

El psicoanalista ante la catástrofe

Juan Tubert Oklander

El psicoanálisis es, entre todas las psicoterapias, la que más requiere de un entorno estable para su realización satisfactoria. Un psicoanalista que no practique otras formas de terapia, suele trabajar con un número reducido de pacientes, a los que atiende durante años, con una frecuencia elevada de sesiones (de tres a cinco por semana). Las exigencias de tiempo, dinero, esfuerzo y constancia, suelen determinar que la mayoría de estos pacientes no sean verdaderamente enfermos, en un sentido psiquiátrico; sino que se trate habitualmente, de trastornos del carácter que, si bien interfieren con su capacidad para la felicidad y la creatividad, no los invalidan desde un punto de vista funcional. Por otra parte, la lentitud y extremada duración del proceso analítico lo torna poco adecuado para responder a las necesidades terapéuticas urgentes. Muchos psicoanalistas, conscientes de las limitaciones de su método, recomiendan a los pacientes no iniciar un análisis si atraviesan en ese momento por un período de crisis vital, tal como un embarazo o un divorcio, que requiera de adaptaciones rápidas a las circunstancias cambiantes. Es para dar respuesta a este último tipo de necesidades por lo que se crearon las terapias breves.

Pero los psicoanalistas no son, con frecuencia los más idóneos para la práctica de este tipo de terapias. Esto se debe a varios factores. En primer lugar, a la deformación profesional. Cuando uno se pasa buena parte de su vida trabajando en un ambiente reflexivo, en el cual es fundamental preservar un espacio para pensar y elaborar cuidadosamente las cosas, antes de tomar decisiones y pasar a la acción, es inevitable que se tienda a perder la capacidad de respuesta rápida, fundamental en las terapias breves. Pero, en segundo lugar, es posible que

nunca la haya tenido, ya que este tipo de profesión suele atraer precisamente a personalidades reflexivas y no a personalidades de acción. Tradicionalmente, la actitud y los recursos terapéuticos indispensables para las terapias breves y de emergencia -que incluyen una modalidad de participación activa, con sugerencias, consejos, examen de alternativas y estímulos para que el paciente tome decisiones y las ponga en práctica- entran en conflicto con los objetivos mismos del psicoanálisis, tradicionalmente respetuoso de los procesos intrínsecos del desarrollo de la personalidad del paciente.

Por lo anterior, la mayoría de los psicoanalistas eligen cuidadosamente a sus pacientes y organizan su ámbito de trabajo y su vida, de tal forma que les permita preservar las condiciones de estabilidad y constancia que resultan indispensables para el ejercicio de su profesión. Esto sigue siendo cierto aun en aquellos casos, cada vez más frecuentes, en los que un psicoanalista dedica una parte significativa de su tiempo a la práctica de otras formas de psicoterapia analítica, incluyendo el análisis grupal. Por ejemplo, es característico que aquellos psicoanalistas interesados por la terapia familiar y de pareja, se sientan más cómodos y resulten más efectivos al enfrentar situaciones familiares crónicas, que permiten y exigen un abordaje terapéutico más o menos prolongado; que ante las graves crisis familiares, que requieren una técnica casi *quirúrgica*.

Pero siendo la vida lo que es, es inevitable que muchos de los pacientes atraviesen, en el curso de un análisis de varios años de duración, por situaciones de crisis. En estas circunstancias, lo primero que un psicoanalista tiene que ofrecer a un paciente que ya ha establecido una importante relación con él, es su capacidad de mantener la calma y preservar un espacio para pensar, aun en medio del caos. Esto tiene, de por sí, un efecto terapéutico, ya que ayuda al paciente a tomar cierta distancia de sus propias circunstancias y recuperar, por medio de la identificación con el analista, cierto grado de equilibrio, que lo sitúa en mejores condiciones para enfrentar la crisis. Existen, sin embargo situaciones críticas de tal magnitud, que la mayoría de los psicoanalistas coincidirían en reconocer que imposibilitan el trabajo analítico y que obligan a su interrupción. ¿Qué es lo que corresponde hacer ante esos casos? Algunos psicoanalistas adoptan una actitud expectante y esperan a que *amaine la tormenta*, para recomenzar el análisis o incluso consideran la posibilidad de interrumpir el tratamiento, para dar la oportunidad a que otro profesional (por ejemplo, un psiquiatra) se haga cargo. Otros, en cambio, conciben su función como la de actuar ellos mismos, por medio de otras modalidades terapéuticas (consejos, orientación o medicación, entre otras) durante los períodos de

interrupción del trabajo analítico y retomarlo tan pronto como sea posible, y analizar, en ese momento, las consecuencias de que el analista haya cambiado su papel, ante la presión de las circunstancias. Otros, finalmente, conciben estas situaciones de crisis como una circunstancia que exige la formación de un equipo terapéutico (como el formado por el psicoanalista, el psiquiatra, y el terapeuta familiar).

