

Clásicos del pensamiento relacional

Khan, M. (1991). La Mano Mala.

**Capítulo 8 de *Locura y Soledad. Entre la teoría y la práctica psicoanalítica*.
Buenos Aires: Lugar. [Original de 1983]**

Reseñas de Juan Manuel Barea y Miguel Ángel Gimeno Gurpegui

Resumen y comentario de Juan Manuel Barea:

El capítulo se compone de una primera parte, siendo la más extensa, en la que el autor presenta de forma muy minuciosa, precisa, perspicaz, franca y honesta todos los elementos y acontecimientos que se van presentando y desarrollando a lo largo del proceso psicoterapéutico. El capítulo se cierra con una segunda parte en la que el autor se detiene en una serie de reflexiones conceptuales en relación al material clínico anteriormente presentado.

1. Material Clínico

En primer lugar, con el propósito de favorecer una primera presentación esquematizada del material clínico en este resumen, voy a señalar de forma breve una serie de “**datos sociofamiliares y clínicos**” del paciente que considero relevantes y que van apareciendo a lo largo de todo el texto (Esta visión breve y esquemática, personalmente me ayuda a integrar mentalmente un punto del partida para pensar en el caso, y a partir de ahí reflexionar sobre el estilo, perspectivas y elementos conceptuales que plantea, a mi juicio, el autor en la descripción del caso).

El paciente (El Sr. X) es un varón inglés que reside en Londres. Está casado desde hace muchos años, su mujer es profesora y está preparando el doctorado en la Universidad de Londres. El Sr. X es el propietario de una empresa dedicada al diseño y fabricación de mobiliario y que parece que tiene bastante éxito. Tienen 3 hijos, dos chicos y una chica aunque como se señala en el texto “están libres del cuidado de los hijos” ya que asisten todos a diferentes colegios y ya no viven con el matrimonio.

El paciente es el tercero de cinco hermanos, los dos mayores varones y las dos pequeñas mujeres. Se crió en una gran casa de campo de sus padres, ambos con dinero y con un elevado estatus social. Refiere que sus hermanos y hermanas eran brillantes e inteligentes. El paciente se recuerda como un chico bastante soñador y haragán, que solo se las apañaba para aprobar los exámenes sin mucho esfuerzo. Al parecer, los dos padres desarrollaban carrera profesional y la familia recibía el apoyo de personal doméstico en las tareas hogareñas de cuidado familiar, a través de los servicios de un mayordomo, Tom (En el texto solo se mencionan los nombres del mayordomo Tom y del padrino del paciente, el Tío James, de quien aprende los primeros elementos del oficio de carpintero, ayudándole los sábados en su taller.)

Del relato del paciente a lo largo del texto se intuye una atmósfera familiar “¿quizás muy inglesa?” fría, distante, centrada la valoración personal en el logro y rendimiento, muy poco comunicativa y afectiva. El padre, (se desconoce el nombre), para hablar con su hijo casi parece “que lo cite” al despacho. Parecía que el destino profesional del paciente en su adolescencia ya estaba prefijado. Su educación había estado orientada al estudio de idiomas, con el fin de que pudiera ingresar en

alguna universidad para estudiar lenguas y ciencias políticas, para luego intentar entrar en el servicio exterior.

No presenta antecedentes psicopatológicos personales o familiares graves de interés. En su adolescencia sufrió un accidente de tráfico en el que fue atropellado cuando iba en bicicleta. Sufrió daños en su brazo y mano derecha. Estuvo un año de convalecencia. Durante todo el proceso el paciente no compartió su dolor y su sufrimiento con su entorno familiar. En un primer momento recibió atenciones de un cirujano Inglés que lo sometió a varias intervenciones sin éxito, hasta el punto que se llegó a temer por la mala evolución y una eventual amputación del miembro. Los padres mantuvieron al margen al paciente de este proceso, sin hablar nada abiertamente. Posteriormente pasa a responsabilizarse de la asistencia un cirujano suizo que progresivamente, a través de su tratamiento, un contacto cercano y rehabilitación (que incluyó iniciar clases particulares de dibujo con un viejo pintor) logra salvar y fortalecer la funcionalidad del miembro. Se intuye también que el paciente no habla abiertamente con sus padres de los recuerdos y experiencias de esa época. Tan solo, y tras largo tiempo en la psicoterapia, el paciente relata conversaciones más íntimas con su madre a cerca del episodio.

