras primeras necesidades, cuando nos abrazan y nos besan, nos permiten expresarnos y movernos libremente, y nos dejan desarrollarnos a nuestro ritmo natural. Satisfechas las necesidades básicas, el niño está preparado para sentir todo lo que hay que sentir cada nuevo día. Las necesidades no satisfechas suplantán lo demás e impiden que el niño sienta el presente. Este para el neurótico sólo un mecanismo que compensa viejas necesidades y heridas y trata de resolverlas.

Las necesidades y los sentimientos del pasado son inconscientes por dos razones. A menudo el sentimiento se desarrolla antes que el uso de los conceptos, de modo que es irreconocible. (Un niño no sabe que no debe ser destetado demasiado pronto, por ejemplo.) En segundo lugar, aunque los sentimientos hubieran sido reconocibles una vez antes de la escena primaria, pueden haber sido reprimidos continuamente por padres neuróticos, de modo que llega el momento en que el niño no sabe lo que está sintiendo. Si a un niño no se le permite llorar, sea porque un progenitor demasiado solícito no puede soportar un instante de tristeza en su hijo, o porque se burle tratándolo de “nene”, no pasará mucho tiempo antes de que no sepa siquiera que quiere llorar. En realidad, quizá también él termine por burlarse de las lágrimas como de una debilidad.

La represión del sentimiento no tiene por qué ser necesariamente un acto directo de un progenitor. La negativa a sentir puede producirse en la infancia antes de que el niño tenga edad suficiente para llegar a una transacción con sus sentimientos y presentar una buena fachada. La siempre falta de un progenitor que lo levante de la cuna puede crear tanto sufrimiento que al cabo de un tiempo el niño silencia su sufrimiento silenciando su necesidad. Deja de sentir su necesidad. Pero la necesidad persiste, minuto tras minuto, año tras año. La necesidad sigue siendo fija e infantil porque es una necesidad infantil. Un neurótico no puede tener sentimientos adultos cuando lo importunan necesidades infantiles. Puede tener más adelante un comportamiento sexual compulsivo, por ejemplo, no derivado de una experiencia sexual real sino de una necesidad temprana de ser mimado y querido. Cuando ha sentido todas las viejas necesidades como son, puede sentir realmente el sexo, lo cual es muy diferente de lo que el neurótico piensa de la sexualidad.

Lo que el neurótico está representado en el caso de la sexualidad compulsiva es una vieja necesidad, posiblemente no conceptualizada. Quizá le ponga un nuevo rótulo (sexo), pero la necesidad de ser sentida. Al recibir el impacto de este hecho en pleno acto sexual, un paciente perdió la capacidad de erección (sentimiento sexual simbólico) y le pidió a su mujer que simplemente lo abrazara. Al detener el acto sexual, este hombre estaba sintiendo realmente. (¡Lo cual no fue apreciado por su mujer!) Estaba conceptualizando su verdadera necesidad, no ya representándola simbólicamente. Así, pues, vemos que el sentimiento es sensación conceptualizada. Esto significa correctamente conceptualizada. Una sensación de mordisqueo en el estómago puede ser el sentimiento del vacío de la propia vida. El neurótico puede transmutar ese sentimiento en la sensación de hambre.

La neurosis impide el reconocimiento correcto de sensaciones corporales penosas (“No me quieren”), dejando que la persona sufra constantemente. Puede tratar de aliviar esas sensaciones de una u otra manera (mediante el sexo, en el caso anterior), pero esa sensación no puede aliviarse mientras no esté realmente conectada, mientras no se convierta en un sentimiento.

Los dolores primarios son las sensaciones de sufrimiento. En la terapia primaria, se convierten en sentimientos mediante la conexión con los orígenes traumáticos específicos. Sólo la conexión cambia una sensación de dolor en un verdadero sentimiento. A la inversa, la desconexión del sentimiento de su contenido a comienzos de la vida produce continuas sensaciones penosas:

jaquecas, alergias, dolor de espaldas. Persisten porque no estaban conectadas. Es como si el sentimiento doloroso estuviera separado del conocimiento (“Estoy solo; no hay nadie que pueda entender”), y asume una vida propia dentro del cuerpo, aliviándose de vez en cuando en forma de malestares y afecciones.

Cuando un dolor es experimentado, ya no es doloroso y el neurótico puede sentir. Todo lo que desata verdaderos sentimientos en un neurótico debe evocar el dolor primario.

Toda experiencia de sentimiento pretendidamente profunda que no haga surgir el dolor primario es un seudosentimiento, una representación no conectada.

Algunos pacientes, avanzado el tratamiento, dicen que el acto sexual suele conducir involuntariamente a una reacción primaria. Un hombre lo explicó así:

“Antes de la terapia yo tenía toda clase de sentimientos contenidos que descargaba a través del sexo. Me consideraba a mí mismo muy sexual. Podía hacer el amor todo el tiempo. Ahora sé que mi gran urgencia sexual estaba constituida por todos los otros sentimientos que trataban de salir como podían. Yo los descargaba por la punta del pene. No es de sorprender que el orgasmo fuera a menudo doloroso para mí. Solía considerar natural que ese clímax fuera doloroso. Llegaba enseguida porque todos los otros sentimientos ocultos empujaban por aliviarse antes de que yo pudiera controlarlos. Cuando era chico eso adoptaba la forma de enuresis. Pero no era control lo que yo necesitaba para no orinarme en la cama o para evitar la eyaculación prematura. Necesitaba sentir todos esos sentimientos reprimidos y liberarme así de esa horrible y constante presión”.

Cuando ya no pudo convertir en sexualidad esos viejos sentimientos, sus motivaciones sexuales disminuyeron mucho y también su actividad sexual. Esa misma presión podía también (dadas las primeras condiciones) producir la necesidad constante de hablar, de usar la boca como desagüe de una gran tensión. La persona no habla porque siente; habla por tensión. Se advierte la diferencia porque es fácil perder interés en alguien que charla para calmar una vieja necesidad interna y difícil perderlo por alguien que realmente siente lo que está diciendo. El conversador neurótico no habla con nadie; habla para su necesidad (en realidad a sus padres). Aquí aparece de nuevo la cruel paradoja. Una persona tiene que hablar porque nunca ha sido escuchada, y su conversación neurótica aleja a la gente y no hace sino agravar su necesidad (y su compulsión) de hablar más. No puede sentir lo que dice mientras no puede dejar de hablar por una vieja necesidad, y no puede lograrlo mientras no sienta el gran dolor de esa necesidad.

El neurótico estará limitado a la sensación mientras no sienta. Buscará o bien sensaciones agradables para aliviar las inconscientes, que son dolorosas, o bien sufrirá esas sensaciones dolorosas en una u otra parte de su cuerpo, creyendo que es un verdadero enfermo físico. Los que beben alcohol para aliviar el nudo que tienen en las tripas quizá mantengan a distancia algo más serio (como una úlcera). Los que disponen de pocas salidas activas para aliviar el dolor interno quizá tengan que sufrir físicamente esos dolores. El neurótico puede no beber alcohol, pero usa otros calmantes, píldoras para aliviar su sufrimiento. Es lo mismo. Es lo mismo porque todos los sentimientos reprimidos son dolorosos por definición. Así, ya sea que el neurótico esté gozando de su equipo de pesca submarina, del color de un cuadro, de la euforia del alcohol o del alivio de una píldora, se encuentra en el proceso constante de cambiar una sensación (dolorosa) por otra. Mientras no conecte esa sensación de tener la garganta apretada (que se convierte en dolor bastante pronto), con el sentimiento más profundo, debe pasarse la vida en el trueque de sensaciones.

El trueque de sensaciones es en general lo que hay detrás de la sexualidad compulsiva o de cualquier cosa compulsiva. Para el neurótico el orgasmo se convierte en un narcótico, un sedante. Suprímase esa representación simbólica (el sedante) y el organismo sufre.

¿Por qué está el neurótico limitado a la sensación? Porque nadie reconoció sus sentimientos. El niño puede sufrir daños lícitos; tener dolores de estómago, por ejemplo, pero no dolores emocionales, como estar triste. Así, debe sentirse mal donde le indican, y actuar simbólicamente cuando todo lo que trata de decir a sus padres es: “Estoy triste.”

Para ilustrar mi argumento, examinemos un incidente en la vida de uno de mis pacientes. Un joven se va a casar. En la fiesta de la boda un hombre mayor, un viejo amigo, lo abraza de pronto cariñosamente y le desea felicidad. Inexplicablemente el joven se siente hundido en una profunda tristeza y llora sin control aferrado al hombre mayor. No tiene idea de lo que le ha pasado.

La teoría primaria sugiere que el abrazo del hombre mayor tocó al joven en una vieja herida. Este paciente contó que nunca había tenido un padre afectuoso que lo abrazara o le deseara suerte, alguien que se preocupara y fuese verdaderamente feliz viéndolo feliz. El joven había arrastrado ese profundo vacío sin sentirlo hasta que el afecto puso de relieve su sufrimiento.

Lo que estaba sintiendo el joven era un fragmento de un sentimiento total que, de haberlo experimentado enteramente, lo habría inundado de dolor, más allá de la profunda tristeza que sentía en aquel momento. Aunque hubiera recibido afecto aquel día, el dolor no se alteraría mientras el hombre no pudiera tenderse en el suelo, experimentar el sentimiento en todos sus detalles y, cosa más importante, conceptualizar su daño. La lucha comenzó cuando tuvo el primer atisbo de que no había contado con un padre cariñoso. Empezó a actuar con independencia aunque en realidad necesitaba el cariño de su padre. En la medida en que podía evitar el afecto (exactamente lo que necesitaba), podía evitar el daño. El súbito cariño del hombre mayor lo pescó desprevenido en un momento emocional y vulnerable: su boda.

Otra paciente describió así lo que ocurría con sus sentimientos:

“Es como si trazara un círculo alrededor de esa imagen de mí misma como alguien no querido, indigno de ser visto o escuchado, relegado al olvido. Pero junto con ese sentimiento de no ser querida desapareció toda mi capacidad de sentir, y con ella el amor, la fuerza, el deseo. Yo ya no existía. Cuando me volví a buscar mi yo, encontré un vacío, la nada. Había muerto por el odio y el rechazo de mis padres. Para mí la realidad era sentir la realidad de mi yo despreciado.”

Cuando el neurótico se desprende de su sufrimiento, deja de sentir de una manera completa. Mientras no vuelva a sentir la verdad, el neurótico no sabe que no siente. Por eso no es posible convencerlo de que no siente. El único factor convincente es sentir de nuevo. Mientras esto no ocurre, el neurótico puede responder que hace poco vio una escena trágica en una película que lo hizo llorar. “Claro que eso es sentir”, puede decir. Pero la persona no estaba sintiendo su propia tristeza personal y por lo tanto no era un sentimiento pleno. Si relacionara esa escena de la película con las condiciones exactas de su vida, podría tener una reacción primaria directamente en el cine. En realidad, muchas escenas primarias han empezado al discutir un paciente una escena de una película que lo había hecho llorar. Pero el sentimiento en el cine y el sentimiento subsiguiente en el consultorio son dos fenómenos diferentes.

Las lágrimas en una película son un fragmento del pasado negado del neurótico. Son en general más el resultado de aliviar el sentimiento que su expansión total en sentimientos primarios totales. El proceso de alivio es lo que contribuye a mantener sin experimentar el sentimiento completo. Invalida y hace abortar el sentimiento mitigando así la herida.

La misma explicación se aplica a la persona que estalla con frecuencia. Claro que siente cólera y la expresa. Pero mientras esa cólera que se proyecta en pedazos cada día contra blancos aparentes, no sea sentida y conectada con su contexto inicial, no puede ser experimentada como sentimiento primario.

Tómese al individuo que estalla porque ha estado esperando unos pocos minutos. Bien puede ser el adulto cuyos padres lo hacían esperar constantemente cuando era niño. Más tarde todo lo que se asemeja a la primera desatención de los padres bien puede provocar una cólera absolutamente desproporcionada a la situación. Desgraciadamente, una falta similar de atención de parte de otras personas continuará provocando cólera hasta que sea capaz de experimentar el verdadero contexto de sus sentimientos de cólera iniciales.

Hasta entonces la cólera no puede ser considerada un sentimiento real puesto que sus blancos son sólo símbolos y no constituyen la realidad que la provocó. Sus estallidos son, pues, actos simbólicos, neuróticos.

A mi juicio, los sentimientos siguen el principio del todo o nada. Todo lo que evoca el sentimiento hará que sea sentido en la totalidad del cuerpo. Pero a un neurótico el erotismo le proporcionará a menudo sensaciones localizadas en los órganos genitales más que sentimientos sexuales plenamente corporales, sentidos de la cabeza a los pies. La fragmentación del neurótico explica su risa sofocada, sus estornudos contenidos, y las palabras que parecen rezumar de su boca sin ninguna relación con el resto de la cara. No todo neurótico sufre de estas precisas maneras, pero el proceso de fragmentación encontrará alguna forma de expresarse.

Hay ciertas expresiones que se llaman comúnmente sentimientos, pero yo no creo que lo sean. El “sentimiento” de culpa es uno de ellos. Un neurótico puede decir: “Es horrible haber dicho esa mentira; ¡me siento tan culpable!” Yo diría que la culpa es la descara del sentimiento (sufrimiento) porque pone en movimiento conductas encaminadas a aliviar la tensión. Una persona sana que ha cometido un error lo siente plenamente y trata de remediarlo.

Creo que en su base la culpa no es más que el miedo de perder el amor de los padres. Durante una escena primaria un paciente dijo que estaba furioso con su padre porque lo había abandonado de muy pequeño. Dijo que se sentía como un león furioso en las tripas y como un gatito asustado en la boca. La culpa, dijo, le impedía gritar su cólera. Cuando sintió lo que realmente pasaba, descubrió que tenía miedo de cantarle a su padre las cuarenta por temor de que nunca volviera. La motivación de la culpa es, pues, vista como un comportamiento en respuesta a un miedo.

A menudo se piensa que la depresión es un sentimiento. Los pacientes que se han sometido a una terapia primaria no dicen que tengan depresiones. Tienen sentimientos de tristeza frente a uno u otro acontecimiento, pero estos sentimientos son específicos de una situación. Por lo que he observado, la depresión es una máscara de sentimientos muy profundos y dolorosos que la persona no puede relacionar. La depresión es un estado de ánimo cercano a los sentimientos primarios, pero que sigue experimentándose como sensaciones corporales penosas (“Estoy tirado. Estoy en un pozo. Tengo un peso en el corazón; siento algo que me oprime el pecho”, etc.) Porque no hay conexión con la fuente original del estado de ánimo. La conexión transforma los estados de ánimo en sentimientos, y por eso los pacientes postprimarios no tienen estados de ánimo sino sólo sentimientos. Cuando se miden las depresiones con un electromiógrafo, es obvio claramente que ya no se relacionaba con la fiesta. La serva un nivel de tensión muy bajo, lo que muestra que la depresión es un sentimiento desconectado. Recientemente, el doctor Frederick Snyder, del Instituto Nacional de Salud Mental, registró el esquema de sueño de los pacientes depresivos. Los depresivos comienzan la actividad onírica apenas se quedan dormidos, y el sueño es trunco y fragmentado. Los depresivos tienden a dormir menos que los otros, una prueba más de la tensión implícita en la depresión.

Cualquier acontecimiento trivial puede desencadenar una depresión. Una paciente fue a una fiesta y se volvió temprano, deprimida. Nadie le había hablado ni demostrado interés en sentarse junto a ella. La depresión duró varios días y se vio claramente que ya no respondía a algo de la fiesta. La fiesta evidentemente había puesto de relieve el viejo sentimiento oculto de que sus pa-

dres nunca se habían interesado lo bastante en ella como para sentarse a su lado y conversarle. Una vez que hubo tenido una reacción primaria en la que les rogó que lo hicieran, la depresión desapareció. Algunos tratan de salir de la depresión yendo de compras, planeando una cita o una fiesta, pero la depresión dormita, a la espera de que hayan terminado esas actividades. Seguirá atormentando a la persona hasta que sienta los sentimientos reales que la abruman.

Hay otros seudosentimiento. He aquí un ejemplo de “rechazo”:

Durante una sesión de adiestramiento, critiqué el informe escrito de un joven psicológico por considerarlo inexacto. Empezó a lanzar una andanada defensiva. “Mi intención no era esa. Además, el informe no está terminado”, etc., etc. Cuando le pregunté qué sentía, dijo: “Rechazo”. Lo que en realidad experimentaba eran soterrados sentimientos de rechazo por parte de su padre. (“Nada de lo que haga es bastante bueno para conseguir que me quieras”.) Pero para no sentir esa herida, arrojaba una cortina de humo de explicaciones, proyecciones, excusas para protegerse de la herida primaria. No discutía las inexactitudes de su informe. Esos errores significaban para él que no valía y no sería querido. El sentimiento incipiente de rechazo no estaba experimentado plenamente. Más bien ponía en acción un comportamiento que tapara el sentimiento.

Lo que en realidad hacía el joven psicólogo era tapar el viejo sentimiento desencadenado por la crítica actual. No había nada intrínsecamente doloroso en el hecho de escribir un informe inexacto que justificara todas esas negativas y excusas. Se disculpaba por su informe a fin de mantener a distancia el dolor primario. Empezó a sentir algo –rechazo–, el viejo rechazo verdadero, pero tapó el sentimiento y por eso digo que el neurótico no siente plenamente. Está escindido de su infancia y de sus sentimientos infantiles de modo que no puede sentir como experiencia total. Cada nuevo insulto o crítica que recibe siendo adulto pone de relieve fragmentos del viejo sufrimiento. Pero sentirse realmente rechazado significa retorcerse de dolor durante una reacción primaria, sentirse absolutamente solo y no querido como aquel niño. Una vez experimentado, no hay más sentimientos de “rechazo”, sino sólo aquellos que corresponden al momento actual. Así, si una mujer lo desaira en una reunión social, la persona sentirá: “No le gusto” o “Está realmente antipática hoy”; no se sentirá “rechazado” en el sentido neurótico del término. Esto significa que no hay historia de rechazo que convierta un desaire en una perturbación duradera.

La vergüenza es otro falso sentimiento. Pongamos que un hombre grande llora y después se siente avergonzado por ello. Realmente siente que no será aprobado por haberse comportado como un “débil”. Trata de tapar su acto (“Me siento tan avergonzado”) pidiendo disculpas por su comportamiento de modo de no sentirse querido. En este sentido, el yo irreal que ha absorbido los valores de los padres (y más tarde de la sociedad), está rebajando el yo real.

El orgullo es triunfo del yo irreal. Es un no sentimiento. Es apuntar a algo, a algún acto que, a menudo de modo inconsciente, los enorgullece a “ellos”. Es la representación para ellos. La gente que siente no necesita representar para sentir. Lo que el neurótico hace para sentirse orgulloso cambia con la edad. A los dos años no se orina encima, y a los treinta mata un elefante. La misma necesidad puede dirigir ambos comportamientos. La necesidad permanece constante. Lo que hacemos al envejecer es urdir círculos cada vez mayores de defensas alrededor de la necesidad hasta que nos perdemos en un laberinto de actividades simbólicas.

Cuando el neurótico piensa que alguna situación actual de su vida le provoca tremendos sentimientos, la intensidad de ellos es el peso que se añade al “pozo primario”. Cuando ese pozo es vaciado metódicamente en la terapia primaria, la persona descubre que sus sentimientos son en realidad poco intensos. Cuando el tintorero le devuelva la ropa mal limpiada, quizá sienta fastidio, pero no furia. El neurótico “vaciado” aprenderá también cuán escasos son los sentimientos del hombre. Libre de vergüenza, culpa, rechazo y todos los otros falsos sentimientos, comprenderá que éstos son sólo sinónimos del gran sentimiento primario oculto, el no ser querido.

Aun cuando el neurótico piensa que está pasando por una gran experiencia emocional, en un grupo terapéutico corriente, por ejemplo, no tiene idea del tremendo poder y del alcance del sentimiento neurótico reprimido. Las lágrimas y sollozos de una terapia tradicional de grupo son sólo minúsculos efluvios de ese gigantesco y dormido volcán interior compuesto de miles de experiencias negadas y compactas que pugnan por salir. La terapia primaria suelta por etapas el volcán. Una vez experimentadas esas negativas, no hay ya las grandes profundidades emocionales que hemos llegado a esperar en el hombre. La idea primaria del sentimiento es totalmente opuesta a la habitual. La gente terriblemente emotiva suele representar sentimientos reprimidos del pasado y no siente el presente. La gente normal, libre de las represiones del pasado, siente sólo el presente, y ese presente no es tan volátil como la emotividad neurótica porque no hay fuerza contenida detrás de él. Así el neurótico puede reírse de un modo explosivo porque tiene una explosión adentro. O quizá no sea capaz de reírse espontáneamente porque está rezagado en algún tipo de tristeza. En el primer caso, ha tapado un sentimiento transformándolo en cargada; en el segundo, la risa (como la tristeza) puede haber sido reprimida porque ha aplastado todas sus emociones. Lo que el profano ha llegado a ver como sentimientos verdaderos son sólo fuertes reacciones al dolor: cólera, miedo, celos, orgullo, y así sucesivamente.

En la terapia común, incluso la posición sentada en una silla frente al terapeuta impide experimentar esos sentimientos convulsivos, que tampoco son el resultado de algún tipo de confrontación terapéutica entre el paciente y el terapeuta. En la terapia primaria la única confrontación se da entre el yo real y el irreal.

El hecho es que el neurótico es una persona perfectamente sensible, sólo que sus sentimientos han sido encerrados por su tensión. Está constantemente lleno de esos viejos sentimientos no resueltos surgidos en una conexión final que emerge como tensión. Para que el neurótico sienta de nuevo plenamente, debe ir hacia atrás y sentir lo que no fue. Así, puede probar el abrazo y el contacto físico en un grupo terapéutico especial y creer que está derribando las barreras entre él y los otros o que tiene una experiencia de calidez afectiva, que “llega a sentir a los demás”. Pero no hay manera de que una persona que no siente llegue a sentir a alguien, por mucho que se abrace con los demás. Primero aprendemos a sentirnos a nosotros mismos; después podemos sentirnos a nosotros mismos sintiendo a los demás. Es concebible que una persona bloqueada toque a alguien todo el día sin sentir nada. No exactamente “nada”: sentirá la vieja herida, quizá el no haber tenido ningún afecto al comienzo de su vida, sólo que no sabrá que es eso lo que está sintiendo. Ser sensual, en el sentido que le doy al término, es tener todo el aparato sensorial abierto a los estímulos. Cuando esto falta, nos encontramos con casos como el de la mujer frígida que se mete en la cama con cualquier hombre y sigue sin sentir nada.

La cuestión es que las barreras de la sensibilidad se encuentran por lo general no entre personas, salvo de una manera indirecta; las barreras son internas. La barrera, coraza o “membrana” detrás de la cual viven tantos neuróticos, es el resultado de miles de experiencias en que se han reprimido sentimientos y respuestas. Esa barrera se ha ido espesando a medida que se acallaba cada nuevo sentimiento. No hay una manera dramática de quebrarla. Sólo queda volver atrás, sentir cada herida importante que ha sido negada y eliminar así el dique de negociaciones hasta que un día no haya más barrera, no haya un yo irreal que filtre y nuble la experiencia vivida. Así, cuanto más cerca se está de uno mismo, más cerca se puede llegar a estar de los otros.

Las maneras simbólicas de derribar las barreras que las personas han levantado interiormente, no pueden resolver los sentimientos reales. Por ejemplo, una técnica popular consiste en juntar a la gente en un círculo con una persona en el medio. Esta persona aprende a “salir” empujando el círculo formado por personas tomadas del brazo. Supongo que teóricamente la persona está aprendiendo a liberarse a sí misma. Parece mágico: “Si cumplo este ritual, resolveré mis verdaderos problemas”. Supongo que este ritual tiene por objeto capacitar a la persona para sentirse verdaderamente libre. Pero mientras no sienta lo que realmente lo constriñe, creo que este ritual,



al estimular la representación simbólica, estimula la neurosis. No se diferencia del neurótico que practica el paracaidismo para sentirse libre. Estoy seguro de que hay un momentáneo alivio de la tensión a través del ritual simbólico, pero poca mella puede hacer al rígido sistema de defensa.

Todo esto equivale a decir que cualesquiera que sean los actos de un neurótico, no pueden eliminar la neurosis. El neurótico puede tocar pero no sentir, escuchar pero no oír, ver pero no percibir. Puede hacer ejercicios de adiestramiento sensorial, tales como acariciar a otros para desarrollar su sentido del tacto. Pero sólo cuando pueda sentir esas experiencias tendrá un significado real, y entonces no necesitará ejercicios sensoriales para ayudarlo a sentir.

La idea primaria del sentimiento es muy diferente de las otras. Si durante una sesión de adiestramiento sensorial alguien tiene que tomar la mano de otra persona con un gesto enfático, normalmente sería una experiencia interpersonal de afecto. Pero lo que ocurre al neurótico en esa situación es que el tacto hace chisporrotear, sin quemar del todo, poderosas necesidades primarias que no tienen nombre pero que hacen que la persona suela sentirse “atrapada”. ¿Por qué? Porque lo que es un simple acto de afecto humano, una sensación agradable, queda sumido en la profunda orilla emocional de una infancia descuidada, estéril, añadiendo resonancia y potencia extraordinarias a la experiencia. Como esa potencia no está conceptualizada, tiende a ser una experiencia aislada en la que la persona puede ser vencida por la emoción o en la cual siente algunas inefables sensaciones místicas que puede calificar de experiencia culminante. La terapia primaria quema ese potencial de sentimiento acumulado y al mismo tiempo lo acompaña de conceptualización. Después de eso, la experiencia puede ser lo que es –un contacto- y no lo que una historia de descuido ha hecho de ella. Vemos cuán exagerada y neurótica es la respuesta (lo que el neurótico cree ser un sentimiento real) creada por una necesidad insatisfecha.

Creo que existen niveles o más bien estratos de defensas que permiten a algunas personas estar más cerca de sus sentimientos que otras. Depende de cómo se ordene la constelación familiar, el medio cultural, así como de la índole constitucional general de la persona. Hay algunas familias en las que no está permitido ningún sentimiento, otras en las que está permitido el sexo pero no la cólera. Pero por lo general, los padres neuróticos son antisentimentales, y lo mucho que de ellos mismos hayan tenido que borrar para sobrevivir es un buen índice de cuánto tratarán de borrar en sus hijos. Con frecuencia no se trata de un proceso deliberado de supresión. Puede consistir en imponer constantemente silencio a los niños exuberantes, en la mirada de los padres cuando los niños rezongan o se quejan, de la turbación cuando hablan de sexo o cuando la hija muestra su cuerpo en el baño. Puede consistir en el criterio del padre que no admite tonterías y se burla del miedo de su hijo o de la tristeza de su hija. Puede ser la madre tan castigada por la vida que no tolera o permite que su propia hija exprese su desvalimiento y necesidad de protección. Está en el “¡No vuelvas a hablar de esa manera!” o en el “¿Qué pasa, nena?” ¡No te desinflés!”; se encuentra en los miles de experiencias triviales en las que nunca se permite a los niños que sean rezongones, críticos, exaltadamente contentos o furiosos. O, más trágicamente, puede consistir en el simple hecho de que no haya nadie a quien contarle lo que uno siente; una madre que trabaja, un progenitor demasiado enfermo como para ayudar o escuchar, o un padre demasiado preocupado por ganarse la vida como para prestar atención. Todo se suma a la misma cosa: la herida real encerrada por el dolor primario.

Creo que en la psicología ha habido no poca confusión en lo relativo a los sentimientos del neurótico. Algunos dicen que nunca han desarrollado realmente la plena capacidad de sentir. Otros creen que los primeros sentimientos están enterrados y no pueden recuperarse. Sostengo que la capacidad de sentir no puede sufrir daños irreparables. En realidad, el neurótico parece ser un “primario” andante, pues sería alguien que está en permanente escena primaria en el sentido de que sus sentimientos lo acompañan cada minuto al día. Aparecen en su elevada presión sanguínea, en sus alergias, sus dolores de cabeza, la tensión de sus músculos esqueléticos, sus mandíbulas apretadas, su parpadeo, su cara contraída, el sonido de su voz, su manera de cami-

nar. Lo que hasta ahora no hemos sido capaces de hacer es recuperar esos sentimientos fragmentados de las bocas de desagüe sintomáticas y unir todos los pedazos para formar un sentimiento claro y completo.

Creo que el método primario, que analizaremos a continuación, constituye la manera de recuperar esos sentimientos.





## LA CURACIÓN

**E**l nuevo paciente de la terapia primaria recibe una preparación previa, pues no es un tratamiento común. En una conversación telefónica describe la índole del problema y traza una rápida historia de sus anteriores molestias físicas. Luego se le pide que se someta a un examen físico completo a fin de desechar cualquier contraindicación física de la terapia primaria, como la patología cerebral orgánica, por ejemplo. Si se sospecha una psicosis, se realiza una entrevista personal. Se pide al paciente que escriba una carta sobre sí mismo describiendo su familia, la historia de su familia, sus problemas, la terapia anterior y por qué quiere someterse a la terapia primaria. En la mayoría de los casos no se concierta una entrevista personal antes de que empiece el tratamiento. Por lo general no es necesario porque la persona ha sido enviada ya sea por un amigo que se ha sometido a la terapia primaria, o por su médico, que le explica en qué consiste. En el momento en que empieza ya sabe bastante sobre lo que debe esperar.

Después de nuestro primer contacto telefónico y recibida la carta, se envía al paciente una lista de instrucciones especificando que debe abandonar el alcohol, los cigarrillos y las drogas durante la terapia primaria, es decir, por un período de varios meses. Se le dice que seguirá un tratamiento individual de tres semanas durante las cuales se lo verá diariamente, seguidos por varios meses de sesiones de grupo. Se le pide que no trabaje ni concurra a clase durante las tres primeras semanas. Necesitará toda su energía para la terapia; estará con frecuencia demasiado perturbado para trabajar, incluso si lo desea.

El nuevo paciente será la única persona que reciba terapia individual durante las tres semanas. Se le concederá todo el tiempo que necesite cada día; sólo lo que sienta decidirá el momento en que haya de terminar la sesión. Por lo general las sesiones duran de dos a tres horas; es raro que se le concedan menos de dos horas y más de tres y media. La terapia primaria es mucho más económica que la terapia tradicional de la introversión (insight), no sólo en términos económicos total es una quinta parte aproximadamente del costo de un psicoanálisis.

Veinticuatro horas antes de empezar, el paciente es asilado en una habitación de hotel de donde no debe salir hasta la hora de la terapia, al día siguiente. No puede leer, mirar la televisión o hablar por teléfono durante esas veinticuatro horas. Se le permite escribir. Si tenemos razones para pensar que se trata de un paciente con buenas defensas, le pedimos que pase en pie toda la noche. Esta técnica puede usarse llegado el caso durante las dos primeras semanas de la terapia individual.

El aislamiento y el insomnio son técnicas importantes que a menudo acercan al paciente a una reacción primaria. El objeto del aislamiento es privarlo de todas sus descargas habituales de tensión, en tanto que el insomnio tiende a debilitar sus sentimientos. El objeto es no permitirle que se distraiga de sí mismo. Un paciente me dijo: “En mitad de la noche empecé a tener arcadas. Cada vez que me detenía y miraba por la ventana del hotel empezaba a llorar sin saber por qué”. Otra paciente sufrió un ataque de pánico y tuvo que llamarme a medianoche para tener la seguridad de que no iba a volverse loca. La soledad suele desesperar al neurótico. Para muchos pacientes esa noche en el hotel es la primera vez en años que se sienten tranquilos, completamente solos, y piensan en sí mismos. No hay lugar donde ir ni nada que hacer. No hay lugar donde representar la irrealidad. Una de las funciones importantes que cumple el tener despierto al paciente durante la noche, es la de impedirle que represente su irrealidad en sus sueños. La falta de sueño ayuda a derribar las defensas, en parte porque la fatiga simple hace a la persona menos capaz de actuar, pero sobre todo porque no puede actuar simbólicamente por vía de sus sueños, y entonces es incapaz de aliviar la tensión. Al detener su actuación simbólica, despierto e insomne, acercamos al sujeto a sus sentimientos. Además de esto, algunas investigaciones han mostrado que el aislamiento mismo disminuye el umbral del sufrimiento.

## La primera hora

El paciente llega sufriendo. No ha fumado ni tomado tranquilizantes y está cansado y con aprensión. No está seguro de lo que le espera. Quizá tenga que esperar cinco o diez minutos después de la hora fijada para que se acumule más tensión. El consultorio insonorizado está en la semioscuridad; el teléfono ha sido descolgado. El paciente se tiende en el diván. Le indico que se abra de pies y brazos porque quiero que el cuerpo asuma una posición física lo más indefensa posible. Comprendí la importancia de la posición y la actitud observando a los nuevos presos que suelen pasarse los primeros días en la cárcel con las piernas cruzadas, los brazos cruzados sobre el abdomen y el cuerpo encorvado sobre las rodillas, como para protegerse de la soledad, la desesperación y los golpes. Lo que ocurre a partir de este punto depende, desde luego, del paciente. A continuación damos un ejemplo típico:

El paciente examinará su tensión y sus problemas, su impotencia, dolores de cabeza, depresión y desdicha general. Quizá diga: “¿Qué sentido tiene todo?” o “¡Todos están tan mal; no queda uno en pie!” o “¡Estoy cansado de estar solo! ¡No puedo hacerme amigos, y cuando los tengo, me canso de ellos!” La cuestión es que el paciente es desdichado y sufre. Si es muy tenso y temeroso, le pediré que se deje invadir por sus sentimientos. Si siente pánico, lo aliento a que llame a sus padres pidiendo ayuda. En algunos casos esto producirá un sentimiento doloroso durante los primeros quince minutos de la primera sesión. Le pediré que analice los primeros años de su vida. Dirá que no recuerda mucho. Insistiré en lo que pueda recordar. Entonces el paciente empezará a hablar de su infancia.

Mientras él habla yo recojo información. El paciente revela su sistema de defensa de dos maneras. Primero, en su forma de hablar. Puede ser el que intelectualiza, el que no muestra casi sentimientos, emplea abstracciones y en general se comporta como si fuera un observador de su vida más que alguien que la ha vivido. Como usa su “personalidad” (o su yo irreal) para describir su vida, observamos cuidadosamente lo que está diciendo. La persona precavida, que esquivada y modifica las preguntas del terapeuta, puede decir: “No me castigue más. No sentiré mientras no deje de castigarme”.

Mientras habla, el paciente nos dice también cómo se manejaba en su casa: “Yo solía cerrar la boca cuando él decía eso”. “No le hubiera dado la satisfacción de hacerle saber que me había herido.” “Mamá era tan infantil que tuve que arreglármelas y hacer yo de madre”. “Papá era siempre tan acusador que yo tenía que tener preparadas respuestas rápidas”. “Yo nunca podía tener razón.” “No había cariño”.

El paciente es alentado a sumirse en una situación inicial que parece haber evocado en él no poco sentimiento. “Yo estaba sentado allí dejando que le pegara a mi hermano y... diablos, me siento tenso... No sé qué es esto...” Se lo incita de nuevo a sumirse en lo que experimenta. Quizá no descubra qué es, o quizá diga: “Me parece que empiezo a sentir que esto pudo ocurrirme si yo hubiera contestado como lo hizo mi hermano... Oh, tengo un nudo en el estómago. ¿Tenía miedo?” El paciente empieza a retorcerse un poco. Mueve las piernas y las manos. Le tiemblan los párpados, se le frunce el entrecejo. Suspira o hace rechinar los dientes. Lo insto: “¡Sienta eso! ¡Quédese ahí!” A veces dirá: “Se ha ido. El sentimiento ha pasado”. Esta esgrima puede durar horas o días, pero aquí he resumido la situación y supongo que el sentimiento permanece de modo que podemos pasar a la etapa siguiente.

“Veo lo que sentía. Sí, creo que tenía realmente miedo del viejo”, puede ser la siguiente declaración del paciente. En ese momento, cuando veo que está embargado por el sentimiento, le pido que respire profundamente desde el abdomen. Le digo: “¡Abra la boca todo lo que pueda y

manténgala así! ¡Ahora haga fuerza, haga fuerza para que ese sentimiento le salga de las tripas!” El paciente empezará a respirar profundamente, retorciéndose y agitándose luego. Cuando la respiración parece producirse automáticamente, le ordeno: “¡Dile a papá que tienes miedo!” “¡A ese hijo de puta no le digo nada!” “¡Díceselo!” “¡Díceselo!” Por lo general, durante la primera hora, por sencilla que parezca la tarea, el paciente no será capaz de decirlo. Si grita, se producirá habitualmente un río de lágrimas y retorcimientos de estómago. Es posible que inmediatamente después empiece a hablar del tipo de persona que era su padre. Hay buenas posibilidades de que tengas varias introversiones mientras habla.

La reacción inicial se llama preprimaria. Las reacciones preprimarias pueden seguir varios días, incluso una semana aproximadamente. Es en esencia una tarea de desmenuzamiento cuya finalidad es abrir al paciente y prepararlo a que rinda su sistema defensivo. Nadie llega simplemente y lo permite. El cuerpo renuncia a la neurosis a regañadientes y por etapas.

Después de quince minutos posiblemente el paciente está de nuevo tranquilo y puede empezar a dar la lata, estilo habitual de no comunicación: su charla, desprovista de sentimiento. De nuevo es conducido a una situación particularmente penosa desde su pasado. El terapeuta exaspera también todo despliegue defensivo del paciente. Por ejemplo, si la persona habla suavemente, lo hace hablar más fuerte. Si es un intelectual, se lo recuerda a cada momento. Para el paciente que está lejos de sus sentimientos, que vive “con la cabeza”, es por lo general imposible obtener una reacción preprimaria durante varios días. Sin embargo, abrimos constantes brechas en cada sesión.

La primera hora del intelectualizador, por ejemplo, puede parecerse mucho a una sesión de terapia corriente: análisis, historias, preguntas y aclaración. En ningún caso se discuten ideas. No discutimos la teoría primaria o su validez, como quisieran muchos pacientes. Cada día se hace un intento de agrandar el agujero en su sistema de defensa hasta que es incapaz de utilizarlo. Los primeros días de la terapia parecen paralelos a los primeros años de la vida del paciente, antes de que se produjera la escena primaria que lo hizo callar. Experimenta los acontecimientos aislados y separados, en pedazos y partes. Cuando cada fragmento se combina en un todo significativo, el paciente llega a una reacción primaria.

Sea el paciente brillante, humilde, cortés, obsequioso, hostil, dramático, cualquiera sea su fachada, se la descarta en un esfuerzo por apartarlo de la defensa y llevarlo a sentir. Si el paciente levanta las rodillas o vuelve la cabeza, se le ordena que se ponga derecho. Si se ríe o bosteza cuando empieza a sentir, se le señala inmediatamente su actitud con impaciencia. Quizá trate de cambiar de tema, y aquí es frenado. O quizá literalmente se trague su sentimiento, y esto ocurre con muchos pacientes que se tragan cada vez que el sentimiento empieza a subir. Esta es una de las razones por las que le hacemos tener la boca abierta.

Mientras el paciente examina una nueva situación de sus comienzos, seguimos buscando señales de sentimiento. La voz temblará ligeramente, como impulsada, por la tensión. Repetimos el procedimiento de apurar al paciente a que respire y sienta. Esta vez, que puede ser una hora o dos más tarde, el paciente es sacudido. No sabe qué es lo que siente, sólo sabe que se siente tenso y rígido, es decir, rígido contra el sentimiento. Empiezo a apremiarlo y a hacerlo respirar profundamente. El paciente jura que no sabe qué es lo que siente. Se le aprieta la garganta, siente como si le oprimieran el pecho. Empieza a tener náuseas y arcadas. Dice: “¡Voy a vomitar!” Le informo que eso es un sentimiento y que no va a vomitar. (En verdad, ningún paciente ha vomitado a pesar de largos períodos de arcadas). Lo apremio para que diga lo que siente aunque el paciente no lo sepa. Empezará a articular una palabra solamente para empezar a sacudirse y retorcerse de sufrimiento. Lo apremio para que la deje salir, y sigue tratando de decir algo. Al final sale: un grito: “¡Papá, sé bueno!” “¡Mamá ayúdame!”, o sólo la palabra “odio”: “¡Te odio, te odio!” Este es el “grito primario”. Sale entre boqueadas y estremecimientos, impulsado por la fuerza de años

de represiones y negaciones de ese sentimiento. A veces el grito es sólo “¡Mamá!” “¡Papá!” El hecho de decir simplemente esas palabras provoca torrentes de sufrimiento puesto que muchas “mamitas” ni siquiera permitieron a sus hijos que las llamaran sin “madre”. El hecho de bajar y ser el niño pequeño que necesita una “mamita” ayuda a aliviar todo el sentimiento acumulado.

El grito es al mismo tiempo un grito de sufrimiento y un hecho liberador en que el sistema de defensa de una persona se abre dramáticamente. Es el resultado de la presión derivada de contener el verdadero yo, posiblemente durante décadas. Es en general un acto involuntario. Ese grito se siente en todo el cuerpo. Muchos lo describen como la luz de un relámpago que parece hendir por la mitad todo el control inconsciente del cuerpo. En uno de los capítulos siguientes examino el grito y su significado con mayor detalle. Baste señalar aquí que el grito primario es tanto la causa como el resultado de un sistema de defensa que se derrumba.