Cualquiera que sea la actitud habitual que adopte un psicoanalista ante la crisis de sus pacientes, ésta es diferente de la que se aplica ante sus propias crisis vitales. En general, los psicoanalistas están convencidos de que no deben cargar a sus pacientes con problemas que sólo a ellos atañen. Por lo tanto, hacen lo posible para evitar que los pacientes conozcan las circunstancias de la vida del analista y, cuando deben enfrentar una situación de crisis personal pugnan por preservar sus condiciones de trabajo, para no afectar el tratamiento de sus pacientes. En la mayoría de los casos, lo logran. Cuando la magnitud de la crisis personal impide al analista preservar su actitud profesional (como podría suceder ante una enfermedad o un duelo importante), prefieren interrumpir su trabajo, hasta que se encuentre nuevamente en condiciones de reanudarlo.

Pero, ¿qué ocurre cuando la situación que es crítica para el paciente lo es también para el analista? Me refiero a aquellas situaciones que, como las guerras, las revoluciones o las catástrofes naturales, afectan a toda la comunidad por igual. Esta es una circunstancia poco estudiada en la literatura especializada a pesar de que la realidad ha obligado a muchos psicoanalistas y pacientes, en varios países del mundo, a trabajar en condiciones francamente críticas para ambos. En ese sentido, los sismos ocurridos en la ciudad de México nos han brindado una oportunidad de vivir y reflexionar acerca de lo que ocurre con ambas partes de la relación psicoanalítica, cuando se ven repentinamente inmersas en una situación de catástrofe. Está claro que no me refiero al tratamiento de emergencia de las personas directamente afectadas por los sismos, sino a la repercusión que tuvieron sobre los tratamientos psicoanalíticos iniciados tiempo atrás.

Un punto que quisiera aclarar, antes de pasar a comentar los hallazgos clínicos que me llevaron a estas reflexiones, es el de la posición del psicoanalista ante situaciones de catástrofe. Al enfrentarlas, un psicoanalista debe reaccionar en tres niveles diferentes: como persona, como terapeuta y como miembro de la comunidad. Si bien es difícil valorar cómo reaccionaron ante los sismos los psicoanalistas en general, mi impresión es que tardamos más que otras personas, en valorar lo que estaba pasando y que, una vez que nos dimos cuenta de la magnitud del desastre, tardamos más en reaccionar ante el mismo. Me baso, para

afirmarlo, no sólo en mis propias experiencias, sino también en las de aquellos colegas más cercanos, que compartieron conmigo sus vivencias.

Si la impresión que tengo es cierta, creo que debemos atribuir esta reacción, en primer lugar, a las condiciones en las que se realiza nuestro trabajo. Si bien todos sentimos miedo del sismo del jueves 19 de septiembre, una vez que éste pasó y después de comprobar que nuestras casas estaban en pie, reaccionamos como lo suelen hacer los habitantes de las zonas sísmicas, es decir, regresamos a la vida cotidiana. Desde el aislamiento de nuestros consultorios, poco a poco nos fuimos enterando de la gravedad de lo ocurrido por boca de nuestros pacientes. Una vez que algunas llamadas telefónicas apresuradas nos aseguraron que nuestros familiares estaban bien, sólo quedaba cumplir con el compromiso de estar a disposición de los pacientes, en las horas que tienen asignadas. En la mayoría de los casos, gracias a la televisión, tuvimos una imagen más realista de la gravedad de la situación.

El segundo sismo, el viernes 20, por la noche, fue más traumático para toda la población que no había sido afectada directamente por el primero, ya que, para entonces todos teníamos una idea bastante clara de lo que había pasado el día anterior y de lo que podría volver a suceder. Además, el segundo movimiento nos sorprendió trabajando en nuestros consultorios. Esta circunstancia agregó, tanto para nosotros, como para los pacientes de ese momento, la angustia de no saber qué habría pasado en nuestras casas. Creo que la mayoría, pensamos que esta situación ameritaba interrumpir el trabajo analítico para llamar a nuestras familias, antes de considerar siquiera, la posibilidad de continuar con la sesión.

Tengo la impresión de que, durante esos primeros días (que incluyeron el angustioso fin de semana, en el que nos enterábamos de un número cada vez mayor de personas afectadas por la catástrofe -en donde se incluía también a gente conocida- que por la radio se pedía, entre otras cosas, donativos de hielo y sal para conservar los cadáveres, la mayoría de los psicoanalistas nos limitamos a prestar ayuda a nuestros propios pacientes y a nuestras familias, y que, fuera de algunos actos de solidaridad personales, como ofrecer donativos diversos a las organizaciones espontáneas que comenzaron a centralizar el auxilio a los damnificados, no hicimos gran cosa por brindar una ayuda directa. Esta actitud, que no fue, por cierto, la de todos los psicoterapeutas, tenía una base racional: nuestra capacidad profesional no era, ciertamente, la que más se requería ni la más útil en esos primeros momentos. Sin embargo, creo que nuestra caracterología personal y nuestra deformación profesional, incuban una tendencia a evitar la acción y a las que hiciera referencia anteriormente, tuvieron un papel muy importante para determinar este tipo de reacción.