El paciente “actualmente” es derivado a consulta por un médico no conocido previamente por el terapeuta (autor del libro), por un cuadro clínico de tres meses de evolución con sintomatología depresiva aguda o “derrumbe depresivo”, según se cita, que cursaba con negativa a ingerir alimentos sólidos, pérdida de peso significativa y predominio de sentimientos de devaluación y culpa. El cuadro clínico le impedía desarrollar de forma satisfactoria su desempeño laboral, podría deducirse que en el momento de la primera entrevista con el psicoterapeuta, estaba de baja laboral.

El paciente había rechazado en un primer momento recibir ayuda psicoterapéutica, pero su mujer lo persuadió para que aceptara “encontrarse” con un psicoterapeuta “acreditado” por los trabajos del autor que su esposa había leído y que le garantizaban al paciente “que no intentaría hacer de él un paciente”. El paciente se muestra reservado y reticente a la apertura respecto al acontecimiento o experiencia vivenciada que le impactó emocionalmente hace tres meses y le condujo a ese “derrumbe”. Finalmente, tras mucho tiempo de terapia, relata un desliz con una mujer en un congreso un fin de semana y que vivencia como una experiencia “lujuriosa y salvaje, desconsiderada y brutal” y que desencadena un sentimiento de haber vivido de forma deshonesto toda su vida, engañando a todos incluso a él mismo. Nace el sentimiento de vivenciarse como un hombre despiadado, vengativo y brutal, siendo su sexualidad peligrosamente perversa.

El autor plantea un enfoque de orientación psicodinámica con un encuadre de 3 sesiones semanales, en principio se deduce que cara a cara, y que posteriormente a partir de un punto del proceso pasa a introducirse el diván para el trabajo de sueños. Destaca el trabajo de análisis de relaciones del pasado y de análisis de contenidos internos como sueños y fantasías sexuales. Tras esta breve y esquemática presentación de los datos sociofamiliares y clínicos del paciente paso a la reseña y comentario del material clínico presentada por el autor.

El autor concede gran importancia a la presentación física del paciente, casi tanto como al informe “ensayado” que da de sí mismo. En este sentido describe del paciente “... resultó ser un hombre alto, de buenos modales, elegante, cortés y discreto al hablar”. Respecto al informe sobre sí mismo destaca, casi como eje vertebrador de la experiencia interna del paciente, ..”Soy un hombre malo, y eso no tiene remedio”.

Destaca a lo largo de todo el texto, la percepción y descripción que hace el autor de pequeños matices verbales y no verbales que proporcionan gran información sobre la posición en la que se sitúa el paciente respecto del otro y respecto a sus propias experiencias internas.

Respecto a la transferencia inicial desplegada por el paciente, la posición de manejo de esa transferencia por parte del autor y la evolución de la relación en el proceso clínico:

Khan describe los motivos de la elección del terapeuta y la posición del paciente frente al terapeuta. La búsqueda de alguien “acreditado-reputado”, con el que “encontrarse” “sin ser

tratado como un paciente” ya empieza a proporcionar los primeros elementos para construir mentalmente hipótesis relacionales.

