

# **El continente resquebrajado, la rajadura continente: la enfermedad crónica –sus efectos sobre el terapeuta y el proceso terapéutico<sup>1\*</sup>**

*Joshua Durban, Rina Lazar, Gila Ofer*

Los conocimientos terapéuticos han experimentado un proceso de cambio significativo en los últimos años. La vida emocional del terapeuta, su inconsciente y sus diferentes manifestaciones dentro del espacio terapéutico son reconocidos actualmente como una parte integral, de hecho indispensable, de la terapia (Rickman, 1957; Tansey & Bourke, 1961; Mitchell, 1988). No sucede lo mismo con respecto a la existencia física del terapeuta. Dos de estos aspectos son todavía tabú, por lo menos en cuanto a la discusión teórica. El primero, cuya ausencia es más llamativa, es de toda discusión respecto a la prohibición de relación sexual entre paciente y terapeuta. El segundo, situado en la esfera de la muerte y la extinción, es la enfermedad aguda o crónica del terapeuta, sea o no visible. Estas dos cuestiones pertenecen claramente a dos categorías distintas: no existen prohibiciones éticas para la enfermedad del terapeuta, pero sí las hay para el o la terapeuta de tener relaciones sexuales con un paciente. Sin embargo tienen en común que en ambos casos la comunidad profesional ha evitado por mucho tiempo relacionarse con algo que puede suceder en el trabajo cotidiano. Esta incongruencia

---

<sup>1</sup> Publicado en *The International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 1993.

\* Rajado (*cracked*): parcialmente roto sin separarse los pedazos; lleno de rajaduras; áspero, disonante; ligeramente loco. *The Penguin English Dictionary*, Penguin Books, 1965.

entre la experiencia diaria y la discusión teórica es especialmente intensa en lo que se refiere a la enfermedad del terapeuta. Siendo legítima a nivel manifiesto, sólo puede entenderse su negación si se examina su significado profesional latente.

La adaptación silenciosa y misteriosa que existe entre la continuidad de la función corporal y la vida emocional correspondiente es un determinante importante de la identidad individual. Generalmente esta identidad, determinada por sensaciones corporales, sirve como un fondo que se da más bien por sentado:

“Qué fácil es dar por sentado el alojamiento de la psiquis dentro del cuerpo y olvidarse nuevamente que es un logro” (Winnicott, 1988, pág. 122).

La enfermedad física y la lesión corporal inevitablemente debilitan el sentido de identidad, interrumpiendo la existencia segura dentro del propio cuerpo y esto puede llevar a la regresión afectiva. Se necesita, como consecuencia, una reorganización a nivel físico, emocional y cognitivo. Frecuentemente ese proceso es lento, difícil y doloroso.

La naturaleza del ligamen terapéutico —con el énfasis puesto en la constancia, compromiso y expectativas para el futuro— genera en el terapeuta como también en el paciente, la fantasía de un terapeuta invulnerable a las catástrofes inesperadas. Ambos lados suponen que la díada terapéutica va a continuar incólume para el bienestar y la mejoría del paciente hasta completar en forma controlada el tratamiento. Winnicott lo describe de esta forma:

*“Al practicar psicoanálisis mi meta es:  
Permanecer vivo  
Permanecer sano  
Permanecer despierto...  
Una vez comenzado un análisis, mi expectativa es continuar-  
lo, sobrevivirlo y terminarlo”* (Winnicott, 1965, pág. 166).

La enfermedad del terapeuta es vivida por el terapeuta y su paciente como un incumplimiento del contrato; por lo tanto, debe ser ocultada. Freud (1914) describe que la persona que padece un malestar físico y dolor pierde el interés por los aspectos del mundo externo que no tienen relación con su sufrimiento. La persona enferma retira sus investiduras libidinales del mundo

externo y las re-invierte en su propio cuerpo. Sólo una vez recuperado está nuevamente libre para investir otros objetos. Esta es la razón por la que varios autores recomiendan que los terapeutas que sufran enfermedades prolongadas o dolor físico agudo se abstengan de practicar psicoanálisis (Halpert, 1982). Otros (Abend, 1982; Dewald, 1982; Lasky, 1990) comunican que los terapeutas que padecen enfermedades físicas son renuentes a dar a conocer su enfermedad por miedo a que los colegas dejen de derivarles pacientes.