Durante la primera hora a veces consigo que el paciente hable sólo con sus padres. El hecho de contarme sobre ellos aparta al paciente un paso de sus sentimientos, a semejanza de dos personas mayores que discuten. Entonces el paciente puede decir algo como: “Papá, recuerdo cuando me enseñabas a nadar y me gritabas porque tenía miedo de meter la cabeza debajo del agua. Al final, me la hundiste”. En ese punto, el paciente podría volverse hacia mí, enojado, y decir: “¿Se imagina a ese estúpido hijo de puta hundiendo la cabeza de un chico de seis años debajo del agua?” Yo digo: “Dígale lo que siente” y lo hace, soltando insultos y gritando su miedo como aquel chico de seis años. Esto lo llevará a otras asociaciones y ahora llega a sentir algo. Empezará a explicar cómo su padre trataba de enseñarle otras cosas y el miedo que él tenía: “Una vez había un caballo grande y yo o sabía montar y me hizo subir, de todos modos. El caballo se espantó y echó a correr. El guía nos alcanzó y detuvo el caballo. Mi papá no dijo una palabra”. De nuevo lo induzco a que le diga a su padre lo que siente. Sus asociaciones pueden llevarlo a las lecciones de su vida o a las terribles situaciones en que su padre no le permitía que tuviera miedo. O de pronto puede volverse hacia su madre: “¿Por qué no lo detenía ella? Era tan débil. Nunca me protegió de él”. Ahora el paciente aprende y se dirige a ella: “¡Mamita, ayúdame, necesito que me ayudes! ¡Tengo miedo!” Esto puede abrir el camino a sentimientos más profundos: sollozos, lágrimas y retortijones abdominales. Más asociaciones sobre la época en que su madre nunca lo protegía del “monstruo”. Más datos sobre cómo era de infantil y temerosa la madre. Cómo era demasiado débil para proporcionar ayuda y así sucesivamente. Después de dos o tres horas de esto el paciente queda exhausto, e interrumpimos por ese día.

El paciente vuelve a su cuarto de hotel. Sabe que puede llamarme en cualquier momento si me necesita, y durante la primera semana quizá quiera volver a tener otra sesión el mismo día, a causa de su alto grado de ansiedad. Después de la primera semana, ocurre con menos frecuencia. Sigue sin poder mirar la televisión o ir al cine. En realidad no lo quiere porque está consumido por sí mismo.

## **El segundo día**

El paciente avanza entre un chisporroteo de introyecciones. “Es como si me fuera a estallar la cabeza”, quizá diga. “Pensé tanto anoche. Casi no dormí y no tengo ganas de comer. Cuando me dormía, soñaba y soñaba.” Empieza directamente porque todo está subiendo. Me cuenta recuerdos que había olvidado, habla de situaciones más penosas que no había mencionado en la primera hora. Puede empezar a llorar en los diez primeros minutos y examinar de nuevo recuerdos e interpretaciones (visiones interiores) de modo intercambiable. Parece sufrir mucho y sin embargo dirá, como casi todos los pacientes: “No me llegaba el momento de venir aquí hoy”. De nuevo estamos acribillando el sistema defensivo. No se le permite apartarse del tema si sospechamos que está esquivando algo. Tampoco le está permitido sentarse y ponerse a dar la lata. De nuevo enganchamos un recuerdo penoso: “Una vez mamá me llevó de compras con ella y con dos amigas, me puso una vincha en el pelo y les dijo: “¿No les parece que sería una chica preciosa?” “¡Soy



un chico pedazo de estúpida!” gritará. Y entonces se referirá a las maneras en que su madre trataba de afeminarlo. Más recuerdos, ideas y sentimientos cuyo objeto era ella. Después analizará los antecedentes de su madre. Qué la hizo ser como era. Por qué se había casado con un hombre tan afeminado. Después, otro recuerdo. “Yo iba a hacer el servicio militar, y ella me besaba para despedirse. Me metió la lengua en la boca. ¿Se imagina? ¡Mi propia madre, Dios mío! Siempre me deseó a mí en lugar de papá. ¡Mamá! ¡Déjame! ¡Déjame! ¡Soy tu hijo! Después quizá dijera: “Ahora veo por qué tiraba a matar a mis amigas. Me quería para ella. ¡Dios mío, qué asco! Ahora recuerdo una vez que salimos de picnic y corrimos y nos escondimos de mi padre y ella me puso en la cabeza en el regazo. Yo me sentí raro. Un asco. ¡Oh! Mamá me estaba seduciendo. Me sentí mal y vomité y no sabía por qué. Ahora sé. Ella me puso en contra de mi padre. La única cosa decente de mi vida. ¡Ah, hija de puta, hija de puta!” Ahora el paciente rodará por el suelo, retorciéndose y jadeando: “Odio, odio, odio, odio. ¡Oh, oh!” Grita que quiere matarla. “Dígaselo” digo. Empieza a golpear el piso, sin control, con rabia, durante quince o veinte minutos. Al fin termina. Está exhausto, demasiado cansado para hablar, y terminamos la segunda sesión.

### **El tercer día**

El paciente va quedando indefenso. A veces empieza a llorar mientras entra en el consultorio. Otras veces lo encuentro en el suelo de la sala de espera sollozando. “No puedo soportar todo este dolor”, se quejará. “Es demasiado. No puedo leer nada porque estoy inundado por recuerdos e introyecciones. ¿Cuánto va a durar esto?” Volvemos de nuevo al proceso de evocar sentimientos. “Recuerdo que una vez se puso como loco conmigo porque yo no quería hacer lo que mi madre me había pedido. Tenía apenas ocho años. Le dije que se callara. Me advirtió que no volviera a decirselo. Lo dije de nuevo. Tomó la escoba y empezó a amenazarme con ella. Corrí. Me persiguió, me atrapó y empezó a pegarme. ¡Dios mío! Me va a matar. Papito me odia. Me quiere sacar del medio. ¡Basta, papito, basta! El paciente quizá esté ahora totalmente abrumado por el sentimiento. Ha rodado del diván al piso y grita, entre violentas convulsiones abdominales, que su padre lo va a matar. Puede tener arcadas y transpirar, mientras trata de gritar, pero no puede. Más arcadas y náuseas y gritos de que va a morir. Por último: “¡Voy a ser bueno, papito, no volveré a contestar!” Y no lo hace. Se convierte en un chico bueno. Ha pasado por una “escena primaria”. Termina en cuestión de minutos y parece ser exageradamente dolorosa. El paciente no está analizando sus sentimientos. Los está sintiendo.

Una reacción primaria es una experiencia totalmente invasora. El paciente casi no se da cuenta de dónde está en ese momento. Lo que ha experimentado durante los dos primeros días de la terapia es lo que yo llamo reacciones preprimarias. Son sentimientos importantes del pasado, pero no totalmente invasores; para no decir que una reacción primaria total no ocurre en la primera hora. Aunque es posible, no es la norma. A veces una reacción primaria completa tarda semanas en producirse. Cuando ocurre, parece levantar de golpe la barrera de ideas-sentimientos, la persona se abre a toda clase de sentimientos y empieza a tener reacciones primarias espontáneas fuera de la terapia. A partir de ese punto el paciente está en vías de curación.

Cada día que pasa es probable que tenga experiencias más profundas hasta alcanzar ese punto en que el equilibrio crítico entre el yo real y el irreal se altera en favor del real, permitiendo una experiencia completa de lo sentido. A partir de ese momento será invadido por dolorosas situaciones pasadas y tendrá muchas más reacciones primarias que se extenderán por un período de meses. Esto no quiere decir, sin embargo, que la persona sea completamente real. Cada reacción primaria debilita el yo irreal y amplía el yo real. Cuando se han experimentado los sufrimientos principales no habrá más yo irreal y podemos decir que el paciente es normal. Nuestra tarea consiste en evocar los sufrimientos a fin de producir una persona que sienta realmente.

## Después del tercer día

El proceso de tratamiento de las tres semanas siguientes continúa en general como lo que se ha descrito. Hay períodos de estancamiento en que el paciente no parece sentir mucho, o es como se si hubiera “secado”. A veces se encuentra simplemente en un período refractario en el que el cuerpo descansa de varios días de dolor. El organismo es un excelente regulador del dolor, y tenemos cuidado de no impulsar al paciente a sufrir más o a seguir sufriendo cuando está en el período refractario.

A veces el paciente se resiste sencillamente a enfrentar sus sentimientos, su sistema de defensa permanece inflexible. Aunque por lo general ha dejado el cuarto de hotel después de la primera semana, podemos pedirle de nuevo que vuelva y se pase despierto toda la noche. Se trata de debilitar de nuevo las defensas.

Según describen los pacientes, en cada nuevo día de la terapia se arrancan estratos de defensas. Este proceso acelera su ritmo porque el hecho de sentir un poco del dolor primario prepara el camino para el paciente tolere más. Cada reacción primaria parece abrir nuevos recuerdos ocultos que conducen a otras. Las sucesivas reacciones primarias pueden ir abarcando cada vez más todo el organismo a medida que se van perdiendo nuevas defensas. El cuerpo se permitirá sentir sólo cierta cantidad de dolor por vez, de modo que si no se apresura al paciente, las reacciones primarias se producirán en una secesión ordenada y segura. Al forzar a un paciente a que sienta más de lo que puede manipular, sólo se conseguirá hacerlo callar de nuevo.

Lo que suele ocurrir en la secuencia primaria es que a medida que pasan los días el paciente retrocede más en su infancia. Es común oír la voz exacta de la edad revivida: el ceceo, el balbuceo y, eventualmente, el llanto infantil.

Observando todo esto he llegado a comprender la relación entre el dolor y la memoria, porque una vez que el sufrimiento ha quedado descartado, los recuerdos de los pacientes postprimarios empiezan a pocos meses del nacimiento. Estas observaciones me han llevado también a entender el enorme efecto de los tres primeros años de vida. Este no es un descubrimiento nuevo; Freud lo dio a conocer a comienzos de este siglo. Pero la naturaleza de los traumas es tan sutil: el hecho de ser abandonado en una cuna, indefenso; de ser levantado y manejado con brusquedad; de ser descuidado, de llorar y llorar sin que nadie acuda; de estar en la cuna expuesto (sin defensa) a las voces estridentes de los padres que constantemente perturban la calma del niño; de no ser alimentado cuando se tiene hambre; de no ser amamantado y en caso afirmativo; de no ser destetado de una manera natural, sin brusca.

Y el trauma resulta también de un nacimiento difícil, lo cual nos exigirá volver a considerar a Otto Rank, que escribió a comienzos de este siglo sobre el trauma del nacimiento. Sólo que Otto Rank creía que el nacimiento mismo es traumático (abandonar el calor y la seguridad del vientre materno), mientras yo creo que es traumático el nacimiento que es traumático. El nacimiento es un proceso natural, y no creo que nada natural pueda ser traumático.

He visto una reacción primaria en que una mujer estaba acurrucada en forma de ovillo, gorgoteando, ahogándose casi, escupiendo baba; después se enderezó y lloró como un recién nacido. Cuando hubo terminado, sintió que había revivido su difícilísimo nacimiento; en verdad había estado llena de líquido y casi se ahoga. Otra persona revivió su largo nacimiento (los dolores del parto de su madre durante unas veinte horas). Después de sentir la lucha que era llegar a la vida, supo que esa lucha empezaba en el nacimiento y no terminaba nunca: “Era como si mi madre estuviera haciéndome las cosas difíciles desde el principio”, dijo.

Otra reacción primaria que observé fue instructiva en este sentido. Una mujer se sentía mo-

lesta y descontenta sin saber por qué. Se lamentaba todo el tiempo: “No puedo llorar, no puedo llorar”. De pronto revivió una experiencia, y las lágrimas fluyeron de sus ojos; era la experiencia de una operación en los lagrimales que le habían hecho cuando tenía un año para destaparlos. Se le había obstruido al nacer. Esa mujer tenía ya más de treinta años y podía llorar; sin embargo, al revivir acontecimientos anteriores a la edad de su operación, no podía derramar una lágrima en mi consultorio.

Esto indica que aun en la etapa preverbal el trauma existe. No es precisamente la forma en que el padre y la madre le gritan al niño lo que produce la neurosis; el trauma parece yacer en el sistema nervioso y recordarse orgánicamente. El sistema físico “sabe” que está siendo traumatizado aunque no haya una conciencia paralela. Y repetimos, no es suficiente conocer esos hechos; si fueron traumáticos, deben ser revividos y experimentados plenamente para impedir su influencia constante en el organismo.

Las reacciones primarias, que empiezan en la segunda semana del período de tres, por lo general se producirán casi diariamente. Existe un estilo primario que es único para cada persona. Algunos pacientes necesitan hablar para abrirse camino hacia el sentimiento; otros empiezan con una sensación corporal que es, en el momento, inexplicable, y más tarde engancha algún recuerdo. Justo antes de la conexión principal, que es tan dolorosa, algunos pacientes se aferran al diván, otros se agarran el estómago y otros empiezan a bambolear la cabeza, a castañetear los dientes y a transpirar profusamente. Algunos pacientes se doblan de dolor, otros se enroscan en un rincón del diván y algunos se caen al suelo entre convulsiones.

No hay dos reacciones primarias análogas ni siquiera para la misma persona. Las hay coléricas y violentas, temerosas y tranquilas, tristes. Cualquiera que sea la forma que adopte, la terapia apunta a viejos sentimientos no resueltos.

Es difícil describir con palabras la manera diferente de experimentar los sentimientos. Una paciente que se había sometido a la terapia tradicional dijo que si bien había llorado no poco, era una experiencia completamente distinta de llorar durante la reacción primaria. Solía llorar para aliviar su dolor y sentirse mejor, para proteger el yo herido. Gritaba ahora por sus heridas y esos sentimientos eran más intensos y envolventes. Durante una escena primaria, dijo, podía sentir su llanto hasta la punta de los pies.

Durante la terapia los pacientes aprenden rápidamente a llegar a sentir. Un paciente puede discutir un sueño de la noche anterior, contarlo como si estuviera sucediendo en ese mismo momento, experimentar el sentimiento de terror o desamparo, para quedar enseguida fuera de control, conectando el sentimiento con su fuente. El hecho de quedar absolutamente sin control permite la conexión porque el autocontrol significa casi siempre la supresión del yo. El paciente quiere ese sufrimiento porque sabe que es el único camino de salida de su neurosis. “Soy yo sufriendo” dijo un paciente, “y si puedo sentirme, es todo lo que quiero”.

Después de un rato, poco le queda al terapeuta por hacer salvo guardar silencio. Cuando el paciente está sintiendo, él se queda “allí atrás” reviviendo: oliendo los aromas, escuchando los sonidos y recorriendo los procesos corporales que ocurrieron y quedaron bloqueados en aquellos primeros tiempos. Un paciente que era querido por controlarse y no orinarse casi nunca al año y medio de la edad, sufrió de la misma necesidad terrible de orinar durante la terapia primaria que siendo niño. Debe recordarse que el paciente está totalmente en esa escena pasada y que cualquier palabra del terapeuta en el presente puede sacarlo de ella. Al quedar solo, el sentimiento transportará al paciente a sus comienzos, cosa que no puede ocurrir cuando ha sido analizado por el terapeuta y el paciente.

Hay diversos signos característicos de una reacción primaria. Uno es el vocabulario. Si la persona usa las palabras de un niño pequeño, como suele suceder, significa que está metido en una escena primaria. Un doctor en filosofía, por ejemplo, durante una reacción primaria: “Papito, tengo miedo”. Para mí, esto indicaba que no estaba representando. Pero si el paciente grita insultos, tales como “¡Papito, hijo de puta!”, durante una escena primaria, hay buenas posibilidades de que sea primaria.

Otra característica de las reacciones primarias es la forma en que el hecho de sentirse cada vez más en la primera infancia y en la infancia propiamente dicha, da por resultado una mayor madurez. Esto ocurre porque al sacar al pasado del sistema, la persona puede ser realmente adulta, no simplemente actuar como si lo fuera. En una palabra, llega a ser lo que es. A menudo en una escena primaria el paciente está dentro de su primera infancia, gimiendo y llorando como un bebé de un año, y luego sale con un nuevo tipo de voz, más profunda y más rica, en lugar de la voz fina, infantil que tenía antes de la terapia.

Cuando un paciente ha estado reviviendo su pasado durante una escena primaria, tiende a perder el sentido del tiempo. Los pacientes dicen cosas como esta: “Parece que hubieran pasado años desde que entré en el consultorio esta mañana”. Cuando le pido a un paciente que calcule cuánto tiempo ha estado en el consultorio, es posible que conteste: “Me parece que hubiera estado aquí treinta años”. Es como si no hubiese estado viviendo en el presente los minutos o las horas en que ha vuelto a su medio anterior.

Los pacientes describen esas escenas primarias como un coma consciente. Aunque pueden salir de él en cualquier momento que lo deseen, prefieren no hacerlo. Saben dónde están y qué sucede, pero cuando están dentro de la escena primaria, revive la historia pasada y son invadidos por ella. Siempre habían estado invadidos por ese pasado, pero lo representaban en lugar de sentirlo. Incluso sus sueños se referían habitualmente al pasado. La terapia primaria, pues, reubica al pasado en el lugar que le corresponde, permitiendo que el paciente viva al fin en el presente.

## **El grito primario**

El “grito primario” no es un grito porque sí. Tampoco sirve para aliviar la tensión. Creo que cuando es el resultado de sentimientos profundos, torturadores, es un proceso curativo más que un simple alivio de la tensión. En todo caso, no es el grito el que es curativo sino el dolor. El grito es sólo una expresión del dolor, agente curativo porque significa que la persona siente al fin. En el momento en que el paciente siente la herida, el dolor desaparece. El neurótico sufre porque su cuerpo ha estado preparado constantemente para el dolor. Esa herida era la aprensión tensa.

El verdadero grito primario es inconfundible. Tiene su propia calidad, es algo profundo, agudo e involuntario. Cuando el terapeuta quita de pronto una parte de las defensas y el paciente queda desnudo con su dolor, grita porque está abierto de par en par a su verdad. Aunque el grito es la reacción más habitual, no es la respuesta única y perenne a una súbita vulnerabilidad al sufrimiento. Algunas personas gimen, gruñen, se retuercen y patalean. Los resultados son los mismos. Lo que sale cuando una persona grita es un sentimiento singular que puede estar debajo de miles de experiencias anteriores: “¡Papito, no me hagas más daño!” “¡Mamá, tengo miedo!” A veces el paciente simplemente necesita gritar al principio. Grita ahora porque con frecuencia ha sido herido y no le estaba permitido el lujo de sangrar. Es como si alguien lo hubiese estado pinchando con un pequeño alfiler y nunca hubiera podido gritar “¡Ay”!

## **La resistencia**

La terapia primaria no se desarrolla con la soltura que hemos indicado. Las mismas defensas son una resistencia contra la sensibilidad. Por lo tanto, siempre hay una resistencia de uno u otro tipo en la medida en que persiste una parte del sistema defensivo. Muchos pacientes se niegan a llamar a sus padres. Pueden haberse hecho analizar durante años y entonces dirán: “Mire, he trabajado en eso varios años. Yo sé lo que es; no tiene sentido hacer lo que usted me pide”. Sostengo que realmente no saben hasta que llaman. Los pacientes se sienten molestos por ese “ejercicio pueril”. “Es demasiado simplista, ¿no le parece?” fue el comentario de un joven psicólogo. Sin embargo saber con la cabeza que uno no es querido constituye una experiencia dividida, una semiexperiencia en la que el cuerpo no participa. Pedir afecto es otra cosa. La lucha del neurótico ha empezado porque el niño ya no podía pedir amor sin correr riesgos; el pedir acarreaba rechazo y sufrimiento. Como la lucha es el pedido simbólico y continuo de afecto, llevar a la persona a enfrentarse de nuevo con la cuestión directa: “Por favor, quíereme, mamá”, es rechazar la lucha y descubrir el sufrimiento.

A veces la resistencia es física. La persona pide respirar, y lo hace hacia atrás. Parece que empujara el aire hacia abajo en lugar de subirlo y sacarlo. Esta incapacidad para expeler el aire suele hallarse en los neuróticos, sobre todo en los reprimidos que han tenido que tragarse todo. La resistencia física parece ser automática. La garganta se aprieta, el cuerpo se dobla en dos, el paciente se enrosca en un ovillo para acallar lo que siente. El caso es que, por incómoda que parezca ser, nadie se tiene simplemente y derrama su neurosis.

Si el paciente persiste en tragarse la respiración, puedo, llegado el caso, presionarle el abdomen. Pero rara vez es necesario. En ningún caso se hará mientras el paciente no haya sujetado firmemente algún sentimiento, porque lo que buscamos no es respirar sino sentir.

### **La reacción primaria simbólica**

Como el dolor excesivo parece ser silenciado automáticamente por nuestros mecanismos, lo que parece producirse en los primeros días de la terapia es lo que yo llamaría la reacción primaria simbólica. Esto ocurre sobre todo con las personas de más edad, que tienen estratos reforzados de defensas. La parte física del dolor quizá se intensifique al principio, pero el paciente no establece una conexión mental. En cambio, puede sentir un dolor terrible en la espalda (símbolo de la posición acostada), paralizarse parcialmente (símbolo de su desvalimiento), o quizá sienta un peso sobre los hombros (la carga que ha estado llevando, tal vez). El símbolo varía. Un paciente no pudo mover el lado izquierdo durante media hora: “Es todo ese peso muerto que he estado arrastrando toda mi vida”, dijo poco después de empezar a establecer conexiones.

Cuando el comportamiento neurótico del paciente va siendo desmontado por el terapeuta primario, la neurosis parece retirarse a la siguiente línea de defensa: el simbolismo físico, es decir, los trastornos psicósomáticos. Aquí encontramos nuevamente que los males físicos son el resultado de los primeros dolores mentales, que cuando se sienten provocan la desaparición de las afecciones físicas.

Al comienzo de la terapia primaria, casi todos los pacientes tienen trastornos psicósomáticos, aun los que has entonces han sido relativamente sanos. Un paciente tuvo diarrea después de la primera reacción primaria importante. Me dijo: “Las cosas salen de mí antes de que yo sepa qué son.” Cuando supo y sintió lo que eran, la diarrea cesó. Cuando se encuentran bloqueados sentimientos cruciales, el sufrimiento parece moverse primero contra sectores o partes del cuerpo. Así es como sabemos que está en ascenso. Cuando se establecen las conexiones, los males psicósomáticos se desvanecen rápidamente.

Un paciente se sintió literalmente tironeado hacia uno y otro lado durante su segunda reacción primaria. Tenía los puños apretados y los brazos rígidamente extendidos, tiesos y temblorosos. Mirando al paciente se lo podía ver tironeado para ambos lados. Pero este era un comportamiento que simbolizaba la escisión en el plano del sentimiento (y del ser) pero incapaz de establecer las conexiones con sus causas. Más tarde experimentó lo que estaba ocurriendo. Revivía una escena en que sus padres se divorciaban. Sentía cuánto deseaba ir con su padre, pero no se atrevía a expresarlo por temor de desagradar a su madre... Sentía cuánto detestaba a su madre, pero debía sofocar su sentimiento porque tendría que vivir sólo con ella y depender de ella en todo... Sentía cólera contra su padre que lo había abandonado, pero debía ocultarla para que volviera a visitarlo... Todas estas contradicciones daban por resultado un tironeo físico de su cuerpo. Se volvían físicas porque no se atrevía a sentir las directamente. Los sentimientos, pues, estaban codificados en el sistema muscular en función de su valor simbólico; en realidad el paciente estaba dividido por esos sentimientos en conflicto porque los sentimientos son cosas reales, físicas. Para resolver el tironeo tuvo que volver a sentir cada elemento separado de la contradicción. No bastaba “saber” que estaba en conflicto a causa del divorcio.

La explicación primaria de lo anterior es que los recuerdos negados –es decir, los acontecimientos demasiado penosos para enfrentarlos plenamente- se depositan en el cerebro y se acumulan debajo del nivel de la conciencia, enviando mensajes al cuerpo. Así, un impulso nunca expresado de devolver un golpe a un padre tiránico puede adoptar la forma de una tensión de los músculos del brazo. Durante una de las primeras reacciones primarias, en que un paciente recuerda que su padre le ha pegado, puede sentir la tensión de sus brazos pero sin saber por qué. Más tarde relacionará esa tensión muscular con su adecuado contexto (cólera, deseo de pegar) y la tensión muscular quedará al fin resuelta.

Un paciente hacía rechinar constantemente los dientes. Era un comportamiento automático e inconsciente que le ocurría noche y día (durante el sueño). Empezó a pensar en la época en que su padre no había cumplido con la promesa de llevarlo a ver un partido de béisbol, e inconscientemente empezó a hacer crujir los dientes con furia. En su casa estaba prohibido expresar enojo. En mi consultorio gritó al final su rabia, y el crujir de dientes se detuvo. Ese solo incidente, un recuerdo importante, simplemente representaba y desencadenaba toda la cólera del paciente por el sinnúmero de promesas no cumplidas de las que nunca había podido quejarse en su casa.

Todos vemos a nuestro alrededor comportamientos simbólicos, pero probablemente no los llamamos así. Cuando un niño abandona la escuela sin permiso, está actuando impulsivamente. Lo que quizá haga es representar simbólicamente una libertad que no puede sentir. Lo que le aprisiona tal vez no sea la escuela sino viejos sentimientos. Experimentar esos sentimientos es lo que lo liberaría de tener que representar su libertad faltando a la escuela. Puede conseguirse que el niño actúe mejor ya sea a través de las autoridades escolares o de un terapeuta eficaz que le muestre la necesidad de ser responsable en la escuela, pero el impulso de ser libre permanecerá, ordenando un comportamiento simbólico y a menudo sociopático.

La etapa simbólica es una necesidad en la terapia primaria. El paciente experimenta parte de un sentimiento porque es demasiado doloroso sentirlo todo, entonces el cuerpo se cierra en el momento, y el paciente representa (o actúa para sí) la parte restante de lo que siente. Esa representación no tiene por qué ser nada concreto. Puede adoptar simplemente la forma de una tensión vaga que mantiene intacta parte de la vieja personalidad.

La etapa simbólica no debe apresurarse. El sistema está enfrentando el dolor en pequeñas dosis y seguirá así en un proceso ordenado en el que el grado de simbolismo irá disminuyendo a medida que sea mayor el sentimiento experimentado. Esto también aparece en la disminución del simbolismo de los sueños.

A medida que el paciente va saliendo de la etapa simbólica para meterse en sus sentimientos de una manera más directa, encuentra menos interés en las cosas simbólicas. EL simbolismo parece ser un fenómeno total, y por desgracia el neurótico suele pasarse la vida en esa tierra simbólica del nunca jamás. Sus “furiosas” jaquecas quizá le estén diciendo lo furioso que está, y a pesar de años de jaquecas, rara vez parece darles un sentido. Un paciente, después de una reacción primaria especialmente vehemente, lo expresó así: “Creo que toda esa presión en mi cabeza era de sentimientos de cólera que no podía expresar y que se quedaban atrapados en sensaciones corporales. Era como si tuviera que meter mis ideas en algún comportamiento que estaba ya sobrecargado”.

El peor momento de la terapia primaria parece ser la primera semana. El paciente se siente ansioso y desdichado y dice por lo general: “Dios mío, ¿cuándo acabará esto? ¡Ha sido una semana y parece toda una vida!” Ha estado en un gran torbellino. Un paciente dijo: “Es como si en el minuto en que entré aquí usted me hubiera agarrado por los pies, me hubiese puesto cabeza abajo y me sacudiera para sacarme todo lo que tengo adentro”.

El paciente se siente más tenso que antes porque tiene menos defensas neuróticas contra los sentimientos que están subiendo a la superficie. Una vez que se ha abierto, sus necesidades son tan urgentes que el terapeuta debe estar forzosamente a su disposición todo el tiempo.

Al final de la tercera semana el trabajo principal de desmantelamiento del mecanismo defensivo queda hecho. Pero el paciente todavía no está bien. Tiene una buena dosis de tensión residual: viejas heridas y sentimientos que no han salido o no se han soltado por una u otra razón. Como es económico ni necesario seguir con la terapia individual, se introduce al paciente en un grupo post primario. Puede seguir necesitando de vez en cuando una hora individual, pero la tarea principal queda a cargo de la terapia de grupo.

Cuando digo que el trabajo principal ha quedado hecho después de las primeras semanas, quiero significar que se perciben cambios importantes en la personalidad y la sintomatología. Cuando yo practicaba la terapia tradicional, solía llevarme tres semanas conseguir simplemente una historia del paciente y preparar una batería de tests psicológicos. Ahora en el mismo lapso vemos cosas tales como una presión sanguínea que ha sido elevada toda la vida y que baja teatralmente a la normal (y allí se queda). Hay un cambio en la manera de hablar, en el tono de voz y en el aspecto: caras muertas que se vuelven móviles y vivaces.

Las ideas de las personas cambian radicalmente en ese breve período, lo cual ocurre sin ninguna discusión entre el paciente y el terapeuta. Esto sucede porque las ideas irreales acompañan a los sistemas irreales.

La finalidad central es, desde luego, quebrar las defensas en las tres semanas, y esto es lo que ocurre las más de las veces. La persona no puede hablar de algo significativo sin una buena dosis de emoción. Hasta su manera de caminar es distinta. Muchos de estos casos se señalan en detalle en las historias clínicas escritas por mis pacientes.

## **Diferencias de las reacciones primarias**

Las reacciones primarias pueden variar de muchas maneras. Una paciente, por ejemplo, comenzó las suyas con lo que parecía ser el nacimiento. El primer día de la terapia se hizo un ovillo, empezó a contraer y soltar el cuerpo, dijo que sentía un aire frío y cortante, y después gritó exactamente como un recién nacido. No tenía idea de lo que le estaba pasando en ese momento y contó que había sido un proceso totalmente involuntario. Otros pacientes nunca se remontan tan lejos en el pasado. Una paciente que no tenía recuerdos anteriores a los diez años, empezó a revivir experiencias de los catorce y bajó por la escala de edades hasta revivir un hecho terrible

que había determinado la escisión definitiva a los diez. Pero después siguió teniendo reacciones primarias cada vez más tempranas hasta llegar a los tres años, en que llegó a sentir la “pura necesidad” de desear el amor de sus padres. Contó después que ésta había sido su reacción primaria más dolorosa: sentir que la necesidad física significaba sentir el continuo dolor por algo que nunca había sido satisfecho. No hubo palabras durante esa reacción primaria; sólo una experiencia absolutamente interior acompañada de un ovillamiento del cuerpo, contorsiones y quejidos, puños apretados y crujidos de dientes.

Las reacciones primarias varían en función de la edad en que se produjo la escisión y de la profundidad del dolor. Algunos pacientes son capaces de ir directamente a la escena principal en que sintieron la escisión; a otros les lleva meses llegar. Algunos dicen que nunca llegaron a una escena concreta; parecería que varias escenas han tenido el mismo peso para producir la neurosis. Si la escisión es temprana y el dolor grande, el paciente puede revivir una escena varias veces. Por ejemplo, hace poco un paciente revivió varias veces el momento en que lo dejaron, siendo pequeño, en una cuna de hospital durante varias semanas. Sus padres no podían visitarlo porque tenía una enfermedad contagiosa. Al día siguiente volvió a escena y supo que era cierto tipo de hospital. Después vio la cara de su madre; al fin vio a sus padres que se iban y sintió el abandono. Su comportamiento de neurótico durante toda la vida había consistido en buscar a alguien, en los últimos tiempos una amiga, a quien aferrarse y hacer todo lo que podía para impedirle que lo abandonara. No tenía idea de que en gran medida este comportamiento se basaba en algo que había ocurrido en un momento tan temprano de su vida; en realidad no tenía recuerdo alguno de la primera experiencia. Llegó la primera vez lleno de tensión porque su última amiga lo había abandonado. Al hundirse en sus sentimientos llegó hasta la cuna. Mientras revivía la escena de la cuna, no hacía más que llorar como un niño. Tuvo varias reacciones primarias sin palabras. La última de esa serie fue un grito alto, agudo, pidiendo a sus padres que volvieran, algo que por alguna razón no se atrevió a hacer cuando estaba allí en la cuna.

Por lo general podemos decir cuándo una persona está saliendo de una reacción primaria. Abre los ojos y parpadea como si saliera de una especie de coma. A veces no es tan dramático; habrá un cambio del tono de voz que vuelve a ser la del adulto, y sabemos que la persona ha salido del primer sentimiento. Lo que sorprende continuamente es la forma en que la tensión se instala cuando el organismo ha tenido suficiente dolor por un día. Después de sentir un gran dolor, la persona experimentará inexplicablemente una tensión y dirá que no puede recordar nada más. O si ha sentido una experiencia en su totalidad, se sentirá totalmente floja. Cuando una persona termina tensa después de una reacción primaria es la prueba dramática de que la neurosis era nuestro amigo y benefactor primero. Se hizo cargo de nosotros y nos salvó cuando la vida resultaba demasiado difícil de soportar; se hace cargo del paciente y lo pone tenso cuando ha tenido dolor suficiente por un día.

Hay momento en que las reacciones primarias son predominantemente físicas; casi al final de la terapia, un paciente tuvo una reacción primaria en la que su cuerpo empezó a retorcerse de derecha a izquierda en posiciones extrañas. Estaba acostado boca abajo y levantaba las piernas hacia atrás al mismo tiempo que levantaba la cabeza del piso, echando el cuello también hacia atrás. Así pasó casi una hora, involuntariamente. Luego se puso de pie y dijo que la espalda encorvada, que lo había torturado casi toda su vida, se le había enderezado. Lo describió de esta manera: “Pienso que no era sólo mi mente la que estaba torcida, sino también mi cuerpo. Era como una secuencia donde al principio todo estaba contorsionado –como lo que yo había hecho de mí mismo- y después empezaba automáticamente a volver atrás. Justo antes de comenzar, yo me decía que estaba volviéndome loco. Algo chasqueó bruscamente en mi cabeza y entonces empezó esta secuencia física. Lo que creo que ocurrió es que cuando al fin mi mente salió de la lucha y de toda esa irrealidad (como se dejara hacer pedazos), el cuerpo pudo al fin volverse real y estar consigo mismo. Ahora camino y me paro con soltura, como un ser humano diferente. Nunca en mi vida he sido capaz de cruzar las piernas bien como ahora, y, por extraño que parezca,



por primera vez puedo mover el cuello hacia los costados. Puedo decir ahora que no sólo tenía el cerebro encorsetado y pensaba con estrechez, sino que estaba como metido en un molde físico, en algo como una horma que me apretaba por todas partes para imponerme una forma extraña.”

Todos nos hemos acostumbrado tanto a observar el alcance “normal” de la emoción que es difícil dar una idea del tremendo poder de las reacciones primarias. Su profundidad y alcance son casi indescriptibles. Su gran variedad y su cualidad, con frecuencia extraña, son asimismo difíciles de describir. Baste decir que cuando un sentimiento convulsiona a un ser humano, cuando produce gritos estremecedores, es prueba de la enorme presión que el neurótico debe soportar continuamente. Lo que es asombroso es que tantos neuróticos no puedan experimentarlo directamente; lo sienten en cambio como una opresión del pecho, el estómago hinchado o la cabeza que parece que va a estallar.

El proceso primario lleva a los pacientes a un dominio que rara vez han visto, incluso en los consultorios de los psicoterapeutas. Más raro aún es que sea entendido. Es un viaje sistemático, no un vuelo histérico, azaroso, sino la marcha paso a paso, ordenada, de un hombre al interior de sí mismo. Cuando los pacientes descienden al fin al catastrófico sentimiento que tuvieron tempranamente de no ser queridos, de ser odiados o de no llegar a ser jamás comprendidos –ese sentimiento epifánico de la soledad definitiva- comprenden perfectamente por qué se habían cerrado y cómo un niño pequeño no puede soportarlo y seguir viviendo. Observar el paroxismo de sufrimiento de esos pacientes al chocar con el sentimiento, es ver las profundidades de la sensibilidad humana. En todos mis años de práctica de la terapéutica tradicional, nunca observé, ni siquiera entendí lo que era realmente el sentimiento. Vi a muchas personas que lloraban y sufrían, desde luego, pero hay una distancia abismal entre el llanto y una reacción primaria.

Un paciente describe así sus experiencias primarias: “El sentimiento asociado con una experiencia infantil un tiempo después de escisión, en una reacción primaria, es un pedazo del yo real, un yo real que no puede ser totalmente experimentado mientras no se retroceda hasta antes de la escisión. Por eso es tan importante revivir experiencias o escenas de la infancia en la terapia primaria. Lo ayudan a uno a sentir los pedazos del yo real asociando el dolor con incidentes concretos, hasta que uno puede ser la esencia de su yo real. Por ejemplo: Si en una reacción primaria mi madre me deja de lado, probablemente diré: “No me dejes de lado, mamita”. El puro sentimiento es mi yo real, y las palabras están diciendo: “Me siento mal, mamita, por favor, quítame el dolor”, y esta es una defensa contra ser ese sentimiento. Las muchas veces que este sentimiento se asocia con incidentes concretos llevará al paciente a ser finalmente ese sentimiento de una manera total y a experimentar su esencia, cosas que sólo ocurrió una vez antes, justo antes de la escisión. En este punto no hay nada que decir ni escenas a las que conectarse. Usted es usted. En mi caso fue lo que me hizo la privación total. No creo poder comunicar verbalmente qué sentí en esa experiencia, y ese hecho es una prueba más de que no hay palabras...”

Revivir los dolores primarios parece casi indecible por su intensidad. Cuando se observa a los pacientes durante las reacciones primarias, uno se convence de que están en agonía. Tan convencido estaba de esto que, meses después de haber comenzado a practicar la terapia primaria, nunca me molesté en preguntar a un paciente si sufría. Para mi gran sorpresa, los pacientes respondieron que a pesar de todos los gruñidos, grito y convulsiones, el dolor no dolía. Un paciente lo describió de esta manera: “No es como si uno se hubiera cortado la mano y se mirara y dijera: ‘¡Ay, ay, me duele la mano!’ Durante una reacción primaria uno no piensa si le duele. Experimenta simplemente un sentimiento de desdicha en todas partes. Pero no duele. En todo caso, podría decir que duele bien, porque es un alivio tan grande ser al fin capaz de sentir”.

Creo que lo que quiso decir es que durante una reacción primaria no hay reflexión sobre lo que está haciendo, no hay procesamiento de lo que sucede, no se razona la necesidad, por así decirlo. Sólo hay un yo totalmente comprometido por primera vez en algo desde la infancia. La persona

es lo que siente. Una de las razones por las que puede entregarse totalmente al proceso de sentir reside en que no está sentado en una silla recordando algo. Todo su cuerpo está empeñado en el proceso así como el niño pequeño estaba totalmente entregado a sentir antes de encerrarse. Los pacientes recuerdan cómo en sus primeros años expresaban su enojo tirándose al suelo, pateando, agitando los brazos y gritando. Estaban totalmente comprometidos, y de habersele preguntado al niño con la pataleta si sufría (en caso de que pudiera entender la pregunta), dudo de que hubiera respondido que sí.

He aquí otra descripción de una reacción primaria que se produjo al final del tratamiento de un paciente. La cito aquí porque ayuda a explicar el fenómeno del dolor indoloro: “Sospecho que la mejor manera de describir cómo era esta experiencia es decir que yo no tenía conciencia de lo que sentía y de sus conexiones, no creo que tuviera conciencia de nada. Yo era sencillamente mi sufrimiento, y no hacía falta una conexión (nada separado que dice: “Te duele”). La única cosa necesaria era que mi ser aceptara la experiencia y no se separara de ella como me había ocurrido una vez, y al fin me puse neurótico. Esto era ser mi verdadero yo”.

Lo significativo en la experiencia del dolor primario es que lo que se siente no duele. La tensión contra el sentimiento es lo que hace sufrir. Esto no significa que no haya sentimientos desagradables, pero cuando son experimentados en lo que son, no se transmutan en dolores. La tristeza no duele. Pero si uno está privado de su tristeza, si no le es permitida su desdicha, entonces sufre. El sentimiento, pues, es la antítesis del dolor. La dialéctica del método primario consiste en que cuando más dolor se siente, menos sufre. No se pueden herir realmente los sentimientos de una persona normal, pero se puede herir a un neurótico y hacerlo sufrir desencadenando sentimientos negados.

## **La experiencia de grupo**

Los grupos post primarios se reúnen dos veces semanales durante tres horas como mínimo. El grupo se compone de pacientes que se han sometido a la terapia primaria individual. Su función principal consiste en estimular en los miembros del grupo nuevas reacciones primarias. La atmósfera emocional general del grupo induce nuevas reacciones primarias. La reacción primaria de una persona puede desencadenar reacciones en otras dos o tres. No es raro que le cuesta mucho contenerse durante la media hora que puede durar la reacción primaria de otro.

Cuando se producen dos reacciones primarias a la vez, el resultado puede ser un loquero. Los únicos que no son afectados por el caos son lo que tienen la reacción. Parecen ignorar lo que está haciendo la otra persona. No es raro que haya seis o siete reacciones primarias a la vez durante una sesión de tres horas.

Como lo menos que se puede decir es que todo el proceso primario es perturbador, el grupo tiene otra función: Reconforta a los pacientes, que encuentran y conocen a otros sometidos a la terapia. Este tratamiento de grupo dura varios meses, según el paciente.

Como antes de la terapia primaria practiqué durante varios años la terapia tradicional de grupo, quiero señalar que la experiencia del grupo primario es muy diferente. Los pacientes que han tenido otras clases de experiencia en materia de terapia de grupo, desde las maratones hasta los grupos analíticos, señalan también la diferencia. En el grupo primario hay muy poca interacción. No hay casi nada del “aquí y ahora”, el “toma y daca” de la terapia de grupo habitual. Poco se preguntan unos a otros sobre motivaciones y no hay intercambios de introyecciones. Rara vez se demuestran unos a otro enojo u otro temor. Están concentrados en lo interno. Cuando alguno se pasa el tiempo mirando a los demás, observando sus reacciones, es una buena señal de que en ese momento no está sintiendo. Hay muchas razones para ello, creo, pero la capital es que la terapia primaria no es un proceso de interacción. Es un proceso de sentir personal en que fluyen

casi incesantemente las introversiones cuando un dolor ha sido profundamente experimentado. (Véase el capítulo sobre las introversiones).

La segunda diferencia reside en que los pacientes comprenden que cualesquiera que sean las reacciones desordenadas que se producen en grupo, se relacionan con viejas experiencias.

En tercer lugar, el período de grupo es el de mayor indefensión. Los pacientes entran y rivalizan por llegar al suelo porque parecen incapaces de retener sus sentimientos un minuto más. Nadie tiene que apremiarlos para que sientan. Son, por así decirlo, una masa de sentimiento. Los pacientes en grupo tienen un gran respeto y gran paciencia por lo que está ocurriendo en el suelo, y ha habido veces en que una sola reacción primaria ha llevado dos horas. Con frecuencia, como he dicho, lo que ocurre en el suelo –“No puede decir nunca que tenía miedo”- evocará sentimientos similares en los que están observando, y a pesar de que el observador haga cuanto pueda controlarse, puede tener una reacción primaria en su silla o en otro rincón de la habitación.