Fue hasta el lunes 23 cuando la Asociación Psicoanalítica Mexicana (institución de la que soy miembro) citó a una junta de emergencia para considerar cuál habría de ser nuestra participación en el esfuerzo colectivo para responder a las urgentes necesidades de la comunidad. Simultáneamente, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, también se ponía en movimiento. (Es interesante destacar que el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia, que forma terapeutas de la adolescencia, ya había iniciado su programa el viernes; al igual que los adolescentes, los terapeutas de la adolescencia fueron los primeros en reaccionar, y muchos de ellos abordaron la casi imposible tarea de brindar sus servicios como terapeutas, a los familiares de las personas atrapadas, junto a los propios edificios derrumbados.) De esta reunión en la A.P.M., a la que asistieron no solamente los miembros de la asociación y los candidatos del instituto, sino también los alumnos y egresados de los cursos de extensión académica y otras personas vinculadas con la institución, surgió un plan de acción que pretendía cumplir con nuestra responsabilidad social. Una cosa quedó bien clara en esa discusión: nuestra contribución no podría ser la de atender personalmente a aquellos damnificados con la urgente necesidad de psicoterapia; sino que deberíamos ofrecer nuestros servicios para informar, orientar y supervisar a todas aquellas personas (médicos, enfermeras, psicólogos, maestros y voluntarios, entre otros) que trabajan directamente con los damnificados. Esta decisión sobre el papel que habríamos de cumplir (que no fue la misma que tomaran otros grupos de psicoterapeutas analíticos; tanto la A.M.P.A.G., como el I.M.P.P.A., por ejemplo, sí ofrecieron atención directa a los damnificados)¹ tenía, también motivos racionales. En primer lugar, éramos pocos y todos teníamos la mayor parte del tiempo comprometido con nuestros pacientes, a quienes tampoco podíamos abandonar, por lo que nuestra aportación sería ínfima, a menos que pudiéramos contar con el efecto multiplicador que cabía esperar del trabajo con personas que, a su vez, trabajaran con otras. En segundo lugar, el tipo de técnica psicoterapéutica que más conocíamos requería de un compromiso a largo plazo, que la mayoría de nosotros

1 Otro factor de importancia, además de la personalidad característica de quienes practican las diversas formas de psicoterapia y de las diferentes ideologías institucionales, fue el que tanto la A.M.P.A.G. como el I.M.P.P.A. contaran con sendas clínicas de atención a la comunidad, ambas con la infraestructura indispensable para poder brindar asistencia directa. (Dr. Mario Campuzano, comunicación personal.)

no podríamos sustentar, y que, además no correspondía a las necesidades urgentes de los pacientes traumatizados. Sin embargo, creo que también intervino otro factor relacionado con la psicología del psicoanalista. En psicoanálisis, a diferencia de la terapia analítica - incluyendo el análisis grupal- más centradas en los fenómenos interpersonales, se interesa casi exclusivamente por los fenómenos *intrapsíquicos*. Esto requiere que el psicoanalista desarrolle una sensibilidad muy especial para llegar a "ver lo invisible" (Freud escribió una vez: "He debido cegarme artificialmente, para sensibilizarme a los fenómenos más oscuros del inconsciente"). Esto exige, a los que practicamos esta disciplina, que nos privemos de una serie de defensas mentales habituales para, por así decirlo, quedarnos "en carne viva", con una sensibilidad exquisita ante los menores y casi imperceptibles estímulos nacidos en la íntima relación que se establece con nuestros pacientes. Es indudable que las transformaciones que esta práctica genera en nuestro funcionamiento mental, nos vuelven prácticamente inermes y sumamente vulnerables ante los estímulos brutales, derivados del sufrimiento físico y emocional extremo y frente a las desgarradoras pérdidas generadas por una catástrofe como la que habían vivido los damnificados. Esta consecuencia inevitable de nuestro entrenamiento y de nuestra práctica hace que tengamos, ante los graves impactos de la vida, una hipersensibilidad parecida a la que los albinos tienen frente a la luz del sol. Para evitar que esto nos dañe, la mayoría hemos adoptado, en nuestras vidas privadas, una serie de defensas externas con el propósito de protegernos de este tipo de estímulos, tales como organizar una vida relativamente reclusa y estable. Creo que la modalidad de participación que elegimos, como grupo profesional, obedeció, en gran medida, a la necesidad de preservar estas defensas. No creo que debamos sentirnos culpables por nuestra limitación. A nadie se le ocurriría utilizar un instrumento de precisión para remover los escombros de un edificio derrumbado, de hacerlo así, sólo se conseguiría arruinar el instrumento, sin lograr el objetivo.