Freud mismo continuó trabajando hasta durante las peores fases del doloroso cáncer que padecía (Jones, 1957; Schur, 1972). En un momento dado de su enfermedad le derivó a Ruth Mack Brunswick al paciente conocido como “El Hombre de los Lobos” para continuar su análisis. No está claro si esto lo hizo por tener conciencia de la posible influencia de su enfermedad sobre su paciente. Aunque Mack Brunswick describe el impacto que tuvo el cáncer de Freud en los síntomas y en la transferencia del Hombre de los Lobos (desarrolló ideas hipocondríacas de llagas en la nariz y en la boca), no hubo elaboración alguna de la enfermedad de Freud en el curso del análisis. La mayor parte de las interpretaciones trataban acerca del temor a la castración del Hombre de los Lobos y su preocupación acerca de una injuria a su masculinidad (Gardiner, 1971). Debe señalarse que en ese tiempo se le daba poca consideración a los acontecimientos en la vida del terapeuta y a su relación con el contenido y la calidad de la transferencia y de la contratransferencia.

Hoy hay una percepción creciente de los efectos de los “acontecimientos especiales” sobre la terapia. Acontecimientos tales como el embarazo de la terapeuta, encuentros extra-terapéuticos y vacaciones son tomados en cuenta y examinados en relación a la transferencia del paciente como también a la contratransferencia del terapeuta (Tarnower, 1966; Weiss, 1975; Silver, 1982). Sin embargo todavía hay poco escrito acerca de la muerte súbita del terapeuta (Schwed, 1980) o de cualquier tipo de enfermedad que padezca –ni qué hablar de las enfermedades crónicas.

Como consecuencia de los progresos en la tecnología y la práctica médicas, muchas enfermedades del siglo actual se han vuelto crónicas. Un mensaje médico y social crucial es que es posible y hasta preciso funcionar con esta cronicidad. Con el tiempo un número mucho mayor de terapeutas va a estar expuesto

a enfermedades prolongadas y va a continuar trabajando, haciéndoles frente cotidianamente.

La literatura existente hasta el momento sobre este tema trata principalmente acerca de dos cuestiones. Una es un intento de explicar la escasez de literatura sobre este tema (Abend, 1982; Dewald, 1982; Guy & Sauder, 1986; Lasky, 1990). La otra se relaciona con cuestiones clínicas, si se debe dar al paciente información acerca de la enfermedad del terapeuta y la forma de hacerlo. En otras palabras, el dilema tiene que ver con cómo afecta la revelación de temas personales el curso del tratamiento, mientras se trata de mantener la neutralidad en esta situación singular (Silver, 1981; Schwartz, 1987).

Este trabajo no trata estas cuestiones. En cambio, va a intentar describir y analizar una serie de procesos y fenómenos característicos que aparecen en el curso de la terapia cuando el terapeuta padece una enfermedad crónica. Al ser ésta extendida e indefinida en el tiempo, y a veces también respecto del diagnóstico y la sintomatología, precisa un proceso de reconocimiento lento y paciente.

#### **LAS MANIOBRAS DE ALEJAMIENTO QUE CAUSA LA ENFERMEDAD**

El sanador de la sociedad occidental moderna –ya sea el médico o el terapeuta– es considerado, por definición, una especie de Self Ideal. Encarna las aspiraciones de la cultura occidental de un self circunscrito, autónomo, continuo, integrador, operante e invulnerable (Palgi, 1991). Este concepto ideal supone el poder del espíritu y de la mente por sobre el cuerpo. El conocimiento es lo que otorga la capacidad de curar. De modo que un terapeuta cuyo cuerpo está “herido” va a ser percibido, consciente e inconscientemente, como deficiente en su capacidad curativa. Winnicott (1962) describe cómo el paciente necesita al sanador como una especie de “versión ideal” de sí mismo y proyecta toda la salud sobre el terapeuta con el fin de sanarse. Un pacto no escrito e inconsciente entre los dos establece esta idealización al servicio de una terapia efectiva, y el código ético de la profesión hasta protege al paciente contra cualquier ultraje a este pacto.

Sin embargo, en las culturas antiguas y hasta actualmente en las culturas del lejano oriente –se acepta el concepto del “sanador

herido”. Este concepto sugiere que la vulnerabilidad y el dolor del terapeuta pueden a veces ser ventajosos para tratar al paciente lastimado. La mitología griega perfila la figura de Quirón el Centauro –en parte hombre, en parte animal, en parte dios– que fue herido mortalmente en una de la batalla con los dioses. Como consecuencia fue puesto a cargo de la medicina, de la enseñanza de su sabiduría al género humano. De modo similar, las culturas del lejano oriente destinan un lugar de honor para los enfermos físicos y mentales; el poseer un defecto físico es uno de los criterios en la elección de los médium que sirven como intermediarios del templo entre nuestro mundo y el mundo de los espíritus de los antepasados muertos. Una de sus funciones es curar la enfermedad física y mental (Landy, 1977; Barth, 1991).