Tres horas es un período breve para los grupos primarios. Después de una reacción primaria en grupo –la reacción primaria dura en general una media hora- el paciente puede quedarse allí otra hora aproximadamente, estableciendo en silencio otras conexiones mientras se producen otras reacciones primarias. No es raro que haya seis u ocho pacientes en el suelo al mismo tiempo. Lo que ocurre con los otros pacientes no parece perturbar a nadie que esté entregado a lo que siente o recuerda. Al final de cada grupo hay un período de discusión en que los participantes hablan de lo que les ha ocurrido. Analizan por ejemplo cómo un sentimiento particular, durante la reacción primaria, ha producido antes tipos específicos de comportamiento neurótico.

## La mejoría

Después de siete u ocho meses de terapia de grupo, un paciente puede tener todavía reacciones primarias. No son frecuentes, y al llegar al octavo mes suele estar bien. ¿Qué significa esto? Significa que por dolorosos que sean sus sentimientos, ahora puede sentir donde esté, sin ayuda. No le ha quedado una gran defensa para ocultar sus sentimientos y representar. Significa el fin del comportamiento simbólico. Significa ciertamente el final de los síntomas físicos (psicosomáticos) que son dolores simbólicos. Significa también el fin de comportamientos evidentemente neuróticos talo como el fumar y el beber. Aunque lo quisieran, los pacientes no pueden hacer nada irreal. No pueden volver a sus jaquecas porque eran parte de la defensa que mantenía bloqueados sus sentimientos. No hay más defensas. No pueden fumar sin sentir repugnancia. El olor fuerte del humo del cigarrillo les molesta enseguida. No pueden actuar compulsivamente en el plano sexual porque no hay viejos impulsos que canalizar a través del sexo. No tienen ganas de comer excesivamente porque no están tapando con comida lo que sienten.

¿Resiste esto al paso del tiempo? Sí. Hasta ahora el comportamiento irreal (incluyendo los síntomas físicos) no ha vuelto en los pacientes dado de alta. ¿Cómo había de ser así? La persona ha llegado a ser ella misma; para volver a su comportamiento irreal tendría que convertirse de nuevo en otro. Los acontecimientos corrientes de la vida adulta no pueden producir una escisión que divida en dos a la persona. Ocurren a los niños pequeños porque son muy frágiles y su vida depende de los padres. Tienen que ser lo que los padres pidan. Esto rara vez ocurre en un adulto. Nadie puede hacer de un adulto real un irreal. No luchará con un patrón intratable o con una situación de trabajo imposible.

Permítaseme aclarar que un paciente dado de alta no es estático, ni siquiera “feliz”. La felicidad no es la meta de la terapia primaria. Los pacientes dados de alta pueden experimentar muchos más sufrimientos porque tienen tras ellos toda una vida de dolores no sentidos. Tendrán, pues, momentos desdichados después de la terapia, pero como dijo un paciente: “Por lo menos es una desdicha real con alguna clase de fin”.

Estar bien no quiere decir necesariamente cambiar de intereses; muchos pacientes descubren que pueden hacer las mismas cosas de antes con una sensación totalmente distinta. Estar “bien” significa sentir lo que está sucediendo “ahora”. Los pacientes saben cuándo sienten plenamente porque no tienen tensión residual y están en completo relax. Nada los pone tensos. Los acontecimientos los perturban y ellos sienten la perturbación, no la tensión.

Muchos pacientes terminan antes de los ocho meses; algunos siguen la terapia durante diez u once meses. Todo depende de lo enfermos que estuvieran al empezar, de lo reprimidos e inconscientes que fueran antes del tratamiento. Por numerosas que sean las reacciones primarias de una persona, esos sentimientos importantes negados o bloqueados, esos sentimientos serán representados simbólicamente a perpetuidad mientras no sean sentidos y resueltos. Esto significa que una persona puede seguir siendo neurótica después de haber tenido varias reacciones primarias.

Un paciente que volvió a sus estudios universitarios al tercer mes de la terapia descubrió que de pronto no podía seguir las clases. Empezó a actuar e incluso a parecer estúpido en clase, incapaz de entender las instrucciones más simples del profesor. Se incorporó al grupo y contó cómo lo había ridiculizado un profesor ayudante porque no entendía algo de un examen. Se hundió en el sentimiento mientras decía: “Explícamelo, papito. ¡Dedícame un poco de tiempo!” Su padre se burlaba de él cuando no entendía enseguida. Él hacía cuanto podía para entender las cosas instantáneamente, y agradecer a su padre y prevenir la herida.

Este era un sentimiento simple, pero cargado de un efecto intenso. La herida estaba en sentirse estúpido y en tratar de ocultarlo escondiéndolo rápidamente. Cuando entró en el tercer mes de terapia, el paciente empezó a dejar de lado su defensa, consistente en la rapidez mental, y actuó como un estúpido. La estupidez significaba decir: “Explícamelo”. Siguió actuando como un estúpido hasta que sintió el origen.

## **Discusión**

Creo que la única manera de eliminar la neurosis es derribándola con fuerza y violencia: con la fuerza de años de sentimientos reprimidos y necesidades negadas; con violencia para arrancarlos de un sistema irreal.

Así como la neurosis es el resultado de un proceso gradual de encierro, el volver a la salud implica una nueva y gradual puesta en funcionamiento. Como el dolor no permitirá un viaje demasiado veloz a esos sentimientos primarios, hay que experimentarlos por etapas. Mientras no sean experimentados habrá una representación simbólica.

La terapia primaria es como la neurosis al revés. Cada día de la vida de un niño, las heridas van una tras otra encerrando cada vez más sus sentimientos hasta hacer de él un neurótico. En la terapia primaria el paciente revive esas heridas, abriéndose hasta sentirse bien. Una herida no provoca una neurosis, y una reacción primaria no hace normal a una persona. La suma de las heridas y la experiencia de su dolor es lo que al fin cambia la cantidad en nuevas cualidades de enfermedad o de salud. Creo que el proceso de mejoría es inevitable en la terapia primaria en la medida en que la persona siga el tratamiento. Una vez quebrado el principal sistema de defensa, el paciente no tiene otra opción más que mejorar. Esto es inevitable de una manera análoga a la del niño pequeño que permanece en un medio traumático donde hay una represión constante. Su neurosis, el encierro definitivo del yo real y la construcción de una defensa permanente, es la conclusión inevitable. Sáquese al niño del medio traumático antes de que se produzca la gran escisión, y se podrá evitar la neurosis seria. Sáquese al paciente de la circunstancia terapéutica antes de que haya remediado la escisión, y la salud quizá no sea inevitable.

¿Por qué no pueden ser eliminadas esas neurosis tempranas por padres o maestros afectuosos? Muchos pacientes tuvieron madrastras y padrastros a los diez años con quienes se llevaban muy bien, que solían ser cariñosos y buenos con ellos, y sin embargo después necesitaron una terapia. Esos padrastros y madrastras bondadosos nunca eliminaron tartamudos, tics, alergias, etc., de toda una vida. Psicoterapeutas especializados en problemas de lenguaje no llegaban a curarlos. El hecho de irse de la casa casi a los veinte años, de encontrar buenos novios o novias no suprimía la tensión ni síntomas pertinaces como psoriasis (que dicho sea de paso, parecen responder a la terapia primaria). Si el afecto, el amor y el interés pueden acabar con la neurosis, la psicoterapia practicada por terapeutas cordiales podía hacer curado a muchos neuróticos, y no creo que sea el caso.

La neurosis no puede ser aplacada, razonada, o tenida a raya, sin que sus procesos patológicos se vayan tragando todo en el camino. Se puede alimentar introversiones de la neurosis que las absorberá hábilmente mientras perdura. Se puede ir anulando una salida neurótica tras otra sólo para encontrar otras nuevas y mejor escondidas. La neurosis se puede mitigar con sucesivas drogas, pero al suprimirlas seguirá siendo tan fuerte como siempre. La neurosis y su manejo es una de las grandes fuentes de energía: la necesidad de ser amado y de ser real en cuerpo y alma.

Habitado como estoy a la cautela científica, me doy cuenta mientras escribo de lo espectacular, “del otro mundo” que parece todo esto. Puede ser que algunos lectores quieran descartar la terapia primaria, considerándola un tratamiento aplicable sólo a tipos especiales de neuróticos. Pero se aplica a todas las neurosis y, como veremos más adelante, posiblemente también a la psicosis. Los pacientes tratados primero por mí con la terapia corriente nunca habían experimentado nada semejante a una reacción primaria. Después de haberlas descubierto, les pedí a algunos de mis pacientes anteriores que volvieran para someterse a la terapia primaria y encontramos su dolor. Después de años de compromiso con una fachada racional, nos parecía increíble que hubiera debajo tantos sentimientos inexplorados.

La neurosis se vuelve comprensible, sin embargo, cuando consideramos los miles de experiencias en las que el niño se ha visto impedido de actuar de un modo real. En verdad, maravilla que lo real siga esperando a ser sentido; el organismo humano parece exigir la realidad. El paciente es un aliado en la terapia primaria. Su dolor ha esperado mucho tiempo, y por lo habitual quiere subir a la superficie. Su comportamiento compulsivo parece haber sido una búsqueda inconsciente de la verdadera conexión para poder salir. Cuando se presenta la oportunidad no es posible detenerlo, y pienso que esto explica nuestro éxito con una amplia variedad de tipos neuróticos.

La terapia primaria provoca una reacción ambivalente en algunos neuróticos, según los próximos que estén de su dolor. Cuando se acercan, parecen atraídos de inmediato hacia ella porque la sienten verdadera. Cuando no están cerca de sus sentimientos, la desprecian quizá por primitiva, burda y demasiado simplista. El neurótico que ha tenido que retorcerse hasta lo irreconocible para sacar algo válido de sus padres, quizá sienta que una terapia que no entraña una lucha prolongada y angustiada durante un período de años no puede ser muy útil.

Pero la terapia primaria puede parecer tan simple, que debo hacer esta advertencia: ¡NADIE QUE NO HAYA RECIBIDO UN ADIESTRAMIENTO COMPLETO EN TERAPIA PRIMARIA DEBERÁ INTENTARLA! Los resultados podrían ser muy perniciosos. Un grupo formativo de adiestramiento hace ya muchos meses que trabaja. Tanto los que han recibido formación como yo mismo consideramos que aún hay que dominar los fundamentos de la teoría y de la técnica. Insisto en este punto para subrayar el posible peligro que entraña la aplicación de la terapia primaria por un personal no capacitado.

Si bien en este libro no se han incluido detalles técnicos, deseo subrayar que la terapia primaria, no es una metodología casual. Es un programa planeado. Hay objetivos concretos que al-

canzar durante las tres primeras semanas y cierto resultados que esperar mes tras mes. Tenemos una idea clara de la forma en que el paciente debe comer y dormir durante esta terapia y lo que esto significa. Dadas ciertas condiciones, los distintos terapeutas seguirán casi el mismo camino.

Esta terapia requiere una buena dosis de fe en el terapeuta. Si éste no es real no lo logrará. Si es real, los pacientes lo sentirán. Muchos de nosotros estamos dispuestos a permitir que un cirujano no taje el cuerpo después de un mero apretón de manos, de modo que no debe sorprender que un paciente permita al terapeuta primario que le corte su dolor poco después de conocerlo.

El final de la neurosis es muy parecido a su comienzo. No es una gran conmoción, una última y grandiosa introversión, o alguna experiencia emocional tremenda. Es un día común en que el paciente ha experimentado otro sentimiento que lo había unido anteriormente al pasado. He aquí el final de la neurosis en las palabras de un paciente: “No sé qué esperaba yo de todo esto. Supongo que quería que ocurriera algo dramático para equiparar todos esos años de desdicha. Quizá esperaba convertirme en mi fantasía neurótica: ese alguien especial que al fin será amado y apreciado. Todo lo que parece haber soy yo...” Y es simplemente un yo no neurótico.

## LA RESPIRACIÓN, LA VOZ Y EL GRITO

**F**reud creía que los sueños eran el “camino real al inconsciente”. Si existe un camino real, puede ser que esté en la respiración profunda. En algunos pacientes la práctica de la respiración profunda, junto con otros métodos, contribuye a aliviar la tremenda fuerza del dolor que tienen dentro del cuerpo.

En una investigación realizada hace unos veinticinco años, se insinuó una posible conexión entre la respiración y el desagrado. A un grupo de sujetos a quienes se les había indicado que pensarían en cosas agradables, se les pedía de pronto que pensarían en cosas desagradables. Se observaba entonces un aumento importante de los suspiros. Una investigación más reciente sobre el problema de la hiperventilación mostró que las disfunciones de la respiración se relacionaban en gran medida con la ansiedad. Además, durante los tests de hiperventilación, el investigador hacía presión en la parte inferior del pecho del sujeto con la palma de la mano para provocar un avance más profundo del aire. En casi todos los casos el resultado era una descarga emocional acompañada de llanto y la revelación de importantes datos de la historia del paciente.

Wilhelm Reich observó que la inhibición de la respiración iba asociada a la inhibición del sentimiento: “Porque ha quedado claro que la inhibición de la respiración era el mecanismo fisiológico de la contención y respiración de la emoción, y en consecuencia, el mecanismo básico de la neurosis”. Reich creía que en los neuróticos los trastornos respiratorios eran el resultado de la tensión abdominal y mostraba cómo esto produce la respiración superficial y cómo en el medio se retiene el aliento con ayuda de la contracción abdominal.

Así, la técnica de la respiración profunda se emplea durante la terapia primaria para acercar al paciente a sus sentimientos. Muchos de mis pacientes se refirieron a su manera diferente de respirar después de la terapia; sólo después de haber empezado a respirar profundamente comprendieron cuán superficial había sido hasta entonces su respiración. Decían de la terapia primaria esto significa que no se sumergen en el sufrimiento en el curso ordinario de los acontecimientos, lo cual indica que una de las funciones de la respiración superficial es impedir la salida del dolor profundo.

La respiración correcta debería ser instintiva –la cosa más natural del mundo-, y sin embargo los neuróticos que he visto rara vez respiraban correctamente. Ello se debe a que utilizan la respiración para empujar hacia atrás los sentimientos; en una palabra, la respiración se convierte en parte del sistema no natural. La respiración neurótica es un buen ejemplo de cómo el sistema irreal reprime al real, porque después de las reacciones primarias los pacientes respiran automáticamente de una manera profunda y correcta.

Como la respiración neurótica está destinada a bloquear el dolor, al obligar al paciente primario a que respire profundamente se lo suele ayudar a que levanta la tapa de la represión. El resultado es la emisión de la fuerza explosiva, algo que antes había estado difuso en todo el cuerpo, en forma de una elevada presión sanguínea, alta temperatura, temblor en las manos, etc. Las técnicas de respiración primaria se convierten en la vía regia al sufrimiento, desbloqueando en el camino los recuerdos. En este importante sentido, constituyen el camino al inconsciente.

Es tentador restar importancia a la experiencia primaria como simple resultado del síndrome de hiperventilación (es decir, una respiración más profunda de lo que el sistema requiere, dando por resultado una mayor oxigenación y una disminución del dióxido de carbono en la corriente sanguínea). Pero eso significa omitir dos factores importantes. El primero es que las investigaciones han mostrado que el sentimiento dolor o desagrado, en y por sí mismo, hace más profundos los procesos respiratorios, fenómenos que han señalado pero no explicado los investigadores. Creo que la terapia primaria explica la conexión del sufrimiento con la profundidad de la respi-

ración. Segundo, muchos casos de hiperventilación van acompañados de vértigo o mareos. No ocurre así durante una reacción primaria. En realidad, si un paciente dice que siente vértigo, sabemos que no tiene una reacción primaria.

No creo que las técnicas respiratorias, en sí mismas, tengan ningún poder intrínseco para transformar una neurosis. Pueden, como el suspiro, aliviar la tensión por un tiempo, pero entonces son considerados una defensa como cualquier otro alivio de la tensión.

En la mayoría de los casos las técnicas respiratorias son o innecesarias o rara vez se usan después de los primeros días de la terapia. Debe recordarse que lo que buscamos es el dolor y que la respiración es uno de los muchos métodos que empleamos para conseguirlo.

La respiración y la voz que la acompaña parecen ser una señal significativa de neurosis. El nervioso huésped de una entrevista televisada parece a menudo incapaz de contener su respiración. Esto puede atribuirse a la tentativa de presentar una imagen que no está de acuerdo con su yo real.

El paciente tenso que va a empezar la terapia suele encontrarse en la misma situación. Con frecuencia, está aterrado y llega lamiéndose los labios, tragando y jadeando.

Después de que el terapeuta primario empieza a trabajar con su sistema defensivo, el jadeo aumenta. El sufrimiento que parece subir desde el estómago anudado no puede pasar de la barrera del pecho (que muchas veces parece oprimido por una faja ceñida). La respiración profunda empieza a chocar con la barrera. Se pide al paciente que empuje desde abajo al mismo tiempo que dice "Aah". En cuanto el "Aah" se engancha en el sentimiento ascendente, el paciente está en lo suyo. El poder de abajo, al encontrar una salida, parece empujar automáticamente y el paciente entra en el estado que yo llamo respiración-conflicto.

En este punto es cuando va a producirse la principal irrupción; el paciente está por pasar de ser predominantemente irreal a ser predominantemente real. La respiración-conflicto se produce habitualmente después de algunas reacciones primarias, justo antes de la conexión principal que unificará a la persona, sumiéndola en sentimientos e introversiones.

La respiración-conflicto es una etapa involuntaria de la terapia primaria en la que el paciente empieza a jadear fuertemente de un modo que suena a animal. La respiración se vuelve cada vez más rápida y pesada hasta asemejarse mucho a veces a una locomotora. Como está tan absorbido por su sentimiento, a menudo el paciente no tiene conciencia de la naturaleza de su respiración. La respiración-conflicto parece ser el resultado del empuje desde debajo de todos los sentimientos negados contra las fuerzas neuróticas que los mantienen hundidos. El proceso respiratorio puede seguir quince o veinte años, y la persona parece estar corriendo una carrera en la que le va la vida, necesitada de todo el aire que consume. En circunstancias ordinarias se desmayaría.

Una vez que la respiración adquiere vida propia, al terapeuta le queda poco más que observar. La respiración-conflicto es un signo patognomónico de que ha empezado la reacción primaria. Los pacientes dicen que se sienten indefensos ante el avance precipitado del dolor. En su transcurso saben de algún modo que podrían detenerlo si quisieran, pero ni una sola vez un paciente ha hecho abortar la reacción primaria en esa etapa.

A medida que la respiración se vuelve más amplia y más profunda, sentimos que el clímax se producirá en unos segundos o minutos. El estómago se estremece; el pecho se levanta; las piernas se pliegan y se estiran; la cabeza se mueve de un lado a otro; el paciente está amordazado y en general parece hallarse al borde mismo del dolor. De pronto, con una gran convulsión, parece establecerse la conexión que estalla al salir de la boca en el grito primario. Después el paciente



respira plenamente y con facilidad; uno de ellos dijo: “Respiré simplemente para volver a la vida”. Los pacientes dicen entonces que se sienten “frescos”, “limpios” y “puros”.

Después de la conexión principal, observamos que el aire fluye sin esfuerzo, a diferencia de la respiración sobresaltada, esporádica, de principios de la sesión. Un paciente, que era corredor de carreras, dijo que nunca había tenido esa experiencia de respirar plenamente, ni siquiera después de correr una milla.

El grito tiene una cantidad de efectos laterales. Pacientes que nunca habían dicho esta boca es mía durante la vida doméstica, tuvieron una sensación de poder. El grito en sí mismo parece ser una experiencia liberadora.

Cuando se escuchan las sesiones grabadas, se observan siempre los cambios de respiración que acompañan las diversas etapas de la experiencia primaria. El sonido de la respiración es crítico; un paciente no puede defender una parte de sí mismo mientras está empeñado en un proceso respiratorio que abarca el cuerpo entero.

Son raras las ocasiones en que el paciente finge el grito. Parece salir de lo alto de los pulmones y casi siempre como un chillido. El falso grito parece ser la continuación de la esperanza irreal. Como el grito primario significa el fin de la lucha, es improbable escucharlo de boca de alguien que todavía está empeñado en la lucha.

Aunque hablamos a menudo de sentimientos profundos, rara vez especificamos lo profundo que puede ser. A juzgar por mi experiencia, creo que los “sentimientos profundos” abarcan el organismo en su totalidad, sobre todo la región del estómago y el diafragma. Algunos de nosotros adquirimos la idea, al comienzo de la vida, de que nuestros padres no quieren que seamos exuberante y realmente vivaces, aprendemos enseguida a andar casi conteniendo el aliento por temor de hacer o decir lo que no debemos, de ser demasiado ruidosos o turbulentos, de reírnos estertóreamente. Tarde o temprano ese temor termina por estrangular el sentimiento en una garganta apretada, en un pecho oprimido, en un estómago anudado. Como es un proceso de amordazamiento, la voz tiende a volverse atiplada; es una voz que no está conectada con todo el cuerpo.

En muchos casos la manera de hablar del neurótico se puede comparar con la de un muñeco de ventrílocuo, la boca se mueve mecánicamente, deshumanizada, sin vínculos aparentes con el resto del organismo. Como descansa en estratos de tensión y no en un sólido cimiento de sentimientos, la voz tensa suele ser temblona.

La boca también parece muy afectada por la neurosis. Después de la terapia primaria los pacientes se refieren a menudo a la tensión que solían sentir en los labios. Después de la terapia primaria, una paciente dijo que sentía el labio superior por primera vez en varios años. Siempre lo había tenido adormecido: “Quizá porque me crie en una familia alimentada con frase hechas del tipo de ‘No muevas el labio superior’”. Quiero decir que todo el sistema refleja el sufrimiento. El que está enojado, por ejemplo, suele retraer los labios en una línea fina; cuando el enojo persiste, puede persistir también el gesto.

No sólo la cara y la mandíbula se aflojan después de las reacciones primarias, sino que la voz baja de tono. Posiblemente uno de los signos más evidentes y dramáticos en quien se ha sometido a la terapia sea este. Las mujeres de voz fina, que hablan como niñas, adquieren una nueva profundidad y plenitud. Su manera de hablar es más rica.

La forma de hablar del neurótico carece muchas veces de matices porque refleja un estado constante de tensión. Una paciente dijo: “Yo hablaba muy rápido, con la voz muy atiplada. Nunca

tenía la sensación de estar hablando. Toda la presión que tenía dentro salía a pedazos. Ahora me siento hablar”. Quizá la frase “torrente de palabras” es un hallazgo que expresa bien la idea de que el discurso del neurótico es una descarga de tensión.

Un paciente que siempre había tenido una voz débil dijo después de la terapia primaria: “Pienso que todo a mi alrededor era pequeño. Yo tenía la impresión de que había una voz fuerte en alguna parte; simplemente, nunca tuve el coraje de usarla”. Otro paciente que tenía una voz nasal dijo: “Toda mi vida pensé que la nariz no me funcionaba bien. Ahora resulta simplemente que lloriqueaba y no lo sabía. Filtraba todo lo que sentía a través de la nariz en lugar de ser abierto y directo”.

Una prueba de que el modo de hablar puede ser un espejo bastante preciso del yo es que cuando nos imaginamos a nosotros mismos con la voz de otro (despojados de nuestro modo de hablar defensivo) suele producirse ansiedad. Por este motivo a veces hago que los pacientes de un grupo truequen las voces como una manera de disminuir las defensas.

Decididamente, considero que la manera de hablar del neurótico es un mecanismo defensivo. La persona de voz suave puede estar representando a través de sus frases inaudibles el temor de llamar más la atención y por lo tanto quizá esté tapando el grito.

Cuando el terapeuta primario frena al que habla rápidamente y le hace atender a su manera de hablar, está menoscabando un mecanismo defensivo. Mientras exista un pozo de sentimientos negados, éstos colorearán y modelarán cada palabra que salga de la boca del neurótico, así como la estructura misma de la boca. Cuando el paciente habla durante las primeras horas, escuchamos sus defensas en acción. Aquí, por lo menos, “el medio es el mensaje”.

Creo que el discurso es sólo una faceta en la totalidad de las operaciones defensivas del sujeto. Según mi experiencia, a la manera infantil de hablar corresponde inmadurez en las relaciones sexuales y, a menudo, en la estructura corporal. Con arreglo a lo dicho, no se encuentra un problema en un sector sin que aparezca también en otros. Lo mismo que inhibe la plenitud de una voz puede influir en la incapacidad del paciente para llegar al orgasmo.

Por ejemplo: Un chico es criticado por todo lo que dice y hace y al mismo tiempo no se le permite replicar o expresar su enojo. La cólera contenida persiste y colorea su cara a medida que crece. Más tarde tiene un hijo. Cada palabra que sale de su boca tiene un tono colérico y es una amenaza implícita y perpetua contra su hijo. El niño borra todas las facetas de su propio comportamiento por temor de poner en actividad el viejo volcán de su padre. Su manera de hablar es contenida; sus movimientos son rígidos y restringidos. Esta contención puede influir en todos los procesos corporales, incluso los del crecimiento. El temor de decir lo que no debe y de hacer estallar a su padre puede producir problemas de locución en el niño. Cada palabra tiene que ser examinada por su posible peligro. El resultado puede ser el tartamudeo y el tartajeo.

Un ex tartamudo explicó su problema de esta manera: “Mi tartamudeo era realmente la lucha. Era como si el ‘no yo’ estuviera hablando para impedir que saliera el yo real. Desde que empecé a hablar siempre tuve que elegir cuidadosamente las palabras. Yo decía lo que ellos querían oír. Es como si me asiera a mis padres con la boca. Mientras el yo real no dijera lo que sentía, podía seguir con ellos”.

Este hombre nunca tartamudeaba durante una reacción primaria en que era su yo real. El tartamudeo parece ser la evidencia gráfica del conflicto entre los dos yos y los síntomas que el conflicto engendra. Esas reacciones primarias en que el paciente no tartamudea indican también cómo el sentimiento desaparece con los síntomas neuróticos.

Durante una sesión de grupo, mientras este hombre examinaba sus síntomas, una mujer del grupo le señaló que mientras él se había agarrado a sus padres con la boca, ella lo había hecho manteniendo frígida su vagina. En otras palabras, esta paciente quería indicar que el lugar de la lucha es aquel donde la centra el niño que crece. Si una mujer anhela ser buena y pura para sus padres, la lucha (la negación del sentimiento) puede ser canalizada en los órganos genitales. Otras veces, como hemos visto, puede serlo en la boca. En todo caso, cuando el niño se mete en la cabeza las actitudes de sus padres y opera con ellas en lugar de basarse en sus propios sentimientos, cabe esperar que el cuerpo tampoco siga funcionando de una manera real, fluida.

La palabra es un proceso creador en el que en cada momento producimos algo que no existía antes. El neurótico recrea su pasado en cada palabra que dice. El hombre normal crea un presente continuamente nuevo.

# LAS NEUROSIS Y LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

La tensión es el motivador central del neurótico y lo activa constantemente. Como la activación es una respuesta irreal, no hay nada que le diga dónde detenerse. Los músculos se ponen tensos, se segregan hormonas, la mente está alerta, todo ello para un peligro que ya no existe.

Hay un experimento de John Lacey y sus colaboradores que nos informa sobre los mecanismos que intervienen en la reacción corporal a la tensión (stress). El estudio se refiere a la aceleración y desaceleración del corazón bajo la tensión. Se observó que el ritmo del corazón disminuye cuando el sujeto está atento y abierto a lo que lo rodea, es decir, cuando quiere aceptar lo que le pasa. El ritmo cardíaco se acelera cuando la persona quiere rechazar lo que está ocurriendo. Además, el ritmo cardíaco se acelera durante el dolor. Los investigadores creen que se apresura con objeto de movilizar el cuerpo contra el impacto anticipado del dolor. Asimismo, el dolor produce un aumento de la presión arterial (sanguínea).

La importancia del estudio reside en que quizá no sea el dolor solamente el que produce el aumento del ritmo cardíaco, sino la necesidad de rechazarlo. De ser correcta la hipótesis del sufrimiento primario, se deduce que el cuerpo, sobre todo el corazón, sería afectado negativamente por los intentos de rechazar esos sufrimientos. Esto contribuiría, pues, a explicar el gran predominio de los síndromes cardíacos y de la presión sanguínea tan prematuros en la vida de muchos de nosotros. Nuestros cuerpos trabajan con exceso, luchando contra enemigos no visto ni percibidos. El corazón, como músculo, debe responder de la misma manera que el resto del sistema muscular.

La tensión como experiencia corporal total debe causar estragos en todo el organismo, sobre todo en los órganos constitucionalmente débiles. Año tras año va desgastándonos, y así se explica el hecho de que los individuos que no son tensos vivan mucho más que los neuróticos.

El síntoma que se desarrolle depende de diversos factores. Uno, por ejemplo, es lo que la cultura de la persona ha llegado a considerar como aceptable: las jaquecas y las úlceras son a menudo síntomas “esperados” en los Estados Unidos. Pero el significado simbólico del órgano o la zona afectada es más crítico. La mayoría de los neuróticos no pueden, o no se atreven a ver sus problemas, de modo que el mensaje del sentimiento es simbolizado: la miopía, por ejemplo, o el asma que se desarrolla cuando ni siquiera se permite a un niño que respire por su cuenta. (Un paciente que había tenido asma infantil, la representó de nuevo al acercarse durante la terapia a sentimientos primarios clave.)

El dolor que “parte” la cabeza es literalmente simbólico de la escisión neurótica. Esta afección se debe en gran medida al hecho de sentir de una manera y tener que actuar de otra. “Mi cabeza se avergüenza de lo que siente mi cuerpo”, decía un paciente.

El neurótico se alimenta de aspirinas y otros analgésicos sin entender que el dolor con que tiene que habérselas es el sufrimiento primario. Las jaquecas se repiten porque el sufrimiento primario está allí constantemente. Un paciente lo expresó de esta manera: “Yo solía decir: ‘Mamá, el dolor de cabeza me está matando’, sin saber lo que estaba diciendo. El dolor de cabeza me estaba matando. Tenía que hacer como si mis sentimientos no existieran, de modo que los metía en cualquier rincón de mi cabeza hasta que sentía que me iba a estallar”.

Muchos se pasan el tiempo calmando dolores equivocados, tomando miorrelajadores, o sedantes del aparato digestivo, o analgésicos, tratando en vano de disipar la expresión sintomática de verdaderas heridas interiores. Esos dolores sintomáticos se han abierto camino a través del sistema defensivo para hacernos una advertencia, pero dicho sistema hace que lo que habitual-

mente aparezca sea un puro dolor localizado aquí o allá, de modo que la persona no sabe qué es lo que lo hace sufrir.

En una reunión reciente de la Academia de Ciencias de Nueva York, varios especialistas se refirieron a una posible relación entre las emociones y el cáncer. Un psiquiatra, Claus Bahnson, del Jefferson Medical College, dijo: “Muchos individuos con predisposición al cáncer... son de los que niegan sus emociones”. Había encontrado que cuando los individuos sufren una tragedia personal, los que tienen predisposición al cáncer tienden a canalizar su respuesta emocional hacia adentro, mediante el sistema nervioso. Esto, a su vez, perturba el equilibrio hormonal influyendo así en el desarrollo del cáncer. Bahnson señaló también que los cancerosos tenían por lo general una “relación pobre, insatisfactoria, mecánica con sus padres”. Decía después que como esos padres eran incapaces de responder emocionalmente o no querían, sus hijos desarrollaban una tendencia a reprimir sus sentimientos en lugar de expresarlos.

Los resultados de otras investigaciones, expuestos en la misma reunión, tendieron a corroborar estas posibilidades. W.A. Greene, de la Universidad de Rochester, encontró entre los cancerosos un alto grado de desesperanza y de desamparo.

(Un dato lateral interesante es el de los indios siux, que como se sabe, expresan libremente sus emociones, y entre los cuales casi no se produce el cáncer.)

Hay innumerables volúmenes de psicología dedicados a la medicina psicosomática. Debemos sobre todo al precursor Franz Alexander su obra sobre el significado simbólico de los trastornos somáticos. No tengo intención de analizar aquí los diversos tipos de trastornos psicosomáticos y su significado. Baste señalar que muchas enfermedades corrientes que han sido consideradas puramente físicas deber ser entendidas como un sistema totalmente enfermo dentro del cual hay un cuerpo, el cual, en circunstancias ordinarias, funciona bien y saludablemente.

Cuando el niño es pequeño y su constitución física es todavía fuerte, puede aparentemente soportar una buena dosis de tensión. Al cabo de años de tensión crónica, los órganos vulnerables tienden a ceder. Sólo cuando los individuos están preparados para crecer, para liberarse de su infancia, pueden llegar a ser libres de convertirse en los adultos que son física y mentalmente. La madurez se aplica, pues, tanto a los miembros y los órganos como a la mente. (El crecimiento es de toda la persona.) Una mujer muy baja empezó a crecer después de una reacción primaria en la que sintió que significaba ser pequeña: “Seguía siendo baja para que mi padre viera que era siempre una nenita, de la que debía ocuparse. Si crecía, nunca hubiera entendido (pensaba yo) que seguía siendo su nena”. En mi experiencia con la terapia tradicional nunca observé resultados de este tipo.

Un investigador en pediatría, Robert Blizzard, de la Johns Hopkins, ha corroborado recientemente la relación entre el crecimiento y el estado mental. En una disertación pronunciada en la Children's Division of Country, USC Medical Center (Los Ángeles, 22 de setiembre de 1969), dijo: “Muchos pediatras solían considerar una pamplina la noción de que la psiquis puede controlar el crecimiento. Pero no lo es”. El doctor Blizzard observó que a menudo, cuando un niño de seis años tiene la estatura de uno de tres, el nivel de la hormona del crecimiento suele estar muy por debajo de lo que debería. Señaló que algunos niños pequeños crecen rápidamente cuando se los saca de un medio ambiente pobre, aunque se los lleve a un orfanato. A los cuatro o cinco días empiezan a producir una secreción normal de hormonas del crecimiento, y algunos crecen veinticinco centímetros en un año. ¡Al volver al medio ambiente anterior, esos niños dejaban inmediatamente de crecer! Estudiando los hogares se observaba una gran falta de afecto. A veces las madres admitían que odiaban a sus hijos. El doctor Blizzard dice que la única ayuda para un niño que no crece es cambiarlo de ambiente. A los adultos bajos yo les aconsejo la terapia primaria.

La medicina psicosomática suele plantear problemas desconcertantes al médico porque, en primer lugar, el paciente a menudo no tiene conciencia de que es tenso y, en segundo lugar, es posible que en su vida actual no haya nada que indique la causa de una afección. De modo que con frecuencia no hay causa psicológica aparente de una súbita enfermedad. Un ejemplo de ello es el del hombre hiperactivo que al fin tiene un primer ataque. El médico puede atribuirlo a un exceso de trabajo y decirle: “El preferible que en adelante se lo tome con calma; trata de aflojarse y no ser tan activo”. Pero esta actitud puede acelerar el segundo ataque porque la inactividad puede equivaler a una supresión del sistema defensivo, creando tensión y aumentando la presión interna. De modo que el segundo ataque sería el resultado con más exactitud, se produciría porque la persona no tiene nada en que concentrarse para aliviar su tensión. Quizá la rápida muerte de algunos hombres al jubilarse se deba también a la supresión del sistema de defensa.

El médico puede aducir que los diversos problemas que los pacientes le plantean no son psicosomáticos porque no hay un trauma emocional visible. Pero es posible que el síntoma con que se encuentra el médico sea el resultado de la tensión acumulada. La medicación periódica de la tensión puede ser útil para comprender y prevenir muchas clases de enfermedades. Una elevada tensión permanente significa, entre otras cosas, la posibilidad de un desequilibrio hormonal y de las enfermedades de él resultantes. Varios pacientes que tenían hipotiroidismo antes de la terapia, cambiaron después. Al dejar de tomar comprimidos de tiroides no tuvieron ninguno de los efectos habituales que habían experimentado antes al interrumpir la medicación.

Creo que la neurosis debe ser considerada un factor en casi todas las enfermedades. Bloquear un sentimiento es reprimir aspectos de la fisiología propia. Rara vez he visto un neurótico que fuera físicamente sano. Se ha visto en estudios recientes que los individuos más ansiosos son más receptivos para los virus, por ejemplo. Preveo el día en que la medicina ya no establecerá una división entre el cuerpo (medicina interna) y la mente (psiquiatría). Esta división ha hecho que la medicina se ocupara de los síntomas físicos y la psiquiatría de los mentales, sin entender que dichos síntomas son el resultado de un sistema psicobiológico en conflicto. Según la teoría primaria, hay poca diferencia entre un síntoma mental, tal una fobia, y uno físico, como los dolores de cabeza. El síntoma es sólo la forma típica en que el individuo resuelve su conflicto. Especializarse en el tratamiento de síntomas es ocuparse de fragmentos del ser humano. No debe olvidarse que los síntomas están estructurados en sistemas. Tratar una úlcera o una depresión dejando de lado el sistema significa descuidar las causas. Esto no quiere decir que no haya que ocuparse de los síntomas, pero aliviarlos es sólo una solución temporal.

## **La desaparición de los síntomas**

Es cierto que síntomas como tics, úlceras, frigidez, jaqueca, perversiones sexuales, etc., desaparecen con la terapia primaria, pero eso también ocurre con muchas otras terapias. La diferencia importante es que en la terapia primaria los síntomas son por lo que general los últimos en desaparecer, a diferencia de la terapia tradicional que, según mi experiencia, puede aliviarlos con bastante rapidez. Quizá sea porque al ayudar a la función y mantenerla activa, el médico que aplica la terapia tradicional da salidas suficientes al exceso de tensión del paciente y disminuye sus síntomas. En la terapia primaria, en que se cortan las salidas, es posible que al principio se agraven porque a lo largo del tratamiento el enfermo ha perdido muchas de sus defensas menores. Mientras exista una parte del yo irreal, mientras haya una escisión, el síntoma continuará. Desaparecerá aproximadamente en el momento en que la persona esté preparada para dejar la terapia.

Hay buenas razones para que los síntomas desaparezcan tardíamente. En primer lugar, el síntoma –por ejemplo, el exceso en las comidas- ha sido habitualmente el centro de la vida del paciente y la salida principal de la tensión neurótica. El síntoma suele ser el último en desaparecer porque en general ha aparecido tempranamente en la vida del paciente. Los tics y las alergias

suelen empezar antes de los cinco años, pero el tartamudeo puede presentarse al empezar a hablar, a los dos o tres años.

## **El síntoma era la manera en que el niño pequeño resolvía la escisión.**

Los síntomas corporales como la constipación, el tartamudeo o los tics no deben ser considerados como simples hábitos que hay que condicionar desde afuera del organismo. Son las reacciones físicas involuntarias a la escisión (el sentimiento desconectado del pensamiento) que producen presiones corporales más allá de la voluntad o del control consciente. Estas presiones ocasionan síntomas. La supresión de un pensamiento real (la contrapartida mental de una sensación física) puede producir un síntoma mental (una idea irreal o una fobia, que es un tipo más grave de idea irreal). La supresión de la contrapartida física del pensamiento real (el doloroso pensamiento primario) puede producir síntomas físicos (presión menor de gases en el estómago, que tarde o temprano se convertirá en úlcera o colitis).

Es importante entender que la gravedad de los síntomas aumenta con la intensidad y la duración de la presión. Una presión mental inicial puede producir unas pocas ideas irreales o fobias. Llegado el caso, ocasionará ilusiones o alucinaciones. Las alucinaciones serían sólo el punto final de un proceso de desarrollo de ideas irreales que empezó en la primera infancia. A medida que aumenta la presión de sentimientos negados cada vez más numerosos, la mente debe retorcerse adoptando pliegues más complejos. Al mismo tiempo, ejerce más presión sobre los órganos vulnerables que ayudan a eliminar parte de la tensión. Si al fin un sistema orgánico cede, la tensión (presión) tiende a canalizarse por esa vía. Si no logra reducir lo bastante la presión, quedarán afectados otros sistemas orgánicos. De esta manera quizá encontremos (como ocurrió con un paciente) primero secreción postnasal, después alergias graves, asma, úlcera y así sucesivamente.

Deseo insistir en la unidad de todos los síntomas neuróticos, tanto psicológicos como físicos. Un sentimiento bloqueado puede originar una tensión acumulada que, llegado el caso, afectará la mucosa estomacal, o ese mismo sentimiento puede ser representado de un modo masoquista, dando por resultado una exteriorización del mismo sufrimiento. En ambos casos el sufrimiento se vuelve real. Entonces se puede hacer algo con él. Para los trastornos hay píldoras. Para el ritual masoquista hay un comienzo y un fin. En ambos casos implica una reubicación del sufrimiento en algo concreto, en algo que puede controlarse. Las enfermedades son síntomas involuntarios del sufrimiento, en tanto que el masoquista es un síntoma voluntario. Aunque parecen ser fenómenos desemejantes, son sólo canales diferentes para los sentimientos bloqueados.

El sadismo es otra variante en que, para no sentir el sufrimiento, el sujeto lo inflige a otro. Alguien le pega a su mujer cuando lo que realmente quiere es pegarle a su madre, y en un nivel más profundo quizá quiera pegarle a su madre porque sufre por falta de amor.

La dinámica de la elección de síntomas que actúan interna o externamente puede ser compleja. (Los síntomas psicósomáticos son un comportamiento irreal). Son el resultado de las circunstancias de la vida y de la propia contextura constitucional. Pero para comprender un síntoma (en este caso el masoquismo o las enfermedades psicósomáticas), debemos entender que se trata de un comportamiento reubicado. Es el centro, la forma en que designamos las fuentes aparentes del sufrimiento: “Mi marido es cruel. La vida sería distinta si no se emborrachara y no me pegara”. “Yo estaría espléndido si sólo pudiera terminar con los dolores de cabeza”. Ninguna de las dos cosas suele ser verdadera. La vida no sería espléndida. Ambos comportamientos encajan con el estilo de vida del individuo. Sirven a un propósito: mantener alejado el sufrimiento real.