Las referencias en el texto a Winnicott son una constante en los planteamientos del autor. El autor muestra una disponibilidad y flexibilidad ante las necesidades psicológicas que percibe en el paciente, mostrándose sumamente respetuoso con el ritmo y experiencias internas del otro. Este, se podría llamar, ambiente de “holding” o sostenimiento es quizás el elemento de encuadre más característico en la relación que estable con el paciente. En esta misma línea, el autor defiende el respeto a los términos que emplea el paciente para describir su experiencia interna más allá de la jerga metapsicológica habitual y sus tácticas. Parece como si se situara ante el paciente de forma más humana, reduciendo la asimetría típica del encuadre clásico. Trata de forma premeditada de evitar ejercer presiones intrusivas para reunir material, permitiendo que fluya al ritmo que marquen las necesidades del paciente, convencido que las intrusiones, por ejemplo con un uso demasiado rápido, frecuente y amplio de las interpretaciones, más que ayudar al paciente pueden generar una repliegue del paciente.

Inicialmente el paciente despliega un patrón relacional ante el terapeuta en el que ejerce mucha represión interna generando una actitud de cierre ante el otro. El autor describe “siempre me quedaba con la sensación de que no hablaba de sí mismo”, “se mantenía distante e impersonal respecto a su propia vida psíquica” “Tenía un modo sutil de hablar de sí mismo de manera anónima”. Khan de forma silenciosa y respetuosa, va captando y configurando mentalmente los elementos relacionales del paciente. Percibe la relación entre las situaciones sociales de vivencia de indefensión y dependencia ante el otro y la reacción posiblemente defensiva, aunque ineficaz, de rechazo a la “comida” (ayuda, consuelo y sostenimiento del otro), la alienación e incomunicación con su entorno. Se intuye que esta reacción aparece asociada a los sentimientos de vergüenza, culpa y rabia. Parece como si el paciente tratara de mostrar una imagen de autosuficiencia ante el otro, quizás para sostener su propia autoimagen, muy dependiente de la valoración que hace el otro de su competencia y a merced de un superyó excesivamente severo y rígido (que censura contenidos mentales asociados a la intimidad tanto de experiencias de placer asociadas al juego, diversión o sexuales, como experiencias de sufrimiento e incapacidad que se devalúan y persiguen). Tal vez, de ahí que reprima episodios biográficos asociados a determinados afectos, y no verbalice de forma fluida contenidos internos al terapeuta (que se arma de paciencia para ofrecer el ambiente de sostenimiento y esperar los cambios, a partir de la nueva experiencia relacional y emocional que provee desde esa posición de respeto y disponibilidad).

Poco a poco, va cambiando la relación y la actitud del paciente hacia el terapeuta volviéndose más confiado, apartándose menos de su vida personal. “Persistió cierta distancia e impersonalidad pero cada vez hablaba menos de sí mismo como si se tratara de alguien que conoce bien”, y comenzó a exteriorizar más los sentimientos y la experiencia interna conforme fluía.

Prueba de la confianza y seguridad que el paciente llega a vivenciar con el vínculo terapéutico, es el hecho de que el paciente se atreviera por primera vez a mostrarle a alguien (al terapeuta) un producto propio, en forma de dibujo “bici-chica”, de parte de su fantasía sexual. Dibujos que escondía en su época de formación en Londres, cuando vivía en un departamento con su padre y Tom.

Según avanza el proceso surgen en el paciente nuevos elementos relacionales. El autor comienza a percibir cierta exigencia y provocación, demandando más interpretaciones para agilizar el proceso. El autor también percibe la tendencia del paciente de dejarlo en suspense y en tensión para la siguiente sesión. Khan advierte la existencia de un ideal del yo excesivamente perfeccionista y exigente consigo mismo y con los demás, junto con el Superyó sádico, severo y rígido. El autor no cae en la tentación de sucumbir a las demandas de control del paciente y trata de respetar la libertad y ritmo de crecimiento autónomo del paciente.

Las pocas interpretaciones que realiza a lo largo del proceso tienden a ser yoicas y con el propósito de establecer su autoestima y apoyar su ideal del yo. En este sentido, defiende como

señaló Freud, que en depresiones o perversiones el Superyo desempeña el papel que produce cambios. Evita conscientemente dar un carácter nocivo a las experiencias psicosexuales internas del paciente.