Por su parte, el concepto psicoterapéutico del “sanador herido” enfatiza el examen de los sentimientos del terapeuta y la necesidad de asistencia para las heridas emocionales del sanador pero no incluye la enfermedad corporal (Samuels, 1985, pgs. 187-91; Whan 1987). No se relaciona con las heridas del cuerpo. El terapeuta físicamente herido lucha con su Superyó profesional por un lado, y con sus miedos personales de regresión, desamparo, falta de control, desborde y muerte, por el otro.

Una psicoterapeuta cambió la hora de una sesión con un paciente a causa de un chequeo médico requerido por el estado de su enfermedad prolongada. El paciente llegó tarde a su sesión, cosa muy inusual en él. Comenzó a hablar enojado acerca de un miembro de la familia enfermo cuya enfermedad no le permitió al paciente celebrar su propio cumpleaños. La terapeuta se encontró identificándose con el miembro enfermo de la familia y no con el paciente. Al mismo tiempo, se sintió avergonzada y culpable. Sólo hacia el final de la sesión pudo relacionar sus sentimientos con el alejamiento del paciente ante la situación actual y pudo entonces responder en forma empática al enojo del paciente.

El alejamiento que hace el terapeuta de su cuerpo enfermo puede muchas veces llevar al alejamiento simultáneo de los contenidos psíquicos del paciente. La sintonía simpática al cuerpo y a la realidad de la enfermedad exige una confrontación ardua con lo que nosotros llamamos “la resquebrajadura del continente terapéutico”, y a una comprensión del proceso que tiene lugar dentro de él.

## EL CONTINENTE RESQUEBRAJADO

Una serie de componentes son considerados como necesarios, hasta esenciales, para la observación y el cambio terapéutico. Entre éstos están la regularidad del tiempo, lugar y presencia, y la actividad del terapeuta como un acompañante observador. El terapeuta sirve como una especie de fondo, envoltura y continente para todo lo que el paciente juzga adecuado traer a sus sesiones. Una amenaza a estas funciones básicas por la enfermedad puede afectar la esencia del proceso terapéutico. La amenaza del cuerpo lleva a destacar el fondo y la posible ausencia del terapeuta se vuelve una presencia real y perturbadora.

Un terapeuta que contrajo una enfermedad crónica visible planteó en supervisión la dificultad que había estado teniendo desde el comienzo de la enfermedad en comunicar el contrato terapéutico a sus pacientes. Esta dificultad aparecía principalmente con los pacientes que no pagaban las sesiones a las que faltaban. Luego de trabajar este problema se vio que su origen era que el terapeuta sentía que su enfermedad le impedía comprometerse a estar presente en todas las sesiones, y pensar en términos de futuro.

Más aún, no es sólo la ausencia del terapeuta que se vuelve incontrolable; también la índole de su presencia. La enfermedad se manifiesta no sólo en formas visibles como cansancio, dolor y malestar físico, sino también de manera oculta y algo tortuosa. De este modo, puede incorporarse al mismo lenguaje terapéutico.

Varios terapeutas enfermos describen un uso demasiado constante e inconsciente de formas de hablar que resaltan sus funciones físicas lesionadas. Por ejemplo, un terapeuta con problemas en la vista se sorprendía usando palabras como “ver” y “no ver”. Podía quejarse de estar “ciego” o poco perceptivo a los procesos que tenían lugar con su paciente. Del mismo modo, un terapeuta que sufría de un proceso degenerativo de la audición se quejaba amargamente acerca de su capacidad terapéutica para “escuchar”, la que sentía pobre. Paradójicamente, encontraba mucho más fácil sentir y enfrentar su inhabilidad emocional para escuchar que hacerlo con su problema auditivo corporal. De este modo, su capacidad de escuchar, en este caso, era el corolario inconsciente de su existencia física. La preocupación acerca de la fertilidad, la esterilidad mental y/o la creatividad puede perse-

guir a la terapeuta con problemas de infertilidad. El énfasis en las dificultades de los movimientos internos y el cambio predominaba en las interpretaciones que daba una terapeuta con severos dolores reumáticos en sus miembros.