Como los síntomas mantienen alejado el dolor, constituyen una defensa. La razón por la cual síntomas importantes suelen ser los últimos en desaparecer en la terapia primaria, es que el sistema defensivo, que se ha formado como entidad estable después de la escena primaria principal,

funciona sobre la base del todo o nada. Cuando aún quedan sufrimientos críticos que deben ser experimentados durante las etapas posteriores de la etapa primaria, el paciente vuelve con frecuencia a los síntomas iniciales. Cuando al fin siente lo que provocó en él la escisión completa, es improbable que tenga síntomas de nuevo. Si lo miramos a la inversa, será más comprensible. Cuando un niño pequeño se escinde en el curso de una escena primaria, el exceso de tensión no resuelta encuentra una salida: el síntoma. Este síntoma “maneja” el sentimiento y resuelve el conflicto de una manera irreal. Tratar sólo los síntomas equivale, pues, a tratar la irrealidad. Es una tarea infinita, trátense de síntomas físicos o mentales. Por eso el psicoanálisis de los síntomas lleva tanto tiempo.

En un estudio de Barker y colaboradores se analiza la formación de los síntomas. Estos autores habían observado anteriormente que los síntomas como el asma, las úlceras y la hipertensión empeoraban durante las entrevistas en que se empleaba el amital sódico (el amital es un barbitúrico usado como sedante o hipnótico). Los pacientes hablan con más libertad bajo los efectos del amital; la droga parece aflojar algunas de las inhibiciones adquiridas (la fachada irreal).

La cuestión implícita en el estudio de Barker era la siguiente: ¿Por qué empeora el paciente (desarrollando síntomas) cuando está menos inhibido? En el estudio sobre convulsiones y epilepsia con pacientes bajo los efectos del amital, se describía la siguiente situación:

El paciente (que había tenido antes ataques epilépticos) estaba sentado en un sillón semirreclinable con electrodos sujetos al cráneo para registrar las ondas cerebrales. Había tenido una “semana dura”, dijo, caracterizada por discusiones con su mujer y su madre. Se le dio amital sódico a razón de un grano y medio por minuto durante tres minutos. La relajación provocada al comienzo de la inyección fue, en este caso, transitoria. El paciente empezó a mostrar una mayor tensión. Al preguntársele: “¿Qué pasa?”, contestó: “Mi mmmadre”. Hizo crujir los dientes, gruñó y habló de un modo bastante inconexo de su madre. Se mostró alternadamente enojado y sufrido. Los comentarios sobre su madre estaban intercalados de gruñidos: “¡Oh... Oh... Oh...!” Se le preguntó: “¿En qué le molesta su madre?” dijo: “Quisiera librarme de ella. La mataría. No es buena... Está siempre fastidiándome... todo el tiempo... todo el tiempo”. Parecía contener a duras penas una rabia enorme.

“Mi madre mató a mi padre”, continuó. ¡Algún día la voy a matar. Me vuelve loco”. Apretó los puños, los alzó hacia la frente y dio la impresión de ser ya capaz ni de contener la rabia ni de expresarla (el subrayado es mío). De pronto se le empalideció la cara y lanzó un grito breve, estrangulado. Después le dio un violento espasmo muscular; se puso rígido; su cara se torció en una gran mueca; se le arqueó la espalda; cruzó fuertemente los brazos sobre el pecho; estiró las piernas, tiesas. El espasmo muscular rígido se aflojó y volvió en una serie de contracciones y relajamientos típicos de una convulsión importante. Durante los dos minutos del ataque las ondas cerebrales fueron características de un gran acceso convulsivo. La irrupción de una crisis epiléptica había hecho abortar la posibilidad de revivir bajo el hipnótico las reacciones con respecto a su madre (una vez más, el subrayado es mío).

Los investigadores se quedaron francamente asombrados de todo esto porque el amital sódico tiene propiedades anticonvulsivas definidas. Concluyeron que la crisis había sido provocada por un conflicto entre una rabia incontrolable y las restricciones de la conciencia.

Citaré algo más de lo que dice Barker porque se relaciona con la teoría primaria. “Esto era coherente con la idea de Freud... de que una crisis convulsiva, en su opinión, reduce el nivel de descarga del plano de una manifestación significativa al de una actividad neuromuscular subpersonal no significativa”.

En efecto, lo que está diciendo este investigador es que los sentimientos bloqueados dan por



resultado una acumulación masiva de tensión con la descarga convulsiva final, la crisis epiléptica. Si no estuviera describiendo un ataque, yo hubiera pensado que hablaba de lo que ocurre en la terapia primaria. Es evidente que un sentimiento bloqueado en la vida de una persona no produce el síndrome epiléptico, como no produce úlceras, tartamudeo o asma. Pero cuando son años de sentimientos reprimidos, hay que concluir que se produce una acumulación de tensión superior a la capacidad del organismo para soportarla. Quedarán afectadas la zona o el órgano vulnerables. En la persona que ha nacido con tendencia a la alergia, la acumulación de tensión puede, llegado el caso, convertirse en asma; en el que tenga tendencia a los trastornos cerebrales, la tensión acumulada puede llevar a la epilepsia. ¿Qué hubiera ocurrido de haberse apremiado al paciente par que gritar lo que sentía? Creo que la expresión de lo que sentía hubiera impedido el desarrollo de su síntoma (la resolución del conflicto). El bloqueo del sentimiento produjo una actividad neuromuscular difusa: tensión.

Debe aclararse que el hecho de expresar lo que se siente una vez podría detener sólo ese ataque particular; pero seguiría siendo epiléptico y, dada una presión (stress) suficiente, se presentarían de nuevo los síntomas. Al suprimir todas las represiones pasadas, podría decir que el paciente tenía una predisposición a la epilepsia, pero no la epilepsia misma. Es como ser esencialmente sensible o alérgico pero sin tener alergias.

### **Barker prosigue:**

El doctor Herbert S. Ripley y yo hicimos (otra) entrevista (a otro paciente). Producida la hipnosis, el paciente empezó a revivir espontáneamente una serie de experiencias traumáticas (cargadas de impulsos agresivos, sentimientos de culpa y de desamparo), retrocediendo en el tiempo a medida que pasaba de un episodio a otro. Era como si estuviese desplegando en el tiempo, para que lo viéramos, un complejo denso de experiencias relacionadas y muy cargadas. Al revivir la serie parecía transmitir lo que por lo general sólo podía expresar convulsivamente.

Aquí Barker enuncia casi palabra por palabra la hipótesis primaria. En realidad, ese hombre tuvo una experiencia primaria inducida por un proceso hipnótico en que quedaron suprimidos los controles conscientes. En este caso Barker señala que al revivir fuertes situaciones emocionales del pasado se cortó el paso a una crisis epiléptica. O, a la inversa, se deduce que los fuertes sentimientos del pasado que no han sido resueltos y expresados, dan por resultado crisis convulsivas. Muchas personas acumulan tensión, otras tienen úlceras, otras ataques. El problema es la tensión, no la forma de alivio. De las descripciones de Barker yo concluiría que la hipnosis y el amital debilitar el yo irreal, defensivo. Lo que emerge son los sentimientos primarios, sentimientos hasta entonces tenidos en jaque por l fachada. En el teatro, un hipnotizador puede en un momento cambiar la fachada y transformar a alguien en algo o en otro, pero en los experimentos de Barker no se hace nada más que sacar la fachada. Esta es una prueba más de cómo el aflojamiento (unas vacaciones, la jubilación, una breve enfermedad) es una amenaza para algunos neuróticos, una amenaza para todo su sistema físico. Contribuye a explicar por qué son tan pocos los neuróticos que se atreven a relajarse; relajarse es quedar abrumado y tal vez morir.

La obra de Barker tiene algo más que decir. Los síntomas son necesarios para la economía psicofísica del individuo. Resuelven el conflicto. Suprimir los síntomas sin suprimir las causas es dejar al individuo a merced de que le ocurra algo peor que acumular tensión.

Barker entrevistó después a un niño de diez años. Su madre lo había convencido de que debía evitar a toda costa las peleas. Al registrar las ondas cerebrales, se lo interrogó al respecto: “¿Cómo te sentías cuando tenías que poner la otra mejilla y eso significaba que te pegaban o tenías que escapar?” “Yo no quería que pensarán que era un cobarde, pero mamá se hubiera sentido mal si yo me peleaba...” Barker lo describe como un niño tenso y éste dijo: “Yo no podía volver loca a mi madre. Es mi madre. ¡Ella me dio la vida!”

El trazado de las ondas cerebrales mostraba tensión, a la manera de algunos trazados epiletiformes. Barker constituye: “Sin el EEG (aparato registrador de ondas cerebrales) no se hubiera sospechado la presencia de un componente epiléptico en este bloqueo del lenguaje aparentemente común. (Esto) establece una conexión entre todos los ataques epilépticos y no epilépticos (el subrayado es mío)”. En una palabra, los sentimientos bloqueados tiene la capacidad (por lo menos al nivel de la actividad cerebral) de producir convulsiones. Esto significa que al ser perturbado, el cerebro tiene a veces convulsiones que la persona no sufre. Esas convulsiones cerebrales puede producir en comportamiento neurótico y síntomas que no difieren en cuanto a su causa de los ataques epilépticos (según Barker, hasta la flatulencia puede serlo). Como hay ataques cerebrales convulsivos en muchas clases de perturbaciones, cabe preguntarse si un síntoma como el tartamudeo es un equivalente epiléptico. ¿El tartamudeo es entonces una “epilepsia de la boca”?

Barker está señalando que el bloqueo del lenguaje y los sentimientos que lo acompañan acumulan tensión que se abre camino en el cerebro. Es de imaginar, pues, el efecto de años de contener las palabras y los sentimientos. Lo significativo del estudio de Barker es que si se estudiaran solamente los trazados cerebrales, se supondría que los síntomas, ya sea de epilepsia o de tartamudeo, por ejemplo, serían determinados por irregularidades de las ondas cerebrales. Yendo más lejos se encuentra que esos trazados cerebrales irregulares son el resultado de la acumulación de sentimientos bloqueados. Debemos siempre cuidarnos de no asimilar la causa de una enfermedad a lo que estamos midiendo. Así, si bien se pueden encontrar ciertos cambios en los componentes químicos de la sangre o la orina de los esquizofrénicos, no debe suponerse necesariamente que esos cambios de la orina y la sangre causan la esquizofrenia.

Lo que Barker señala en su excelente libro es que muchos comportamientos dislocados parecen tener una correlación en la falta de un funcionamiento uniforme del cerebro, y que esto puede ser el resultado tanto de sentimientos bloqueados como de la consiguiente acumulación de tensión. Esta carga “embaraza” (es la palabra que él usa) al cerebro, dándole demasiado como para que pueda funcionar con facilidad. Con arreglo a la hipótesis primaria, esto significa que las funciones del cerebro se resienten cuando nos pasa algo que es más de lo que podemos coordinar a la vez: escenas primarias.

Lo que todo esto significa es que cuando no podemos ser nosotros mismos en una situación, esa situación no termina simplemente para nosotros. Es interiorizada en forma de tensión que sea abre camino hasta el cerebro, cuyo funcionamiento se perturba. Esto puede dar por resultado un pensamiento confuso, tartamudeo o epilepsia. O simplemente un comportamiento ficticio y casual, un andar como bola sin manija...

El síntoma neurótico es la resolución idiosincrásica de la lucha interna del individuo. El estilo, en este sentido, es el hombre. Por lo tanto, el síntoma no puede tener un significado universal; sólo puede tener significado para una determinada persona. Así, hacer crujir los dientes puede tener mil significados. Para una paciente era estar apegada a la vida “por el filo de los dientes”, como decía. Para otro reflejaba una rabia que no podía expresar nunca. Pero para cada paciente cada síntoma tiene un significado: lo que significa para él exclusivamente. De modo que no podemos decir que el que hace crujir es un hombre pasivo y dependiente, o agresivo, o esto o lo otro de una manera latente. Tampoco podemos dar definiciones universales; sólo el paciente puede decirnos lo que significa su síntoma.

Hay síntomas neuróticos que habitualmente no son considerados como tales: la baja estatura, por ejemplo. Por lo común una persona no irá al psicólogo porque es baja. Sin embargo después de la terapia descubrimos que su desarrollo había sufrido un retardo, no sólo mental sino físico. Vemos que el paciente ha crecido y entonces podemos inferir que su baja estatura era en verdad un síntoma, su resolución idiosincrásica de las contradicciones internas que lo torturaban.

En los dos últimos años no he comprobado la reaparición de un síntoma en un paciente que hubiera terminado la terapia primaria, cosa que no podría decir de mi labor como terapeuta tradicional. ¿Por qué? Porque, a mi juicio, los síntomas dependen de la tensión. No reaparecen porque no hay un dolor primario que produzca tensión. No hay una escisión que separe el cuerpo, de la mente. No hay nada, en una palabra, que permanezca oculto creando presión en el organismo.

Podría seguir enumerando indefinidamente todos los síntomas que ha eliminado la terapia primaria, desde los calambres menstruales hasta el asma. Pero se pensaría entonces que la terapia primaria es una especie de panacea y su crédito disminuiría. “Si por lo menos me contaras algunos de tus fracasos, algunos de los síntomas que nunca ha desaparecido”, decía un colega, “estaría más dispuesto a aceptar tus exageradas pretensiones”. Pero la terapia primaria debe ser capaz de suprimir todos los síntomas; en caso contrario su premisa: que los síntomas son el resultado de los dolores primarios, no es válida.

Quizá el paciente que ha sido sometido a esta terapia, libre de síntomas y de tensión, parezca el superhombre. Pero es el neurótico el que trata de ser un superhombre: come por dos, trabaja por dos, utiliza la energía de dos para duplicar su desdicha.

## **Discusión**

Cada hombre es su verdad. Para el neurótico, esas verdades son los dolores primarios. Una mentira en la mente significa una herida en el cuerpo. Aunque la mente del neurótico diga que todo anda bien, su cuerpo dice la verdad. Los trastornos psicosomáticos son la verdad del cuerpo.

A medida que el tiempo pasa, quizá tengamos que cambiar muchas de nuestras ideas sobre lo que es el funcionamiento normal. Una paciente, que es enfermera, ha tomado el pulso y medido la presión sanguínea a los otros miembros del grupo, y ha observado que el ritmo es muy inferior al medio. Algunos pacientes han observado una constante caída de la temperatura del cuerpo en descanso. Algunos dicen que su temperatura anda constantemente alrededor de 35 grados. En general, los pacientes que han terminado la terapia primaria Goza de excelente salud y sólo puedo atribuir este hecho a la ausencia de tensión crónica.

Cuando el neurótico no es persa de la enfermedad resultante de la tensión crónica, puede sucumbir al hábito que le sirve para aliviarla. El cigarrillo, el exceso de comida, las píldoras, la bebida, todos se cobran su precio. Aun con ayuda de estos hábitos para descargar la tensión, mucho neuróticos siguen sufriendo de enfermedades psicosomáticas. El sistema neurótico es como un recipiente gigantesco que desborda de síntomas. Nuestra tarea ha consistido en combatir los síntomas de la mejor manera posible. Pero debe aclararse que necesitamos descargar la elevada tensión si queremos suprimir los síntomas. Sólo lo conseguiremos si comprendemos que la tensión neurótica no es normal y no tiene cabida en un sistema sano. Los síntomas son el resultado de un cuerpo que trabaja contra sí mismo, de la presión entre el yo real y el yo irreal. Una salud física y mental permanente entraña la supresión de esa presión.



## **SOBRE LA NORMALIDAD**

**E**l objeto de la terapia primaria es volver reales a los individuos. Las personas normales son reales por definición. Los pacientes que se han sometido a la terapia primaria se vuelven reales. Pero pueden conservar cicatrices. Han recibido muchas heridas en la vida y los recuerdos no se borran; lo único que se puede hacer es esfumarlos para que no tengan la fuerza que hace actuar al neurótico simbólicamente. Tan desposeído como un neurótico, es evidente que el paciente que ha terminado la terapia primaria no va a ser un ser humano totalmente pleno. Como un neurótico, sólo puede luchar para lograrlo. La terapia lo ha liberado para satisfacer sus necesidades presentes.

Cuando hablo de un ser humano normal, me refiero a una persona libre de defensas, sin tensión, que no lucha. Mi idea de la normalidad no tiene nada que ver con las normas estadísticas, los promedios, las escalas de adaptación social, el conformismo o el no conformismo. Cuando una persona es ella misma, su comportamiento puede ser tan variado e infinito como habitantes tiene el mundo. El individuo normal es él mismo. La terapia primaria vuelve al sujeto a sí mismo, en vez de tratar de que “haga algo de sí mismo”.

Analizaré al individuo normal en constante con el neurótico. Más adelante trazaré un retrato compuesto del paciente post primario, diré cómo se siente, qué hace y qué clase de relaciones tiene.

El hombre satisfecho se relaja. El neurótico que está insatisfecho porque no ha calmado sus necesidades, debe buscar las causas aparentes de su insatisfacción. Esto le impide conocer las fuentes reales de su infelicidad. Por eso sueña con conseguir un nuevo trabajo u otro título académico, mudarse a otro lugar, o encontrar una nueva novia. Confía en que, al concentrarse en su trabajo desagradable, en su mujer que no lo comprende, el descontento esencial desaparecerá.

Recuerdo a un paciente que vino un día quejándose del giro de los acontecimientos políticos de este país. Estaba obsesionado por salir, por trasladarse al extranjero. Lo que decía sobre la atmósfera política parecía muy verdadero. Cuando sintió cuál era su verdadero descontento, no cambió de ideas sobre la situación política, pero dejó de estar obsesionado por irse. Lo que sentía era: “No hay un buen hogar para mí”. Nunca había tenido un buen hogar. Hogar malo = país malo. Su sueño era encontrar un buen hogar en otra parte.

Como no está donde está, el neurótico nunca se sentirá contento durante un lapso prolongado. Utiliza el presente para realizar el pasado. Así, comprará una casa, se instalará, y cuando todo esté terminado, querrá una casa nueva. O buscará una amiga y la dejará después de haberla “conquistado”.

Para el neurótico lo importante es la lucha, no el resultado. Por eso suele no terminar lo que empieza. Justifica su trabajo imperfecto con el pretexto de que tiene tanto que hacer. Pero si tiene tanto que hacer es porque no termina nada. Terminar y sentirse insatisfecho es sufrir. Por eso tantos individuos se afanan en los últimos meses de su trabajo por alcanzar una posición más alta; por eso también algunos no descansan contentos si tienen dinero en el banco. Apenas acaban de cancelar una deuda, necesitan pedir prestado de nuevo para mantener la lucha. Sentir: “He llegado, tengo dinero en el banco y sigo sintiéndome desdichado”, es intolerable. La lucha se hacer cargo de esto. Algunas amas de casa neuróticas rara vez se levantan temprano para terminar del todo sus tareas domésticas, porque entonces tendrían que enfrentarse con el vacío de sus vidas. En cambio, tienen una o dos habitaciones en constante desorden; de esta manera mantienen la lucha. Pueden participar con gusto la visión de la casa arreglada y limpia y eso les impide sentir: “¿Y ahora qué?”, una vez realizadas las tareas.

El hombre normal, que no necesita luchar, que no necesita obstáculos en el camino para mantenerse en la lucha, se pone a hacer las cosas. El neurótico, al postergar la experiencia de su sufrimiento, posterga gran parte del resto de su vida. En realidad, experimentar ese sufrimiento es empezar a vivir para el neurótico. Mientras no sienta, debe ser elusivo, no sólo para evitar lo que duele, sino también lo desagradable. Como está siempre apartándose de su verdadero yo, tiende a ser volandero, si no física, por lo menos mentalmente. Su cabeza está llena de lo que planea hacer; no puede estarse quieto. Se mueve hasta durmiendo, se resuelve, transpira. Puede ser tan activo que no sea capaz de dormir nada, obsesionado por pensamientos perturbadores y asunto no resueltos.

El hombre normal puede estar con alguien de un modo completo. No hay una parte suya separada, “en reserva”; por lo tanto, es capaz de interesarse totalmente. El neurótico suele ser un torbellino de distracciones; sus ojos, como su mente, parecen pasar como una flecha de una cosa a otra, incapaces de concentrarse durante un tiempo cualquiera.

Desde luego, el hombre normal no está escindido. Esto significa que cuando agita la mano no mira a otra parte. Puede escuchar atentamente, cosa rara en el neurótico. El neurótico sólo oye lo que quiere. La mayor parte del tiempo está pensando en lo que va a decir a continuación. Lo que escucha, por lo general, sólo será valorado si se refiere a él mismo de una u otra manera. No puede ser objetivo apreciar por sí mismo lo que está fuera de él (y esto se aplica a sus hijos). Las conversaciones del neurótico rara vez trascienden la experiencia personal (“lo que yo dije”, “lo que él me dijo”), porque el interés del neurótico está centrado en su yo insatisfecho. No todo en el mundo tiene por qué estar en relación con él, pero él es capaz de relacionarse con el mundo. No utiliza su mundo exterior para tapar el interior.

El hombre normal no se siente aislado; se siente solo, y ese sentimiento es muy diferente del que tenía antes de estarlo. Es una experiencia de separación de desvinculamiento desprovista de miedo y pánico. La soledad del neurótico es la negación de estar solo, la necesidad de estar con otros para huir del catastrófico sentimiento primario de ser rechazado y estar realmente solo la mayor parte de la vida. Los inventores del Muzak y de la radio en el auto entendieron la soledad del neurótico; estos son mitigadores del sufrimiento, defensas proporcionadas gratuitamente para que el neurótico no tenga que sentir su soledad. El hombre normal suele considerarlos como una invasión de su vida privada.

El hombre normal está en lo justo y eso se siente en su forma de reaccionar. El neurótico lleva una vida exagerada: reacciona de más o de menos; desde que descubrió que sus propias reacciones eran inaceptables, ha tenido que reaccionar de maneras excesivas o hacer como que no reacciona en absoluto. Por ejemplo, una paciente llevó a una amiga neurótica a ver su nuevo departamento. La amiga dijo: “Ah, ojalá mi alfombra fuera tan buena como la tuya”. Había visto la habitación sólo en función de sus propias necesidades, y su reacción fue una respuesta típicamente neurótica. Algunos neuróticos, cuando oyen un chiste, en lugar de celebrar su humor riendo, retrucan de inmediato con otro mejor.

Toda vez que alguien tiene que “identificarse” en lugar de sentir, observamos esta reacción inadecuada. El hombre normal reacciona correctamente, no porque trate de producir un efecto o haya estudiado las reglas, sino porque siente lo que corresponde. Quiere decir que para ser un buen padre, no necesita estudiar infinitamente manuales orientación para padres. Será una persona natural y permitirá que sus hijos sean personas naturales.

Como la persona normal no necesita tapar su sensación de no ser importante, no necesita luchar para que los camareros y el personal de los hoteles lo traten como a alguien especial. Para el neurótico esta suele ser una ocupación absorbente. La necesidad neurótica consiste en parte en rodearse de gente para no sentirse solo, o ingresar en clubes, para tapar el sentimiento de no

haber pertenecido nunca a una verdadera familia. Toda esa lucha incesante está terminada para el hombre normal.

Cuando pienso en la lucha neurótica, pienso en una publicidad reciente de una marca de whisky: “Puede ser una pequeña manera de recompensarse por todos los años de lucha que le ha llevado a usted llegar donde está”.

Las luchas neuróticas son fabricadas. Así, una mujer puede pasarse años haciendo pichinchas sin tener jamás la impresión de que ha efectuado una compra realmente satisfactoria. Probablemente es así. Si hubiera conseguido el afecto de sus padres sin lucha, quizás las pichinchas no hubieran llegado a ser tan importantes. Los pichinchas son la neurosis de todos los norteamericanos. Es como la píldora de la dieta mágica, algo bueno con pequeño esfuerzo, como el whisky. Lo que hace especialmente deliciosa la pichincha es la lucha. Cuando mayor es la lucha, más valioso el premio, salvo que no es el verdadero premio deseado para la gran lucha de la vida del individuo. Es apenas un sustituto, porque los años de lucha por el afecto de los padres se reducen a nada. Las pichinchas semejan la vida del neurótico con sus padres, con una diferencia: el neurótico gana al fin lo que a menudo no quiere. Entrar en una tienda y pagar el precio corriente es difícil para muchos neuróticos, porque no hace nada “especial”. Cualquiera puede pagar el precio corriente, y su uno lo hace, es como los demás. El hombre normal no es un cazador compulsivo de pichinchas. Trata de hacerse fácil la vida, no difícil.

Muy parecida a la pichincha es la forma en que el neurótico trata el dinero. Un paciente dijo que antes del tratamiento nunca había podido tener dinero en el banco, porque eso significaba que no tenía que luchar más. Este hombre luchaba constantemente para desprenderse de un temprano sentimiento de inutilidad. Había confiado (inconscientemente) en que el dinero le haría sentirse digno. Pero desde luego, nunca había dinero bastante para eso. Cuando tuvo dinero no pudo vivir con él porque seguía sintiéndose despreciable, y así se vio llevado a seguir acumulando. El hombre normal no usa el dinero simbólicamente para llenar vieja necesidades. Se siente digno porque ha sido valorado justamente en lo que era por padres normales. Si el dinero es la preocupación natural de tantos neuróticos es porque el neurótico, por definición, debe sentirse indigno; no fue valorado en lo que era. Como no es capaz de sentir sus verdaderas necesidades, siempre querrá más de lo que necesita.

Hay otros neuróticos que no pueden gastar el dinero. Su lucha consistía posiblemente en tratar de sentirse seguros y a salvo. Pero una vez más, el dinero solamente no puede lograr que una persona insegura se sienta segura. El neurótico de esta clase está constantemente postergando su vida: “Algún día, cuando las cosas marchen, me tomaré vacaciones”. No vive nunca. En cambio, se aferra a una fantasía sobre cómo será la vida algún día. Esa fantasía se asocia íntimamente al sufrimiento, lo cual ayuda a explicar por qué muchos individuos postergan tanto su vida. El hombre normal, en cambio, consigue las cosas ahora. No tiene viejos sufrimientos que lo arrastren hacia atrás y le hagan dejar de lado las cosas. Sus sentimientos reales eliminan la necesidad de fantasías irreales.

El hombre normal es estable. Está contento de estar donde está y no necesita imaginar que la verdadera vida está “en otra parte”. Una mujer lo expresó así: “Yo solía mirarme al espejo y me aterraba verme arrugas. Recorrí varios expertos en belleza, probé lociones especiales, y como esto no dio resultado, me sometía a cirugía estética. Me desesperaba sentir que mi juventud había pasado y que nunca tendría la posibilidad de conseguir lo que aquella niñita dentro de mí necesitaba. La vista de las arrugas y el pelo gris acentuaba mi desesperanza de volver a ser pequeña y entonces andaba de aquí para allá. Iba a fiestas y espectáculos innumerables. Trata de estar a la moda y atractiva. Andaba como bola sin manija. No podía detenerme”.

El hombre normal acepta su edad porque está viviendo ahora y ha sentido y experimentado

su juventud. No trata de capturar cada día de su vida algo perdido hace décadas. Ni se preocupa excesivamente del futuro ni recuerda perpetuamente el pasado porque no vive en un tiempo inexistente.

Utilizando la frase de Mc Luhan, para el neurótico: “La personalidad es el mensaje”. La personalidad es urdida en función del mensaje que debe expresar. Así, la persona lacónica puede estar diciendo: “Papito, háblame, llévame afuera”; el tipo embrollón, desorganizado dice: “Mamita, estoy perdido. Dirígeme”; el de cara patibularia: “Mamá, pregúntame qué me duele”; el depresivo: “No me pegues cuando estoy en el suelo”.

Como el normal no trata de decir nada indirectamente, no se ha urdido una personalidad. La gente que no tiene viejas necesidades, es como es. No sé cómo explicarlo mejor sino diciendo que por no tener una fachada psicológica, el hombre normal vive y deja vivir. Como he señalado, el cuerpo es parte de esa personalidad total, de modo que los neuróticos a menudo lo parecen: veremos labios finos, apretados, cerrándose para no decir palabras inaceptables, ojos entrecerrados, “incapaces de ver lo que está pasando”, como dijo un paciente. O veremos una boca que cae por una pena no expresada ni resuelta y una mandíbula protuberante en perpetua cólera. Al no haber un mensaje que expresar, cabe esperar un cuerpo bien proporcionado en el hombre normal. Los cambios físicos que he visto en los pacientes que han terminado la terapia primaria me hacen concluir que parte de lo que creemos heredado puede ser realmente resultado de la neurosis.

El hombre normal es capaz de disfrutar. Es sorprendente ver qué pocos neuróticos son capaces de ello sin ayuda artificial, como el alcohol. Como dijo un paciente:” La alegría torpedea la esperanza. Yo me las arreglaba para convertirlo todo en algo no placentero. SI todo el día había marchado bien, me ponía de pronto irritable y armaba una pelea. No podía digerir una dieta constante de bonanza. Me hacía sentir incómodo, como un hacha a punto de caer. Ahora mira hacia atrás, y pienso que aceptar toda esa bonanza significaba renunciar a la lucha por hacer de mis padres buenas gentes. Si yo aceptaba sinceramente la bondad y gozaba realmente de la vida, tenía que renunciar a la esperanza de que se reconociera mi desdicha”. El neurótico no persigue el placer ahora, quiere que funcione para entonces. Lo mismo puede decirse del afecto. El hombre normal goza del afecto sin reservas. Pero para el neurótico eso pude querer decir: “No los necesito más papá y mamá. He encontrado a alguien que me quiere”. Es terriblemente difícil para el neurótico sentir que nunca será aquel niño o aquella niña que va a conseguir de los padres lo que no había tenido.

Un ejemplo de la diferencia entre la reacción normal y la neurótica lo dio un paciente que, después de Navidad, dijo que había recibido “millones de regalos”. Necesitaba aumentar su número para llenar el gran vacío de toda una vida.

Es común leer que los niños necesitan obligaciones y tareas para aprender a ser responsables. Se los insta a que ganen dinero, aunque no lo necesiten. Por ejemplo, cuando un vecino llama a un niño para ir a jugar, la primera pregunta que asoma a los labios de los padres será: “¿Has hecho todos los deberes?” En cierto modo los padres temen que al dejar que los niños hagan lo que quieren nunca hagan lo que deben. Entonces oponen obstáculos a cada deseo del niño hasta que éste se atemoriza de los más sencillos y puede llegar incluso a evitarlos. Más adelante es posible que esa persona no sea capaz de porceder jamás espontáneamente sin hacerse la pregunta irritante: “¿Qué debo hacer primero?” Una paciente me dijo: “Si yo me había divertido un día y alguien me invitaba a salir la noche siguiente, mi madre siempre me ponía la proa porque era ‘demasiada excitación’, es decir, placer. Probablemente la aterraba que yo aprovechara mi parte de diversión sin pagar el precio”.

La vida del hombre normal es mucha más fácil en este sentido. No se abstiene de vivir el presente, ni somete a sus hijos a la lucha para que se sientan culpables por haber sido libres y



espontáneos.

Nada está nunca del todo bien para el neurótico porque él nunca estuvo bien para sus padres. Es típico no decir jamás a un niño una palabra de alabanza, una frase que signifique que está bien así como están; casi todos los pacientes dicen que no recuerdan haberla oído. En cambio, el padre neurótico debe expresar su sufrimiento con cada respiro, porque el sufrimiento está ahí, en todo momento.

El resultado de haber sido criticado toda la vida adopta muchas formas. Por ejemplo, se le puede hacer un regalo a un neurótico, que invariablemente encontrará algo que no está bien. Encontrará algo mal en todo porque en él sólo se vio lo malo. Cuando el neurótico lee las noticias sólo repara en las malas, en lo que anda mal, en los otros que son también desdichados o proceden mal. En una sociedad neurótica en que la gente debe proyectar fuera su propia desdicha para hacer tolerable la vida, las noticias se convierten en sinónimo de malas noticias. El hombre normal no festeja la desdicha ajena; la siente y trata de contribuir a remediarla.

Cuando uno trata de llenar el vacío del neurótico, debe recordar que es un pozo sin fondo. El neurótico necesitará regalos muy costosos para llenar años de vacío y desamor. Pero no hay regalo que lo consiga, por costoso que sea; no hay pieles suficientes en el mundo para calentar una vida helada.

Incluso el logro de objetivos largamente buscados no siempre es la respuesta. Un paciente mío, después de graduarse al fin en filosofía, tuvo una depresión terrible, el diploma haría algo por él, pero siguió sintiéndose sin afecto ni importancia. Me dijo que obtener el doctorado en filosofía era como producir el milagro final y no sentirlo. El ser normal no confía en que una cosa exterior pueda hacer algo por él, y entonces deja que las cosas sean como son.

Para el neurótico, el desengaño es el fiel acompañante de la esperanza. La esperanza que oscurece la realidad, garantiza a menudo que la persona ha de ser herida por sus expectativas irreales. El neurótico está obligado a sentirse defraudado por la fiesta de Navidad, por ejemplo, cuando en cierto modo se espera que esa fiesta lo haga sentirse querido y amado.

El hombre normal es sano. No necesita recorrer los consultorios médicos para decir: "Me duele", porque nunca pudo decirlo a sus padres. Como no hay un impulso que lo arrastre a la irrealidad, ni sistema simbólico que mantenga al cuerpo inquieto y fatigado, el individuo normal no sólo es más sano, sino también más energético. Utiliza su energía para cumplir tareas reales, no en luchar para conseguir lo imposible. Y por último, sabe cuándo se siente bien. Un paciente me dijo: "Nunca supe siquiera si me sentía bien. Estaba tan lejos de mis sentimientos. Cuando alguien me preguntaba cómo me sentía y yo no estaba mal, tenía que deducir que como no me sentía mal, sólo me quedaba una cosa: tenía que sentirme bien".

El hombre normal no hace luchar a nadie. Entiende que debe complacerse a los niños sin que tengan que ganárselo. No obliga a sus hijos a luchar por nada. Paradójicamente, esos niños parecen manejarse muy bien en la vida, contrariamente a la opinión de que la lucha temprana en la vida nos prepara en cierto modo para lo que viene más adelante. Muchos neuróticos ni siquiera se dan cuenta de que no tenían por qué haber hecho algo para agradar a sus padres. Han luchado tantos años para agradar que no puede imaginarse que baste existir para agradar. El proceso condicionante de tener que actuar para conseguir la aprobación empieza casi en el nacimiento, cuando se trata de hacer sonreír al niño (parecer feliz). Más tarde se le pide que haga el gesto de adiós, o que baile para los abuelos o que diga esta palabra, sin tener en cuenta cómo se siente el niño en ese momento. Durante la infancia casi todos los contactos se establecen para que el niño se comporte de acuerdo con la voluntad de alguien. Esta necesidad de parte de los padres y abuelos de obtener para sí una constante respuesta, parece un sutil resultado de lo pequeña que

era la respuesta que había conseguido ellos obtener de sus padres.

Cuando se contraponen al hombre normal con el neurótico, maravilla que los neuróticos duren tanto.

Si hubiera algún principio clave sobre el comportamiento real, podría ser el siguiente: La realidad se rodea de otra realidad de la misma manera que la irrealidad busca la irrealidad. La gente real o normal no tendrá relaciones continuas con la gente irreal, y la inversa también es verdadera. Lo ficticio es intolerable para el hombre normal. No va a halagar, adular al neurótico, ni a ceder, a ablandarse ante él para seguir a su lado. Tampoco puede ser seducido, gobernado o dominado por el neurótico, de modo que a menos que se trata de alguien muy seguro, la relación será difícil. El hombre normal no caerá en la trampa de la lucha de otro. Un paciente contó que antes había tenido que terminar las frases de su mujer. Ella empezaba a hablar y entonces lo miraba suplicante, y él saltaba enseguida para ayudarla. La reacción era automática o inconsciente.

Es improbable que el neurótico continúe una relación que no sirve a sus necesidades neuróticas. Tiene exigencias especiales. Tiende a buscar a esas personas que comparten su tipo de ideas y actitudes irreales. Cabe esperar, pues, una homogeneidad de pensamiento con su grupo de amigos en lo que se refiere a economía, política, gentes o fenómenos sociales generales. Lo que sugiero es que ser irreal constituye toda una amplia estructura. El neurótico debe evitar la realidad mientras no esté dispuesto a enfrentar la suya. Hasta ese momento creará a su alrededor una envoltura confortable pero irreal en el trabajo que hace, los diarios que lee, los amigos que tiene.

La fuerza de la irrealidad social del neurótico dependerá hasta cierto punto de la parte de sí mismo que está obligado a negar. Si un hombre no ha sido nunca querido por su padre, quizá tenga fantasías homosexuales. Algunos reconocerán esas fantasías y las aceptarán, otros quizás las nieguen y posiblemente ni siquiera admitan que existen en sus sueños y en sus fantasías diurnas. Los del último grupo se negarán más que los del primero. Pueden llegar a despreciar incluso la vista de los homosexuales y promulgar leyes contra ellos. En su comportamiento social, pues, pedirán la derogación de todos los derechos de los homosexuales, todo porque quieren un papá y no pueden decirlo. Estos mismos hombres están tan asustados de su propia "debilidad" que llegan a despreciarla. No sólo tratan de actuar con energía e independencia, sino que quieren promulgar leyes contra "las sanguijuelas" o cualquier otro sector incapaz de ser duro y arreglárselas solo. La represión de las propias necesidades suele conducir, en una palabra, a la negación de las necesidades de los otros.

Tratar de cambiar las ideas sociales de algunos neuróticos equivale a cambiar todo su sistema psicofísico. El neurótico cree lo que debe creer para que su vida sea tolerable. Hablarle prescindiendo de sus creencias esenciales es como prescindir de sus elementos constitutivos.

El hombre normal no se interesa en la explotación de los demás. No necesita de las gentes nada que sea irreal. El neurótico, indefenso frente a su sufrimiento, necesita a menudo explotar a los demás para sentir una importancia que no conoce. Debe hacerlo para cubrirse. En general necesita que otros le digan qué es lo que le conviene a él, a su hijo, a su casa, a su ropa.

El que no es normal no puede dar nada de sí mismo cuando su yo está encerrado en su interior. El neurótico puede fingir preocupación e interés por los demás y convencerse a sí mismo de ello, pero su yo no se interesará en ningún sentido real mientras no pueda sentir y expresarse plenamente. Mientras el yo real esté tapado por el miedo y la tensión, mientras ese yo necesite desesperadamente, no puede dar.

Es improbable que el hombre normal colecciona numerosos amigos para no sentirse solo en el mundo. En general sus amigos no son ni trofeos ni posesiones. Los pacientes post primarios

dice que puede andar con otras personas reales, sin tener en cuenta sus idiosincrasias. Sostienen que las personas reales son abiertas y honestas, que no piden y que las idiosincrasias no constituyen una amenaza.

El individuo normal no necesita tener ocupados todos los sábados por la noche con varios meses de anticipación para sentirse querido o popular. Un médico normal no necesita una sala de espera llena de pacientes para sentirse necesario. Esto último funciona de dos maneras. El paciente neurótico puede también sentirse temeroso cuando es el único en la sala de espera y el médico lo recibe enseguida. Como no ha luchado, esperando y retorciéndose, sentirá que su médico no es tan bueno como el que hace esperar una hora a la gente.

El individuo normal que actúa de un modo realista, tiene a ser puntual porque funciona en el tiempo real, no en algún tiempo del pasado. Esto significa que no usará el tiempo simbólicamente para sentir algo que de otra manera no siente. No llegará tarde, por ejemplo, para tratar de sentirse importante o no sentirse rechazado como ocurre con el neurótico.

Por ejemplo, llegar tarde significa mantener viva la esperanza irreal. Es una manera más del neurótico de no ser justo con la vida. O maquinará un asunto que nunca lo llevará a sentir. Se mantiene en constante movimiento, siente una presión exterior que en realidad está adentro. Muchos neuróticos se las arreglan para no tener nunca tiempo de vivir con ocio. Planean muchos proyectos (para llenar el tiempo) con el objeto de que no les quede nunca un momento para sentir o reflexionar. Muy pronto tienen más cosas por hacer que horas al día. El resultado es que llegan tarde a todo.

Como analizábamos en otra parte, hay seudosenntimiento que ya no se dan en el individuo normal. No es celoso ni se siente cargado de culpas. Contento de ser lo que es, no envidia a los otros, no quiere lo que otros quieren ni pide lo que tienen. Supongo que este es otro modo de decir que es capaz de permitir a los demás –su mujer, sus hijos, sus amigos- que sean ellos mismos. No vive a través de sus logros y éxitos. No se preocupa de exhibir los signos de la felicidad y la vida. El hombre normal no se siente alineado, porque el dolor es lo que produce la alienación de una parte del yo a la otra. (Quizás la alienación de uno mismo es lo que permite a los dirigentes hablar con tanta facilidad de matar). Divorciados de su propia humanidad, no son capaces de sentir por la humanidad de los otros. Evidentemente la muerte no es una tragedia real para los que no sienten la vida. En este sentido, estar interiormente “muerto” hace que la muerte real de los demás sea menos verdadera y, por lo tanto, menos horrible).

El hombre normal siente latir la vida de los otros. Tiene tacto, no porque sea profundamente deshonesto, sino porque siente el sufrimiento de los demás. Siente cuánta realidad son capaces de sentir los otros.

Es sensible en el verdadero sentido de la palabra. No sólo tiene agudeza mental para percibir las necesidades y motivos de los demás sino que posee una sensibilidad orgánica total en que su mente y su cuerpo son directamente afectados por los estímulos. Yo hago un distinto entre la sensibilidad intelectual del neurótico y la apertura del individuo normal. Quiero aclarar este punto porque hay muchos neuróticos agudamente perceptivos y que ven con precisión las personalidades de quienes los rodean. Lo que no pueden hacer, creo, es sentir las situaciones en que se encuentran porque están representando sentimientos negados en su momento. Por ejemplo, un hombre brillante puede estar exponiendo algún punto filosófico en una comida, con una aguda percepción de los tipos de personas que lo están escuchando, pero sin darse cuenta de que está dominando la conversación. Está demasiado ocupado en representar su necesidad de que le presten atención e importancia. Por eso es esencial para el terapeuta no sólo aprender a percibir las personalidades de los otros, sino ser normal. Si no lo es, estará representando quizás con sus pacientes su necesidad de que lo necesiten, por ejemplo, y contrarrestando así todos los benefi-

cios que puede darle su perspicacia.