Así fue como muchos psicoanalistas se dedicaron, como lo relata el doctor Dupont en su trabajo, a capacitar y supervisar a los grupos de voluntarios que asistían en albergues. Por mi parte, participé a nivel institucional, en un programa de trabajo, con maestros y orientadores de las escuelas preparatorias. Personalmente colaboré con algunas escuelas primarias y secundarias con las que estaba vinculado, trabajando con grupos de maestros y padres de familia. Es interesante destacar que los maestros y orientadores de las preparatorias (que en México constituyen el tercer ciclo de enseñanza, después de seis años de escuela primaria y tres de secundaria) constituyan un grupo profesional su-

mamente angustiado, ya que debían trabajar con uno de los sectores de la población más afectado: los adolescentes entre quince y dieciocho años de edad. Aun sin considerar a quienes fueron directamente afectados por los sismos cuyas casas, escuelas o instituciones de educación se derrumbaron), los adolescentes de la ciudad de México fueron un grupo particularmente dañado, en el sentido emocional. Esto se debió a su especial etapa de vida: no eran tan pequeños como para cobijarse en los brazos de sus padres, ni lo suficientemente grandes como para controlar su angustia a través de las exigencias del cuidado de las diversas zonas a su cargo, por lo que se encontraban particularmente desprotegidos. Si a esto sumamos la exacerbada sensibilidad del adolescente y su renuencia para aceptar cualquier tipo de protección o ayuda de los mayores, podremos comprender la angustia que envió a bandas de adolescentes a las calles en un esfuerzo por colaborar, por sentirse útiles por encontrar a alguien a quien ayudar, rescatar o proteger, con el fin de evitar a toda costa un sentimiento de impotencia y desprotección que no se encontraban en condiciones de contener o elaborar. Así fue como muchos de ellos cumplieron inapreciables funciones de servicio social, al coordinar la recolección de donativos espontáneos de la población, ayudar con el transporte de heridos o brindar apoyo por medio de labores físicas en los lugares más afectados, durante esos primeros días en los que las instituciones públicas se vieron totalmente rebasadas por las exigencias de la situación. Sin embargo, muchos otros debieron enfrentarse nuevamente a su impotencia, destrozándose las uñas en el vano intento de remover con las manos desnudas, enormes planchas de concreto, que requerían grúas u otro equipo especializado para desplazarlas, mientras escuchaban los gritos desesperados de las personas atrapadas. Finalmente, todos se enfrentaron al insulto de verse expulsados de las zonas de desastre por las autoridades, cuando éstas retomaron el control de la situación y ante la evidencia de que las tareas de rescate necesitaban personal y equipo especializados, en circunstancias en las que el entusiasmo desesperado de los voluntarios adolescentes era más un estorbo que una ayuda. Además, para la mayoría de ellos, esta catástrofe representó su primer contacto con la muerte y con la inevitable vulnerabilidad del ser humano, precisamente en aquella etapa de la vida en la que todos hemos tenido que lidiar con nuestra propia fragilidad. Las consecuencias de estas vivencias traumáticas fueron terribles, y todavía pueden observarse en muchos de los jóvenes que trabajaron en tareas de rescate.

Sin embargo, no es a estos fenómenos sociales a los que quiero referirme en este trabajo. Mi interés se centra en las observaciones que pude hacer en el curso del tratamiento de pacientes que llevaban conmigo

cierto tiempo así como también en las observaciones de algunos colegas en situaciones semejantes. Expondré aquí a los pacientes que se encuentran en psicoanálisis, en psicoterapia analítica a largo plazo o en análisis grupal, puesto que estas tres formas de tratamiento constituyen la mayor parte de mi consulta. Creo que este tipo de observaciones pueden contribuir a una mayor comprensión sobre cuál puede ser nuestra labor, en el ejercicio de nuestra profesión, al enfrentarnos a situaciones de catástrofe colectiva.