Casi al final del proceso, cuando el paciente relata el episodio de desliz que provocó el derrumbamiento psicológico en el presente reciente, el autor muestra una actitud, casi se podría llamar "activa", que trata de mostrarse comprensivo y de alguna forma, "desculpabilizar" o rebajar la autocondena. "Le dije que lo que había pasado no era grave, en términos de mi experiencia clínica. Había oído de verdaderos perversos, actos sexuales mucho más horribles y premeditados, de una crueldad brutal". Señala la parte de responsabilidad que se podría atribuir al complice pasivo "el cómplice pasivo a menudo tiene mayor control sobre estas situaciones y hechos que el activo". "Destiqué su logro para vencer su desventaja física, adquirir una habilidad artística y tener una familia". Posteriormente el paciente afirma "Bueno, he aprendido una cosa más: por un acto malo no se es un hombre malo. Todos somos capaces de hacer algo así".

La actitud respetuosa de "sostenimiento" podría decirse que favorece la modificación parcial del Superyo, internalizando la actitud que muestra el terapeuta hacia el paciente y así mostrarse más comprensivo y compasivo consigo mismo. Del mismo modo, se produce una modificación en el ideal del yo, que pasa a ser menos exigente y perfeccionista. Como diría el paciente, casi al final del proceso psicoterapéutico, "si aprendí algo de usted, para mi beneficio, fue observando su forma de trabajar", cuanto dice y cómo lo dice. "Lo que aprendí de su estilo lo pongo en práctica cuando enseño a los aprendices de mi taller. Ya no les pido cosas que sé que todavía no pueden lograr debido a su falta de destreza y experiencia".

Parece que el aprovisionamiento de las condiciones de sostenimiento (paciencia, respeto y comprensión de las necesidades psicológicas del paciente sin adelantarse o forzar su ritmo de crecimiento, entre otros elementos) más que el empleo de interpretaciones, ayuda al cambio relacional en el paciente tanto consigo mismo (menos punitivo y autocrítico) como con los otros (el terapeuta, sus aprendices, su madre, sus hijos). El paciente se muestra más afectivo y tierno con sus hijos cuando dice "los jóvenes de hoy son tan diferentes de cómo éramos nosotros. Mis hijos ya están haciendo listas de discos de música moderna y de cosas que quieren que les traiga de afuera. Yo nunca hubiera podido pedirle eso a mi padre".

Respecto a elementos teóricos del marco conceptual que maneja el autor sobre la etiología de las perturbaciones del carácter y desarrollo de perversiones:

En primer lugar, y como se menciona anteriormente, Khan sitúa en el Superyo un papel clave en el desarrollo tanto de las depresiones como de las perversiones, siguiendo los planteamientos freudianos.

También defiende que un solo trauma, aunque fuese importante, no afecta a la formación del carácter del mismo modo que lo que da en llamar "El Trauma Acumulativo", que sería la repetición de pequeños traumas que cercenan el funcionamiento del yo en la infancia o la adolescencia. Y afirma que la vivencia del Trauma Acumulativo conduce a menudo a perturbaciones del carácter o a perversiones. Del paciente afirma en el texto "Había llevado una vida benignamente disociada, por debajo de sus posibilidades antes del accidente en su adolescencia, seguido de un año de invalidez, sin quejarse a nadie por ello."

Describe elementos que hacen pensar en una atmósfera familiar en la que predominaba la distancia afectiva entre sus miembros, centrada la valoración personal en el logro y rendimiento, muy poco comunicativa y afectiva. El paciente llega a verbalizar que se había sentido maltratado y que no se le había permitido expresar su opinión. Afirma que había perdido toda confianza en sus padres y en los cirujanos de Londres, después de oír que el cirujano le hablaba a su padre de la posibilidad de una amputación, sin que nadie se lo dijera directamente.