El uso del lenguaje constituye un intento inconsciente de simbolizar contenidos primarios que surgen por la enfermedad. Este lenguaje privado muchas veces no permite la evolución de un diálogo o de un pensar compartido. Es importante señalar que los terapeutas usan normalmente sus propias imágenes y experiencias como un medio útil, organizador para sí mismos y sus pacientes. Sin embargo, este “lenguaje de la enfermedad”, intrusivo, una especie de “presencia de proceso primario” (Schafer, 1968) no permite una simbolización verdadera y está más próxima a la “ecuación simbólica” (Segal, 1988). Es sentido entonces por el terapeuta y el paciente como un caudal de conocimientos extraño, incoherente, escindido de la narrativa terapéutica y que carece de un significado compartido. Este lenguaje sólo puede adquirir significado por un reconocimiento gradual de la enfermedad.

En su trabajo “Conocer a la muerte” (“Acquaintance with death”) Margaret Little, citando al *Oxford English Dictionary*, define el término “acquaintance” (conocer) como: “conocimiento de una persona o cosa que es más que el mero reconocimiento y menos que la intimidad” (1976, p. 227). Al trabajar mientras está físicamente enfermo, el terapeuta necesita hacerse amigo de su enfermedad, llegar a concebirla desde una cierta distancia, conocerla. Este reconocimiento le permite tener una conciencia de las limitaciones que la enfermedad le genera sin arrastrar al paciente a ser un compañero activo en ello. Por un lado, el terapeuta no puede gravar al paciente con sus propias ansiedades y promover la culpa y los miedos por sus dificultades, por otra parte, ignorar las dimensiones de la enfermedad y la ansiedad puede restringir el espacio del paciente e interrumpir el espectro y la extensión de sus reacciones.

Básicamente describimos el término “continente resquebrajado” en dos sentidos. Primero, el cuerpo, que se suponía iba a ser un compañero discreto de nuestro trabajo se ha convertido, literalmente, en un irritante y un saboteador. Segundo, esta confrontación difícil y dolorosa con las limitaciones de nuestra capacidad va a ser sentida como una rajadura en la función

terapéutica de la contención. Los contenidos psíquicos privados del terapeuta, que deberían haber permanecido auto-contenidos, se han filtrado sin control. La enfermedad, un exceso de realidad, impregna el espacio terapéutico.

La labilidad de la enfermedad crónica agranda aún más la rajadura. En contraste a la suposición intuitiva de que la afección crónica es estática, continua e irreversible, ésta se caracteriza, de hecho, por fluctuaciones indiscernibles del funcionamiento físico y psíquico. Estas fluctuaciones causan sentimientos de confusión, falta de control y enajenación. La labilidad física se acompaña por una labilidad afectiva y dificultades de mantener la continuidad y la coherencia del self. La “labilidad crónica” está por lo tanto dominada por cambios imprevisibles en el funcionamiento cotidiano. Las fronteras del funcionamiento se vuelven cada vez más borrosas; la amenaza de que tome el control de todo muchas veces lleva al terapeuta a sobre-funcionar. Por ejemplo, las consideraciones para cancelar una sesión de terapia son más claras en los casos de una enfermedad repentina singular que las de una enfermedad crónica. El cancelar una sesión requiere básicamente que el terapeuta defina cuán enfermo está y cuánto va a afectar la enfermedad el funcionamiento cotidiano. Cuanto mejor sea la condición física del terapeuta, tanto más colaborador para exorcizar los demonios de su enfermedad. De este modo, una parte importante del mundo interno del terapeuta está escindida de su conciencia; cada aumento del deterioro de su salud produce una movilización que golpea en lugares difíciles de detectar. Cuando esto sucede es probable que el terapeuta se sienta atacado, ineficiente y no continente. Siente persecución, vergüenza, angustia, envidia de los pacientes sanos, soledad, desamparo, enojo y culpa. En un esfuerzo para defenderse contra estos sentimientos, el terapeuta enfermo oscila entre alistar maníacamente la fuerza interior tanto de sí mismo como del paciente por un lado y por el otro desconectarse, retraerse y embotarse. Como consecuencia el terapeuta puede inducir a un funcionamiento prematuramente reparador en su paciente. Exactamente en este momento es importante estar alerta a la tentación y el riesgo de la reparación maníaca, que se origina en la falta de diferenciación ente el terapeuta, su enfermedad y el paciente.