Una primera observación importante fue la de que todos mis pacientes de terapia individual que tenían sesión el jueves 19 concurren a su cita. Esto se debió, en parte, a la afortunada circunstancia de que ninguno de ellos se vio afectado directamente por el sismo. Varios colegas, por lo contrario, mencionaron que muchos de sus pacientes faltaron ese día. Sin embargo, creo que en esto intervenía otro factor. Al fin y al cabo, el 19 de septiembre la ciudad era un caos. El suministro de energía eléctrica estaba suspendido en muchas zonas, los semáforos no funcionaban, el tránsito se hallaba irremediablemente embotellado y los locutores de la radio instaban a la población una y otra vez, a permanecer en sus hogares, a menos que tuvieran alguna tarea importante que desempeñar y que no asistieran a sus lugares de trabajo. Yo mismo cancelé una actividad que hubiera requerido un desplazamiento importante en mi automóvil. ¿Por qué, entonces, concurrían los pacientes mi consultorio, que a muchos de ellos les queda bastante alejado de su casa? Era evidente que, en medio del caos, la angustia y la incertidumbre, el consultorio de su analista se representaba, para aquellos pacientes que se encontraban en condiciones físicas de llegar a él, un refugio; un verdadero *santuario* al cual arrastrarse, con todos sus sentimientos de impotencia e indefensión. Uno de mis pacientes me llamó por teléfono antes de su sesión, para asegurarse de que me encontraría. Se trataba precisamente de un profesional de la construcción, cuya neurosis obsesiva lo había llevado a depositar una confianza casi religiosa en la seguridad de las estructuras rígidas, tanto físicas como mentales, y que se estaba enfrentado en ese momento a un verdadero colapso de su visión del mundo. Si hasta los edificios se venían abajo ¿en qué se podría confiar en esta vida? Para este paciente, el haber llegado a mi consultorio y no encontrarme hubiera representado un trauma mayor de lo que podría haber tolerado en ese momento.

En todas las sesiones, mi mayor contribución fue la de acompañar y contener la angustia de mis pacientes, brindándoles, con mi propia presencia, la conformación de que había cosas que se mantenían en pie y de que existían todavía lugares y personas a donde recurrir. Es evidente que en todo esto intervenía también un factor de suerte. Yo

no hubiera podido, por ejemplo, brindar este servicio si mi casa se hubiera derrumbado, o si no hubiera tenido la certeza de que mis familiares más cercanos se encontraban bien. Pero el hecho fue que las cosas se dieron así, y que yo me encontré en condiciones de ofrecer a mis pacientes la tranquilidad que tanto necesitaban. Hubo un episodio, sin embargo, que me demostró los límites de mi capacidad para cargar con mi angustia y con la ajena. La última paciente de tratamiento individual de esa tarde, fue una joven, de quien volveré a hablar más adelante, y que no mencionó en ningún momento el sismo. En esa sesión, contrariamente a mi práctica habitual, que hubiera sido señalarle que estaba omitiendo un aspecto innegable de la realidad, trabajé con ella con los temas habituales de su neurosis, como si nada extraordinario estuviera ocurriendo. Era evidente que también me encontraba en el límite de mis fuerzas, y acepté agradecido su negación, ya que así me brindaba la oportunidad de olvidar, durante un rato, al menos, lo que sucedía alrededor. Hubo también otros factores, derivados de la psicopatología de la paciente, de los que luego hablaré, que favorecieron esta negación compartida.

Sin embargo, una hora más tarde, debí enfrentarme nuevamente a la angustia de los sismos. Me encontraba en el consultorio de una colega², con quien realizo coterapia en grupos. En ese grupo, que funcionaba en las primeras horas de la noche, saltaron varios pacientes, pero todos menos uno hablaron por teléfono para avisar su imposibilidad de asistir y expresar su vehemente deseo de hacerlo. Las tres pacientes que acudieron a la sesión, llegaron en un estado de extrema angustia. Las tres dudaron si habría sesión, pero decidieron venir de todos modos, pensando que, si no nos llegaban a encontrar al menos podrían hablar con los compañeros de grupo. En esa consulta, nuevamente, nuestra principal función fue la de existir, estar allí y contener la angustia que ellas traían. También fue de gran importancia no negar que nosotros también nos habíamos asustado ante la conmoción, ya que eso les alivió la culpa que les generaba su propio miedo ("Una persona madura no debe/a sentirse así"). Prácticamente no fue necesario realizar labor analítica alguna, salvo el caso, que luego especificaré, al analizar la reacción de los diversos tipos de pacientes ante el sismo.

Los grupos terapéuticos constituyeron, en general, un ámbito adecuado para observar el tipo de defensas que los pacientes ponían en juego para evitar la angustia generada por el sismo. El viernes por la

² La Dra. Rita Zepeda Gorostiza, a quien agradezco su gentil autorización para publicar este material.