El hombre normal no sufre porque “busca”, a fin de escapar al vacío del presente. Un paciente decía: “Yo solía racionalizar que no quería ser rico porque el rico debe ser desdichado. Los ricos pueden tener todo lo que quieren y no tienen nada que buscar. Ahora veo que si uno goza de todo en cada momento, no necesita buscar nada”.

El hombre normal no confunde esperanza con planes. Puede planear una situación futura, pero no está tan lleno de planes que no le quede lugar para el presente. Parecería que algunos neuróticos mantienen las cosas en el futuro para no tener nunca un placer en el presente. Creo que esto deriva de una experiencia temprana en la vida, cuando vivir como a uno le parece, hacer exactamente lo que uno quiere, significaba el rechazo y el posible abandono por padres que esperaban que las cosas fueran de otra manera. Ha tenido que dejar de hacer lo que quería, confiando en un tiempo futuro en que podría proceder a su gusto. Esto puede ayudar mucho a comprender la idea que tantos de nosotros hemos tenido de niños: “Cuando yo sea grande, voy a ser feliz”. Parecería que algunos neuróticos conservan este esquema en la edad adulta. El hombre normal, que ha dejado de lado la esperanza irreal y la lucha para agradar, puede manejar su vida como le gusta.

El neurótico “quiere”; el hombre normal “necesita”. Para el neurótico querer lo que realmente necesita es sentir el sufrimiento, de modo que debe querer sustitutos, algo alcanzable. El hombre normal tiene simples necesidades porque quiere lo que necesita, no algún sustituto simbólico. El neurótico puede querer una bebida o un cigarrillo, prestigio, poder, cargos elevados, un auto veloz, todo para cubrir los sufrimientos causados por el vacío, el desprecio, la impotencia, lo que sea. En el hombre normal no hay nada que tapar, nada que llenar.

La vida parece conspirar contra el neurótico. Quiere mucho porque tiene muy poco. Pero como debe torcer su personalidad de entrañas maneras para satisfacerse aunque sea mínimamente, se convierte en la clase de persona que aleja a la gente. Sus exigencias hartantes, su dependencia, su narcisismo resultan intolerables a los demás. El hombre normal, que no trata de llenar, en cada contacto social, toda una vida en que ha sido dejado de lado, es a menudo buscado y envidiado.

El neurótico está siempre tomando. Por mucho que se haga por él no se consigue nada, porque debe llenar aquellas satisfacciones una y otra vez hasta que estén debidamente conectadas y resueltas, cosa que habitualmente sólo se consigue con la terapia primaria.

El normal opera con el “es preciso”, en lugar del “sería preciso”. Dentro de la hipótesis primaria, el comportamiento neurótico significa la abdicación de la necesidad personal como deferencia a los deseos y necesidades de los padres. El “es preciso” de los padres se convierte en el “debería” de los hijos. Un niño “malo” es el que no hace lo que debe. El niño pequeño, al tratar de ser bueno para ser querido, trata de ser lo que sus padres piden. Lo hace con la implícita esperanza de que al fin ellos satisfarán las necesidades de él, que lo tomarán en brazos, por ejemplo. Pero las necesidades de los padres no pueden nunca ser satisfechas por el niño, por mucho que lo intente. Así se plantea la situación de que el niño está tratando perpetuamente de satisfacer a sus padres, de agradarles o hacerlos felices. Nunca será bastante; ningún niño puede remediar la desdicha de los padres.

Los deberes del niño son las necesidades de los padres. No cumplirlos significa renunciar al afecto de los padres. Los niños neuróticos se confunden tanto con sus deberes: estar quieto, ser bien educado, colaborar, que pierden de vista sus necesidades personales. Al perderlas, quieren lo que no necesitan.

El escamoteo de las necesidades de los niños suele ser sutil. Los padres neuróticos recuerdan

a los niños: “Deberías estar contento. Deja de quejarte. Mira todo lo que hacemos por ti. Te hemos dado todo”. A menudo los niños se convencen. Miran a su alrededor y ven bienes materiales, creen que tienen lo que quieren y no saben ya siquiera que necesitan desesperadamente algo: afecto.

La tragedia de los deberes es que al cumplirlos, el niño imagina que algún día, cuando haga exactamente o que ellos quieren, sus padres dejarán caer torrentes de afecto sobre él. Pero como los padres mismos necesitan lo que él nunca podrá darles, ese día no llega jamás.

Actuar en base a los deberes es no funcionar con arreglo a los propios sentimientos. Los deberes contienen no sólo esperanza sino también cólera, cólera por tener que hacer lo que uno no siente. Como se ha pasado la vida haciendo lo que no quiere hacer, el neurótico suele pasarlas mal cuando trata de hacer lo que debe. El hombre normal hace lo que debe hacer porque actúa en función de realidades.

El neurótico suele ser indeciso porque está dividido entre necesidades reprimidas y la ejecución de sus deberes. El hombre normal puede decidir por sí mismo porque siente su yo y lo que está bien para él.

El neurótico confía en los demás para que le indiquen sus deberes: “¿Qué debo pedir para comer?” De esta manera conduce su vida de modo que los demás le dicen lo que él debe hacer y nunca se permite funcionar de acuerdo con lo que siente. Esta simple pregunta “¿Qué debo pedir para comer?” suele ser un signo de la inercia del neurótico. Está diciendo: “No tengo deseos, ni sentimientos, ni vida. Vive tú mi vida por mí”.

El hombre normal no anda en busca del sentido de la vida, porque el sentido deriva del sentimiento. La profundidad con que siente su vida (la vida que hay dentro de él) indica su sentido. El neurótico que se ha encerrado para no ver el significado catastrófico real a comienzos de su infancia debe buscar, consciente o inconscientemente. Quizá trate de encontrar un sentido en el trabajo o los viajes, y si sus defensas funcionan, quizá imagine que su vida tiene sentido. Otros neuróticos sienten que falta algo y se embarcan en la búsqueda de sentido. Irán a ver a los gurús, estudiarán filosofía, se saturarán de religiones o cultos, para encontrar un sentido que está siempre mucho más lejos.

El neurótico debe buscar porque el significado real es el dolor y hay que evitarlo. Entonces, el sentido se convierte en la búsqueda; como el neurótico no puede sentir plenamente su propia vida, debe encontrar su sentido a través de los demás o de cosas que está fuera de él. Quizá lo encuentre en sus hijos o en sus nietos, en sus éxitos y logros. O estará en una oficina importante o en los grandes negocios. Cuando desaparecen las cosas de afuera el neurótico sufre. Entonces empezará a sentir: “¿Para qué sirve esto? ¿Qué sentido tiene? ¿Cuál es el significado de todo?”

El hombre normal vive dentro de sí mismo y no siente que le falta algo; no le faltan partes de sí mismo. El neurótico debe sentirse así si alguna vez detiene la lucha porque le falta parte de sí mismo. Un paciente lo expresó de esta manera: “Tengo un trabajo fascinante. Lástima que no me interese”. No tenía sentido para él.

El neurótico, incapaz de sentir el pleno significado de su vida, debe inventar a menudo una supervida o una postvida, lugares donde continuará la verdadera vida. Debe imaginar que en alguna parte está el verdadero sentido y el propósito de todo. Imaginará que los hombres sabios lo averiguarán por él, cuando es el único que puede hacerlo. El hombre normal, al descubrir su propio cuerpo, no necesita conjurar un lugar especial a donde realmente transcurre la vida. El neurótico busca la psicoterapia y es posible que le ayude a encontrar una vida con más sentido. Se convierte en una larga búsqueda. El hombre normal ha hecho un simple descubrimiento: El

sentido no es algo que hay que detectar, sino sólo sentir. Por lo tanto no corre a seminarios de fin de semana acerca de cómo vivir una buena vida, encontrar trabajo, o cualquier otra cosa.

De la búsqueda del neurótico es ejemplo un paciente que se había especializado en filosofía: “Me gustaba la filosofía porque nunca tenía que dar nada por seguro en mi conocimiento. Nunca comprendí cuánto deseaba ese limbo. Como era incapaz de sentir lo bueno de la vida, ese limbo era perfecto para mí. Buscaba en el cielo y en las nubes intelectuales algún supersignificado, todo eso para no tener que enfrentar el hecho de que todos mis años de discusiones en casa no tenían sentido. Eran insensatos. Encontrar un sentido en Descartes o en Spinoza era una cubierta agradable de todo eso”.

El hombre normal no trata de derivar un sentido de ocasiones especiales, como Navidad o Pascua (la estación primaria, como dijo un paciente). El neurótico quizá esté deprimido durante las fiestas porque las reuniones familiares no lo hacían sentirse querido, ni le hacía sentir que tenía una familia real, afectuosa.

El hombre normal no necesita hacer de la vida lo que no es. No necesita una gran investigación filosófica. Sabe simplemente que está vivo y vive, nada más.

Se podría dedicar el resto del libro a la descripción del hombre normal. Normal es, simplemente, lo que hace la gente normal, y no cavar agujeros interminables para trepar afuera.

## EL PACIENTE POSTPRIMARIO

¿Qué tipos de personas se han sometido a la terapia primaria? No hay un tipo especial de paciente primario. Tienen entre 17 y 48 años, con predominio de los de 25. Sus ocupaciones varían desde ex monjes a profesionales de todas clases, incluyendo muchos psicólogos y artistas. Si bien el nivel educativo de la clase media es un factor positivo en la terapia convencional de la introversión, los no intelectuales se adaptan igualmente bien a la terapia primaria. Los pacientes proceden de todos los credos religiosos y de todas partes del país, así como de diversas subculturas.

En su gran mayoría mis pacientes se habían sometido antes a terapias diferentes, desde varios años de psicoanálisis hasta la terapia racional, la terapia del a Gestalt, la terapia existencial y el tratamiento reichiano (Wilhelm Reich). Con la salvedad de los métodos reichianos, las otras escuelas han usado una variedad de técnicas centradas en el uso de lo introversión (que se analizará más adelante). Aunque muchos de los pacientes son solteros, los hay casados o divorciados. La situación marital del paciente suele ser importante. Si tiene cierta edad y una familia, será más difícil de tratar, porque habrá hundido sus raíces irreales en una relación con una mujer neurótica o habrá elegido un trabajo irreal y amigos irreales. En una palabra tiene que renunciar a mucho para llegar a ser real; no son numerosas las personas dispuestas a hacerlo cuando han llegado a los cuarenta o cincuenta años. Cuando una persona de cierta edad, atrincherada en un matrimonio neurótico durante diez o veinte años se vuelve real, la esposa no sometida a la terapia puede empezar un proceso de socavamiento que hace el tratamiento desagradable y difícil para el paciente. Quizá el paciente primario ideal es el hombre no casado y bastante joven, sin un interés puesto en la irrealidad. Pero hay numerosos pacientes de mediana edad, abiertos al cambio, con lo que esta terapia ha tenido un gran éxito.

Es sugestivo que pocos pacientes primarios tengan una idea de lo que les va a ocurrir. Por lo tanto, sus resultados están menos teñidos de preconcepciones. A pesar de su forma revolucionaria, los pacientes casi nunca son perturbados por el enfoque primario. Parecen verle de inmediato un sentido, con independencia de sus antecedentes.

### **Observemos al paciente que acaba de terminar la terapia. ¿Cómo es?**

Funciona de una nueva manera. Eso quiere decir con frecuencia que hace otro trabajo. Muchos pacientes post-primarios ya no pueden hacer físicamente nada irreal; no puede recuperar el nivel de ventas o dedicarse al papeleo insensato que exigen algunos empleos. Dos asistentes encargados de supervisar a los excarcelados no pudieron continuar sus tareas porque entendían que no se trataba de controlarlos sino de ofrecerles el apoyo que necesitaban para no volver a la cárcel. Dos psicólogos, mientras esperaban el momento de aprender la terapia primaria, aceptaron tareas subalternas en vez de proseguir su labor en el campo de la psicología, que les parecía irreal. Uno que había sido consejero matrimonial no pudo volver a ocuparse de comportamientos superficiales solamente. Un productor de televisión renunció a su trabajo mercenario para escribir una obra personal más significativa. Un obrero decidió entrar en la universidad porque decía: "Una matrícula de estudiante hace ganar más dinero que un de obrero". No se hacía ilusiones sobre lo que aprendería en la facultad. Una maestra tuvo que dejar su puesto y trasladarse a otra escuela porque le resultaba imposible trabajar con una directora neurótica.

Uno de los índices habituales de normalidad en las otras escuelas de psicoterapia es el funcionamiento: se considera que la persona normal es un miembro eficiente y productivo de la sociedad. La hipótesis primaria sostiene otra cosa. Los pacientes post-primarios ya no están dispuestos a moverse sin descanso. El neurótico gobierna su yo de modo de poder sentirse finalmente digno, aceptado o amado. Los psicólogos primarios, por ejemplo, deben someterse a la terapia como parte de su adiestramiento. Aunque están dispuestos a trabajar treinta o cuarenta horas

terapéuticas antes del tratamiento, no quieren cargar después con esa tarea. Sabe que muy a menudo el neurótico deriva su "identidad" de sus funciones en lugar de hacerlo de sus sentimientos; así, una persona puede ser presidente de un directorio o de una compañía, en apariencia un buen funcionario y organizador, y sin embargo estar muy enfermo. Una paciente que había terminado la terapia primaria dijo esto: "Me mantenía a mí misma y todo lo que me rodeaba bien organizado para no sentir mi verdadera desorganización. Tenía que seguir funcionando, planeando y andando, o hubiera quedado a un lado". Las funciones de esta persona se habían convertido en su vida.

Muchos de los pacientes post-primarios juzgan que gran parte de lo que creían obligaciones no es tan urgente. Así, el domingo se convierte en el momento de jugar con los chicos en lugar de limpiar el garaje. Un paciente lo dijo: "Ahora que sé que soy todo lo que tengo en el mundo, no hay razón para esforzarme más por los 'demás'. Mi proyecto es ser agradable conmigo mismo y descansar".

Al no ser impulsado por la necesidad de encontrar aprobación y afecto, el paciente post primario disminuye la lucha. Pero ahora puede hacer más en lo que atañe a satisfacer su yo y por lo tanto es capaz de verdadero amor para su mujer y sus hijos.

Los pacientes post primarios hacen menos, pero lo que hacen es algo real de modo que su contribución a la sociedad es beneficiosa. Los maestros, por ejemplo, exigen mucho menos de sus alumnos y les enseñan mucho más. Les permiten expresarse y tratan de enseñarles cosa que se relacionan con sus vidas (en la medida en que ello es posible dentro del actual sistema de educación).

Estos paciente no venden cosas a gentes que no las necesitan, Un ayudante de un estudio de arquitectura siguió en su trabajo porque lo que hacía, construir algo, era real para él. Dejó de trabajar horas extras cuando podía porque deseaba estar con su familia. Ya no se sentía impulsado a comprar cada vez más chucherías, y dejó de jugar, de modo que fue capaz de dedicar su dinero a usos útiles. Lo que ahorraba en cerveza, me dijo, era suficiente para tomarse vacaciones todos los años.

Este punto de la motivación es importante, pues son muchos los que se mueven por motivaciones neuróticas. Un paciente dijo que si se pudiera utilizar la energía que hay en el neurótico, se podrían impulsar trenes con ella.

Recuerdo que un paciente, después de una de sus últimas reacciones primarias, no pudo levantar la cabeza del suelo durante más de una hora. Era un limpiador de piscinas, había trabajado toda su vida (saludaba a sus amigos con una frase neurótica: "¿Siempre trabajando?"). Una vez destruidas todas esas viejas motivaciones neuróticas, no podía mover un músculo. Se tomó unas largas vacaciones después de la terapia, y cuando volvió a su trabajo, descubrió que ya no podía limpiar dieciséis piscinas por día. Le parecía milagroso haber sido capaz de hacerlo. La neurosis lo había acostumbrado a estar muy cansado. Tomó un ayudante, ganaba menos dinero pero gozaba mucho más de la vida.

Son muchos los neuróticos que producen para sentirse importantes, no por hacer lo que realmente les interesa. Un psicólogo, después del tratamiento, dejó de distribuir artículos a las sociedades especializadas. Decía que empleaba toda esa energía no para comunicarse con sus colegas sino para ascender en la escala de prestigio.

Quizá los cambios más dramáticos que se producen en los pacientes post primarios sean físicos. Ello se debe a que es una terapia psicofísica, no simplemente un enfoque interior. Por ejemplo, un tercio de las mujeres más bien chatas dijeron que les habían crecido los pechos; al ir



a comprar corpiños descubrían con sorpresa que necesitaban un tamaño más grande. Una mujer que venía de una ciudad distante para someterse a la terapia, volvió a su casa después de varias semanas. Su marido, asombrado, estaba seguro de que se había aplicado inyecciones de hormonas. He hecho medir a esas mujeres por sus médicos para que verificaran el crecimiento a que aludían; en todos los casos fue corroborada su verdad.

Se han señalado otros cambios en los adultos. Dos pacientes de poco más de veinte años observaron por primera vez en su vida que les crecía la barba. Otros dijeron que por primera vez les olía la transpiración. Varios pacientes observaron que les habían crecido pies y manos. Estos resultados no se deben a la sugestión; no se le indica al paciente lo que puede esperar del tratamiento. Por ejemplo, una mujer no tenía idea de que le habían crecido las manos hasta que se compró un nuevo par de guantes. Necesitaba un número más.

Las explicaciones de todo esto serán necesariamente teóricas mientras no se lleven a cabo investigaciones fisiológicas. Un colega bioquímico señaló que mucho puede explicarse en función de los cambios de la producción de hormonas. Esto a su vez puede afectar en definitiva un mecanismo de código genético en las células. Su hipótesis es que la represión del organismo y la alteración de la producción de hormonas a comienzos de la vida hacen que no se produzca cierta secuencia genética; por ejemplo, el crecimiento de la barba quedaría postergado más allá del momento en que debería por lo común ocurrir.

Cuando le pregunté a un paciente que había terminado la terapia, los cambios que observaba, me contestó: “Me importa un bledo que los Minnesota Twins ganen el campeonato de esta temporada”. Este no era un comentario superficial. Antes de la terapia primaria era un fanático del béisbol. Sabía los nombres de casi todos los jugadores de la liga, los puntajes medios, dónde había sido contratado cada uno, etc. Para él ese interés era una representación simbólica. Nunca había formado parte de nada y conociendo los nombres y puntajes de todos podía constituirse en parte de algo.

Otro paciente tenía la pasión del fútbol. Después de las reacciones primarias llegó a tener una aguda conciencia de la situación de lucha fantástica en el campo de juego, y se interesó mucho menos una vez que desapareció la lucha en su interior.

Un paciente al que le gustaba la ópera se convirtió en un fanático del rock-and-roll después del tratamiento primario: “Intervienen más las tripas, el cuerpo”, dijo. “Ahora que estoy vivo, no puedo aguantar más esas agonías operísticas. Para mí el rock es una celebración de la vida”.

No hay un único comportamiento que pueda considerarse normal, como se ve en las observaciones hechas por varias mujeres que terminaron la terapia. Una de ellas dijo: “Ahora puedo ir a las casas de otras gente sin temor. Gozo de la sociabilidad por primera vez en años”. Otra, en cambio: “Ahora puedo quedarme en casa a leer. Yo solía andar siempre en movimiento, no podía quedarme quieta un minuto. Ahora me gusta estar sola”.

El paciente primario saca nuevo placer de los actos más insignificantes. Disfruta de lo que hace en el momento.

¿Qué ocurre con la facultad creadora de los pacientes primarios? ¿Se desvanece junto con la neurosis? No. Ninguno pierde su capacidad para pintar o componer música. Lo que cambia es el contenido del arte producido. Debemos recordar que la imaginación neurótica se propone la simbolización de lo que es inconsciente. El neurótico debe revelarse de maneras abstractas, no directas. El contenido de su arte es la forma peculiar en que sus sentimientos y pensamientos se unen artísticamente después de esquivar el dolor. Es evidente que al no estar bloqueado el dolor, el contenido cambiará. El acto creador del neurótico es la forma en que evita conocer sus senti-

mientos o más bien sentirlos. La perspectiva artística del paciente post primario cambia; ve y oye las cosas de otra manera. La neurosis no es un requisito del arte.

¿Qué pasa con las relaciones? Una mujer que había terminado la terapia salió a comer con su marido que no había estado en tratamiento. Cuando llegó el momento de pedir la comida, rechazó el vino que él había elegido y pidió la marca que a ella le gustaba. Él se puso furioso y se levantó de la mesa. Hubo toda una escena en la que él la acusó de “castrarlo”. Le dijo: “No me dejas ser más el hombre. Estás tratando de quitarme virilidad”. Pero todo lo que ella había hecho era pasar a ser servil con su marido, como él necesitaba, a sentirse “virilmente”, como una persona con derechos propios.

Es instructivo señalar que las parejas casadas en las que ambos se han sometido a la terapia primaria, nunca se ha separado. No tienen necesidad neurótica de algún otro porque ha sentido sus propias necesidades. Simplemente no ven razones para no seguir juntos. No se hacen recíprocos pedidos irreales porque no son irreales. Cada uno se convierte en un ser humano viable, contento de vivir y de dejar vivir.

El paciente post primarios no necesita alcohol para estar con la gente o para reírse (como tantos neuróticos). Es una persona consciente y no necesita nada para matar esa conciencia: está bien como está.

Siente un gran alivio al verse libre de compulsiones. Le alegra enormemente no tener alergias, jaquecas, dolores de espalda y otros síntomas. Gobierna de veras su vida.

Ya me he referido a la situación de trabajo. Es cierto que muchos pacientes post primarios cambian de empleo. Como dijo uno de ellos: “Yo solía vivir para mi trabajo; ahora vivo para mí”. Por lo general la tendencia es a buscar algo que no podría gustarles hacer, sin preocuparse de su valor como carrera. Uno descubrió que le resultaba más atrayente ser zapatero remendón que abrirse camino en una compañía de seguros. Le gustaba trabajar con las manos, pero como tenía aspiraciones de empleado de oficina (por proceder de un correcto hogar de clase media), no podía dedicarse al tratamiento manual. Mientras buscaba trabajo, me dijo que sentía alivio al verse sin empleo por primera vez en su vida.

Esta ausencia de apremio en cuanto al trabajo y la carrera se debe también a otro factor. Durante años, décadas quizá, el cuerpo y la mente del neurótico han sido hostigados. Necesita tiempo para reorganizarse. Necesita un período para recuperarse, no sólo de su neurosis sin de la terapia, que no es una experiencia fácil. De pronto, dejar de ser neurótico después de años de andar por ese terreno en un estado irreal, es toda una experiencia nueva. Necesita tiempo para saborearla.

## **Relaciones con los padres**

Uno de los cambios más previsibles del paciente post primario es su relación con los padres. Cuando el hijo o la hija, independientemente de la edad, dejan de luchar por el afecto de los padres, éstos empiezan a luchar por el afecto de los hijos. Cuanto más normal es la actitud del retoño, más desesperados se ponen los padres. Debemos recordar que el hijo neurótico es la defensa del progenitor. El hijo era el que solía apaciguar el dolor de los padres. Era el infeliz por el que podían sentirse preocupados, a quien podía disminuir para sentirse superiores. Era la hija abnegada que se ocupaba de su madre. Sin un hijo a quien telefonar, escribir, visitar, los padres empiezan a sentir su propio sufrimiento, el vacío de sus vidas insatisfechas. Entonces empieza la lucha por hacer que el niño vuelva a lo que era. Porque el progenitor neurótico es realmente el niño que necesita consejo y consuelo y todas las otras cosas que nunca obtuvo de sus propios padres.

¿Por qué los hijos se convierten en los síntomas de los padres neuróticos? ¿Por qué no los sacan de otros? Porque como los hijos son los más indefensos, los padres tienen que defenderse menos de ellos. Esto significa que el progenitor puede descargar mejor sus viejos sentimientos reprimidos en un niño que no tiene poder y que de ninguna manera será una amenaza para él. Creo que la forma de descubrir qué es de veras una persona consiste en observar su relación con sus hijos. Si el progenitor ha llegado a considerarse indigno e incapaz en casi todo lo que hizo de niño, cada día de su vida como padre tratará quizá de sentir que tiene razón (haciendo que sus hijos estén equivocados) e importancia (volviendo insignificantes a sus hijos). Quizá tome un camino diferente aunque igualmente destructor. Incitará a su hijo a que se vuelve importante para sentirse él también digno. Trátese de una crítica dura o de una sugestión suave pero firme, el resultado es utilizar a un niño indefenso como instrumento para paliar viejas heridas de los padres. El final de este proceso es que el niño ya no reconoce sus propias necesidades (se escinde de ellas) en su urgente deseo de satisfacer las de sus progenitores.

A los padres de los pacientes post primarios les ocurren cosas dramáticas. Casi todos se deprimen, se enojan o se enferman. La madre de una mujer de unos veinte años se enfermó gravemente y tuvo que ser hospitalizada por una afección imposible de diagnosticar, hasta que su hija voló a su lado. Entonces la enfermedad desapareció. La madre de un hombre que había sido afeminado se puso furiosa al ver la agresividad de él y le preguntó a gritos: “¿Qué se hecho de mi nene tan dulce?” Otra madre tuvo una depresión profunda porque su hija dejó de visitarla todas las semanas y decidió hacer sus estudios en otro lugar. La madre había vivido toda su vida a través de la hija y la idea de quedarse sola en el mundo la abrumaba.

Al paciente primario le resulta sumamente difícil tolerar toda la irrealidad de los padres, y tiende a apartarse de ellos para esquivar el conflicto inevitable. Los padres neuróticos no se preocupan de sus hijos tal como son porque los moldean para que sean lo que necesitan a fin de mitigar su propio dolor. Un paciente dijo: “Yo era un huérfano con padres. Ellos eran los padres de un yo inventado, ficticio, pero nadie se ocupaba de mí yo real”.

La dificultad empieza durante el tratamiento cuando el paciente descubre por primera vez lo que necesita, que desafortunadamente suele no ser lo que los padres necesitan. Es un período trágico y difícil para el uno y los otros. El paciente no se vuelve deliberadamente cruel. No se enfrenta con los padres para enrostrarles sus faltas. Ahora el paciente puede dejarlos ser lo que son. Gobernará su propia vida, que es todo lo que cualquiera de nosotros puede hacer. Recuerdo a una mujer que se pasó la vida siendo el intermediario entre su madre y su padre, que peleaban constantemente. Cuando dejó de cargar con el peso de ser la pacificadora, descubrió que por primera vez se llevaban bien.

El paciente post primario puede relacionarse con sus padres sin que haya lucha. Una vez que es capaz de aceptarse a sí mismo, puede aceptar a sus progenitores. Comprende que tener que actuar neuróticamente es una condena de por vida y que nadie la elige voluntariamente. Comprende con profundidad el sufrimiento de sus padres porque él ha pasado por las mismas. Sabe también que son víctimas.

Ser padre es una tarea difícil porque entraña modelar a alguien para que sea él mismo, no lo que uno necesita para sí. Las necesidades insatisfechas decidirán si puede ser creador como padre. No importa que sea psicólogo o psiquiatra; si sus necesidades siguen allí enterradas, el niño sufrirá. Lo que el niño sufre depende de lo que el padre tenga que borrar para conciliarse con sus propios progenitores. Lo que el progenitor verá en su hijo es su propia necesidad y la esperanza de satisfacerla. El niño no será visto como es: alguien que empieza con el nombre mismo que se la ha puesto. Un niño llamado Percival representa ciertas esperanzas de los padres ya al nacer.

Los progenitores pueden ser honestos, esforzarse por sus hijos, pero sus necesidades pasadas

lo hacen constantemente “pesado”. Una paciente tuvo una reacción primaria acerca de un padre de ese tipo: “¡No hables más! ¡Deja en paz mis sentidos para que puede tener ideas propias!” Este progenitor hablaba tanto con la niña que ésta no podía tener sus propios pensamientos privados. En realidad, cuando se producía un momento de silencio y la niña parecía estar pensando, el progenitor quería casi siempre sabes cuáles eran sus pensamientos.

Como el padre neurótico ve su propia necesidad en su hijo, el niño que sufre más es aquel cuyos padres más necesidades tienen.

El paciente post primario volverá a sufrir, sobre todo a causa de la violencia y la enfermedad que encuentra a su alrededor, pero no será neurótico otra vez. Le afectará lo que le ocurra, pero no será escindido por esas experiencias. En una palabra, reaccionará sintiendo y no con tensión. Es un ser humano vulnerable, directamente abrumarlo porque se tiene a sí mismo todo el tiempo. Creo que se hará un nuevo mundo donde vivir, un mundo real destinado a resolver los problemas reales de sus habitantes.

# **RELACIONES DE LA TEORÍA PRIMARIA CON OTROS MÉTODOS TERAPÉUTICOS**

**L**a teoría primaria es una estructura conceptual formulada para explicar un fenómeno que ocurrió en mi consultorio. Creo que es una teoría en sí y no una simple extensión o modificación de otra ya existente. Pero en otros sistemas psicológicos se encuentran aspectos de la teoría primaria. El objeto de este capítulo es compararla con algunas de esas técnicas. No tengo intención de exponerlas sino de analizar ciertos aspectos de las teorías o técnicas específicas que gozan de amplio uso y aceptación. Se prestará especial atención a los conceptos de introvisión (insight) y transferencia, porque aparecen en diversas terapias.

## **Las escuelas freudiana y psicoanalítica**

En algunos aspectos la terapia primaria ha dado la vuelta completa para volver a Freud. Freud fue quien insistió en la importancia de la experiencia de la primera infancia con respecto a las neurosis y quien entendió la relación entre los sentimientos y las aberraciones mentales. Atendió sistemáticamente a la introspección e hizo hincapié en los procesos internos que afectan el comportamiento externo corriente. Su explicación de los sistemas defensivos es una contribución esencial al campo de la psicología. Desafortunadamente, los aportes de los neofreudianos han desplazado la importancia dada a la temprana infancia, atribuyéndola a diversas funciones del ego. Lo que los neofreudianos consideran un progreso será, pues, retrógrado para la teoría primaria.

En su exposición Freud insistió siempre en que el análisis se ocupa de los derivados del inconsciente, que abarcan la asociación libre y la interpretación de los sueños. El enfoque primario, por ser directo, nos permite abreviar considerablemente el período terapéutico. Cuando los analistas meten al paciente en el análisis de los sueños o de sus asociaciones mentales mientras están tendidos en el diván, hace aquello mismo que impedirá al paciente enfrentarse con sus sentimientos. Por ejemplo, un sueño puede indicar que un paciente siente hostilidad inconsciente hacia su madre o teme a su padre. El terapeuta así lo señala, lo que el terapeuta no hace, en mi opinión, es permitir que el paciente, abrumado por la cólera, la grite son control alguno. Para el freudismo, ésta sería considerada una conducta desintegradora. Yo creo lo contrario, que es integradora, que integra los acontecimientos inconscientes de la persona en su sistema consciente.

El análisis del material derivativo es un análisis de ese domino irreal y está obligado a meterse en una maraña interminable de síntomas tales como los sueños, alucinaciones, falsos valores, ilusiones, etc. Gráficamente, se representaría así:

### **Bloqueo del sufrimiento**

	Ilusiones
Necesidad - Sentimiento	Valores y teorías falsos
	Sueños
	Alucinaciones

Pensémoslo en los términos más sencillos. Sentimos una punzada de hambre y el símbolo que emerge a la conciencia es la idea de alimento, que algo satisfará esa necesidad. Automáticamente

la mente presenta símbolos correctos al cuerpo para que las necesidades se satisfagan directamente y se asegura la supervivencia. Pero supongamos que haya quedado prohibido pensar en comida. La persona, entonces, por miedo o por sufrimiento, debe sustituir ésta por otra idea, una idea simbólica. Debe sustituir la conciencia por algo irreal porque su necesidad real sigue estando ahí pero bloqueada.

Lo mismo ocurre con la necesidad de amor. El niño tiene necesidad de que lo tomen en brazos, de que le hablen, pero pronto aprende que no será querido. La necesidad está allí y debe satisfacerla de alguna manera. Entonces el niño sustituye. Pero todo sustituto, como no es real, debe ser simbólico. La necesidad bloqueada debe ser simbolizada por sueños, ilusiones, engaños, tendencia al poder, etc. Todos esos símbolos, derivan otras vías de satisfacción, la persona tratará de matar ese sentimiento con alcohol o drogas. Pero las drogas y el alcohol siguen siendo actos simbólicos resultantes de la necesidad. Ocuparse de la bebida o la droga con prescindencia de esa necesidad, es exactamente lo mismo que ocuparse de los sueños con prescindencia de la necesidad del cuerpo.

Quiero decir que ocuparse de cualquier derivativo simbólico es inútil y esto es lo que ha convertido al psicoanálisis en algo tan torturador, interminable. Es hora de atravesar los símbolos, de llegar a la necesidad, de abreviar la terapia posiblemente en años y de curar a la gente.

Una de las diferencias principales entre la teoría freudiana y la primera gira en torno al concepto de sistema de defensa. Para el criterio analítico, un sistema de defensa es necesario y saludable. Por lo tanto, es improbable encontrar a un terapeuta freudiano que fuerce la penetración y el estallido de esa estructura defensiva para liberar totalmente los sentimientos inconscientes. En cambio, los sentimientos que surjan serán incorporados, explicados y finalmente entendidos dentro de una estructura teórica freudiana. Así, el significado del sentimiento será extraído de algo completamente personal y convertido en un concepto abstracto. Por eso no hay interpretación en la teoría primaria. El sentimiento ascendente contiene su propio significado.

Para la teoría primaria no existe un sistema de defensa saludable. Los sistemas de defensa son la enfermedad. Esto no quiere decir que el psicoanálisis no busque los sentimientos. Pero por lo general no se trata de los sentimientos primarios capaces de convulsionar al paciente. En el psicoanálisis, si un paciente exhibiera este tipo de “histeria” se consideraría que se ha producido una quiebra de las defensas y se adoptarían de inmediato medidas para reparar el sistema más que para introducir al individuo más profundamente en su “histeria”. Los freudianos creen que hay ciertos instintos destructores o agresivos en nosotros que requieren control y equilibrio para que la persona siga funcionando de una manera social. Para un terapeuta freudiano que trabaja dentro de esta estructura, sería impensable soltar esas fuerzas “destructoras”. Pero el terapeuta primario evoca esos sentimientos justamente para conmover el sistema de defensa controlado. En este sentido, la teoría freudiana y la primaria son antitéticas. Los freudianos ayudan al paciente a mantener cierto control para preservar el yo defensivo (irreal), en tanto que el terapeuta primario quiere destruir ese yo irreal para soltar el yo real, indefenso.

Michaels resume la posición psicoanalítica: “La medicina va abandonando poco a poco el mito de la persona normal... todos somos relativamente neuróticos. Los principios básicos del psicoanálisis afirman que el conflicto es la esencia de la vida y que el renunciamiento a los instintos es el precio de ser un hombre civilizado”.

Michaels sigue parafraseando a Alexander Pope: “Ser neurótico es ser humano”. Levine también lo cree: “La normalidad.... No existe”, dice. La teoría primaria sostiene que la normalidad está dentro del orden de las cosas y que la anormalidad es una perversión y distorsión de ese estado natural, sin tensión libre de ansiedad. Este es el núcleo de la diferencia. El psicoanálisis exige un sistema de defensa porque afirma la existencia de una ansiedad básica contra la que hay que

defenderse. Como para la teoría primaria no hay una ansiedad básica (o emociones destructoras a las que hay que renunciar), no se necesitan defensas.

## **Las escuelas behavioristas o condicionantes**

Las técnicas condicionantes son cada vez más populares entre los terapeutas, sobre todo en los hospitales mentales y en las universidades. No me referiré a las innumerables publicaciones sobre el tema, pero analizaré algunos supuestos en que se basa la técnica condicionante. El principal consiste en que los problemas emocionales son el resultado de condiciones de aprendizaje adversas. Así, por razones de recompensa o castigo, el neurótico ha aprendido ciertas respuestas o hábitos desajustados o inadecuados. Esos hábitos persisten y tienden a consolidarse con el tiempo. Andrew Salter, en su libro *Condition Reflex Therapy* dice:

El desajuste opera un mal condicionamiento y la psicoterapia lo repara. Los problemas del individuo son el resultado de sus experiencias sociales, y al cambiar sus técnicas en las relaciones sociales cambiamos su personalidad. No nos interesa dar al individuo un conocimiento estratificado de su pasado (“escudriñamiento”). Lo que nos interesa es darle un conocimiento reflejo de su futuro (“hábitos”).

El análisis de Salter da la visión general de varias escuelas condicionantes, aunque difieran en muchos puntos. En esencia, parece ser que un aprende a ser feliz adquiriendo hábitos emocionales, así como ha aprendido a ser infeliz. El interés se centra en la forma en que actúa la gente, en líneas generales. El hecho de funcionar de una manera adaptada, eficaz y productiva sería un índice de salud emocional.

Hay muchos ejemplos de terapia condicionante. Así, en un hospital mental se utilizó el siguiente sistema con alcoholistas: Se instala un bar, y cada vez que el paciente toma un trago de alcohol recibe una descarga eléctrica inocua pero dolorosa. La corriente aumenta hasta que el paciente escupe la bebida en una palangana que tiene delante, momento en que cesa la corriente. Esto recibe el nombre de condicionamiento operante. La idea es acompañar cierto comportamiento “malo”, que de ser condicionado desde afuera, por un estímulo desagradable, suprimiendo el hábito indeseable al volverlo desagradable.

Otra variante al condicionamiento negativo consiste en mostrar a un grupo de hombres homosexuales una serie de tarjetas. Algunos son desnudos masculinos. Cada vez que el sujeto pasa las tarjetas recibe una descarga. Se confía en que la vista de los hombres desnudos se volverá lo bastante dolorosa y desagradable como para desalentar la homosexualidad. En Inglaterra se ha ensayado un condicionamiento positivo con hombres homosexuales. Se les pide que se masturben hasta llegar a la eyaculación, en cuyo momento se aprieta un botón y aparece la figura de una mujer desnuda. Con esto se espera asocial el placer sexual con la mujer, descartando así las tendencias homosexuales anteriores.

Estos experimentos se basan en el supuesto de que se aprenden nuevos hábitos por asociaciones, agradables y desagradables. Aunque parece razonable pensar que el individuo adoptará los comportamientos retribuidos y abandonará los que no lo son, este criterio omite el dinamismo que hay debajo del hábito neurótico. En el caso del homosexual, por ejemplo, parece ignorarse la tremenda privación de afecto y la gran necesidad de ser tenido en brazos y acariciado; en cambio, el paciente es más o menos “golpeado” o castigado por su necesidad.

No creo que se puedan curar las enfermedades tratando los síntomas. Para curar la neurosis hay que ocuparse de las necesidades; en los sistemas condicionantes no se trata habitualmente la tensión como tal.

El sistema primario es tan diferente de los métodos condicionantes como de casi cualquier otro. En lugar de ver los temores del individuo como entidades, la terapia primaria cree que es la persona la temerosa.

La terapia primaria se ocupa del proceso interno en tanto que los médicos condicionantes se interesan en el comportamiento exterior. Así, un temor actual no es considerado en sí mismo en la terapia primaria sino como emanación de una historia. Al tratar una fobia, por ejemplo, la teoría primaria dirá que el sentimiento (miedo en este caso) es siempre real, pero el contexto es simbólico. La persona no teme en realidad las alturas, sino algo que no entiende. En líneas generales, la terapia condicionante se ocuparía del síntoma presente, el miedo a las alturas, y trataría de que la persona consiguiera mayor relax en esas situaciones. La terapia primaria trata de establecer la conexión correcta con el miedo. Esta conexión es la que elimina el miedo generalizado y la necesidad de concentrarlo en sustitutos.

Pienso que el trato mecánico de los seres humanos forma parte de la enfermedad actual y es lo que contribuye a producir originalmente neurosis. Mi temor es que la psicología queda absorbida e integrada en la mecanización social general en el que ciertos efectos sintomáticos, tanto sociales (protestas de estudiantes por ejemplo) como personales, son borrados por técnicas punitivas sin que nadie haga la pregunta crítica: ¿Por qué?

Para entender los síntomas debemos explorar las causas. Hay que tener presente que los seres humanos tienen una historia personal.

Quizás parte del problema ha consistido en que las técnicas condicionantes han dado resultado con los animales extrapolándose a los seres humanos. Pero los hombres no son animales.

Creo que la teoría condicionante ha desempeñado una función importante en la historia de la educación y en la psicología, sobre todo en el plano del aprendizaje y la educación. Desde luego hay condiciones especiales que facilitan o inhiben el aprendizaje y una teoría al respecto puede ser útil; cómo se aprende, en qué condiciones, a qué edad, son todos ámbitos valiosos de investigación. Pero no creo que el esquema del aprendizaje pueda servir para explicar la complejidad del proceso neurótico. Las necesidades son tanto físicas como mentales y no veo cómo se las puede descuidar y pretender que se hace realmente algo con una neurosis. Para mí el proceso neurótico es absolutamente psicofísico en tanto que el proceso de aprendizaje es esencialmente mental. Por eso la sola manipulación del sistema mental no puede alterar cualitativamente el sistema psicofísico.

## **La escuela racional**

El sistema racional ha sido creado por Albert Ellis. Suele no clasificarse entre los behavioristas, pero algunas de sus técnicas son similares. Por ejemplo, un terapeuta racional estimulará a un homosexual a probar un comportamiento heterosexual mientras se dice a sí mismo frase como “Me gustan las mujeres; no tengo miedo. Me gusta hacer el amor”. El comportamiento es lo que cuenta y se confía en que acompañando un comportamiento “deseable” con las debidas asociaciones mentales, los hábitos cambien. La escuela racional cree, básicamente, que el neurótico se dice a sí mismo lo que no debe. Es decir, se repite inconscientemente frase que producen un comportamiento inadaptado o irracional. Cuando el paciente adquiere conciencia de esas frases y las cambia por algo más racional, su comportamiento seguirá el ejemplo. Albert Ellis dice en un artículo reciente:

El sistema del Instituto (Racional) se basa en la creencia de que los individuos pueden aprender a vivir racionalmente si tienen conciencia de que sus emociones y comportamientos autodestructores son el resultado de sus ideas ilógicas. Adquieren biosocialmente esas ideas, las interio-



rizan y las repiten luego indefinidamente. El terapeuta ayuda al paciente a desafiar esas creencias autoderrotistas, empleando técnicas de modificación del comportamiento.