Una niña de ocho años fue llevada a terapia por su madre por problemas de conducta graves en la casa y en la escuela. La madre



se había divorciado cuando ella nació. Desde entonces sufrió de depresión severa, al punto de ser incapaz de funcionar y de atender a la niña. En el curso del tratamiento de la niña el terapeuta contrajo una enfermedad crónica de los ojos, que le volvía difícil trabajar y que era visible en la interacción terapéutica. En ese momento la niña inventó un juego que jugaba repetidamente durante las sesiones. En este juego, escondía bolitas pequeñas coloreadas en distintos lugares de la habitación y le ordenaba al terapeuta encontrarlas. La primer reacción del terapeuta fue sentirse humillado y enojado ante el “tormento” de la paciente, sentimiento que tenía frecuentemente con su enfermedad. Al mismo tiempo, sumado al enojo y la agresión de la niña, discernió que el modelo reparatorio que ella aplicaba con él se parecía al que usaba en la casa con su madre no-funcionante. Al darse cuenta de esto, interpretó su juego como un intento desesperado por ganar control y superar su humillación y su dolor frente al abandono y de esta forma ayudarle al terapeuta a encontrar un “buen” par de ojos, de manera que pueda ver y tratarla adecuadamente.

Otro ejemplo demuestra cómo el terapeuta se involucra con la salud de la paciente a partir de sus propias necesidades.

Un joven de alrededor de treinta años había tenido una infancia y adolescencia muy difíciles, de las que pudo salir con enorme esfuerzo. Nunca logró sobreponerse a los repetidos fracasos en las relaciones interpersonales. Según él, no había logrado “superar su biografía”. El mundo, vivido como hostil, lo amargaba y lo hacía sentirse permanentemente derrotado. En su terapia percibía a la terapeuta como un representante de la ineficacia y del desvalimiento de su madre y como un recordatorio amargo de su propio funcionamiento deficiente. Al principio la terapeuta no sintió esto como excesivamente pesado. Pero a medida que su propia enfermedad crónica progresaba, se encontró “haciendo fuerza” para que salga de este patrón, mientras le transmitía el mensaje de ciertas cosas que no pueden modificarse más que cambiando la actitud hacia ellas.

Debe señalarse que implicarse con la salud del paciente muchas veces toma la forma de una respuesta física.

Un paciente del terapeuta que tenía una enfermedad ocular se despojó de su cefalea crónica corrigiendo su visión con un par de anteojos nuevos. Al hacerlo también concretizó una metáfora que

su terapeuta usaba repetidamente a partir de su propio deterioro visual. Esto es, interpretar sus dolores de cabeza como su renuencia a ver con más claridad sus severos problemas matrimoniales.

El encuadre mental del terapeuta durante la enfermedad crónica puede ser equiparado con una membrana semi-permeable. Esta permeabilidad es por lo general sentida como vulnerabilidad, pero también puede ser transformada en una oportunidad para el aprendizaje y el cambio. Hasta ahora hemos discutido el significado terapéutico y las posibles implicancias del “continente rajado”, para ambos, el paciente y el terapeuta. Otra perspectiva es prestarle atención a las rajaduras mismas, para conocer los contenidos mentales significativos que en la salud no son fácilmente accesibles.

#### **EL CONTINENTE RESQUEBRAJADO-LA RAJADURA COMO CONTINENTE**

Para el terapeuta confrontarse con su propia enfermedad puede significar abrir una puerta hacia un mundo de contenidos que se basan en lo básico del cuerpo y los márgenes primitivos de las relaciones objetales. Este es un mundo dominado por funciones corporales concretas pre-simbólicas, donde el tiempo es metabolismo, el espacio interno es placer o dolor, la plenitud o el vacío del hambre. La disposición para hablar y escuchar el lenguaje del cuerpo es sustancialmente distinta del sucumbir enojosamente a sus apremios: supone más paciencia y tolerancia por parte del terapeuta respecto de las preocupaciones del paciente sobre sus funciones y sensaciones corporales. El contacto impuesto con la enfermedad incrementa su sensibilidad al enfatizar las fronteras inter-penetrables de placer y dolor; en el nivel físico están muy cercanamente entrelazadas. De esta manera el placer inherente a sentir un órgano tan vital y funcionante, aún a pesar del dolor que pueda causar, está acompañado por una perturbación afectiva – que es sentida como una mezcla de excitación, enojo, placer, dolor y vergüenza. La enfermedad grave, al mismo tiempo que daña nuestra cubierta protectora, expande nuestra conciencia acerca de nuestras funciones concretas y metafóricas de contención.