tarde, mi colega y yo estábamos trabajando con un grupo de personas sumamente perturbadas. Nadie mencionaba el sismo del día anterior. Varios de los miembros del grupo intentaron plantear temas vinculados con la problemática habitual, pero sin obtener respuesta alguna de sus compañeros. Proliferaban los silencios. Una paciente llegó tarde y se sumió en su asiento. Otra, que intentaba hablar, se calló. El silencio se tornó angustioso. Finalmente, los terapeutas señalamos que había algo que no se mencionaba, que impedía hablar de cualquier otra cosa, y era lo ocurrido el día anterior en nuestra ciudad. La paciente que llegó tarde, y que había permanecido muda hasta ese momento, comenzó a hablar con dificultad. El día anterior, nos relató, iba a su trabajo en el Centro Médico, cuando el autobús en el que viajaba comenzó a oscilar. Ella pensó que el conductor "se estaba haciendo el gracioso". Se bajó en la misma esquina de siempre y caminó ensimismada hacia su trabajo. Mucho después, al regresar por el mismo camino, se dio cuenta de que debía haber pasado por enfrente de uno de los hospitales derrumbados, pero en ese momento nada vio. Llegó a la entrada del Centro Médico, sin percibir en absoluto el desorden que la rodeaba, compró una revista y, al volverse para entrar, se enfrentó con la catástrofe. El edificio en donde se encontraba el reloj checador no se había derrumbado aún, pero estaba muy dañado y no se permitía entrar a nadie. Sin embargo, ella sólo pensaba que tenía que entrar para checar su hora de llegada, y no tener problemas en el trabajo. Intentó hacerlo, pero unos compañeros la retuvieron por la fuerza. "Estaba como loca", decía, "pero después me asusté mucho más cuando, ya calmada, regresé y descubrí que había pasado junto a uno de los derrumbes sin verlo. Con esto me di cuenta de que *estoy loca*. Si soy capaz de ignorar un edificio derrumbado como si no existiera, ¿qué otras cosas no seré capaz de borrar?" A partir de ese angustioso relato, los demás pacientes comenzaron a contar sus vivencias ante el sismo. Finalmente, sólo quedaba en silencio una paciente. Al preguntarle cómo le había ido a ella, nos enteramos que también presenció, por motivos profesionales, espectáculos muy dolorosos de muerte y desolación. Esta última es una persona esquizoide, es decir, desconectada de sus sentimientos. La sesión terminó cuando le mostramos cómo, una vez más, ella había tenido que negar sus emociones (que la asustan terriblemente) pero también había expresado el temor de todos sus compañeros, en la primera parte de la sesión.

Al terminar esta difícil sesión, contábamos con quince minutos de intervalo, antes de recibir otro grupo. Nos encontrábamos platicando con un compañero de consultorio, que también estaba libre en ese momento, tomando un café y tratando de *descomprimirnos*, cuando se

produjo el segundo sismo, el del 20 de septiembre, el viejo edificio en el que nos encontrábamos oscilaba y cruja. Los segundos se volvieron interminables, hasta que, finalmente, pasó. Apenas recuperados del susto, nos volcamos a los teléfonos, para averiguar cómo estaban nuestras familias. Afortunadamente, todos estaban bien. Mientras tanto, llegaron dos pacientes muy alarmados. Les facilitamos el teléfono y, ya un poco más tranquilos, comenzamos la sesión. Nadie más llegó. Evidentemente, toda la sesión giró alrededor de los sismos, de las emociones que hablan generado, del temor a la muerte y de las diferentes maniobras que cada uno utilizaba para evitar la angustia y aminorar el impacto de la aterrizante realidad. Nada hicimos por desconocer el hecho de que nosotros también habíamos pasado por un momento de gran angustia, ya que acabábamos de compartirlo con los pacientes. Tampoco ignoramos el hecho de que, una vez pasado el temor, nos enfrentábamos a la necesidad de convivir con la angustia perdurable de habernos visto brutalmente enfrentados con nuestra propia irremediable fragilidad, y que esto nos tocaba a nosotros tanto como a los pacientes. Nos limitamos, sin embargo, a nuestro papel como terapeutas, y así fue como, poco a poco, a medida que avanzaba la sesión, lo impensable se fue tornando real. Y pudimos entonces acabar con un toque humorístico, comentando sobre el relato de uno de los pacientes que, al sentir el sismo de las 7:19, comenzó a moverse de la cama, para que su esposa no se diera cuenta de que estaba temblando y no se asustara. Era evidente que la preocupación por su esposa era una forma de evitar asustarse él. Sin embargo, ¿acaso fue sólo la preocupación por nuestros familiares la que nos impulsó a llamar por teléfono tan pronto como el edificio dejó de moverse? Si algo quedó demostrado en esta sesión fue que, ante este tipo de desastre colectivos, "todos estamos en un mismo barco", pero que esto no impide que podamos acompañarnos en el momento, y aprovecharlo para pensar (al menos, mientras las condiciones físicas lo permiten). Ese, al fin y al cabo, es el compromiso que todos asumimos cuando nos embarcamos juntos en la difícil tarea de la terapia.