El autor afirma que para compensar la experiencia de desamparo, se pone en marcha un mecanismo por el cual el yo pone bajo su dominio esas vivencias de indefensión, dependencia del otro y necesidad de ayuda, afecto y consuelo, que no fueron atendidas ni legitimadas - y que por lo tanto aparecían como intolerables para su Superyo y su ideal del yo.

Recorre a Winnicott y su afirmación de “no existen traumas que estén fuera de la omnipotencia del individuo”. Khan agrega “que omnipotencia no es dominio. En la omnipotencia hay una renegación de la realidad psíquica interna y externa, y un rechazo del reconocimiento del otro como persona con derecho propio. Cuando la omnipotencia triunfa, puede destruir el sentido de la propia identidad y alienar a la persona de sí misma”.

Khan señala que Winnicott había descrito el tipo de funcionamiento psíquico que incluía el dominio como “objetos y fenómenos transicionales”.

2. Reflexiones

Finalmente, Khan dedica brevemente un segundo y último apartado para cerrar el capítulo 8 de su libro “Locura y Soledad” a la reflexión teórica de determinados conceptos.

Respecto al concepto de Dominio del yo:

Khan afirma que es una variación de la hipótesis de Freud acerca de la pulsión de dominio, en especial en las perversiones. Aunque no definió explícitamente el concepto de pulsión de dominio, sí la trató en el contexto de la crueldad, bien en su línea de desarrollo en el sadomasoquismo, bien en su línea de desarrollo en la neurosis obsesiva. Freud en su obra “Tres ensayos sobre una teoría de la sexualidad” (1905) relacionó el sadismo/masoquismo, la pulsión del saber y la pulsión de dominio. Posteriormente, extendió el desarrollo de estos conceptos en “Tótem y tabú” (1912) a la organización socio sexual de las hordas primitivas, “..cuando el varón crece, establece una lucha con los otros por el dominio..”

Respecto al concepto de Mal:

Según Khan, el concepto de Mal es socioteológico, y solo un analista ha desafiado la soberanía del llamado espíritu científico: Karl Menninger, el cual sostiene de forma mordaz que “La desaparición de la palabra “pecado” implica un cambio en la asignación de responsabilidad del mal”. Khan afirma que tal vez al provenir de una cultura diferente (India / Persia) donde el mal está profundamente integrado en el devenir social y personal, le interesó la ausencia de este concepto o de conciencia del mismo entre sus colegas. En este sentido, Khan coincide con Richard Cavendish cuando éste sostiene que “Las entidades malignas del pasado han caído sobre nosotros. Un número sorprendentes de personas, en lo que se supone que es una era de materialismo y racionalismo, tienen en el fondo una convicción o fuerte sospecha de su realidad..”

Respecto al estilo terapéutico:

Khan admite que su estilo busca evitar interpretaciones interpersonales del tipo usted y yo, aquí y ahora. Conceptualiza su abordaje más cercano al concepto de “juego del garabateo” de Winnicott, por el cual el terapeuta trata de que el paciente “juegue” verbalmente dentro de la conversación aquello que intrapsíquicamente está hipercontrolado.

Finalmente, describe Cuatro puntos clave de su trabajo con el paciente respecto a los conceptos de Mal y Dominio. Señala en primer lugar, la naturaleza del uso del objeto por parte del paciente. En segundo lugar, señala el papel de cómplice pasivo del otro. En tercer lugar, se detiene en algunas consideraciones de lo que llama “autocura” en la etapa de recuperación tras el accidente. Por último, señala como la necesidad o exigencia de empatía del paciente respecto de la chica, para que ésta se prestara a jugar con él permitía que en ningún momento la ultrajara con sexualidad física.

Reflexión en torno al material clínico de M. Khan, por Miguel A. Gimeno:

Nos encontramos con un paciente configurado por un trauma acumulativo provocado por un duelo por la pérdida de facultades que no ha sido elaborado. Esta discapacidad, esta limitación no ha acabado de ser aceptada a lo largo de su historia. La perversión de su sexualidad, fruto de la necesaria disociación de tanto dolor y sufrimiento, busca revertir el desamparo en la sexualización de su ira. Bajo el todopoderoso yo colocó estos traumas acumulativos que al mismo tiempo disociaba. Al tiempo se da el derrumbe depresivo provocado por la rabia y la venganza disociadas contra sí mismo.