Además de lo que Freud plantea en su ensayo “Introducción al

Narcisismo” (1914) acerca de que la enfermedad impide el compromiso con el mundo externo porque la persona enferma invierte el órgano lesionado, se podría afirmar que la estructura de nuestra relación con la enfermedad crónica, si se la elabora cuidadosamente en sus aspectos paranoides, sadomasoquistas y exhibicionistas, puede ampliar nuestro espacio interno y permitir una posterior contención de nuestro propio self y el de los otros. El deseo de mejoría —el mellizo siamés de la enfermedad— facilita una mejor sintonía con las necesidades de los otros. La lucha interminable con esta confusión, con esta labilidad crónica, y con el borramiento de los límites sensitivos, le exigen al terapeuta crónicamente enfermo a abandonar su visión de sí mismo como un self ideal. Tiene que enfrentarse con la realidad de que la única certeza en su vida es lo inesperado y lo incontrolable. De algún modo esto lleva a reconocer por un lado la mortalidad y la muerte y por el otro las vicisitudes del cambio.

Para lograr alguna continuidad en medio de esta situación se necesita un punto de referencia externo. Puede tomar la forma de orientación, terapia, asesoramiento o, quizá aún mejor, pertenencia a un grupo de terapeutas que atraviesen la misma condición. Ya que el estar grave y crónicamente enfermo implica inevitablemente una ruptura entre psique y soma, el terapeuta está más expuesto a rupturas que tienen una cualidad de escisión. Es por lo tanto crucial para el terapeuta físicamente enfermo obtener ayuda de una fuerza externa donde apoyarse. Esto ayuda a la reorganización y a la reintegración. Esa fuente puede ser otro terapeuta, un grupo de pares, o una persona muy allegada que tenga acceso a varios de los componentes de la personalidad del individuo y la habilidad de integrarlos. La escisión en la conciencia de la enfermedad y sus expresiones dentro de la sesión terapéutica son en su mayor parte automáticas e indetectables. La siguiente viñeta ilustra este punto:

Una terapeuta sufría un problema de infertilidad desde hacía varios años. Durante ese tiempo trató a una mujer soltera de unos treinta años, la única hija de una madre sobreviviente del Holocausto. En su tercer año de tratamiento la paciente se embarazó y tuvo un aborto. La terapeuta sintió que el embarazo y el aborto de su paciente estaban relacionados de alguna forma con el hecho de que ella no tuviera hijos. Sin embargo, estaba insegura y titubeante acerca de estos sentimientos. Al no poder tener hijos,

tenía que enfrentarse no sólo con su propia pérdida, falta de control y desvalimiento, sino también con la envidia, vergüenza, culpa y la desesperanza que van de la mano con el desvalimiento. Conocía estos temas a partir de su trabajo con muchos otros pacientes, y sentía que con ellos podía elaborar estas emociones poderosas sin perder su capacidad para contenerlos. Sin embargo en este caso, si bien sentía que había un vínculo inconsciente entre su estado y el de la paciente, rechazaba admitir el impacto fuerte de su propia realidad sobre el espacio terapéutico. Esto contribuyó a su vez a la incapacidad por parte de la terapeuta para vincularse con el embarazo e inmediato aborto de la paciente en la transferencia. Seis meses después la paciente se embaraza nuevamente. Esta vez la terapeuta no pasó por alto lo que estaba sucediendo en la transferencia. Con la ayuda de su supervisión fue capaz de superar la confusión y los miedos de quedar expuesta frente a la paciente en sus aspectos más vulnerables. Al lograr insight sobre este proceso pudo finalmente trabajar con la paciente acerca de toda la sacudida emocional que acompañó a su acting out. Temas como envidia, rivalidad, la necesidad de ganar por medio de la destrucción y la humillación, como también la culpa y depresión que esto genera, fueron finalmente discutidos y vinculados al mundo interno y externo de la paciente. Por primera vez mencionó sus fantasías maníacas reparatorias. En ese momento, su hermana se enteró que no podría nunca tener hijos como resultado de complicaciones post-quirúrgicas. Sintió que podía compensar a su hermana y a su terapeuta por el hecho de que ellas no tuvieran hijos.

Un terapeuta sufría de una enfermedad crónica de la vista que se caracterizaba por oscilaciones repentinas en su gravedad. Hubo un período de empeoramiento de su estado, precedido por un período de franca mejoría. Durante esta última fase se había sentido sano, pero estaba muy afligido y compulsivamente ansioso por una pequeña paciente. La niña y sus padres estaban en ese tiempo en terapia con él. La niña fue diagnosticada de padecer un severo trastorno de déficit en la atención, acompañado de agresividad y varias otras dificultades emocionales. Cuando se les informó a los padres acerca del estado de la niña, los padres respondieron con mucho enojo.