Contrariamente a lo que había afirmado algún colega, quien decía que "una semana después, todos los pacientes se encontraban nuevamente hablando de los temas de siempre", mi experiencia y la de la mayoría de los terapeutas con los que he hablado, fue que el asunto del sismo apareció durante varias semanas y, en algunos pacientes, durante más tiempo. Lo que sí es cierto, es que todos los pacientes reaccionaron ante esta situación traumática colectiva en función de su personalidad y de su historia; de sus conflictos y sus defensas. Esto constituyó una oportunidad privilegiada para profundizar en sus análisis,

una vez superado el primer momento traumático, en donde la presencia de la compañía y la capacidad de contención de la terapeuta fueron por parte del paciente fue mucho más útil, desde el punto de vista terapéutico, que la interpretación. Quisiera dar ahora ejemplos de cómo reaccionaron los diversos pacientes ante un estímulo traumático semejante.

La primera paciente del jueves diecinueve llegó a la sesión, apenas una hora después de ocurrido el sismo. En ese momento, ni ella ni yo teníamos todavía idea de la magnitud del desastre, pero ambos habíamos vivido antes el mismo susto. Ella me comentó que, mientras temblaba, se le ocurrió la idea obsesiva de que era un castigo de Dios por su mala conducta. Yo le respondí, bromeando, que debía sentirse muy importante, si pensaba que Dios había sacudido a toda una ciudad de diecisiete millones de habitantes, sólo para castigarla. Sin embargo, y ya pasada la broma, pudimos analizar una vez más sus intensos sentimientos de culpa, que constituyen el tema central de su vida entera y que la llevan a su rígida conciencia a vivir precisamente como a ese Dios omnipotente y cruel que todo lo destruye para castigarla.

Es interesante comparar esta reacción, típicamente neurótica, con la reacción psicótica de un paciente esquizofrénico, que me fuera relatada por un terapeuta. Esta persona, que vive alucinando una multiplicidad de voces, cuya naturaleza real pocas veces pone en duda, se encontraba en la sesión del viernes, cuando se oyeron las sirenas de unas ambulancias que pasaban. "Debo estar mucho peor, -dijo, con un gesto de suprema arrogancia-, porque estoy escuchando sirenas". Su terapeuta le respondió que lamentaba informarle que esas sirenas no eran alucinaciones, sino una estricta realidad, pero que se trataba de una realidad dolorosa y aterradora que él prefería interpretarla como una alucinación, para poder considerarla como un producto de su mente, y, por tanto, bajo su control. Otra reacción semejante fue la de una paciente que "pasó junto a los derrumbes sin verlos". Si bien ella no es realmente una psicótica, su reacción sí lo fue, ya que negó activamente lo que estaba ocurriendo en una verdadera "alucinación negativa". En su observación posterior, al darse cuenta de que "estaba loca", lo que nos lleva a afirmar que, aunque se trata de una persona gravemente perturbada, no está *loca* en el sentido en que lo está el joven esquizofrénico.

Otra reacción de omnipotencia casi psicótica, fue la de una paciente quien relató cómo, durante el sismo, ordenó a su marido y a sus hijos que se acercaran a ella, el cual ella consideraba "el sitio más seguro de la casa". Una y otra vez los tranquilizaba, diciéndoles "no pasa nada". Sin embargo, a medida que pasaban los segundos y el edificio seguía sacudiéndose (el sismo del jueves 19 duró tres minutos), comen-

zó a sentirse cada vez más enojada y finalmente y estalló dijo: "¡Basta! ¡Esto no puede ser! ¡Ya tiene que parar!". Esta paciente fue la única salvedad como ya se dijo en aquella sesión (en la que nos limitamos a acompañar y a contener la angustia de los pacientes, sin interpretar), ya que este material exigía indudablemente una interpretación. Fue entonces cuando le enseñamos a esta mujer (es una persona que ha compensado una profunda desorganización interna, al adoptar actitudes de superioridad, grandiosidad y desprecio como la que acabamos de relatar) cómo, ante una angustia que le resultaba intolerable, puesto que no podía mantenerla dentro de sí, tuvo que buscar un culpable afuera y afirmar su sentimiento (ilusorio) de omnipotencia. Así fue como acabó "regañando a Dios".

Muy distinta fue la reacción de otra paciente, quien había vivido en el pasado situaciones de desorganización mental y emotiva tan intensas como las de su compañera, pero sin llegar nunca a defenderse de ellas por medio de actitudes omnipotentes y despreciativas, con tendencia a *apuntalar* un sentimiento de superioridad. Esta mujer, quien se encontraba más avanzada en su tratamiento, se hallaba sola en su departamento cuando empezó a temblar. Al principio, sintió que el pánico la invadía, pero inmediatamente comenzó a hablarse a sí misma en términos tranquilizantes, se acostó en el suelo y logró esperar a que todo pasara, y guardó dentro de sí su angustia hasta el momento de llegar a la sesión. Con ella pudimos ver cómo, al prescindir del mayor o menor valor de supervivencia de la conducta que adoptó al acostarse en el piso (y fue, precisamente, este sismo el que demostró la vacuidad de todas las consejas populares respecto de "qué hacer en caso de temblor", ya que algunos se salvaron por huir, y otros por quedarse donde estaban), lo que ella habría logrado era comportarse consigo misma como una buena madre lo haría hacia una niña aterrada, y esta nueva habilidad fue la que le permitió conservar la calma, en vez de que el pánico la dominara como le había ocurrido muchas veces en el pasado.