A mi juicio, la gente no vive de un modo irracional porque tenga ideas ilógicas. Se comporta irracionalmente porque no le está permitido actuar racionalmente y de acuerdo con sus propios sentimientos en los comienzos de la vida. Considero que los seres humanos son esencialmente racionales. Las filosofías irracionistas, a mi entender, surgen para explicar o “racionalizar” comportamientos neuróticos. Cuando un individuo niega su propia verdad, está obligado a construir una red de falsedades. Actuar de acuerdo con los propios sentimientos es una tarea intrínsecamente racional, y los pacientes post primarios, cuando al fin ven la verdad, son capaces de ser racionales con respecto a muchas cosas de la vida sin ningún análisis elaborado, intelectual. ¿Por qué no lo habían entendido antes? Porque negar los sentimientos significa igualmente negar la percepción y la comprensión. Las negaciones hacen necesarias las creencias sustitutivas (y por lo tanto falsas).

Ellis menciona las emociones “autodestructoras”. Esta noción se encuentra en muchas teorías. No creo en la existencia de emociones que destruyen el yo. Más bien lo destructor es la negación de esos sentimientos del yo. Los sentimientos no pueden destruir el yo, puesto que le pertenecen. Lo que suele considerarse una emoción destructora –la cólera- es el resultado de un sufrimiento que se niega a sí mismo. La falta de sentimiento es lo que destruye al yo, y lo que permite la destrucción de otros yo.

Creo que la diferencia esencial entre la teoría primaria y la racional reside en el papel de las propias ideas en la neurosis. Ellis cree que las personas actúan de acuerdo con una filosofía profunda pero inconsciente que necesita hacerse consciente. La teoría primaria sostiene que la filosofía se adopta en función de la relación que uno tiene con su sufrimiento, es decir, la persona que es recta consigo misma tiende a tener ideas, actitudes y filosofías rectas.

## **La terapia de la realidad**

Lo que me parece esencialmente erróneo en todas las terapias orientadas hacia el presente, a la confrontación con el ahora, es que descuidan la historia del paciente o ni saben siquiera que hay una historia detrás del comportamiento neurótico. La terapia de la realidad tiene actualmente gran aceptación por dos razones. En primer lugar porque es simplista y por lo tanto atrae a los que no quieren molestarse en escudriñar profundidades. En segundo lugar, lo que es más importante, se adecua perfectamente a la moda cultural –el mismo Zietgeist cultural que produce neurosis, a mi juicio-, es decir, a los conceptos de acción y responsabilidad. Es un “reunámonos y hagamos algo”, sin que interese cómo se siente el interesado. Se insiste mucho en el actuar con responsabilidad. Esa responsabilidad parece ser siempre con alguien o con algo, no con uno mismo. La terapia de la realidad, a mi entender, evita la realidad, la realidad del paciente. Quiere que el paciente enfrente un mundo al que a menudo no pertenece ni puede pertenecer, mientras no sienta lo que le hace proceder como procede.

## **La meditación trascendental**

Recientemente ha hecho furor entre estudiantes universitarios, músicos y artistas la meditación trascendental preconizada por yoguis de la India tales como el Maharishi Alesh Yogui. La meditación entraña la repetición de un mantra (un dicho sánscrito en el que se expresa una relación personal entre el hombre y su Dios, tal como “Dios se apide de mí”), concentrándose sólo en la imagen de la divinidad con exclusión de cualquier otra distracción interna o externa. Se añaden ejercicios respiratorios de modo que por lo general antes de llegar a la cima o “trascendencia”, la respiración es apenas perceptible. Todo esto se hace entre flores, túnicas flotantes e incienso. El objeto es lograr la unidad con Dios, el relajamiento supremo que se siente como

beatitud. La meditación aspira a trascender el yo mundanal, alcanzando el yo espiritual con la meta de la realización del yo.

El fundador de la secta de Ramakrishna, Vivekananda, describe los propósitos de la meditación:

La mayor ayuda para la vida espiritual es la meditación. En la meditación nos apartamos de todas las condiciones materiales y sentimos nuestra naturaleza divina. Cuanto menos se piense en el cuerpo, mejor. Porque es el cuerpo el que nos arrastra hacia abajo. El apego, la identificación es lo que nos vuelve desdichados. Este es el secreto: “pensar que soy el Espíritu y no el cuerpo, y que el conjunto de este universo con todas sus relaciones, con todo su bien y todo su mal, es sólo una serie de pinturas, escenas sobre una tela, de las cuales soy testigo.”

Para describir la meditación debo llamarla actitud antiprimaria. Implica el desapego en lugar de la conexión, negar el yo en vez de sentirlo, y la creencia en la necesidad de separar el alma del cuerpo. Su naturaleza es solipsista, puesto que nada existe realmente sin sólo como una pintura sobre una tela.

Esto no quiere decir que no se pueda usar la meditación para lograr el relax. Un paciente, que había sido monje vedanta durante varios años, dice que repitió el mantra y practicó la meditación trascendental durante doce años y que muchas veces alcanzó el estado de beatitud. Pero el resultado final de esa beatitud fue una crisis total y la necesidad de una terapia. Esto merece quizás una explicación. Creo que el estado de beatitud deriva de una supresión completa del yo, que desemboca en una fantasía (deidad) creada por uno mismo, en una fusión con el producto de la propia imaginación y una pérdida de realidad. Es un estado de irrealidad total, una psicosis institucionalizada socialmente. Si un paciente, por ejemplo, nos dijera que se ha fundido con Dios, que él y Dios son uno, sospecharíamos de su razón. Pero cuando ese proceso es sancionado por una teología determinada, tendemos a pasar por alto su irracionalidad intrínseca. Los rituales, las flores y las túnicas serían los gestos elaborados del relax, porque los rituales no son necesarios para ello. En realidad pueden ser la indicación de que la persona lucha por relajarse, cuando en realidad relajarse no es sino ser uno mismo. No creo que se puedan hacer los gestos para ser uno mismo. Simplemente uno es.

## **El existencialismo**

Otra corriente de la psicología actual es el existencialismo. Su objeto es negar la importancia que han dado los freudianos a las experiencias de la primera infancia, ofreciendo al mismo tiempo una estructura más dinámica que las terapias condicionales. El existencialista hace hincapié en el ahora y el aquí. Se interesa en el ser del hombre. No se puede decir en verdad que el existencialismo sea una terapéutica sistemática porque ha dado lugar a pocas hipótesis comprobables, ni es tampoco una tentativa sistemática de elaborar un método ordenado. Es una tendencia marcadamente filosófica que ha extraído su fuerza de las obras de Sartre, Binswanger y Heidegger.

Uno de los jefes del existencialismo actual es Abraham Maslow. Tanto él como Carl Rogers han tenido una influencia importante en el pensamiento psicológico actual. Creen que hay un camino hacia la salud psicológica, que llaman autoactualización. Maslow piensa que este camino no es definible, que sólo puede inferir de la observación de las personas.

Para él la neurosis es una enfermedad deficitaria; el neurótico es deficiente porque necesita actualizarse:

Cada ser humano tiene dos tipos de fuerzas en su interior. Uno que se aferra a la seguridad y a la defensa por miedo, tiende a volver atrás, teme crecer, teme la independencia... la libertad y la

separación. El otro tipo de fuerzas lo impele a completar su yo a través de la confianza frente al mundo exterior y al mismo tiempo a aceptar su yo más profundo, real o inconsciente.

Para mí el hombre nace completo, pero estoy de acuerdo con Maslow en que hay una necesidad de ser real o total, es decir, de ser lo que somos. No creo, por el contrario, que haya dentro de nosotros una fuerza regresiva, neurótica, esencial: ésta sólo aparece cuando no se nos permite ser nosotros mismos. No creo que el miedo, sobre el miedo de crecer, sea esencial para el funcionamiento humano.

La neurosis, para Maslow, es el conflicto básico entre las fuerzas defensivas y las tendencias al desarrollo. Para él éstas son “existenciales, incrustadas en la naturaleza más profunda del ser humano”. La necesidad de considerar al hombre en función de la lucha hace que muchas teorías vean el comportamiento del hombre como una dialéctica constante entre algo negativo y algo positivo. Así Maslow ve la necesidad de seguridad como una “necesidad prepotente, más necesaria primariamente que la autoactualización”. Antes de asumir riesgos y expresarse, el hombre debe conquistar o satisfacer sus necesidades más fuertes de seguridad. El conflicto se convierte en el paradigma esencial del crecimiento. Yo no creo que el conflicto sea algo esencial o interno. No hay una prueba real de que exista algo como la necesidad de seguridad o un miedo básico a la independencia o la libertad.

Lo que dice Maslow es en ciertos aspectos similar a la posición freudiana, a saber, que hay una ansiedad básica que es preciso vencer. Se refiere a la necesidad de calmar la ansiedad que causa la necesidad de seguridad. Pero la diferencia de rótulos no aparta Maslow de una visión monológica del hombre. Quizá es porque construimos teorías psicológicas a partir de la observación de neuróticos a los que por lo general no les faltan demonios que matar.

A falta de ejemplos precisos en la obra de Maslow, me remitiré a las experiencias culminantes descritas por dos pacientes que habían recibido terapia existencial de grupo. El primero era un hombre que había estado deprimido durante días. Al cabo de una semana de depresión un amigo le pidió que escalaran una montaña. Treparon una montaña empinada y la persona sintió una gran exaltación. A eso le llamó experiencia culminante. ¿Qué había hecho? Se había sacudido la depresión. Había realizado un trabajo de defensa. ¿Había trascendido de veras los sentimientos reales implícitos en la depresión? Lo dudo, lo único que había hecho era dejar de lado por un tiempo esos sentimientos.

La segunda experiencia culminante se produjo durante una maratón desnuda. El hombre había pasado de un miembro del grupo a otro. Cada uno lo había mimado y acariciado. De pronto sintió calor en todo el cuerpo. Lo calificó de “instante de unidad con la humanidad”. ¿Qué era en realidad? Estaba consiguiendo al fin lo que creía necesitar: un poco de calor y caricias humanas. Pero era sólo una experiencia momentánea desconectada con el gran dolor por lo que había necesitado toda su vida. Cualquiera que sea el Nirvana que imaginen haber alcanzado, debe ser un estado irreal, porque lo que necesitan es una experiencia de descenso al yo que siente.

La búsqueda de una experiencia culminante parece ser a menudo una lucha más por encontrar algo único en una existencia monótona. Es parte de la esperanza irreal.

Rollo May y sus colaboradores explican en parte la posición existencial: “La característica del neurótico es que su existencia está oscurecida... nublada y no sanciona sus actos. La finalidad del existencialismo consiste en que el paciente experimente su existencia como real”. Esta finalidad es similar a la de la terapia primaria. Pero el lenguaje mismo del existencialismo nubla la realidad a la que nos estamos refiriendo. ¿Qué es la existencia? ¿Qué significa que la existencia de alguien esté nublada?

El compromiso es el núcleo principal del existencialismo. Se trata de ayudar al paciente en su lucha por salir del vacío existencial y por comprometerse con algo positivo que lo impulse adelante.

Los existencialistas en general analizan los compromisos de la persona, su comportamiento ahora y aquí, sus ideas. No creo que el análisis puede cambiar su “ser”. “Ser” para mí significa sentir. El análisis suele ser para el neurótico algo que sobrevuela el sentimiento. Mantiene a la persona en el plano “mental” de modo que posiblemente no puede sentir su verdadero “ser”.

En las ciencias sociales algunas teorías intentan acercarse a otras para fundirse con ellas y consolidar así su posición. Por ejemplo, los teóricos freudianos acuñan sus conceptos dentro del contexto de una teoría del aprendizaje para que sean más viables. A veces encontramos lo opuesto: los teóricos del aprendizaje que tratan de hacer más “dinámico” su método situando el núcleo de su teoría en un contexto de aprendizaje. Pero esta conciliación de las diferencias entre diversas teorías suele ser más aparente que real y conduce más a verdades “estadísticas” que reales.

Cuando consideramos la historia del pensamiento psicológico desde comienzos del siglo, encontramos primero una instancia en la primera infancia y en la introspección. Para contrarrestarlas, los behavioristas o teóricos del aprendizaje evitaron la introspección y la primera infancia para concentrarse en el comportamiento. Después los neofreudianos intentaron poner al día la terapia freudiana con el análisis del ego, una convergencia en las maniobras defensivas actuales del paciente.

A pesar de todas las modificaciones de Freud que parecen tan progresistas, se diría que Freud original, concentrado en el pasado y elucidando los problemas actuales a través de la exploración de la primera infancia, está más cerca de la teoría primaria.

La teoría primaria sostiene que el hombre no es ni un conjunto de hábitos ni una masa de defensas contra demonios interiores o instintos. Cuando una persona puede experimentar sus necesidades primarias sin el miedo de perder el afecto, está experimentando su “ser”. Cuando no pueden, es, para usar el concepto existencialista, un “no ser”. No creo que haya ningún tipo de esfuerzo especial, de sublimación o compensación que transforme un no ser neurótico en una persona que siente. Para ser lo que el neurótico debe retroceder y sentir lo que era antes de dejar de “ser”. Como dijo un paciente: “Para ser lo que uno es, hay que ser lo que no era”.

Debemos tener presente que las actividades que operarán cambios esenciales en los individuos deber surgir de sus sentimientos, es decir, de adentro hacia afuera. Si no, es posible empeñarse en toda clase de actividades, luchar ferozmente y sin embargo no cambiar un ápice la sensibilidad básica. Se puede mostrar el cuerpo sin sentirse expuesto, y a la inversa, vestirlo y estar totalmente expuesto. Una vez suprimida la barrera del sentimiento, otros estímulos afectarán la totalidad del sistema. Entonces algunos ejercicios de la sensibilidad como hacer tender a las personas sobre la hierba fresca para ampliar su experiencia sensual tendrán un sentido. Tendrán un sentido real: el de que es agradable tirarse sobre la hierba fresca, no un significado místico superior.



## LA NATURALEZA DEL AMOR

**E**l concepto de amor ha sido muy usado; quizá sea útil considerarlo en función de la teoría primaria.

Básicamente, amor significa apertura y libertad para sentir y permitir que los otros también sean libres. Significa permitirles que se desarrollen y se expresen a sí mismos naturalmente. Es esencial ser uno mismo y dejar que los otros sean naturales.

La definición primaria del amor es dejar que los demás sean lo que son. Esto sólo puede suceder cuando las necesidades están insatisfechas.

Implícitamente en la definición del amor está la existencia de una relación entre los que se aman. Después de todo, se puede dejar que el otro sea el que es ignorándolo, pero la respuesta al otro es parte integrante del amor. Debemos recordar que dejar que alguien sea realmente él mismo significa satisfacer y el amor puede ser realmente darse el uno al otro. Desgraciadamente, el amor para el neurótico significa satisfacer sus necesidades irreales (en forma de deseos). Significa regalos o muchas llamadas telefónicas o cualquier otra “prueba” de un afecto inmortal. El neurótico se siente no querido cuando sus necesidades enfermizas de un hombre homosexual cuando su amante lo ha abandonado?

El amor es sentir. Existe cuando dos personas conversan, toman café o tienen relaciones sexuales. Cuando no hay sentimiento (es decir, cuando el sentimiento está bloqueado y oculto), los neuróticos pueden acceder a todas esas actividades sin que haya un ápice de amor. En cambio hay una “succión” (como dicen mis pacientes), en que se trata de conseguir algo de alguien para llenar el vacío interior.

A comienzos de la vida, el amor significa satisfacer las necesidades primarias. En los primeros meses y años, esto entraña muchas caricias y mimos. El niño no da la palabra “amor” al hecho de que lo tomen en brazos, pero sufre cuando eso le falta. El contacto físico es una condición sine qua non para los niños. Sin eso no se les puede demostrar amor. No es suficientes para el niño “saber” que sus padres no demostrativos lo quieren, debe sentirlo.

Los niños criados en instituciones donde hay poco afecto o atención personal desarrollan personalidades sin relieve, apagadas. Hay en ellos una apatía, una inercia que continúa en la edad adulta. Esos niños hacen automáticamente lo que los protegerá de la falta de amor: se vuelven indiferentes a otros sufrimientos. Se encierran en sí mismos.

Las primeras caricias son importantes sobre todo si consideramos que durante décadas muchos niños fueron criados “científicamente”. Los padres respondían a sus hijos con arreglo a un conjunto de reglas en lugar de seguir sus sentimientos. Alimentaban a sus hijos a horario y no cuando el niño lloraba de hambre, y no lo tomaban en brazos por temor de malcriarlo. Las guías pediátricas de las últimas décadas estaban bajo la influencia de las obras de los primeros behavioristas para quienes, a fin de preparar al niño para un mundo frío y duro, no había que mimarlo y acariciarlo cada vez que lloraba. Ahora vemos que la mejor preparación para vivir en el mundo está en todos los mimos, contactos y caricias que los padres puedan dar a sus hijos. Pero no se trata sólo de los gestos; los sentimientos también importan. Cuando un padre es tenso y brusco y maneja al niño a saltos, convulsivamente, el niño sufrirá; pero siempre que el contacto exista, por malo que sea, el daño no es irrevocable y total.

Un niño pequeño sabe cuándo está mojado, hambriento y cansado, y cuándo le duele algo. Cuando se lo pone cómodo, podemos decir que está experimentando amor. Amor es lo que suprime el dolor. Cuando se le permite explorar, gritar chuparse el dedo, agarrar a la madre, podemos

hablar de amor. Cuando se le impide todo esto, cuando no es tenido en brazos, cuando no se le habla, puede sentirse incómodo y tenso. Podemos decir que el amor y el sufrimiento están en dos polos opuestos. El amor estimula el yo; el sufrimiento lo sofoca.

¿Por qué es tan universal la búsqueda del amor? Porque es la búsqueda del yo que nunca pudo ser. Más precisamente, la búsqueda de ese alguien especial que nos dejará ser lo que somos. Como somos tantos los que hemos visto nuestros sentimientos ignorados o aplastados, terminamos por hacer lo que no sentimos. Los matrimonios tempranos, los noviazgos rápidos, derivan, creo, de la frustración interior y la desesperación por sentir a través de los demás. La búsqueda es interminable porque poca gente sabe veras lo que busca.

Es raro que la pérdida de un amor en el presente produzca resultados catastróficos como el intento de suicidio si la pérdida no refleja otra más profunda, más antigua, en la infancia.

Cuando al fin el neurótico se siente no querido, inicia el camino que lo llevará a sentirse querido. Experimentar el dolor es descubrir la realidad del cuerpo y sus sentimientos, y no puede haber amor sin sentimiento.

# SEXUALIDAD, HOMOSEXUALIDAD Y BISEXUALIDAD

La teoría primaria diferencia el sexo como acto del sexo como experiencia. El acto sexual abarca todos los movimientos francos que hacen los individuos durante el juego y la relación sexual. La experiencia sexual es el significado de esos movimientos. En la neurosis la experiencia del acto puede ser muy diferente del acto mismo. Así un acto heterosexual puede ser experimentado de una manera homosexual, con fantasías homosexuales. Y un acto homosexual puede ser experimentado como heterosexual. Yo caracterizaría la naturaleza del acto en función de la experiencia subjetiva, distinción que será importante cuando se discuta el tratamiento de las disfunciones y perversiones sexuales.

Es posible, por ejemplo, que se cumplan todos los gestos de la sexualidad sin experimentar ninguna sensación sexual, como lo prueban muchas esposas frías. Lo que da al sexo su significado es, pues, la plena sensación de la situación total; lo que lo altera es el esfuerzo neurótico por derivar un valor simbólico del acto.

Según la teoría primaria, las necesidades no satisfechas y los sentimientos bloqueados a comienzos de la vida, emergen en forma simbólica. En el plano sexual esto significa que el acto será experimentado (habitualmente por el camino de la fantasía) como la necesidad insatisfecha.

Veamos varios ejemplos. Un paciente de treinta años sufría de impotencia. Su erección terminaba apenas penetraba a su mujer. El hombre había sido criado por una madre fría, exigente, mala, que no le había dado afecto sino sólo órdenes. Como estaba fuera de sus posibilidades de comprensión que mereciera el afecto de alguien, se negó o no reconoció la necesidad de afecto. Se casó con una mujer que muy agresiva y exigente, como su madre, pero que se hacía cargo de su vida y le permitía ser pasivo. En el momento de penetrarla, a no era cuestión de tener relaciones sexuales con una mujer: era el niño amado simbólicamente por la mamá. El aspecto simbólico del acto (incesto) le impedía funcionar como un adulto. Este hombre había negado (no reconoció) sus tempranas necesidades de afecto y buscó el cariño materno en otras mujeres. Las mujeres eran símbolos; el funcionamiento quedaba, pues, perturbado. Es evidente que si las mujeres fueran sólo hembras adultas, no habría disfunciones sexuales; los problemas surgen porque se convierten en símbolos maternos.

Los órganos sexuales, como cualquier sistema orgánico, funcionan de una manera real cuando la persona es real y de una manera irreal cuando la persona es irreal.

En cada acto del neurótico opera un sistema dual: el sistema real con sus privaciones y sus necesidades, y el sistema irreal que trata de satisfacer simbólicamente esas necesidades habitualmente inconscientes. Entonces el yo irreal parece tener una sexualidad madura mientras el niño interior está tratando de ser querido. Como trata de obtener un amor infantil, el neurótico debe convertir inconscientemente a su pareja en figura materna (alguien irreal). No es sorprendente, pues, que sea importante o que su cuerpo lo traicione de otras maneras.

Otro ejemplo: Un hombre no conseguía excitarse con su hermosa mujer si ella no le hablaba de otros hombres con los que quería acostarse. La descripción detallada del pene de otros hombres lo estimulaba, la idea de los órganos sexuales masculinos lo excitaba sexualmente. La relación con su mujer, desde el punto de vista primario, era esencialmente homosexual. No se ponía en relación con ella, sino con su necesidad, que había sido negada a comienzos de su vida y surgía en la preocupación simbólica por los órganos sexuales. Este hombre había tenido un padre débil e incapaz que nunca le hablaba, y mucho menos lo acariciaba o tomaba en sus brazos. Si quería algo tenía que acudir a su madre, que entonces se lo pedía al padre. Es decir, para llegar al padre tenía que pasar por la madre, que era en esencia lo que hacía en la sexualidad. La necesidad de su padre estaba siempre presente, pero, al ser negada, volvía simbolizada en forma de pene. De



modo que en el acto sexual se ponía en relación con el símbolo del amor paterno, no con su mujer. Tuvo que anular esa necesidad de su padre para poder ser realmente heterosexual.

Un ejemplo final: Durante el acto sexual, una mujer fantaseaba que era dominada, padecía órdenes y era poseída contra su voluntad. La experiencia del acto era la de una niña indefensa, víctima y no participante. Esta mujer había tenido un padre brutal y sádico que la trataba de “puta” en su adolescencia. No le permitía tener amigos y se burlaba de ella cuando maquillaba. La mujer negó su necesidad de amor paterno, pero durante el acto sexual se recreaba a sí misma como un víctima inerme (de su padre) para poder sentir algo.

En cada uno de esos casos el acto sexual es simbólico, una tentativa de resolver viejas necesidades. La persona no siente la situación en que está porque la relaciona con una fantasía. Así para algunas mujeres el acto puede significar amor. Para algunos hombres puede significar virilidad, poder, venganza. La función de la fantasía durante el acto sexual consiste en recrear la lucha temprana entre el padre y el hijo. Pero la diferencia crucial reside en que durante el acto sexual la persona obtiene lo que siempre imaginó que habría al final de la lucha de toda su vida: besos, caricias y amor, y la posibilidad de sentir. El neurótico hace “terminar bien” su lucha simbólicamente, dándole una salida fantaseada que nunca podría ocurrir en la realidad. Como dijo una mujer: “Mis fantasías durante el acto sexual son un buen ejemplo de cómo viví con la mente en lugar de vivir con el cuerpo. No podía sentir siquiera lo que pasaba por debajo de mi cintura”.

Cuando el sujeto siente la necesidad original, la fantasía ya no tiene objeto. Cuando el hombre impotente del primer ejemplo sintió su profunda necesidad de una madre como es debido, humana y solícita, no necesitó buscar sustitutos. Su mujer ya no era una madre porque había sentido la realidad de lo que era su madre. Su problema sexual desapareció porque estaba construido sobre un acto simbólico que no tenía relación con lo que sucedía en su vida. Lo mismo ocurría con el hombre que necesitaba que le contaran historias sobre grandes penes. Cuando sintió lo terrible de haber estado privado de un padre, ya no necesitó el símbolo tangible de ese padre.

Los ejemplos anteriores indicarían que la sexualidad neurótica es simbólica, pues la persona rara vez “ve” a su pareja. El hecho de abrazarla en la oscuridad no hace sino aumentar su valor simbólico. La fantasía puede no ser siquiera consciente; el neurótico puede relacionarse con su pareja como si fueran su padre o su madre sin darse cuenta de que está viviendo la fantasía.

El dolor primario impide ser plenamente heterosexual. Por ejemplo, si una muchacha quiere el amor de su padre, puede tener una gran actividad sexual con hombres tratando de conseguirlo simbólicamente, pero es probable que tenga problemas de frigidez, porque mientras el sistema irreal está realizando un acto sexual con hombres, el sistema real, inconscientemente, sólo trata de sentirse tomada en brazos (por el padre) y acariciada por él. La experiencia no es sexual, es infantil; la mujer trata de resolver sus privaciones pasadas. Como dijo una mujer frígida: “Pienso que en lugar de llenarme de comida, me llenaba de penes tratando de sentirme llena de amor. Nunca tuve lo bastante como para sentirme querida.” Después añadió: “Creo que ahora sé por qué nunca pude sentir de veras durante el acto sexual; si me hubiera dejado ir y sentir, hubiese experimentado todo el sufrimiento de no haber sido querida. Hubiera sentido lo que estaba tratado de conseguir del sexo. Mis ilusiones me lo impedían.”

Las necesidades del pasado predominan sobre las del presente. No es de sorprender que haya tantas mujeres frías cuando se comprueba en cuántas sigue habiendo una niña pequeña. Necesitaban un padre bueno y se enojan y decepcionan cuando un hombre quiere una relación sexual adulta en lugar de ofrecerles primero amor paternal. Si se comprende que hay dentro de la mujer una niña asustada, temerosa de su padre (y de los hombres), se ve claro lo difícil que será después tener una relación sexual sincera, fácil y generosa. Las niñas no tienen una sexualidad de adultas.

## **El amor y el sexo**

Algunas mujeres dicen: “Sólo puedo acostarme con alguien a quien amo”. En el caso de una neurótica quizá quiera decir: “Para poder gozar de las sensaciones naturales de mi cuerpo, debo convencer a mi mente de que importa más de lo que es. Para tener libertad de sentir, debo sentirme querida”. Esta es también la expresión inconsciente de la necesidad de amor como requisito previo para sentir.

Cuando una persona ha sido querida al comienzo de su vida, no necesita tratar de obtener el amor de la sexualidad; la actividad sexual puede ser lo que es: una relación íntima entre dos personas que se sienten mutuamente atraídas. ¿Esto significa que el sexo es algo aislado del amor? No necesariamente. Una buena persona no trata de meterse en la cama con todo el mundo. Quiere compartir su yo (que incluye el cuerpo) con la persona que le interesa. Pero no prologa esa relación con algún concepto místico del amor. El acto sexual será el desarrollo natural de una relación como cualquier otra. No tiene por qué ser “justificado” por el amor.

Cuando una mujer neurótica ha reprimido sus sentimientos, por más que piense que su relación amorosa marcha bien es probable que no goce plenamente del acto sexual. Pero si es normal no tendrá que convertir al sexo en algo especial. No tiene por qué ser fiel a un concepto como el del amor; no tiene por qué escuchar palabras especiales, “te amo”, para gozar físicamente de sí misma.

Cuando un niño nunca ha gozado del amor de sus padres, quizá le excite terriblemente la perspectiva de la actividad sexual porque siente que al fin tendrá lo que necesita. En consecuencia será muy impulsivo, incapaz de detenerse para hacer uso de un anticonceptivo por la urgencia de todas esas viejas necesidades negadas que pasan a primer plano. El resultado puede ser un embarazo no querido, una consecuencia indeseada de un impulso desesperado por satisfacer necesidades desesperadas. Pero cuando una persona ha sentido sus necesidades de amor paterno, toda la desesperación por la actividad sexual parece desvanecerse. Se convierte en una experiencia más, agradable, de la sensibilidad.

Se puede señalar que hay cantidad de llamados neuróticos que parecen gozar mucho de la actividad sexual. Pero esos mismos neuróticos tienen una gran tensión que pueden haber erotizado mentalmente aplicándole el rótulo de “sexo”, y dándole apenas más contenido que a un buen estornudo. Prueba de ello es que la mayoría de los pacientes que pierden la tensión durante las primeras semanas de la terapia, también pierden por un tiempo el impulso sexual. En algunos casos, desaparece el todo por un período de semanas. Además, tantos hombres como mujeres que se creían muy sexuales antes del tratamiento, confiesan que no tenían idea de lo que eran las sensaciones verdaderamente sexuales hasta que aprendieron a sentir de nuevo, después de la terapia primaria. Sobre todo las mujeres que pretendían no ser frías, se refieren a las diferencias del tipo de orgasmo de que gozan después de la terapia, por lo general una experiencia más plena, más convulsiva. Un hombre lo dijo así: “Mis orgasmos solían ser como jeringazos de mi pene. Ahora parecería que todo mi cuerpo participa.”

El cuerpo puede participar entero cuando cada parte de lo suprimido antes (cada negación del yo) ha sido revivida y resuelta. Esas negaciones no tiene por qué haber sido sexuales; el cuerpo no diferencia entre sus autonegaciones. Suprimir parte del yo sensible es suprimir la sexualidad.

## **Frigidez e impotencia**

En mis observaciones hechas durante los últimos quince años, he comprobado la elevada frecuencia de la frigidez y la impotencia, sobre todo de la primera, entre mis pacientes.

Entiendo por frigidez la incapacidad de tener una sensación sexual plena. En la mayor parte de las veces, se trata de una incapacidad para llegar al clímax. La forma en que las mujeres se comportan como resultado de la frigidez varía con la personalidad. Algunas se vuelven promiscuas en la esperanza de encontrar al hombre capaz de hacerlas sentir. Si el problema se ha planteado con la madre, la mujer frígida puede ignorar simplemente el sexo. Lo que experimenta a través de su comportamiento puede ser la esperanza de mantener su dignidad y su honor para conservar así el amor de la madre.

Muchas mujeres frías descubren que sólo puede llegar al clímax cuando se masturban. Este es un buen ejemplo de relación con las propias necesidades y no con la pareja. En ese caso las mujeres se han masturbado con frecuencia desde el comienzo de su adolescencia, habitualmente con el mismo tipo de fantasía. El pene sería entonces un símbolo de amenaza, deshonor, invasión, etc., y es evitado por su significado (que por lo común es inconsciente).

Un ejemplo: Una mujer es criada por una madre mojigata que la llena de mitos sobre el sexo, los hombres y la moral. Oye cosas como: “Los hombres son animales, sólo buscan una cosa. Te hacen el amor después te dejan”. Además de lo que oye, tiene la prueba bajo la forma de un padre brutal. La muchacha llega a creer lo que su madre le ha dicho. Se niega a sí misma toda experiencia hasta casarse, para descubrir que es frígida. Se queja al médico de que parece tener la vagina anestesiada. Lo que creo es que esta mujer ya no experimenta sensaciones sexuales en la vagina. Sólo experimenta miedo, basado en la negación de las sensaciones sexuales. No es necesariamente un miedo consciente, pero como no tenía un padre a quien acudir y sólo podía confiar en que la madre le proporcionara las migajas de afecto que podía encontrar en su casa, llegó a asociar la sexualidad libre con la pérdida de la esperanza de que su madre la aprobara. Lo que hizo, entonces, fue casi literalmente renunciar a una parte de su yo sensible por su madre.

Hablando en forma figurada, su vagina le pertenecía a su madre. No sentir se convirtió en la forma en que la muchacha presentaba a la madre la imagen de la “chica buena” de la que pudiera estar orgullosa. Pero una vez que sintió la imposibilidad del afecto de sus padres, tuvo abundantes sensaciones vaginales nuevas, como ocurre a muchas de mis pacientes.

¿Por qué sentirse desesperada de conseguir jamás el amor de su madre esta mujer se liberó para sentir su vagina? Porque trataba de encontrar aquel amor en cada contacto sexual, siento la nenita “buena” (es decir, frígida y asexuada) que su madre quería. La nena “buena” era la única que la mamá quería. Al renunciar a ese amor se liberó de la lucha por tratar de conseguirlo simbólicamente a través de su vagina frígida.

Para dar una idea de la complejidad de la frigidez, he aquí las palabras de una mujer que había sido frígida, al cabo de un mes de terapia primaria:

“Una cosa que aprendí en esta terapia es cómo mi cuerpo ayudaba a bloquear mis sentimientos. Yo había sido frígida y pensaba para mí que mi vagina apretada debía de ser la forma en que yo me protegía de alguna sensación relacionada con ella. Volví a casa después de una sesión de grupo, me quité los calzones y con las manos me abrí totalmente la vagina. Entonces me permití sentir lo que había que sentir. Para mi asombro, me volvió un recuerdo al mismo tiempo que empezaba a sentir dolor en la vagina. De pronto estaba en la cuna; mi madre me cambiaba con rudeza los pañales y me pellizcaba la vagina. Yo sentía que se cerraba para detener ese dolor. Al día siguiente tuve la primera relación sexual indolora con mi marido.”

Muchas mujeres frías (y muchos hombres impotentes) descubren que funcionan mejor sexualmente después de unas copas. La explicación reside en que el alcohol adormece los sufrimientos primarios, facilitando la necesidad de que el yo irreal controle el cuerpo. Recuérdese que el sistema irreal necesita controlar los sufrimientos. Al disminuir o adormecerse los sufrimientos

la necesidad de control es menor. Si el control se reduce al mínimo, el cuerpo se deja ir mejor.

La frigidez sexual no es sólo un problema de sensaciones sexuales; es un problema de sentir. Ser libre de sentir significa ser libre sexualmente. Ser reprimido significa ser reprimido sexualmente, aun cuando parezca que el funcionamiento sexual es adecuado. Cuando una persona viene a someterse a la terapia primaria porque dice tener solamente un problema sexual, pronto nos enteramos de sus otros temores y represiones. A la inversa, cuando alguien viene por otros problemas, debemos sospechar que los hay sexuales. El problema no afecta una parte del individuo; todas las partes están conectadas y son interdependientes.

Los neuróticos piensan que las mujeres deber ser conquistadas con artificios: luces suaves, frases especiales y bebidas, para despertarlas. En lugar de buscar la relación sexual, se representa una lucha en que la mujer es seducida. Una mujer que no exige esta seducción, que es abierta y libre en sus necesidades sexuales, suele ser considerado inmoral. La razón de ello es, en parte, que los hombres que no se sienten del todo viriles creen que al ser agresivos con las mujeres –conquistarlas sexualmente- se sentirán hombres de verdad. El hecho de dominar a una mujer no hará sentir más varonil a un hombre, como el hecho de dominar a un niño no hace sentir importante a un adulto.

En una sociedad no escindida, no neurótica, no habrá esta separación entre hombres y mujeres. Habrá iguales, con las mismas necesidades y los mismos sentimientos. No habrá psicología masculina o femenina porque no habrá una psicología escindida.

## **Las perversiones**

A veces el individuo necesita algo más que el fantaseo mental durante la actividad sexual. Un hombre puede vestirse de mujer, pintarse, andar por la calle y seguir sabiendo que es un hombre. Pero si usa un vestido de mujer y realmente cree que lo es, ha dado un paso gigantesco en el camino simbólico hacia la irrealidad. Las presiones internas pueden hacer, no sólo que un hombre imagine que le pegan durante el acto sexual, sino exigirle que se haga flagelar realmente para lograr el orgasmo.

La perversión implica que el peso de las negaciones pasadas ha superado las posibilidades habituales de manejárselas, y para el momento del ritual, lo ha hundido en un comportamiento casi totalmente simbólico, quizá una casi psicosis momentánea.

He visto a un hombre que debía ser atado y castigado por una mujer para lograr una erección. Aunque este ritual tenía diversas facetas psicológicas, parecía nacer principalmente de la relación con su madre sádica, que le pegaba y abusaba de él constantemente. Lo que hizo, al parecer, fue recrear su vieja relación madre-hijo de una manera casi literal con la misma esperanza inconsciente de años atrás: ser castigado lo bastante para hallar una tregua, placer y bondad.

Este ritual masoquista era un drama circunscripto que simbolizaba toda una multitud de experiencias pasadas que la persona trataba de resolver vicariamente. En su centro está la esperanza, la esperanza de que alguien vea su sufrimiento y le pongan fin. Parece necesario que haya verdadera sangre y magulladuras para que algunos padres tengan aunque más no sea la sospecha de que sus hijos necesitan ayuda. Algunos niños lo dramatizan robando autos, otros produciendo incendios, y algunos siendo golpeados. El imaginado ritual del perverso puede ser considerado una extensión del ritual inconsciente que el neurótico representa en todas sus experiencias del día. En el ritual generalizado, por ejemplo, puede representar que es golpeado y derrotado, como si dijera: “No me pegues más, ya estoy en el suelo”. El neurótico no perverso parece tener un ritual más generalizado, y no imaginario.

Un paciente que era exhibicionista, trató de describir su perversión: “Es como si cando uno es demasiado chico para saber, alguien se pusiera a confundirle la cabeza. Mi madre odiaba a los hombres. Tal vez era lesbiana. Sospecho que traté de ser una chica para ella. A veces tenía que mostrarles el pene a mujeres desconocidas en las esquinas para probar que no lo era. Había llegado bastante lejos para tener que hacer algo así.” Este hombre, casado y con hijos, tenía seguramente todas las pruebas visibles que necesitaba de su virilidad y hombría. Pero al parecer no importaba. Tenía que seguir su ritual hasta que retrocedió y revivió sus orígenes, revivió todas las maneras en que se había deformado para conseguir que su madre le dijera algo amable.

Aunque este hombre era consciente, se veía impedido a actuar así por una fuerza incontrolable. Esta impulsividad puede darnos posiblemente una idea de la impulsividad en general. Los deseos reales de este hombre –ser un macho- irrumpían, por mucho que sus horribles experiencias lo hubieran obsesionado. Este objetivo de su ritual consistía, pues, en ser lo que era: real. No importa al parecer lo que una persona se diga a sí misma que debe o no debe hacer cuando ese yo ha sido negado una y otra vez y ahora pugna por soltarse. Considero que la impulsividad es propulsada por la tensión, por viejos sentimientos que vuelven irracional el acto impulsivo actual. La persona impulsiva no actúa de acuerdo con sus sentimientos; actúa de acuerdo con sentimientos negados. Esto es lo opuesto del acto espontáneo que se basa en sentimientos. Es menos probable que el comportamiento espontáneo sea irracional, por rápida que sea la respuesta, porque es una respuesta de una persona real a condiciones reales.

El exhibicionismo del hombre, como cualquier perversión, tenía una razón de ser. El individuo trataba de ser real mostrando el pene, evidentemente una manera irreal de conseguirlo. Pero aunque en toda esta historia se había tratado de convertirlo en una chica, la necesidad de ser lo que era persistía, aunque de una manera deformada.

Las perversiones son fácilmente tratadas con la terapia primaria por su evidente simbolismo. Son en verdad “reacciones primarias envueltas”. Habitualmente dicen directamente lo que es la necesidad sin que hagan falta conjeturas. El hecho de detener simplemente el ritual hace que la fuerza tremenda que los provocaba se convierta de inmediato en una reacción primaria y en sus conexiones correctas.

## **La homosexualidad**

El acto homosexual no es sexual. Se basa en la negación de la sexualidad real y en la representación simbólica de la necesidad de amor a través del sexo. Una persona realmente sexual es heterosexual. El homosexual ha erotizado habitualmente su necesidad para que parezca sumamente sexuada. Privado de su estorbo sexual: su amante, es como un adicto sin droga; sin su amante, siente siempre ese dolor ahí, pero vaciado sexualmente. Pero la meta no es el sexo sino el amor. El homosexual es habitualmente el más tenso de todos los neuróticos por la distancia que ha debido recorrer a partir de su yo real. La tensión puede llevarlo a la bebida, las drogas, la actividad sexual compulsiva, y esas salidas no son suficientes. Muchos homosexuales se quejan de enfermedades psicosomáticas. La violencia que vemos en los homosexuales es el resultado de la negación de su propio yo. Cuando una persona no puede ser lo que es, se enoja.

Yo definiría la homosexualidad como todo acto entre dos personas que es experimentado como si estuviera ocurriendo entre dos representantes del mismo sexo. Si un hombre hace el amor a una mujer pero está totalmente metido entretanto un fantaseo con hombres, yo diría que la experiencia es homosexual. Los gestos que se hacen son menos decisivos que la situación interna. Cuando una persona hace realmente el amor con una persona de su mismo sexo. Si un hombre hace el amor a una mujer pero está totalmente metido entretanto en un fantaseo con hombres, yo diría que la experiencia es homosexual. Los gestos que se hacen son menos decisivos que la situación interna. Cuando una persona hace realmente el amor con una persona de su mismo sexo,

quiere decir que está empeñada de un modo más completo en el comportamiento simbólico. No hay un fragmento en él que lo lleve a aferrarse a la heterosexualidad; ha renunciado a la batalla y llega a ser de un modo más completo lo que no es.

Hay hombres y mujeres que han hecho matrimonios homosexuales, pero no lo reconocen. Un hombre afeminado elige una mujer masculina –como dijo un paciente, quizá prefiera estar debajo en el acto sexual, racionalizando que así le es más cómodo- sin reconocer ni una vez que en esencia tiene relaciones sexuales con un hombre. Por una especie de radar estas gentes se encuentran.

El que debe fantasear durante el acto sexual está más cerca de sus sentimientos que el que representa su fantaseo. En fantaseo indica por lo menos el reconocimiento intelectual de la necesidad, mejor dicho, el reconocimiento de un símbolo de la necesidad. Vivir significa la total supresión de la necesidad y sus símbolos.