En ese momento del tratamiento el terapeuta sintió que los padres estaban ignorando y desatendiendo peligrosamente el

componente orgánico de la niña. Como resultado, la niña dirigía su ira contra los padres y otros niños. Se quejaba amargamente en las sesiones de que las niñas en el colegio “no la miraban”. Sus ataques furiosos se alternaban con períodos de retracción y aislamiento. Durante esos períodos la niña parecía desvalidamente deprimida. En ese entonces el terapeuta sentía su propio estado físico como normal y atribuía todo su malestar a los problemas cotidianos, por ejemplo que el cansancio era por demasiado trabajo, por el clima duro, y demás. Su preocupación se centraba en “decirle” a los padres que la niña estaba emocionalmente sana y cognitivamente enferma, de manera que ellos “viesen” su verdadero estado. Sintió que el que ignoraran este hecho incrementaba la angustia de la niña.

Sólo después que pudo reconectarse con la realidad de su enfermedad, a través de señalamientos de gente cercana exterior al consultorio, fue capaz de re-diferenciarse de la niña y abandonar su identificación con los sentimientos que tenía ella de aislamiento y furia impotente. Este re-contener su propia enfermedad (ya que fue capaz de “decirse” a sí mismo y no a los padres de la niña) le permitió finalmente tratar empáticamente la dificultad de los padres de percibir y enfrentar la enfermedad de su hijita. En esta forma también le ayudó a la niña a encarar la realidad de su enfermedad.

La dificultad de vincular el lenguaje terapéutico con las experiencias de la vida real parte de una serie de factores: (1) el terapeuta puede temer quedar expuesto frente al paciente como una persona real en áreas donde se siente más vulnerable que el paciente; (2) el terapeuta es proclive a la envidia y la competencia intensa sin el escudo protector del encuadre no perturbado – como hemos dicho previamente, el “continente resquebrajado” intensifica la interpenetración de los niveles objetivos y transferenceales–; (3) la confusión emocional del terapeuta le crea dificultades para hacer interpretaciones que, por un lado, no sean expresiones extremadamente concretas de su condición física, y por el otro, no se vuelvan una sobre-simbolización que ignore la interacción en la sesión terapéutica y con ello contribuya a distanciarse más de la enfermedad; (4) la enfermedad crónica conlleva una situación engañosa de saber y olvidar alternadamente. Por todas estas razones, se necesita un “tercer ojo”. Más aún, precisamente durante las fases más saludables de la enfermedad

crónica es cuando es mayor el peligro de que los contenidos psíquicos del terapeuta se filtren inadvertidamente. Por lo tanto es en ese momento que se necesita un continente auxiliar.

## RESUMEN

Hemos tratado de examinar en este artículo la compleja dinámica de la enfermedad crónica en el terapeuta. No se ha prestado la debida atención al mal funcionamiento físico, especialmente en enfermedades crónicas, ni a sus corolarios psicoterapéuticos. Un tema crucial es la extensión del daño a la capacidad de contener. Defendemos aquí que “el contenedor terapéutico rajado”, si hay suficiente elaboración, puede servir para facilitar un mejor entendimiento e intensificar la empatía. Se discute el tema del impacto de la enfermedad crónica en el setting, contrato, proceso y lenguaje terapéutico así como algunos de los principales rasgos de la cronicidad.

Nota: Los pacientes adultos de todos los materiales clínicos presentados fueron vistos dos veces por semana. Los niños fueron tratados tres veces por semana.

## SUMMARY

In this paper, we have tried to examine the complex dynamics of the therapist's physical chronic illness. Little attention has been paid to physical non-functioning, especially during chronic illness, and its psychotherapeutic corollaries. A crucial theme is the extent of damage to the capacity to contain. It is our claim that, when sufficiently worked through, the “cracked therapeutic container” may serve as a facilitator of better understanding and enhance empathy. The impact of chronic illness on the therapeutic setting, contract, process and language is discussed as well as some salient features of chronicity.

Note: The adult patients in all the clinical material used were seen twice every week. The child patients were seen for three weekly sessions.