Otra reacción de particular interés, puesto que inició un proceso que habría de durar varios meses, fue la de un hombre cuyo departamento, si bien no fue afectado, se encontraba en una de las zonas más dañadas de la ciudad. Él me relató en la mañana del viernes cómo, al salir de su casa, pudo ver entre nubes de polvo varios edificios de su cuadra que se habían derrumbado. A partir de ese instante no pudo regresar más a su departamento, y se fue a vivir con unos amigos, con los que estableció un vínculo primitivo e infantil, como si él fuera nuevamente niño y ellos fueran sus padres. Con él pudimos ver, poco a poco, que su vivienda había tenido el significado de "un lugar seguro

e impenetrable", un verdadero *santuario*, parecido a un cascarón de huevo o al vientre o los brazos de una buena madre. Lo que le impedía volver a casa, no era el temor a situaciones de peligro, sino el sentimiento de que el *santuario* había sido profanado y que ya no quedaban lugares seguros en el mundo. Por otra parte, este hombre, que era un deportista que siempre había depositado una gran confianza en sus propias fuerzas y en su capacidad de hacer las cosas, comenzó a sentir una enorme inseguridad en todas las situaciones de la vida. Fue a partir de esta crisis desencadenada por el terremoto, como pudimos comenzar el análisis de sus antiguos sentimientos de inseguridad y desvalidez que yacían ocultos detrás de su aparente confianza en sí mismo.

Finalmente quisiera volver al caso de la paciente que no mencionó para nada, en su sesión del jueves 19, lo que había sucedido alrededor. En la primera sesión de la semana siguiente comenzó contándome que el jueves no se había dado cuenta todavía de la magnitud de lo ocurrido y que por eso no lo había mencionado. Luego agregó que, durante el fin de semana, había planeado ir con unas compañeras al sitio de los principales derrumbes, a ofrecer su ayuda. No pudo hacerlo, sin embargo, porque se lo impidió una sensación intolerable de terror y vértigo. Le recordé, entonces, que una sensación semejante le había impedido asistir a la primera consulta de su análisis, y le sugerí que, en esta nueva oportunidad, el posible enfrentamiento con los derrumbes le había reavivado el pánico ante la visión de sus *derrumbes internos* (refiriéndose a la reviviscencia de antiguas catástrofes emocionales olvidadas hacía largo tiempo), que surgieran al comienzo de su análisis. La paciente aceptó mi interpretación y continuamos trabajando sobre esa línea. Por mi parte, reflexioné que, además de mi agobio emocional del jueves 19, había intervenido en mi silencio la omisión, por su parte, de la realidad. Como un factor más, relacionado con la gravedad de las vivencias personales de la paciente que se ocultaban detrás de la realidad omitida. Es muy posible que, ese día ni ella ni yo estuviéramos en condiciones emocionales de enfrentar los contenidos profundos y analizarlos. Cabe señalar que mi cansancio y mi agobio fueron factores importantes en esa postergación. Pudo verse con claridad cuando, algunos meses más tarde, ella volvió a traer la sensación de vértigo, por motivo de la noticia de un accidente de aviación y yo pude tomar esa línea de análisis inmediatamente. Lo que ocurría era que, en este nuevo episodio, yo no era parte de la vivencia traumática y me encontraba en el pleno uso de mis facultades mentales y profesionales.

Esta última observación me obliga a considerar lo difícil que es trabajar como analista frente a situaciones de desastre que afectan al terapeuta y a los pacientes por igual. La necesidad de cargar con las an-

gustias ajenas, en un momento en el que uno mismo desearía, inevitablemente, que otro se hiciera cargo de las propias, no puede ser algo inocuo. Personalmente, sufrí algunos síntomas psicósomáticos menores (cefaleas y náuseas) la noche del miércoles siguiente (hasta una semana después del primer sismo) y algunos otros colegas me refirieron episodios semejantes. Es difícil saber en qué medida estos síntomas estaban relacionados con nuestro trabajo o si se derivaban exclusivamente de la tensión que compartíamos con la comunidad en general, pero lo que quiero destacar en este momento es una parte del precio que hay que pagar y de la responsabilidad implícita de ser (y de continuar siendo) un psicoanalista ante la catástrofe.