El hijo de un padre brutal, borracho, puede volverse contra las cosas masculinas. Otro con el mismo padre decidirá ser el tipo decente que su padre no era. Si una mujer odia a los hombres, puede volver a su hija contra ellos. Si detesta al género humano, quizá vuelva contra las mujeres. No hay una fórmula que explique una neurosis concreta. Lo que hay que entender es la reacción interna del niño frente a lo que ha ocurrido.

Como el niño no puede entender que su padre es un sádico o su madre una lesbiana que oda lo masculino, llega a creer que todo lo que hace naturalmente está mal. Es posible que niegue cada vez más sus inclinaciones naturales hasta que un día sea totalmente invertido.

Muchos homosexuales no comprenden lo que parece tan obvio: que persiguen sustitutos. Muchos hacen la apología del amor homosexual como el único verdadero y citan a los griegos para probarlo. Pero es amor irreal de gentes irreales. Lo que confiere tanta intensidad a la búsqueda sexual del homosexual es la necesidad de sentirse amado al fin y de poner término a la tensión que lo corroe.

“Cada nuevo contacto sexual me dejaba ligeramente insatisfecho, y nunca sabía por qué”, me contó un ex homosexual. “Creía que lo que quería era un pene, más grande, mejor, hasta que lo conseguía. Entonces necesitaba más y más. Después de sentir cuánto necesitaba a mi padre, me di cuenta de que lo que quería no era un pene. Creo que me convertí en un marica desatado porque nunca pude desatarme frente a aquel hijo de puta”. Este paciente contaba que su comportamiento afeminado al comenzar la adolescencia era un constante grito para que acudiera lo que nunca llegó: la ayuda de sus padres.

¿Necesitaría el homosexual el amor masculino si hubiera sido plenamente amado por su madre en los comienzos de su vida? No lo creo. Necesita el amor masculino porque estuvo privado del amor de ambos progenitores, cada uno a su manera. Busca el amor masculino porque por diversos motivos fue iniciado en la lucha por un padre que no lo quería.

Aunque apareciera en el hogar un padre maravillosamente afectuoso cuando el niño llega a los diez años, no creo que hubiera una diferencia importante. Si la historia pasada del niño hizo necesario negarse y negar sus necesidades para satisfacer a un padre sádico, por ejemplo, un padrastro afectuoso que llegue más tarde no será capaz de anular esa primera historia. Esto significa que el niño ahora en un hogar cálido, debe experimentar sin embargo sus primeros dolores. Esto se corrobora en otros sectores que no son el de la homosexualidad. Hay pacientes cuyos padres se han “ablandando” a lo largo de los años, pero que no pueden suprimir la tensión y la neurosis producida por las primeras heridas. El pasado está siempre en el camino del presente.

Si una persona pudiera sentir el amor en el presente, significaría que puede sentir plenamente. Pero sentir plenamente, para el neurótico, significa sentir primero todo su dolor, porque es lo que surge cuando siente. Después de sentir el dolor puede aceptar todo el amor presente.

Las viejas negaciones, mientras existan, provocarán un comportamiento deformado y perverso. Los matrimonios homosexuales, por ejemplo, pueden durar años. Las dos partes parecen satisfechas y amantes, pero existe un elevado grado de tensión y homosexualidad (neurosis). ¿Por qué? Porque los amantes homosexuales se satisfacen simbólicamente y no realmente. Por lo general tratan de conseguir el uno del otro el amor del padre. Cuando sienten esta verdadera necesidad, la búsqueda simbólica desaparece. La homosexualidad no es una enfermedad especial; es sólo un camino diferente para satisfacer una necesidad existente y a menudo negada.

En cuanto a seguir “derecho” sin resolver la neurosis, con eso sólo se ahonda la mentira; significa pretender renunciar a la necesidad del amor del padre, y nadie puede hacerlo mientras la necesidad esté ahí y sea real. La única manera de librarse de la necesidad es sentirla.

## **Identidad y homosexualidad**

Si una persona no puede ser lo que es, tendrá que buscar su identidad. Estará predestinada a no encontrarla nunca, porque no es más que el yo real, sensible, al que no se le ha permitido expresarse. Así la búsqueda de la identidad es una empresa neurótica, llevada a cabo por individuos insensibles que por lo general necesitan encontrar algo o alguien fuera de ellos mismos para que les diga quién o qué tienen adentro. El paciente post primario, por ejemplo, no sufrirá de una crisis de identidad. Como siente, no tendrá motivo para preguntarse quién es realmente.

La teoría primaria sostiene que sólo cuando no se permite a un niño que sea él mismo necesita copiar, conscientemente o no, los comportamientos, ideas, actitudes y maneras de los otros. El niño criado por padres normales no se identificará con ellos. Ellos no lo querían. Más bien, tendrá sus propias características.

Para aclarar lo anterior, podemos preguntar lo siguiente: “Un niño nacido en un mundo de mujeres ¿se volvería femenino?” Creo que no. Si es querido y se le permite ser él mismo, será totalmente masculino. Pero el mismo niño criado por mujeres neuróticas tendrá todas las posibilidades de volverse femenino.

No creo que haya una diferencia importante, en términos de patología, entre un muchacho que trata de identificarse con el homosexual-macho y el que se identifica con las mujeres. La diferencia parece estar en la dirección de huida del dolor, más que en los niveles de sufrimiento. Cuando el homosexual-masculino adopta tatuajes y motocicletas, se deja crecer la barba, o se dedica al levantamiento de pesas, puede ser que no se sienta todavía a sí mismo y debe identificarse con lo que piensa que es masculino. Quizá siga persiguiendo el amor del padre y trate de diversas maneras ser el hombre verdadero que el padre quería. El homosexual femenino quizá haya renunciado al padre y trate de copiar los intereses y maneras de la madre. Como el homosexual masculino quizá no haya sido querido por el padre, será seducido por los hombres, preferirá su compañía y en muchos sentidos se parecerá al homosexual afeminado. Puede que no se sienta más viril que el homosexual femenino y estar mucho peor por ser tan grande su pretensión.

De maneras menos evidentes, muchos hombres y mujeres que no se sienten ellos mismos adoptan los adornos o la imagen de lo que quieren ser. Un hombre puede lucir un gran bigote, botas o ropas bastas, mientras la mujer, por parecer femenina, usará vestidos escotados o pantalones ceñidos. La necesidad misma de proyectar una “imagen” puede ser un indicio de sentimientos muy ocultos, y junto con esos sentimientos enterrados suelen hallarse disfunciones sexuales. Según mi experiencia clínica, aunque un hombre presente una buena fachada masculina

na, la tentativa de ser un “homosexual masculino” suele ser traicionada por la impotencia, o por fantasías o temores homosexuales. “La lucha”, dijo un paciente que había usado barba, “consistía en dejarme crecer lo bastante la barba par sentir como un hombre y entonces no necesitarla más. En ese momento no me di cuenta, pero ahora sí.”

## Discusión

Creo que es esencial para nosotros considerar el comportamiento sexual desviado como parte de una neurosis total y no como un acto especial, raro desconectado de lo que la persona es en conjunto. Pero no creo que sea necesario un especialista en homosexualidad para tratar a un sujeto así, como no hace falta un especialista para tratar otra huida del dolor. Tratar la homosexualidad no significa producir un comportamiento real. Quizá hemos intentado usar categorías y abstracciones y no hemos visto que sólo hemos estado tratando a personas que han encontrado diferentes maneras de protegerse del sufrimiento.

Muchos homosexuales no han acudido a la psicoterapia, en parte porque una cantidad de profesionales tendían a considerarlos en general imposibles de tratar, como si fuere alguna enfermedad especial que requería un conocimiento determinado. Para mí no difiere de cualquier otro tipo de neurosis, salvo en el grado de patología. Esto quiere decir que si podemos curar una neurosis, deberíamos ser capaces de curarlas todas.

La psicoterapia ha adoptado diversos enfoques para tratar las desviaciones sexuales. El fracaso de la terapia de la introvisión ha hecho que a menudo nos hayamos limitado a ayudar al homosexual, a aceptar su calamidad y a vivir con ella con mayor soltura. Uno de los tratamientos actuales que goza de cierto predicamento entre los profesionales es el uso de métodos condicionantes. En uno de los ya descriptos se presentan al homosexual masculino fotografías de hombres mientras se le administra una descarga eléctrica suave. El objetivo presunto es el de descondicionar el hábito de la homosexualidad. Otro método consiste en estimular los actos heterosexuales del homosexual haciéndole decir que no tiene miedo del sexo opuesto. O simplemente se le pide que imagine relaciones heterosexuales mientras se le somete a sugestiones que producen relax.

Como los métodos condicionantes modifican diversos comportamientos sexuales desviados, en algunos casos hay apariencias de curación. Esto contribuye a complicar nuestra comprensión de la cura, si sólo consideramos el comportamiento exterior. Pero si miramos debajo y medimos la tensión cada vez más alta, encontraremos que sólo hemos modificado el hábito sexual para ponerlo más de acuerdo con el sistema de valores del terapeuta.

Es mejor tratar al homosexual latente antes de que haya tenido un franco placer homosexual. Una vez que ha encontrado esta satisfacción sustitutiva, es más probable que crea que ha encontrado lo que realmente quiere y menos probable que pida ayuda. Sin embargo, aunque haya sido homosexual durante cierto número de años, creo que aún puede ser tratado. El momento en que es más probable que acuda para un tratamiento es cuando ha perdido a su amante. Sin él, sufre. Quizá beba, viaje de una ciudad a otra, siempre huyendo de esa herida que lo sigue a todas partes. Cuando el homosexual deja de huir y siente al fin el dolor, creo que puede ser tratado con éxito. He encontrado hábitos homosexuales que habían persistido durante años y que se desvanecieron frente a la realidad. El homosexual tiene un yo simbólico sin fundamento básico. Se evapora con el dolor porque es un primer lugar sólo una fantasía.

No creo que los niños pequeños distingan entre el amor masculino y femenino. Lo que necesitan es calor humano, no las caricias especiales de una mujer o los apretones de un hombre. Lo que produce la neurosis es, en mi opinión, la presencia de alguien que debería amar y no lo hace. La lucha por conseguirlo es lo que pone en movimiento todo tipo de desviaciones. Si un niño siempre pudiera ser espontáneo en sus abrazos y en sus besos, en su relación general con sus



padres, dudo de que fuesen necesarios los rodeos.



# LAS BASES DEL MIEDO Y DE LA CÓLERA

## La cólera

Uno de los mitos sobre el ser humano es el de que debajo de nuestro plácido exterior bullen en una caldera la furia y la violencia que sólo la sociedad tiene en jaque. Cuando este sistema de contención falla, la violencia innata del hombre irrumpe, dando por resultado guerras, holocaustos. Sin embargo me sorprende continuamente hasta qué punto no es agresiva ni violenta la gente cuando se suprimen las fachadas llamadas civilizadas. Los pacientes primarios que son abiertos e indefensos no son coléricos. No hay rabia. Quizá el proceso mismo de la civilización es el que vuelve a los hombres tan civilizados entre sí, produciendo frustración y hostilidad. Ser civilizado significa demasiado a menudo controlar nuestros propios sentimientos y este control puede ser la fuente de la rabia interior.

Creo que el hombre colérico es el que no ha sido amado, el que no pudo ser lo que era. Habitualmente está enojado con sus padres porque no lo dejaron ser y enojado consigo mismo por arrastrar esa negación de su propio ser. Pero la necesidad es básica; la cólera es secundaria, y se produce cuando la necesidad no ha sido satisfecha. Cuando consideramos el proceso primario, vemos una secuencia casi matemática por su falta de variación. Las primeras reacciones primarias suelen ser de cólera, las del segundo grupo de dolor y las del tercero de necesidad de amor. La necesidad y su no satisfacción son por lo general la principal herida. La secuencia es como la vida al revés. Al comienzo de la vida está la necesidad de amor, luego la herida por no obtenerlo, y por fin la cólera para aliviar la herida. Lo que ha sucedido con frecuencia al neurótico es que ha perdido las etapas primaria y secundaria y se encuentra con una cólera inexplicable. Pero la cólera, como la depresión, es una reacción al dolor, no una característica básica del hombre. A veces es más fácil para un niño pequeño enojarse que tolerar el terrible sentimiento de soledad y rechazo que hay debajo; entonces pretende que su sentimiento de desamor y soledad es otra cosa: odio. Pero en la terapia primaria los pacientes rara vez conocen sólo el odio a sus padres. Es más frecuente el caso del “Quiéreme, por favor. ¿Por qué no me quieres? ¡Quiéranme, hijos de puta!” Cuando el neurótico llega a adulto, tiende a pensar que su único sentimiento es el odio, pero en la terapia encuentra que el odio es una tapa más que ha puesto a la necesidad, poco queda de la cólera. En los grupos primarios, por ejemplo, casi nunca se da el intercambio hostil entre sus miembros como en las terapias de grupo tradicionales. Tampoco existe cólera en el terapeuta. Hay sólo una gran cantidad de dolor.

La teoría primaria considera que la rabia existe contra el que trata de exprimir la vida del sujeto. Tenemos que recordar que los padres del neurótico están inconscientemente matando a sus hijos, en cierto sentido; están matando el yo real de su retoño; la muerte psicofísica es un proceso real en que les es exprimida la vida. El resultado es la cólera: “Los odio por no dejarme vivir”. Ser algo distinto de uno mismo es estar muerto.

Considero importante la diferenciación entre la cólera real y la simbólica. Un ejemplo aclarará la cuestión.

Una joven maestra con una sonrisa constante y maneras conciliadoras vino en busca de ayuda debido a un continuo estado de rigidez y tensión de sus músculos. Durante la segunda visita se refirió a cómo su padre siempre la había criticado, se había mofado, burlado de ella, ridiculizándola en general. De pronto se puso furiosa y empezó a golpear la almohada durante más de cinco minutos. Después se sintió aliviada y me dijo que no tenía idea de qué había tanta cólera en ella.

Pero la tensión persistía. Durante la quinta visita se refirió de nuevo a las injusticias pasadas y los sentimientos comenzaron a surgir una vez más. Esta vez no le fue permitido golpearla almohada sino que se la apremió más bien a que dijera “qué pasaba”. Empezó a agitarse de una

manera violenta e incontrolable y al mismo tiempo a verbalizar su odio: cómo iba a estrangularlos antes de que murieran, cómo haría pedazos a su padre por todo el daño que le había hecho sin dejarla defenderse ni una vez, cómo le clavaría un cuchillo a su madre por haber permitido que eso ocurriera, etc. Todo esto fue gritado entre contorsiones, gruñidos, el estómago apretado y pérdida total del control. En la culminación empezó a gritar: “Ahora sé, ahora sé: tenía tensos los músculos para no atacarlos” y de nuevo más violencia verbal.

Esta mujer no recordaba haber levantado la voz ni una vez en su vida. Siempre hablaba en voz baja en la agradabilísima pensión donde vivía, en que las señoritas se comportaban con decoro. Después de esta última reacción primaria dijo que se sentía suelta y sin control por primera en su vida. Había estado aferrándose a su yo (irreal) durante todos esos años para que sus padres no la rechazaran totalmente en caso de que alguna vez se dejara ir volviera a su yo (real).

La creencia en un instinto agresivo nos ha hecho perder tiempo muchas veces en ayudar a la gente a manejar sus agresiones, es decir, a “controlarlas”. Creo que debemos hacer lo contrario. Debemos sentir plenamente la cólera para suprimirla. Cuando una persona puede sentirse a sí misma, en lugar de representar simbólicamente sus sentimientos, es improbable que actúe de una manera impulsiva a agresiva. La dialéctica de la cólera, como la del dolor, consiste en que cuando es sentida, desaparece, y cuando no es sentida, está a la espera de serlo.

La idea de manejarse a sí mismo implica la escisión neurótica. Lo peligroso es la escisión porque significa que deben controlarse los sentimientos negados. Así, una persona libre, espontánea, que no se controla, es la que está en condiciones de tener menos agresiones internas.

Lo que pone colérico a un neurótico depende de la exacta situación en que lo puso el daño al principio de su vida. Por ejemplo, una paciente se enojaba porque sus hijos no la ayudaban en la casa. Les pegaba duramente porque eran descuidados. Su sentimiento, al fin, resultó ser: “He trabajado tanto y nadie parece preocuparse ni apreciar mis esfuerzos”, sentimientos que abrigaba hacia su madre, que le había hecho limpiar la casa desde los ocho años de edad.

Otra persona se ponía furiosa cuando la hacían esperar. Cada vez que le pedía a su padre que jugar con él, éste le contestaba: “Más tarde, ahora estoy ocupado”. “Más tarde” nunca llegó, pero la rabia sí. El problema consiste a menudo en que el niño se siente frustrado y colérico y luego no se le permite siquiera que lo demuestre, de modo que está obligado a buscar sustitutos para aliviarse; peleas en la escuela, jaquecas, alergias, etc. Así se priva al niño de sus deseos y luego de sus sentimientos sobre sus deseos no satisfechos; pierde dos veces. Para culminar, si el niño enojado muestra una carta triste, es posible que le digan: “¡Sonríe!” ¿Por qué tienes esa cara larga?” Entonces es privado por tercera vez y obligado a volverse sobre sí mismo para ocultar sus sentimientos.

Después del tratamiento primario queda poca cólera porque, creo, la cólera es la esperanza al revés. La esperanza de este tipo de cólera es la de convertir a los padres en personas decentes, sensibles. Por ejemplo, la fantasía de algunos pacientes míos que habían recibido la terapia convencional, era la de ver a sus padres y enfrentarlos con los abusos que habían cometido con sus hijos. Pero implícita en esa confrontación está la esperanza de que los padres vean lo horrible que han sido y se conviertan en individuos nuevos, afectuosos.

Si queda cólera en los pacientes primarios, lo considero como un signo de neurosis. En primer lugar, porque implica una esperanza irreal. En segundo lugar, porque la cólera implica que el niño pequeño aún tiene deseos y no se ha separado de los padres. No hay cólera adulta, si es que el paciente es un adulto real, por la misma razón de que el paciente no se enojará por las extravagancias neuróticas de cualquier persona que conozca. Será un adulto que verá objetivamente la neurosis de sus padres. (La objetividad es la ausencia de sentimientos inconscientes que hacen

que una persona desvíe la realidad de su dolor hacia la satisfacción de la necesidad). Serán simplemente otros dos adultos con neurosis. Sólo hay cólera contra los padres cuando una persona quiere que cambien y sean lo que ella necesita. Cuando las necesidades son sentidas, desaparecen, y la cólera también.

Lo que existe en los pacientes primarios es la gran sensación de tragedia por la pérdida de la infancia. Hay al mismo tiempo un gran alivio por la terminación de la lucha de toda la vida. Esos pacientes no están interesados en vengarse del pasado; están más interesados en dirigir su vida presente.

## Los celos

Los celos son otra cara de la cólera. También son determinados por el sentimiento de la falta de amor de los padres. Como al niño no le está permitido dirigir su hostilidad hacia sus padres, tiende a desviarla hacia sus hermanos. Pero por lo general el niño no está enojado con ellos; son sólo los símbolos, el foco del odio.

¿Por qué es tan colérico y celoso el niño? Quizá porque muy pronto los padres inculcan a sus hijos la noción de que el amor es algo así como una cantidad limitada que se gasta rápido. Dicen: “Mira a tu hermano. No ha dejado nada en el plato (virtud que siempre se me escapa). Tendrá el plazo más grande de torta”. O si no: “Mira a tu hermana. Ha limpiado su cuarto, así que irá al cine”. Como el niño ve enseguida que el amor es dispensado cuando se es “bueno” y no cuando se es malo, tal vez lo considere como un don especial. Los celos implican el sentimiento de parte del niño de que no obtiene su parte. Bajo este sentimiento está implícito el supuesto de que hay partes. Ese supuesto se da en los hogares neuróticos, en que los padres no dan libremente sino que tienden a distribuir “a condición de que”. El niño debe, pues, luchar por todo. Los niños pelean como las mujeres en las liquidaciones de las tiendas. Quizá se enojen con los otros porque amenazan su “porcentaje”.

Los celos de la infancia (“Quiero mi parte”) continúan en la vida. El niño celoso, ignorado por sus padres, crecerá y tendrá hijos a los que ridiculizará y castigará cuando exijan la atención de la madre. Los hijos pagarán el precio de obtener que la madre les preste atención en lugar de prestársela al padre. Sostengo que los celos continuarán hasta que la persona encuentre el contexto correcto de su cólera y la sienta plenamente. Entonces sus propios hijos ya no tendrán que sufrir por la infancia descuidada del padre. A menudo ese niño celoso, convertido en el adulto competitivo que quiere más de lo que tienen todos los demás, es el que no ve los defectos de su hijo porque debe tener “el mejor”.

A los que creen que los celos y la hostilidad son instintos naturales en el ser humano, sólo puedo decirles que los sueños de los pacientes post primarios (así como su comportamiento diario) están desprovistos de cólera y celos. Aunque fueran capaces de controlar la cólera durante el día, la mostrarían de noche, cuando se aflojan los controles. Pero no ocurre así. Esto indica que el concepto de un acervo instintivo de agresión sería erróneo; si algún “instinto” existe, es el de ser amado, es decir, ser uno mismo.

## El miedo

Cuando mi hijo tenía diez años, empezó a tener de pronto temores nocturnos y yo no podía entender por qué. Tenía miedo de un hombre en el armario. Ese miedo duró un mes, hasta que decidí tratar de llegar al fondo. Una noche, cuando se iba a acostar y me pidió que apagara la radio y la luz, le provoqué una reacción primaria. Lo hice hundirse en ese sentimiento doloroso y dejé que lo invadiera. Empezó a temblar, su voz se puso aguda y “espectral”. Repetía: “¡No quiero hacerlo, papito, duele mucho!” Insistí. Al hundirse en el terror, lo acucí para que gritara lo que

sentía. Seguía diciendo: “No puedo, no puedo”. Lo apuré para que lo dijera. Al fin dijo: “No sé cómo decirlo, papito. Mamita me sujeta por los pañales y trata de pincharme o algo por el estilo”. Le aterraba que lo pincharan y se sentía absolutamente indefenso. Dijo: “Nunca pensé que el hombre del armario fuera a matarme con una pistola o algo por el estilo; sentía que iba a sujetarme para estrangularme”. ¿Qué pasaba? Una tarde, justo antes de que empezara el miedo, estaba luchando con él y sujeté por los hombros. No parecía nada traumático y los dos nos olvidamos de la cosa, hasta esta reacción primaria, durante la cual su memoria volvió directamente a los ocho meses de edad. Recordaba la forma y el color de la cuna. Después del baño se agitaba mientras mi mujer trataba de ponerle los pañales hasta que exasperada porque él se le escurría, lo sujetó firmemente y con cólera. La experiencia lo asustó.

El miedo de mi hijo persistía, creo, porque había sentimientos de indefensión asociados con ese recuerdo que eran abrumadores en el momento.

La razón de que la fobia continúe reside en que sale del pozo primario del miedo. Para volver a un viejo tema: Los miedos neuróticos son miedos simbólicos. No se puede llegar a los miedos reales sin ayuda y apoyo, de modo que la persona debe establecer sustitutos. Así, se asustará de los ascensores, los sótanos, las alturas, los perros, los artefactos eléctricos, las multitudes, cuando en realidad sus miedos vienen del pasado. Podríamos decir que los miedos actuales son como sueños: un intento de racionalizar sentimientos generalizados de toda una vida que en el contexto actual son irracionales.

Pero se trata de algo más que de racionalizar ahora viejos sentimientos. Es una manera simbólica de administrar y controlar esos miedos. En cierto modo el neurótico debe pensar que si controla las cosas y las mantiene en frío, no tendrá más miedo. Entonces evita lo que teme, o lo que cree que teme. Deja de tomar aviones y evita las alturas.

Los miedos actuales –que a menudo tienen una cierta base razonable, como el miedo a los aviones- suelen ayudar al neurótico a evitar el hecho de que es simplemente un ser temeroso. Si se viera obligado a sentir su miedo constante, la vida podría resultarle intolerable.

Creo que hay dos razones claves para la elección de un miedo irreal (fobia). La primera es la existencia real de un verdadero trauma, tal como un accidente automovilístico o una mala caída desde un techo. Para el neurótico que sufre esa experiencia, el miedo a conducir o el de volar podría continuar más allá de lo razonable y durar toda la vida.

Lo que suele hacer el neurótico es generalizar a partir de una sola experiencia real a una amplia serie de experiencias que no guardan relación con el miedo original. Así, una persona que se ha caído de un techo evitará después los balcones altos aunque las dos cosas no se relacionan. De esta manera el neurótico se ve impedido a ampliar sus miedos porque un solo accidente ha abierto el pozo primario del miedo. Es lo mismo que el neurótico que ha tenido una mala experiencia con su madre y la generaliza a todas las mujeres. La generalización se produce porque los sentimientos originales no recibieron la respuesta (ni fueron resueltos) en lo que eran.

El segundo motivo para la contracción de una fobia sería el valor simbólico del miedo presente. Si una persona nunca se ha caído de un techo ni ha tenido un accidente, su pusilanimidad sigue exigiéndole que encuentre un foco adecuado para sus temores. Por lo general elegirá algún símbolo del miedo verdadero. El que se ha sentido aplastado por sus padres tendrá miedo quizá de quedar atrapado en lugares pequeños como un ascensor atestado. El que se ha sentido absolutamente descuidado por los padres tendría quizá miedo de los espacios grandes, abiertos, en los cuales puede errar el camino y sentirse perdido (es decir, tener el sentimiento original de estar perdido). Dicho sea de paso, este mismo individuo podría casarse con la persona que se hace cargo de todo, que le dirija y gobierne la vida para poder seguir representándose pero no sintién-

dose perdido y sin guía.

Así los intentos de enfrentarse con el miedo concreto sin relación con todo el sistema, sólo perpetuarían el sistema neurótico fragmentado y desviarían la concentración del paciente de la cosa verdadera.

Así como el neurótico debe ser colérico por no haber sido amado, todo neurótico debe ser temeroso en su interior.

Algunos niegan el miedo, otros lo proyectan en fobias y algunos lo representan en forma de contrafobias. El miedo hace señales cuando los dolores primarios están encerrados. Esto se comprueba porque cuando los dolores primarios ascienden, después de debilitarse una defensa, también asciende el miedo.

El miedo neurótico es el de perder la mentira que ha estado viviendo el sujeto. Todo desafío a la mentira evoca el miedo porque la mentira contiene la esperanza. Cuando una niña trata de ser un varón para papito, cuando trata por él de destacarse en los deportes y fracasa, se volverá ansiosa porque su “yo real” está asomando. Cuando un niño pretende ser el “caballerito” de mamá, se volverá ansioso cuando ella se burle de su lenguaje de chico por encontrarlo “vulgar y grosero”. Un paciente lo explicó así: “Siempre tuve miedo de que si gobernaba mi vida a mi manera, si hacía lo que quería y decía lo que pensaba, mis padres no querrían saber nada conmigo. Tuve que ser lo que ellos esperaban. Dejar de dirigir sus vidas para ellos (viviendo la mentira) significaba ser abandonado o totalmente rechazado. Esto era aterrador para mí. Me asusté de mí mismo”.

El paciente primario se asusta más cuando todo su juego neurótico está a punto de terminar. Nuestro objetivo es evocar esos temores para poder empujarlo adelante y hacerlo llegar a sus sentimientos reales. Tiene miedo de ser real; por eso es neurótico.

La relación entre el miedo y el dolor es importante. El individuo presenta una fachada para no ser herido. Si el individuo es exactamente lo que es, no puede ser herido y no necesita la ansiedad. La función del miedo, real o irreal, es apartarnos de las heridas. La única manera de vencer el miedo es sentir las heridas. En la medida en que no son sentidas, el miedo permanece.

## **La contrafobia**

La contrafobia consiste en hundirse en lo que más se teme. Por ejemplo, el que tiene miedo de las alturas se dedicará al paracaidismo acrobático para probar lo contrario.

La actividad contrafóbica debe ser compulsiva y continua porque la persona trata de negar un miedo real con una actividad simbólica. Creo que la contrafobia es una forma de neurosis más grave porque los sentimientos reales están tan profundamente enterrados que obligan a la persona a la representación total. La contrafobia indica, pues, un estado represivo más total. Conocí en la terapia a un paracaidista acrobático que tenía un miedo descabellado a la muerte. “Cada salto”, decía, “es como haber tenido una escaramuza con la muerte, y no estaba tan mal”. Cada uno de los saltos era un intento de calmar el miedo inconsciente. Lo que hacía compulsiva su actividad era que los miedos reales volvían de nuevo cada día de su vida y exigían nuevas pruebas de que realmente no existían. Después de romperse una pierna en un salto, sintió un gran alivio por no tener que seguir contestando la pregunta: “¿Tengo miedo?”.

La contrafobia es un rasgo general de la personalidad. Actuar contra un tipo de sentimiento significa a menudo ir contra otros diferentes. La sociedad contribuye también a que seamos contrafóbicos. Todos los días se nos dice que vencamos el miedo, que dominemos la frustración, que nos libremos de la incompetencia. Todo lo que tenemos que hacer es eliminar nuestros sen-

timientos.

Pero estos sentimientos constituyen nuestra vida. No hay manera de vencer la vida y vivir. En su momento, la cosa puede cobrar un significado literal, porque creo que los contrafóbicos, los que han sofocado tan profundamente los sentimientos de la vida, al fin pueden arreglárselas para hacerla volar de una u otra manera.

La contrafobia es lo que mantiene vivo el miedo. Negar el miedo significa tener que luchar contra él simbólicamente toda la vida. El que tiene una fobia por lo menos reconoce que está asustado. Es ya un paso en el camino a la salud.

## **Los miedos infantiles**

Gran porcentaje de los miedos infantiles se producen cuando el niño está de noche en su cama. Los niños pueden tener coraje suficiente como para zambullirse desde un trampolín muy alto, pero aterrarse en la oscuridad. La razón reside en parte en que el niño está solo consigo mismo. El miedo es de la misma especie que el que sienten los pacientes pre-primarios cuando los aislamos en una habitación de hotel, el miedo del “yo”. El niño niega a menudo el yo proyectándolo fuera de sí mismo, diciendo que está asustado de los ladrones. Su mente se concentra en causas aparentes: el crujido de una hoja, el golpeteo de la puerta de una cochera, una sombra en la pared. Cada ruido, cada sombra contribuyen a justificar un miedo latente.

Los padres deben cuidar de no quitarle a un niño sus miedos. Es fácil decirles: “No hay nada que temer. No hay nadie en el armario. No seas un nene. No te dejaré las luces encendidas. Dejate de tonterías”. Todo esto significa enterrar el miedo que se manifestará en forma de enuresis o de trastornos físicos. Si los padres no pueden entender la razón del miedo del niño, es preferible aceptarlo como sea antes que sofocarlo.

Muchos hemos padecido terrores nocturnos de niños y la mayoría no nos hemos librado nunca de ellos. Todavía estamos asustados del cuco, encerrado en el armario, pero en lugar de temerle, tememos alguna vaga conspiración de un país o un grupo de nosotros. El contenido del miedo aparente cambia, pero no es ese contenido el que importa. Necesitaremos al cuco de una y otra manera mientras no estemos bien.

¿Qué hay en el hecho de estar solo en la oscuridad que provoca ese miedo? Hay el conocimiento incipiente de que el sueño está cerca y esto significa que se bajará la guardia dejando pasar todos los demonios contra los que se ha estado protegido durante el día. No hay nada intrínsecamente temible en sentirse uno solo. Pero el neurótico que huye de su yo o se defiende contra él tiene miedo. Debe hacer funcionar la radio o la televisión para no sentirse solo. “Solo” quiere decir algo diferente para el neurótico, algo distinto de lo que significa para el normal. “Solo” significa la falta de apoyo, la protección y el amor de los padres, y contra eso hay que defenderse. Los miedos de los niños se exacerbaban cuando los padres se despiden a la noche; entonces puede surgir ese miedo a la muerte que se asocia con el sueño, porque estar sin protección en la primera infancia puede significar la muerte.

## **Discusión**

Como el sentido de las fobias es simbólico y por lo tanto típico de cada persona, no tienen significados universales. Dos personas con la misma fobia pueden tener razones explicativas enteramente distintas. El miedo a las alturas puede significar para un individuo el no tener los pies en el suelo (falta de apoyo), mientras que para otro quizá sea el miedo de saltar. Es posible pasarse la vida tratando de imaginar los significados de las fobias. El núcleo debe estar en lo real: los miedos reales. Volver reales los miedos es hacer innecesarias las fobias.



La hipótesis primaria quedaría confirmada por el hecho de que las fobias desaparecen para no volver en forma alguna, una vez que se ha sentido el miedo real. Insisto en que no todo comportamiento irracional puede ser resuelto por la irracionalidad; no hay lógica, no hay hechos capaces de disuadir de una conducta irracional. Las situaciones corrientes no exigen un comportamiento irracional en las personas normales. La base de las fobias (temores primarios) es algo real; sólo el contexto actual las vuelve irracionales.

Es tentador creer que alguien puede ayudar a eliminar un problema actual de un u otra manera. La idea de aconsejar a los neuróticos y de darles folletos sobre la cuestión (la metedrina destruye el tejido hepático, por ejemplo) es a mi juicio descaminada. La información tiene cierto valor, pero la gran fuerza que impulsa el comportamiento irracional es la fuerza primaria. Unos pocos hechos salpicados aquí y allá no harán refluir la ola primaria. Aconsejar a alguien que sea bueno con su mujer y con su hijo no va a significar mucho para quien se ha pasado muchos años conteniendo el furor que espera un alivio y una solución. Debemos tener presente que no nos ocupamos del miedo o la cólera; nos ocupamos de gentes que tienen miedo. La terapia primaria consiste, en esencia, en ayudar a la gente a vivir experimentando los grandes miedos de las primeras experiencias para que puedan sentirlos ahora sin ningún temor.

## **El suicidio**

El suicidio es intentando, en mi opinión, cuando todas las formas en que el individuo trata de matar su dolor resultan nulas. Cuando la neurosis no consigue aliviar el dolor, el sujeto puede verse obligado a adoptar medidas más drásticas. Quizá parezca paradójico, pero el suicidio es el último refugio de la esperanza para el neurótico decidido a ser irreal hasta el fin.

Una mujer de veintinueve años que se sometió a la terapia había atentado contra su vida varios meses antes del tratamiento. Su novio la había dejado por otra. Ella suplicó, rogó y por último lo amenazó, sin resultados. Entonces se volvió a su casa, la limpió, se duchó, se puso un camisón limpio y tomó noventa píldoras de somnífero. Contó metódicamente las píldoras en montoncitos de media docena, sintiéndose totalmente separada de lo que estaba haciendo. Dijo: “Me sentía extrañamente separada de todo, como si no me estuviera sucediendo a mí. Sólo cuando empecé a sentir que mi respiración aminoraba me asusté, llamé a mi amigo y le pedí que me mandara un médico.”

Cuando el amante de esta mujer la dejó, se sintió no querida. Aunque quizá se hubiera convencido a sí misma que intentaba matarse por lo que le estaba sucediendo en ese momento, la pérdida actual parecía haber acentuado el sentimiento de los años en que no había sido querida. Cuando él la abandonó, ella empezó a experimentar nuevamente el vacío que había sentido de niña. Rechazada por sus padres, había llegado a sentirse fea e imposible de ser querida; estaba segura de que había algo muy malo en ella para que la descuidaran tanto. Usaba a su amante para tapar ese terrible sentimiento. Pero cuando él la abandonó –viendo la imposibilidad de llenar el vacío dejado por una vida de rechazo–, se vio obligada a volver a aquellos sentimientos de rechazo, de desesperanza. Trató de matarse antes de sentir el choque brutal de aquellos sentimientos.

La neurosis es el suicidio psicológico. Si uno ha renunciado a todo o parte de la propia vida (los propios sentimientos) por los padres para ser querido, no es un paso demasiado grande matar ese yo de una manera más literal. Cuando falla la neurosis, se piensa en el suicidio.

Debe recordarse que la neurosis salva y mata a la vez. Protege al yo real de una mayor desintegración, pero al hacerlo, entierra ese yo real. Entonces el niño crece aferrándose a un yo irreal, que paradójicamente lo estrangula y le quita la vida.

El suicidio es la esperanza; es representar a fin de matar el sentimiento ascendente de la des-

esperanza. Es a menudo un desesperado intento de evitar el sentimiento catastrófico de no interesar de verdad a un solo ser humano en esta tierra. En el momento mismo en que la persona, a través de su intento, está diciendo: “Renuncio”, también dice: “Los obligo a preocuparse, aunque sea la última cosa desesperada que hago”.

A veces el intento produce el resultado deseado. La gente empieza a llamar; acudirá la familia; todo el mundo lamenta no haber comprendido lo desesperada que estaba la persona. Pero cuando los amigos interrumpen las visitas, cuando la familia se va, el suicida potencial se queda de nuevo solo con el yo que está dispuesto a destruir antes que a sentirlo.

Hay, desde luego, tentativas muy serias de suicidio que tiene éxito. En tales casos el individuo puede haber sufrido un trastorno mental tan grave que no puede distinguir entre lo real y lo irreal. Aun entonces, en los dominios interiores de su mentalidad enfermiza, quizá abrigue la esperanza de que gracias a su muerte los “otros” al fin vean y sientan.

Cuando observamos de cerca el odio del individuo por sí mismo y los intentos resultantes de autodestrucción, descubrimos que lo que verdaderamente es objeto de desagrado es el yo irreal. Como el suicidio es, en la mayor parte de los casos, un acto irreal, debemos suponer que es perpetrado por el yo irreal. El momento del suicidio parece llegar cuando ni el yo irreal ni el real son amados. Lo que debe hacerse con el presuicida es, en mi opinión, ayudarlo a sentir el yo que quiere destruir, a sentir el “Si nadie me quiere, moriré”, con toda su intensidad. Una vez que siente que el yo no querido no es realmente una amenaza para su existencia, es improbable que quiera destruirlo.

Lo que el presuicida y el que intenta suicidarse suelen recibir es ayuda para tapan el sentimiento mismo al que se le acercaban. Quizá encuentren el camino en una clínica para situaciones de crisis donde se procurará remendar las cosas, tranquilizar al paciente y mantenerlo en funciones. A menudo se le prescriben droga que lo ayudan, alejándolo así de sus sentimientos. Pero lo que hay que ordenar son esos sentimientos para suprimir el yo irreal que actúa de un modo irracional. Sostengo que el peligro viene del yo irreal, histriónico, y es este yo irreal el que parece sostenido por la próxima crisis. Supongo que mientras el individuo tenga un terapeuta a quien aferrarse, el peligro de suicidio será mínimo. Pero cuando el paciente deja al terapeuta, ¿qué razón hay para creer que no sigue siendo autodestructivo y con tendencia al suicidio? Si no ha sentido la agonía del niño no querido, desesperanzado, que ha dentro de él, quizá quiera inconscientemente matarlo.

Las clínicas para situaciones de crisis se dedican a reforzar temporalmente el mecanismo de defensa del paciente cuando no puede manejarse en la vida de la manera habitual. ¿Pero no se trata justamente de suprimir esa “manera habitual” en vez de reforzarla? Reforzar el mecanismo de defensa contribuye a deshumanizar al sujeto, porque, a mi juicio, lo aliena de sus sentimientos más profundos. Desde luego, existen consideraciones prácticas; se puede aducir que no hay tiempo suficiente para hacer lo que se puede conseguir rápidamente con un método de crisis. ¿Y si el individuo no quiere cambiar radicalmente? Creo que todos tienen derecho a ser irreales, pero por lo menos hay que informar al paciente de que existe otra posibilidad que no sea la de pasar de una tentativa de suicidio a la siguiente.

Debemos considerar asimismo los efectos que tiene para la sociedad el permitir que un suicida potencial ronde por las calles. Al volante de un coche, decidido a terminar con todo, quizá se lleve a alguien más consigo. El que desprecia su vida es probable que no considere intrínsecamente preciosas las vidas de los otros.

En este sentido, es significativo señalar que los pacientes primarios no piensan en el suicidio. Llegan a valorarse a sí mismos y no desean hacer peligrar sus vidas. Aprenden que el yo real es

un yo “bueno” y no hallan razones para perjudicarlo.

Parece incongruente decir que el objetivo de matarse es vivir, pero por mi experiencia con los que intentan suicidarse es difícil llegar a otra conclusión. Hay excepciones –como los enfermos crónicos-, pero por regla general, la tentativa de suicidio es una súplica más del sujeto para que lo quieran. En este sentido, la tentativa de suicidio es un llamado a la vida.

# LAS DROGAS Y LOS DROGADICTOS

## **El ácido lisérgico (LSD-25)**

Para muchos jóvenes, el LSD (conocido también con el nombre de ácido) es un modo de vida. Los efectos del LSD parecen ser tan profundos, tan místicos al mismo tiempo, que se ha convertido en un culto, en una Weltanschauung. Los crónicos suelen hablar del “gran viaje al espacio interior”. Otros dicen “el viaje a la realidad”.

Creo que el LSD proporciona un viaje a la realidad en el sentido de que estimula la intensidad de la sensibilidad real. Pero el neurótico hace con esa realidad lo que hace con la realidad en general: cambiarla en algo simbólico.

No hay duda de que el LSD estimula la sensibilidad. Tenemos pruebas clínicas de ello. Recientemente se administró LSD a un grupo de monos que luego fueron sacrificados para hacerles la autopsia. La mayor concentración de droga se halló en los sectores del cerebro relacionados con la sensibilidad.

El problema del LSD es que abre artificialmente al individuo a una realidad mayor de la que puede tolerar dentro de su sistema neurótico, dando por resultado una pesadilla diaria: la psicosis. La defensa está allí por una razón: mantener la integridad del organismo. El LSD trastorna el mecanismo de defensa con el resultado trágico de que los adictos llenan las salas de las clínicas neuropsiquiátricas de todo el país. Por lo general, cuando pasa el efecto de la droga, el mecanismo de defensa del neurótico vuelve a funcionar. Pero en los casos en que el mecanismo de defensa es débil, puede no ocurrir así.

La fortaleza del mecanismo de defensa unido a la dosis ingerida determinará en líneas generales la forma de reaccionar al LSD. Puede ocurrir que una persona con un sólido mecanismo de defensa no tenga reacción alguna a la droga. Suprimir artificialmente un frente defensivo débil cuando hay un gran acopio de dolor primarios, es producir una precipitación abrumadora de estímulos.