## RESUME

Dans cet article, nous avons essayé d'examiner les dynamiques complexes de la maladie chronique physique du thérapeute. Peu d'attention a été portée au non fonctionnement physique, particulièrement pendant la maladie chronique, ainsi qu'à ses corollaires thérapeutiques. L'étendue du préjudice porté à la capacité de contenir en est un thème crucial. Nous pensons qu'il est possible que le "conteneur thérapeutique endommagé" puisse servir de facilitateur à une meilleure compréhension et qu'il accroît l'empathie lorsque le travail de perlaboration, chez le thérapeute, est suffisant. Nous discutons de l'impact de la maladie chronique sur la cadre thérapeutique, le contrat, le processus et le langage, ainsi que quelques traits saillants de la chronicité.

## BIBLIOGRAFIA

- ABEND, S. A. (1982). Serious illness in the analyst: countertransference considerations. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 30: 365-379.
- BARTH, F. (1991). Multiple authority in Balinese religion and the problem of cultural reproduction. Paper read at the Annual meetings of the Society for Cultural Anthropology, Boston, Massachusetts.
- DEWALD, P. (1982). Serious illness in the analyst: transference, countertransference and reality responses. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 30:347-363.
- FREUD, S. (1914). On narcissism: an introduction. *S. E.* 14.
- GARDINER, M. (ED.) (1971). *The Wolf-Man and Sigmund Freud*. New York: Basic Books.
- GUY, J. D. & SAUDER, J. K. (1986). Impact of therapist's illness or accident on psychotherapeutic practice: review and discussion. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17: 509-513.
- HALPERT, E. (1982). When the analyst is chronically ill or dying. *Psychoanal. Q.*, 51: 372-389.
- JONES, E. (1957). *The Life and Work of Sigmund Freud. Vol. 3. The Last Phase, 1919-1939*. New York: Basic Books.
- LANDY, E. (ED.) (1977). The healers: statuses and roles. In *Culture, Disease and Healing, Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan.
- LASKY, R. (1990). Catastrophic illness in the analyst and the analyst's

- emotional responses to it. *Int. J. Psychoanal.*, 71: 455-473.
- LITTLE, M. 1 (1976). Acquaintance with death: a personal record. In *Transference Neurosis & Transference Psychosis: Towards Basic Unity*. London: Free Association Books, 1986, pp. 227-231.
- MITCHELL, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: an Integration*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- PALGI, P. (1991). The evolution of Homo Medicus-the Israeli variant. Paper read at the Israeli Anthropological Association Annual meeting, Tel Aviv.
- RICKMAN, J. (1957). *Selected Contributions to Psycho-analysis*. London: Hogarth Press.
- SAMUELS, A. (1985). *Jung and the Post-Jungians*. London: Routledge and Kegan Paul.
- SCHAFER, R. (1968). *Aspects of Internalization*. New York: Int. Univ. Press.
- SCHUR, M. (1972). *Freud. Living and Dying*. New York: Int. Univ. Press.
- SCHWARTZ, N. J. (1987). Illness in the doctor: implications for the psychoanalytic process. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 35: 657-692
- SCHWED, H. G. (1980). When a psychiatrist dies. *J. Nervous Mental Disease*, 168: 275-278.
- SEGAL, H. (1957). Notes on symbol formation. In *The Work of Hanna Segal*. London: Free Association Books, 1986, pp. 49-65.
- SILVER, A.-L. S. (1982). Resuming the work with a life-threatening illness. *Contemp. Psychoanal*, 18:314-326.
- TANSEY, M. J. & BOURKE, W. F. (1989). *Understanding Countertransference from Projective Identification to Empathy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- TARNOWER, W. (1966). Extra-analytic contacts between the psychoanalyst and the patient. *Psycho-anal. Q.*, 35: 399-413.
- WEISS, S. S. (1975). The effect on the transference of "special events" occurring during psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.*, 56: 69-75.
- WHAN, M. (1987). Chiron's wound: some reflections on the wounded healer. In *Archetypal Processes in Psychotherapy*. London: Chiron. Publications.
- WINNICOTT, D. W. (1962). The aims of psychoanalytical treatment. In *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press, 1965, pp. 166-170.
- (1988). *Human Nature*. London: Free Association Books.

Traducido por Beatriz Schechter.



Descriptores: Contratransferencia. Enfermedad orgánica.  
Psicoanalista. Tratamiento psicoanalítico.  
Transferencia.

*Joshua Durban*  
Dept. of Behavioral Sciences  
*Rina Lazar, Gila Ofer,*  
Dept. of Psychotherapy  
Sackler School of Medicine  
Tel-Aviv University