Parto de una primera sensación tras volver a leer a este autor, me gusta. Me identifico con

su estilo reflexivo, sereno, sin prisa, incluso pasivo.

Yo no era así, pero lo voy siendo con el paso de la experiencia clínica. No “desembala” la historia del paciente desde el principio y le permite su estilo y ritmo de autorrevelación. Creo que esto es bueno para el paciente en este caso y quizás como principio técnico a especificar su uso en cada caso.

Es lo que el autor llama “dejar de tratarle como paciente”. Considero que es un estilo de trabajo que conviene tener presente como horizonte. Le vemos, le pensamos y le sabemos “paciente” pero en el trato, en la relación, en el vínculo provocamos que se sienta más él mismo, que paciente. Desde ahí la revelación se iba a dar con toda seguridad, por que así fue durante los primeros meses el trato de Masud Khan. En esta línea es de destacar como habiendo hablado con la mujer del paciente por teléfono en ningún momento se lo transmite al paciente, algo que considero apropiado realizarlo.

Creo que este principio de actuación de Masud Khan podríamos encajarlo teórica y clínicamente en nuestro quehacer como terapeutas relacionales.

Entiendo que el terapeuta considera que su estilo anónimo de hablar de sí mismo manifestaba profundas resistencias a conectar con los sentimientos y vivencias dolorosas que impedían en las primeras sesiones narraciones autobiográficas, pues probablemente no hubieran sido sino relatos neutros de acontecimientos, y quizás le hubieran dolido al paciente innecesariamente sin posibilidad de ser aliviado en un vínculo todavía sin construir ni cimentar siquiera.

Masud Khan sabe bien que el paciente está en grueso conflicto con sus profundas necesidades que le impiden ser y estar en un vínculo de ayuda. Vivió demasiada humillación en su permanente estado de dependencia cuando estuvo convaleciente tras el accidente.

Expresa bien el autor con el binomio “confesión-estado de gracia” la necesidad básica del paciente de que salga del secreto su “maldad”. Estar presente, escuchando y en armonía es el motor del cambio y no la provocación a la interpretación. Al principio de la terapia, tal y como se va desarrollando, es difícil confiar en la continuidad de la relación, sin embargo a raíz de hablar de la fantasía compulsiva la continuidad prácticamente está garantizada, si nos seguimos moviendo en esos mismos parámetros vinculares.

Es algo común a pacientes de estructuración perversa, sádica o masoquista así como aquéllos que sufren algún trastorno de la sexualidad. He dicho mi “maldad”, no me han condenado sino que me han acogido, me siento reconfortado, con más fuerza, en estado de gracia. Estado definido como un “hacerse malo”, es decir, siendo malo como lo sigo siendo a pesar de mi confesión, puedo seguir siendo, puedo seguir estando en relación. Mi ser malo no rompe este vínculo.

Podríamos afirmar que la perversión confesada, hecha pública en la intimidad del vínculo terapéutico pone límites a la misma perversión y ayuda a contenerla sin eliminarla. Entiendo así que el objetivo de Masud Khan no era evitar la perversión, cuya función era ser refugio de identidad ante tanto dolor y sufrimiento, sino ser consciente de la misma. Parece que se trataría de aceptar una vida benignamente disociada. En esta línea recuerdo el principio winnicottiano de mantener a una persona en vida más que librarla de su enfermedad como lo más importante en nuestro trabajo clínico.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Barea, J.M., Gimeno, M.A. (2008). Reseñas del trabajo de M.M.Khan “la Mano Mala”. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (1): 237-242. [ISSN 1988-2939]
[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/language/es-ES/Default.aspx>]