En las primeras investigaciones sobre el LSD, se le llamaba agente psicossomático (imitador de la psicosis). Se lo usaba para estudiar la psicosis. Se lo usaba para estudiar la psicosis. Al principio no causó gran preocupación porque se creía que la droga misma era la que producía la psicosis y que al suprimirla la psicosis desaparecía. Pero al no ocurrir así, el entusiasmo se desvaneció. Por eso LSD fue proscrito de la investigación así como del uso general.

Creo que el LSD no sólo imita la psicosis sino que produce una locura real, aunque a menudo transitoria. Además no creo que las propiedades intrínsecas de la droga tengan nada que ver con la producción de reacciones raras, salvo en la medida en que estimulan la sensibilidad más de lo que el sujeto es capaz de asimilar.

Según mis observaciones, el LSD no parece ser un alucinógeno para la persona normal. Tampoco es una droga psicotomimética, salvo para los que tienen dolor primario.

Pero el LSD no permite establecer sólidamente las conexiones. Y sólo las conexiones aseguran un cambio duradero. Las conexiones no pueden establecerse bajo los efectos del LSD por muchas razones; la más importante es que la conexión significa experimentar el dolor primario. Bajo los efectos del LSD la persona puede sentir algo y varios minutos después no estar segura de que haya ocurrido. La droga conduce de un sentimiento fugaz a otro, ningún sentimiento en particular se ancla sólidamente en la conciencia. Para la experiencia completa de un sentimiento es preciso una conciencia plena; si no, es una masa de sensaciones que algunas personas toman por

sentimientos. Un paciente lo expresó así: “Las reacciones primarias son más seguras que el LSD. Cuando uno ha tenido un sentimiento durante una reacción primaria, puede durar una hora, y después uno puede enganchar con acontecimientos de la propia vida, por qué hizo esto y aquello, por qué criticó de este o de otro modo a su amiga, y así sucesivamente. Con el LSD yo seguía y seguía. No podía concentrarme el tiempo suficiente en algo. La droga producía al mismo tiempo tantos impulsos, que un sentimiento incipiente llevaba a otro en una cadena interminable, hasta que creí volverme loco”. Lo que decía, en efecto, es que las drogas tienden a nublar la conciencia; incluso el LSD, que se supone que acentúa la conciencia, produce un estado drogado.

Lo que el LSD no hace, en resumen, es permitir que se produzca el proceso concreto de desciframiento en el que ciertos sentimientos se vinculan con recuerdos especiales y entonces se resuelven. El hombre del zumbido en la boca había hecho diez viajes con el LSD y nunca había sentido su significado verdadero. Fue necesaria una reacción primaria para establecer la conexión correcta.

Algunos viajes con LSD son experiencias temibles o muy depresivas. El sujeto está dominado por el temor a los monstruos, o ve arañas que se le suben encima. Para sacarlos del viaje, es preciso darles tranquilizantes como la clorpromazina. En los hospitales psiquiátricos se usan también ampliamente los tranquilizantes para reducir las alucinaciones y las ilusiones. Lo que se tranquiliza en estas situaciones es, a mi juicio, el dolor primario, reduciendo así la necesidad de simbolizar. El tranquilizante alivia la agitación del paciente y le da una posibilidad de recobrar, es decir, de volver a tapan el dolor y de ese modo recobrar su neurosis. Los viajes malos con LSD acercan al paciente peligrosamente al dolor.

## **La marihuana**

Los efectos de la marihuana dependen de tres factores: 1) la dosis (cantidad que se fume); 2) la profundidad del sistema de defensa; y 3) la cantidad de dolor primario que ese sistema de defensa proteja. Con dosis suficientemente grandes de marihuana se puede producir una reacción completa semejante casi a la del LSD, con alucinaciones e ilusiones. Esto ocurre si hay un gran dolor subyacente que exige una gran huida simbólica o si el sistema de defensa es particularmente vulnerable.

No es raro, por ejemplo, hay alguien que ya haya tomado LSD haga de nuevo un viaje pasando a un estado psicótico momentáneo (y a veces no tanto) con el uso subsiguiente de la marihuana. El viaje original con LSD sería el principal asalto importante contra el sistema de defensa, que acerca al sujeto a su dolor; el uso subsiguiente de la marihuana puede derribar todo el sistema neurótico. Por eso el uso continuo tanto del LSD como de la marihuana son peligrosos. Una paciente que después del LSD había tomado marihuana, empezó a tener un miedo obsesivo de ser dividida en dos por una navaja. Después empezó a temer constantemente que la cama la envolviera mientras dormía. Esos símbolos se volvieron compulsivos y obsesivos porque el sistema de defensa contra el miedo había quedado debilitado por las drogas. Pronto esos temores se hicieron tan insistentes que fue necesario una reacción más simbólica y la persona quedó completamente aniquilada.

Por lo general, los viajes con marihuana son agradables porque bajo los efectos de la droga el sistema de defensa sólo “se pliega” pero no se sacude como con dosis fuertes de LSD.

No es un secreto que hoy muchos jóvenes se sienten atraídos por la marihuana. Por alguna razón la sociedad ha decidido que la manera de resolver el problema es condenar la droga en lugar de buscar las causas por las que se la usa. Pero muchas veces si el neurótico toma marihuana es porque sentir hace bien. La marihuana produce, aunque en menor escala, el mismo efecto que el LSD: estimula la sensibilidad. Muchos jóvenes no conocen honradamente otra manera de llegar

a sentir, salvo mediante las drogas. Debido a tempranas experiencias que los anularon, han tenido que recurrir a las drogas. La cuestión no reside en aquello que los hace funcionar. El problema reside en lo que los ha anulado.

Lo que le ocurre a mucha gente con el uso de la marihuana y el despertar de sentimientos es que las defensas se agrandan. La persona empezará a reírse estruendosamente (porque puede sentir, aunque no sea el sentimiento real) o a comer vorazmente. Lo que en esencia hace la droga es volver a colocar a la persona en su cuerpo. Esa risa incontrolable, por ejemplo, es una experiencia corporal mucho más plena para muchos neuróticos que la risa sin la droga. Pero los pacientes post-primarios ya no necesitan marihuana o drogas para sentir su cuerpo, lo cual me parece una solución mucho mejor par el problema de las drogas.

## **El exceso de comida**

Sitúo el exceso de comida entre las adicciones porque la persona que debe comer continuamente usa por lo general el alimento como un factor de relajación, a semejanza de la administración continua de drogas tranquilizantes. El sujeto suele comer no por hambre sino movido por un impulso incontrolable que habitualmente lo arrastra cuando está solo y debe pasar el tiempo consigo mismo. La grasa causada por el exceso de alimentación parece formar literalmente una capa aislante contra el dolor. Por este motivo los obesos suele ser pacientes difíciles para la terapia primaria.

Cuando se come más de lo debido, es evidente que lo que se come no es alimento sino algo simbólico. Algunos pacientes hablan de llenar el vacío interior para no sentir el vacío de la propia vida. Otros creen que el niño frustrado que llevan dentro aún tiene necesidades orales que deben satisfacerse. Como dijo un paciente: “Como para ese pobre chico despojado”.

El sobrealimentado correrá peligro mientras no sean sentidas casi todas sus necesidades reales. Una paciente me dijo: “Si adelgazara y la vida no fuese mejor que cuando era gorda, realmente perdería toda esperanza. De gorda tenía una esperanza: ser delgada. Más aun, yo sentía que mi gordura era lo que la sociedad rechazaba, y no yo misma”. La esperanza contenida en la obesidad varía según las personas. Una muchacha esperaba el día en que fuese tan gorda que su madre reconociera al fin que algo no andaba bien y le ofreciese ayuda. Otro dijo que debía tener algo que buscar y que eso era la comida. Fuera de las comidas su vida era completamente estéril.

La necesidad compulsiva de algo poco tiene que ver con el objeto mismo (en este caso la comida). La única manera de detener un apetito voraz es librarse de esas viajes necesidades.

Mientras el sobrealimentado pueda atenerse a comidas y dietas, no tiene que enfrentar o que anda realmente mal. Por eso no puede dar resultado ningún enfoque parcial del problema de la obesidad que parta de la escisión. Los que lo enfocan desde el punto de vista de la dieta, con píldoras, inyecciones y técnicas especiales, se ocupan sólo del cuerpo. El enfoque puramente psicológico, por otra parte, también es equivocado.

Un método que no sea psicofisiológico a la larga no dará resultado. Un colega que trabaja con un equipo de médicos dietistas me dijo que la recaída eventual en la obesidad entre sus pacientes es aproximadamente la misma que la recibida entre los drogadictos.







## LA PSICOSIS: CON DROGAS O SIN ELLAS

**M**i experiencia me ha llevado a la conclusión de que no existe el llamado “proceso psicótico” latente, ni extraños misterios escondidos en lo que Aldous Huxley ha llamado las “Antípodas de la Mente”. En el fondo de cada neurótico hay una realidad dolorosa: la cordura (cuando es sentida). La locura, en este sentido, es una defensa contra esa realidad aplastante. La gente se vuelve loca para no sentir su verdad. Esto es lo contrario de muchas teorías psicológicas que consideran al hombre como intrínsecamente irracional, controlado sólo por la sociedad. Todo lo irracional, los sueños, las alucinaciones, las ilusiones, me parecen armaduras para mantenernos seguros en funciones.

En cuanto a la gravedad de la psicosis, si el yo no ha tenido seis o siete años para solidificarse antes de que se produzca la escisión, cabe esperar un yo o ego, como saben los freudianos, débil. Si se continúa negando al niño apoyo y amor y no tiene salidas para las heridas dolorosas, esos saltos a un yo ya debilitado darían por resultado un fuerte yo irreal que protege al niño indefenso. Entonces el yo irreal predomina, protegiendo al niño pero conduciéndolo a la psicosis. Este predominio del yo irreal (el yo insensible) explica la inercia que observamos en los neuróticos muy reprimidos y en los psicóticos. Están literalmente más muertos que vivos.

La psicosis es, pues, un ahondamiento de la escisión neurótica que produce una existencia de otra calidad. La prueba gráfica de la escisión es la paranoia, en que la persona ya no puede contener la disociación que hay dentro de ella y es incapaz de seguir usando el cuerpo como defensa. Entonces proyecta sus sentimientos fuera de sí mismo, poniendo en sus pensamientos en las cabezas de los demás o imaginando que están conspirando contra él o controlando sus pensamientos.

Aunque el contenido de la paranoia difiere en cada individuo, el proceso es el mismo: proteger a la persona contra el dolor intolerable. Por ejemplo, la persona que no puede soportar el sentimiento de su terrible soledad, conjurará a alguien que está siempre vigilándolo. Lo que piensa el personaje imaginario simboliza los sentimientos del enfermo. El paranoico puede creer que una camarera está pensando algo malo de él. Quizá durante la infancia sus padres hayan pensado constantemente mal de él, de modo que ha aprendido a ser cauteloso para protegerse de golpes psicológicos. Esa cautela habrá continuado haciéndole esperar un daño aun cuando no exista; así la memoria del pasado sobreimpuesta al presente da a sus reacciones actuales características raras. Esa rareza es la incapacidad para distinguir el pasado del presente, lo interno de lo externo.

El paranoico todavía es capaz, en líneas generales, de establecer un contacto. Puede hablar del precio de los tomates, o citar los puntajes del campeonato mundial. Sólo asomará su extravagancia cuando la parte tocada sea la del yo tapado. Con arreglo de la teoría primaria, cuando se ponen de relieve los sentimientos reales, el sistema irreal debe precipitarse a cambiarlos en símbolos.

El dolor del psicótico es inmenso porque su yo real, así como el irreal, no ha sido aceptado. La persona ha tenido pocos recursos a comienzos de la vida, salvo el de retirarse del mundo. Si hubiera de caracterizar con una frase la diferencia entre el neurótico y el psicótico, yo diría que el neurótico ha encontrado una manera de ponerse cómodo en el mundo (su fachada le permite seguir); nada puede poner cómo al psicótico, nada funciona.

Lo que ocurre cuando una persona se vuelve paranoica es que, por razones de tensión, el yo irreal ya no puede mantenerse entero y se “hace pedazos”. Esto ocurre cuando la mente no puede seguir conteniendo los sentimientos del cuerpo. En ese punto la psiquis se reconstruye en un nuevo nivel psicótico. Como dijo un paciente: “Uno se vuelve loco cuando no puede seguir haciendo funcionar la neurosis”.

La dialéctica de la paranoia, como en todo comportamiento irreal, consiste en que cuanto más nos acercamos a la verdad dolorosa, más lejos debemos huir. De modo que hay varias distancias de la realidad. Van de la mala interpretación de lo que se ve al hecho de ver lo que no está. Según la teoría primaria, cuando más cerca se está de los propios sentimientos, más cerca se estará de la realidad exterior, con más agudeza se verá en los demás y en los fenómenos sociales. Cuando más bloqueada esté la realidad interior, más errada será la percepción social. Entonces el paranoico, en su desesperada huida de su verdad, debe modificar su realidad exterior de una manera a menudo extraña.

El verdadero contacto con la realidad es siempre un proceso interior; las defensas se establecen contra el mundo interior, no contra el exterior. El esquizofrénico no está aterrado de los demás; los demás ponen de relieve los temores a sus propios sentimientos. Después de una reacción primaria, los pacientes se tocan la cara o tocan un mueble, por ejemplo, y observan que es como si hubieran tocado y sentido la realidad (la realidad exterior) por primera vez.

Las proyecciones paranoicas nos dan indicios de lo que ya en el pozo primario. Pero analizar esas proyecciones simbólicas, llegar al interior del sistema ilusorio, fingir con el paciente o tratar de sacarlo con engaños de su ideación paranoica irreal no puede, a mi juicio, dar resultados útiles. Al paranoico, como a cualquier ser humano enfermo, no se le puede explicar su dolor.

En la medida en que las categorías de diagnósticos de los psicóticos (catatónicos, esquizofrénicos, maníaco-depresivos y paranoicos) no influyen materialmente en la clase de tratamiento que reciban, ese diagnóstico será en general inútil. Si el individuo puede establecer un contacto interpersonal, probablemente sea posible tratarlo.

El concepto de la neurosis y la psicosis como defensa es esencial. Se produce un momento crítico cuando se despiertan los sentimientos, y la persona puede sentirlos o negarlos y enfermarse mentalmente en el proceso. El niño pequeño niega sus sentimientos –su yo real- y se convierte en otro, el que sus padres esperan que sea. Su neurosis es una defensa. El adulto que niega sus sentimientos primarios también puede destruirse y convertirse en otro; pero ese otro estará totalmente en desacuerdo con la realidad: Napoleón, Mussolini, el Papa. Una crisis nerviosa es análoga a una reacción primaria sin el terapeuta. Es empezar a experimentar los sentimientos primarios y huir aterrado a un lugar mental irreal. Una reacción primaria es esa misma quiebra de las defensas que deja salir el sentimiento.

Si el niño tuviera alguien a quien volverse con sus sentimientos primarios, alguien que lo ayudara a entender lo que está sintiendo, alguien que lo apoyara, habría posibilidades de que no se divirtiera en otro que no es. Análogamente, cuando el adulto tiene a alguien a su lado que lo ayuda a sentir y a entender sus sentimientos y que lo apoya en todo el proceso, no hay manera de que la escisión mental se transforme en psicosis. Sólo se hundirá en sí mismo, lo cual equivale a la salud, no a la enfermedad.

## **CONCLUSIONES**

***Qué asombroso me resulta descubrir que el lenguaje de mis sentimientos y el de mi intelecto me han estado diciendo lo mismo de diferentes maneras. Qué ejemplo de la división entre la mente y el cuerpo, la sensibilidad y el pensamiento... No ser capaz de comprender por no sentir; no ser capaz de sentir por no entender, miedo a lo desconocido.***

***BÁRBARA, una paciente.***

**L**a terapia primaria es esencialmente un proceso dialéctico en que el individuo madura cuando siente sus necesidades infantiles, recobra el calor cuando siente el frío, se vuelve fuerte al sentirse débil, reviviendo el pasado vuelve plenamente al presente y al sentir la muerte del sistema irreal retorna la vida. Es lo contrario de la neurosis en que el individuo tiene miedo y se comporta como un valiente, siente poco y actúa mucho, continuamente representa el pasado en el presente.

Creo que la terapia primaria funciona porque el paciente tiene al fin una posibilidad de sentir lo que ha estado representando de mil maneras durante toda su vida. Ya no tiene que actuar como un adulto, controlándose; puede ser lo que nunca se le había permitido ser, decir lo que nunca se había atrevido a pronunciar. Sostengo que la enfermedad es la negación del sentimiento, y que el remedio es sentir.

El sistema irreal era necesario al comienzo de la vida, pero nos estrangula y nos desvía después. No nos permitirá descansar o dormir sin terror o tensión. Este sistema irreal es el que debe administrar tranquilizantes al sistema real para impedirle gritar en un momento de descuido. El sistema irreal es el que rellena al real de alimentos que no quiere ni puede digerir. Es el que arrastra al sistema irreal a un círculo interminable de trabajo y proyectos. De una manera metódica, está matando literalmente al individuo. Entre tanto, suele hacer bien su trabajo. Mantiene a distancia el dolor, envolviendo al yo sensible en un caparazón tal que no puede sentir nada. La vida es un proceso de gestos que llevan a la muerte, con la sensación desesperante de que el tiempo corre y todavía no hemos empezado a vivir.

Mientras se deje subsistir una parte del sistema irreal, conservará su vigor y sofocará el sistema real. Es total en todo el sentido de la palabra, e insisto en esto porque muchas terapias serias se ocupan de fragmentos de neurosis en la creencia de que son entidades en sí mismas, sin relación con un sistema. Así hay clínicas para fumadores y bebedores, hospitales especiales para drogadictos, institutos de dietética, métodos de hipnosis, de condicionamiento de síntomas mediante el uso del shock o la recompensa, terapias de meditación y táctiles.

Para la terapia primaria debe desarraigarse todo el sistema. En caso contrario, veremos a un padre en una clínica de orientación jurando que se portará bien con su hijo delincuente, que le dedicará más tiempo y dejará de criticarlo, y así lo hará... durante seis meses, antes de volver a su neurosis. O un sujeto perderá muchos kilos en una clínica dietética, para recuperarlos en pocos meses. Los neuróticos pueden a veces reacondicionar la fachada (esto es literal en el obeso) por un tiempo, pero a la larga la neurosis gana.

Esta terapia se ocupa del sentir. No nos ocupamos simplemente de lo que sentimos hoy, sino de aquellos viejos sentimientos que nos impiden sentir el presente. Buscamos el sentimiento de los sentimientos, algo que el neurótico ha dejado atrás pero que se entromete todos y cada uno de los días de su vida, los sentimientos que dicen "Papito, sé bueno. Mamá, te necesito".

Esos sentimientos primarios son los que se sobreimprimen en la vida diaria y producen per-

turbación permanente. Son los sentimientos que ocasionan malos sueños, impulsan a las gentes a hacer matrimonios apresurados (desposamos la lucha) o producen poderosos impulsos perversos. Son los sentimientos intocados por sesenta o setenta años de experiencia vital. La curación sólo exige sentirlos.

Por curiosa contradicción, el neurótico, atrapado en el pasado, no tiene pasado. Está separado de él por el dolor primario. De modo que debe representar continuamente su historia día tras días. Por este motivo, no cambia demasiado en toda su vida. Es el mismo a los cuarenta años que a los doce, teje y desteje su lucha, ejecuta sus rituales neuróticos, expresa su neurosis en cada palabra que dice, encuentra nuevas fuentes para recrear la temprana situación de familia de sus primeros tiempos.

El hombre normal tiene una historia, una continuidad del yo en que el dolor no ha establecido un corto circuito. Tiene todo de sí mismo. Como el neurótico, es arrastrado por su pasado, su desarrollo –tanto mental como físico- es a veces defectuoso. Su cuerpo y su mente no se desarrollan con fluidez, de modo que podemos comprobar un crecimiento físico retardado. Una vez superado el rezago, observamos cosas tales como una barba que crece por primera vez en hombres maduros, una actividad sexual real y todas las pruebas indiscutibles que he visto de un cambio psicofísico completo. Diversas teorías psicológicas se ocupan del crecimiento, pero me pregunto si se refieren al crecimiento de la persona en su totalidad.

La caída espectacular de la presión sanguínea, los cambios de la temperatura del cuerpo en descanso y la disminución del ritmo del pulso me han convencido de que los individuos que han completado la terapia primaria no sólo llevan una vida más sana sino que gozarán de mayor longevidad. Aparte de las otras razones para ser real, pienso que la irrealidad mata. Parece desgarrar literalmente el cuerpo en dos, suprimir ciertas hormonas, estimular otras, acelerar la mente y mantener el cuerpo en una noria.

Ser real significa estar relajado, sin depresiones, fobias o ansiedades. Desaparece la tensión crónica, y con ella las drogas, el alcohol, el exceso de comida, el cigarrillo, el exceso de trabajo. Ser real significa no tener que actuar ya simbólicamente.

Ser real significa ser capaz de producir sin los habituales bloqueos que atormentan a otras personas que podrían ser creadoras. Significa tener relaciones que no nos exploten de modo que al fin se puede romper el molde y producir nuevos seres humanos que puedan realmente estar satisfechos. Ser real es haber satisfecho las propias necesidades y ser capaz de satisfacer las de los demás.

La necesidad es lo básico. Los niños necesitan. Lo que ellos pueden relacionar al comienzo de su vida es la necesidad. Se puede desviar la necesidad, reprimirla, ridiculizarla, ignorarla, pero todo es inútil porque eso no la cambiará un ápice. Así, la necesidad básica frustrada puede convertirse después en la necesidad de beber, de tener una actividad sexual o de comer desmedidamente, pero la necesidad real está siempre allí volviendo compulsivas e inoportunas las necesidades sustitutivas. Eso es lo que busca la terapia primaria: sentir la necesidad.

Cabe pensar que en una sociedad normal en la que se reconozcan y satisfagan las necesidades reales habrá poco comportamiento irracional de que ocuparse. No harán falta tantas reglas (las obligaciones) porque las personas normales entenderán la conciencia de aminorar o detenerse en los cruces y no necesitarán conducir peligrosamente. Respetarán los derechos de los demás y no tendrán interés en suprimir la vida de nadie.

La represión del sentimiento y de la necesidad exige una buena dosis de control. Cuando no se confía en un sistema real, cada elemento del comportamiento debe ser verificado, examinado y

finalmente controlado. El control es necesario para contener el sistema real. Pero la enfermedad exige sus síntomas. De modo que un control aquí o allá significa un síntoma diferente en otra parte. El control total significa la acumulación de presión interna hasta que el sistema mismo se rompa o estalle.

En una sociedad irreal, los que muestran menos sensibilidad serán tenidos por modelo, en tanto que quienes la demuestran abundantemente son a menudo calificados de “histéricos” o hiperemotivos. Parecería lo contrario. Pero en un medio irreal, del desapasionamiento es seguro y la pasión sospechosa. Esto se ha extendido tanto que en nuestra sociedad los mismos médicos, los psicológicos y psiquiatras, han sido adiestrados para no mostrar emoción alguna. Se los ha preparado para que reflejen impávidos el sentimiento, en lugar de ser provocados dinámicamente. Un niño criado por padres indiferentes, por lacónicos héroes cinematográficos, por maestros y profesores, que son a menudo la esencia misma de la impavidez, debe terminar pidiendo ayuda a un terapeuta.

La terapia primaria insiste en que las medidas reformistas de las terapias tradicionales sólo ayudan a canalizar nuevamente la neurosis pero la dejan intacta. A mi juicio, las terapias de la introvisión, laboriosas y consumidoras de tiempo, mantienen al individuo en el proceso (más precisamente, en la lucha) por ponerse bien sin conseguirlo nunca.

Supongo que la terapia tradicional ha sido aceptable para los intelectuales de clase media porque en general es un enfoque delicado que puede provocar sentimientos punzantes sin desacomodar la estructura básica. Con harta frecuencia la enfermedad intelectual de explicar y entender parece haber sido inconscientemente exacerbada por un proceso terapéutico que tiene que ver principalmente con la explicación.

Está implícito en el método de la psicoterapia tradicional que podemos entender nuestros sentimientos y necesidades inconscientes, y cambiar haciéndolos conscientes. Según la teoría primaria, la conciencia es el resultado del sentimiento; el simple hecho de conocer las necesidades no resuelve nada. Ello se debe a que las necesidades (y las expresiones negadas, tanto verbales como físicas, llegan a serlo mientras no se resuelvan) no residen en un comportamiento estanco del cerebro. Debe ser sentidas con todo el organismo, porque traspasan el cuerpo entero. Si no fuera así no habría síntomas psicósomáticos. Si es cierto que la tensión es la necesidad primaria desconectada y que se encuentra en todo el sistema, está claro entonces que las necesidades lo son del sistema. De otro modo tendríamos que concluir que las necesidades residen en un repliegue del cerebro solamente y que bastaría con hacer consciente lo inconsciente.

Además, las necesidades no sólo tienen que ser experimentadas en la totalidad de un cuerpo, sino que deben ser revividas como eran. El paciente primario adulto puede al fin librarse de sus necesidades porque han ocurrido en su infancia y una vez resueltas, ya no lo son para el adulto. Un paciente era el “nene bueno” de mamá en sus primeros tiempos de vida, cuando no se orinaba encima. Creció orinando muy poco. Durante la terapia empezó a orinar casi todas las horas hasta que revivió los primeros tiempos en que tenía la necesidad de orinar pero se contenía para ser querido. Entonces la necesidad desapareció para siempre.

Aunque el mundo de hoy es indeciblemente trágico, parece tener un sentido insuficiente del horror. Quizá la neurosis explique qué permitamos la existencia de tales atrocidades, que cada uno de nosotros huya de su horror personal metiéndose en un revoltijo enloquecido. Por eso los padres neuróticos no ven el horror de lo que hacen con sus hijos, por eso no pueden comprender que están matando lentamente a un ser humano. Nunca ven a ese ser humano. En la sociedad, el resultado de este mecanismo de negación en masa es semejante a lo que ocurre dentro de los individuos: un comportamiento sin relación con la realidad. Eso es lo que permite el lavado de cerebro en tantos de nosotros, ver y oír sólo lo que alivia nuestro dolor, robando la sensibilidad

a nuestro cuerpo.

Cuando un sistema irreal no puede satisfacer las necesidades, debe ofrecer la esperanza y la lucha en cambio. Así los individuos estarán dispuestos a olvidar las necesidades reales para perseguir valores simbólicos: poder, prestigio, situación social y éxito. Pero la satisfacción simbólica nunca puede ser suficiente porque la necesidad subsiste.

Diversos psicólogos y psiquiatras han abandonado las escuelas doctrinarias de la psicoterapia y ya no se clasifican como freudianos o jungianos, prefiriendo un criterio ecléctico. Lo que no parece bien entendido es que el eclecticismo puede ser un solipsismo a la inversa, en el que casi todo puede ser cierto porque nada lo es. Yo diría que el eclecticismo es una defensa contra la creencia en una sola realidad; alimenta la ilusión de que estamos abiertos a todos los criterios. Pienso que lo que ha ocurrido a la psicología es que se ha separado del sentimiento de los pacientes individuales y ha urdido hipótesis sobre ciertos comportamientos, basadas en investigaciones sobre animales o en teorías no han resultado a menudo mejores para explicar y predecir los procesos psicológicos que la visión del paciente acerca de su propio comportamiento.

Quizá no deberíamos esperar que los psicólogos fueran diferentes del resto. Las teorías que adoptan son simplemente visiones sofisticadas del hombre y su mundo. Esas ideas deben encajar con el resto de las concepciones del psicólogo, es decir, deben ayudar a sostener el sistema de defensa y contener el dolor (la verdad). De manera que a menos que el psicólogo esté bien indefenso, es improbable que adopte un criterio basado en la falta de defensas y en abrir a los pacientes al dolor total. Tratar de que un psicólogo bien defendido adopte un nuevo sistema de ideas sobre los individuos sería como tratar de explicarle a un paciente sus ideas irreales, explicándole su dolor.

En líneas generales, la psicoterapia se ha ocupado hasta ahora de interpretar. Se sobreentiende que los psicólogos son los poseedores de un cuerpo especial de verdades acerca de la existencia humana. Pero no sólo pienso que no existen esas verdades universales, sino que no creo que haya verdades especiales que una persona pueda entregar a otra. A mi juicio los problemas psicológicos sólo se resuelven desde adentro, no desde afuera. Nadie puede decirle al otro cuál es el significado de sus actos. Así, las terapias de confrontación y encuentro tienen que fracasar en este sentido.

Y cuando un paciente es capaz de sentir, estoy convencido de que todos los diagramas, tests, esquemas y programas que hayamos establecido para entender el comportamiento humano serán innecesarios, porque no son más que la simbolización de las acciones simbólicas de los individuos. Propongo que evitemos el análisis y el tratamiento de lo que es irreal para ir directamente a lo real.

Me parece una lástima que los psicólogos hayan pasado tanto tiempo refinando sus descripciones del comportamiento humano (juegos y pasatiempos (convencidos de que así obtendrían las respuestas buscadas. Pero las descripciones no son respuestas. No explican el porqué; por detallada que sea la descripción, no nos acerca más a la respuesta.

Ahora que el lector ha llegado a este punto, quizá se pregunte quién puede aplicar correctamente la terapia primaria. Nuestra experiencia como adiestrados de psicólogos en el Instituto Primario nos dice que sólo los que se han sometido a esta terapia pueden aplicarla. Ello se debe a que la mejor manera de entender las técnicas y su efecto es recorrer todo el proceso. En segundo lugar, lo que es más valioso, para efectuar un trabajo eficaz con un paciente no debe haber un importante dolor bloqueado. El terapeuta que no sea psicológicamente sano quizá tenga un exceso de control y desvíe al paciente del lugar de su dolor. Si es él el que contiene su propio dolor, puede contener al paciente justo cuando necesita que lo empujen al borde de una reacción primaria.

Un terapeuta primario neurótico que se hace “el profesional” puede bombardear al paciente con introvisiones o vocabulario técnico. Si quiere agradar, quizá sea incapaz de asaltar el sistema de defensa del paciente. En todo caso, no debe despojar al paciente de sus sentimientos. Es fácil hacerlo; recuerdo que al comienzo de mi experiencia en materia de reacciones primarias, le dije a un joven que se lamentaba de la tragedia de su vida: “Usted apenas tiene veinte años. Le queda toda la vida por delante.” Lo despojé de su necesidad de sentir la tragedia de sus pasados veinte años.

El terapeuta primario no debe tener defensas. Ha de permitir que irrumpa en sus pacientes el dolor más sobrecogedor; si él tiene defensas (contra su dolor) no podrá hacerlo. Cuando el terapeuta tiene defensas, automáticamente se siente inclinado a calmar y tranquilizar al paciente cuando lo que hace falta es justo lo contrario. En todo caso, no creo que los pacientes necesiten que los tranquilicen. ¡Necesitan que se los deje ser lo que son, aunque esto signifique sentirse desdichados!

Un terapeuta irreal forzará inconscientemente al paciente a aceptar esa irrealidad. Su prestigio y posición representan la realidad para el paciente; aunque apenas hable con el paciente mes tras mes, su inescrutabilidad es a menudo aceptada como práctica corriente. Si el terapeuta es frío y lejano, el paciente lucha de nuevo por conseguir afecto; si es intelectualmente dominante, hay la esperanza implícita de que el paciente renuncie al intelecto. El paciente no debe estar obligado a actuar de una manera especial con el terapeuta; no debe sentir nunca que tiene que satisfacer necesidades del terapeuta, sea consciente o inconscientemente.

¿Cuáles deben ser las aptitudes profesionales de un terapeuta primario? Conocer algo de fisiología y neurología para no tratar una afección orgánica del cerebro como si fuera al psicológico. Conocer la metodología científica y saber en qué consiste la prueba. Aprender a no especular abstractamente sobre lo que ocurre dentro del paciente sino ser lo bastante abierto como para permitirle decir lo que es real.

Debe ser sensible e inteligente a la vez. Esto, desde luego, quiere decir que ha sentido dolor, lo cual lo capacita automáticamente para entender a los demás. Al sentir el ritmo de su propia vida podrá sentir las desarticulaciones de los demás. Será sensible y así sabrá cuándo el otro no lo es. Tendrá, en una palabra, cualidades que muchos de nosotros dejamos atrás en los primeros años de vida: la franqueza, la llaneza, la gentileza y la calidez.

No creo que un neurótico (una persona que no siente), por mucha teoría que sepa, pueda honestamente ayudar a un paciente neurótico. No puede saber cuándo un paciente tiene bloqueada su sensibilidad o cuándo la expresa, si él mismo (el terapeuta) tiene bloqueados sus sentimientos. Ser neurótico significa no vivir en el presente. El terapeuta primario debe estar con su paciente en cada minuto. Debe sentir cuándo asciende el sentimiento y cómo ayudarlo a seguir. No podrá hacerlo si está hilando complicadas explicaciones.

La irrealidad del terapeuta puede limitar la realidad que pueda llegar a tener el paciente, de la misma manera que la irrealidad de los padres determina en general la realidad que puede llegar a tener el niño. Lo que importa no es sólo lo que el terapeuta hace sino lo que es.

Existen técnicas primarias concretas, pero son inútiles en manos de un neurótico, aunque entiendan de fisiología, sociología y psicología.

EL terapeuta primario no se ocupa de un paciente “analítico” con deficiencias del superego, ni con un paciente “existencial” en crisis vital; en resumen, no se ocupa de categorías o tipos teóricos. Sabemos que cuando alguien solicita una terapia, se comporta habitualmente de un modo irreal. No vemos la necesidad de clasificar esas acciones y convertirlas en otra cosa, por ejemplo,

en una identificación psicosexual pobre. El terapeuta primario no trata a un compulsivo o a un histérico; trata a una persona que tapa sus sentimientos de cierta manera. No le interesa la cubierta misma sino como factor incidental; lo que le preocupa es solamente la realidad que hay debajo.

El paciente neurótico se ha pasado la vida haciendo cosas irreales y está en condiciones de seguir el ejemplo del terapeuta. Quizá busque seudopsicoterapias y seudopsicoterapeutas para hacer todos los gestos del que mejora sin sentir el dolor bien enterrado, como que él sabe a menudo que es necesario para mejorar realmente. La terapia es con demasiada frecuencia semejante al resto de su vida: símbolo de la cosa real, pero no la cosa real. Asistirá a clases sobre análisis de los sueños o a terapias especiales de grupo dirigidas por legos. Con harta frecuencia el neurótico que durante toda la vida ha tenido prisa, se inclinará por las terapias “rápidas”: seminarios de fin de semana, grupos de adiestramientos sensorial de seis semanas de duración, o programas de auto-comprensión. A menudo el objeto de esos programas es hacer de los individuos otras personas, cuando el problema, en mi opinión, es cambiarlos en lo que son.

La separación de la puerta de entrada y de salida del consultorio del psicoanálisis. Quizá el hecho de que ningún paciente ve a los demás, combinados con la falta de relojes en el consultorio, ha tendido a hacer de la terapia un espectáculo fantasmal, haciendo sentir al paciente que hay algo vergonzoso y secreto en las enfermedades de la afectividad.

El paciente sale muchas veces del consultorio con los ojos enrojecidos y despeinado, pero no veo la razón que otros pacientes no puedan ver esta realidad. Si el paciente se ve enojado y deprimido, ¿por qué ocultarlo? En realidad, los pacientes muchas veces dicen que los ha ayudado ver a otros que salían perturbados del consultorio. Así aprenden que detrás de esas puertas cerradas se estimulan la sensibilidad, no se la desalienta.

Cabe preguntarse por qué no se producen a menudo espontáneamente reacciones primarias en los consultorios de los terapeutas corrientes. Una razón importante puede ser la de que un psicoterapeuta recargado de trabajo difícilmente se tomará el tiempo que requiere un solo paciente para llevarlo a una experiencia profunda de la sensibilidad. Muchas veces el paciente está por llegar a algo importante cuando han pasado los cincuenta minutos y debe irse. En una sociedad en que “el tiempo es oro”, es difícil encontrar a alguien con tiempo suficiente para hacer un trabajo completo. En cambio el paciente primario observa lo tranquilizador que es saber que es el único en una terapia individual de tres semanas y que sólo su sentimiento pondrá fin a la sesión.

El tiempo no es lo único que se toma en cuenta. Si en la terapia tradicional ocurre algo desusado, como una incipiente reacción primaria, las más de las veces el terapeuta tratará de encajar el hecho en alguna interpretación teórica preconcebida, en lugar de dejar que la naturaleza siga su curso. El terapeuta primario debe permitirse a sí mismo perder casi tanto el control como su paciente. Debe estar dispuesto a dejar que ocurran cosas para las cuales no tiene una explicación inmediata. Además, es improbable que se produzca ese hecho desusado en el contexto de la psicoterapia en que sólo está comprometida la mente del paciente. (Considérese la simple circunstancia de poner al paciente en el suelo en vez de hacerlo sentar en una silla.) El terapeuta también debe estar dispuesto a moverse, lejos de su cómodo asiento.

Si el terapeuta pudiera dejar de figurarse a su paciente, le quedaría quizá tiempo suficiente para hacer un importante descubrimiento: no hay nada que figurar. El paciente que siente su dolor lo figurará totalmente, sin ayuda. Demasiadas veces los profesionales hemos puesto excesivo interés en tener razón, en aplicar nuestras teorías y hemos tenido a rienda corta a nuestros pacientes. Esto no quiere decir que la teoría no sea importante; si provocamos reacciones primarias días tras día es porque tenemos una teoría que nos guía. Pero ella debe salir de la observación.



Preveo la posibilidad de una gran apertura, a breve plazo, en el tratamiento de las enfermedades psicológicas. Dado el tratamiento relativamente breve de la terapia primaria, no veo razón alguna de que tengamos que seguir viviendo en una era de ansiedad.

Como necesitamos la cooperación y la ayuda de los especialistas en salud mental, una advertencia especial: Cuidado con la tendencia a incorporar la teoría primaria en teorías con las que los terapeutas se han familiarizado a lo largo de los años. Al recurrir a la terminología pasada para explicar las reacciones primarias, al vincularlas con algo dicho décadas atrás, se trata de ver la lucha neurótica bajo un viejo ángulo en lugar de otro nuevo. Aunque la teoría primaria tiene analogías con diversos enfoques diferentes, pudo que sea examinada, con arreglo a sus propios términos, en lo que es.

Creo, evidentemente, que hay una verdad, una realidad. La posibilidad de predecir los resultados de la aplicación de la técnica primaria me hace creer que el principio del dolor es una verdad fundamental que dicta el comportamiento del hombre. Evidentemente existe una serie de leyes que rigen ese comportamiento y en particular los procesos neuróticos, leyes tan precisas como las de las ciencias físicas. Así como hay muchas explicaciones de la gravedad, no debería haber miles de criterios para explicar la neurosis. No entiendo cómo puede haber tal número de teorías psicológicas, todas igualmente válidas, con su aporte de algo importante y verdadero. Si una teoría es válida, como creo que ocurre con la primaria, los otros criterios no lo son. Cuando digo que la neurosis es la representación simbólica de sentimientos tapados y que podemos eliminarla descubriéndolos, y cuando el destapar los sentimientos, como estaba previsto, eliminamos la representación neurótica, estamos validando nuestras hipótesis. Creo que la razón de que hayamos adoptado tantos criterios psicológicos para enfocar la neurosis es que no hemos establecido teorías capaces de predecir hechos.

La ausencia de infinitas posibilidades para explicar el comportamiento puede alejar a algunas personas. Es tradición liberal creer que un problema puede tener muchos aspectos y que nadie puede ser el poseedor exclusivo de la verdad. No se pondrán en duda las leyes físicas que producen la electricidad en sus hogares, pero se creará que el hombre es demasiado intrincado para ser regido por leyes científicas. Aceptar una respuesta significa dejar de lado la lucha por hallar la verdad. Nos parece más cómodo luchar.

Algunos prefieren el neurótico país de cucaña donde nada es absolutamente verdadero, porque así podemos apartarnos de otras verdades personales que duele demasiado. El neurótico tiene un interés personal en negar la verdad, y eso es lo que debemos enfrentar ante la declaración de que se ha hallado una verdad. Hallar la verdad es hallar la libertad. Significa hallar la elección neurótica que no es nada más que la anarquía racionalizada. El neurótico que quiere ser libre para ver todos los aspectos de la cosa, muchas veces no puede creer que pueda llegar directamente a lo verdadero, no a mi verdad sino a la suya. Sólo tiene que viajar al interior de sí mismo, que queda mucho más cerca que la India.

La ciencia es la búsqueda de la verdad, lo cual no impide hallarla. Con harta frecuencia nos contentamos en las ciencias sociales con verdades estadísticas antes que con verdades humanas, apilando casos para “probar” nuestro criterio, cuando, a mi juicio, la verdad científica reside en definitiva en la posibilidad de predecir, en conseguir que haya una cura, no simplemente en construir razonamientos teóricos para explicar después por qué alguien mejoró con esa terapia, por ejemplo.

Seguimos necesitando, y las planeamos, una buena serie de investigaciones complementarias sobre la teoría y la terapia primaria. Los resultados obtenidos hasta ahora son, o bastante promisorios como para persuadirme de que la terapia primaria obtendrá efectos duraderos en los pacientes porque significa, ni más ni menos, convertir a la persona en lo que realmente es. Una

vez que esto ocurre, el individuo no puede retirarse a su irrealidad aunque lo quiera. Recaer en la neurosis después de la terapia primaria equivaldría a perder la estatura que se ha ganado, la barba que al final ha crecido, o ver encogerse los pechos al tamaño que tenían antes de la terapia primaria, hechos improbables que nos recuerdan que no estamos curando una enfermedad mental sino psicofisiológica.

Confío ardientemente en que los profesionales adoptarán un enfoque revolucionario de la neurosis y quizá lleguen a ver qué ha pasado casi un siglo de psicoterapia sin hacer mayor mella en las enfermedades mentales. Debemos comprender que los métodos hechos de remiendos para derribar un sistema irreal no funcionan y nunca han funcionado de veras.

Al neurótico doliente que quizá considere demasiado abrumadora o demasiado difícil la terapia primaria para someterse a ella, le diré solamente que la tarea hercúlea consiste en ser lo que uno no es. Lo más fácil es ser uno mismo.