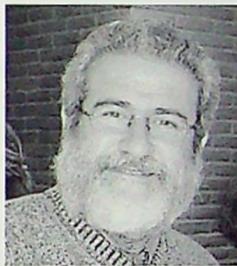


LA MUERTE INMINENTE



León Cohen M.
Psiquiatra y Psicoanalista

Una persona camina por la calle. Una ligera desazón la ha acompañado desde que salió de su casa pero no es algo que la inquiete en comparación con las cosas que la preocupan. Su paso es decidido ya que se trata de un ciudadano joven y sano. En medio de la gente y de una serie de pensamientos en torno a las importaciones que debían haber llegado ayer, el ciudadano va derecho hacia su oficina. De improvviso y como de la nada su cuerpo, antes silencioso, le llama la atención. Una extraña sensación de frialdad empieza a cubrir sus extremidades. Con inquietud nota los latidos de su corazón. Todo esto saca drásticamente fuera del escenario a las importaciones. La extrañeza abre paso a la preocupación. Siente el pecho apretado y una sofocación le sube por la garganta. No sabe lo que le pasa, no es algo que pueda reconocer, quizás caminó demasiado rápido y se agitó, quizás el tema económico lo tiene nervioso. Entre tanto las sensaciones inician una escalada en intensidad como si fueran una bola de nieve. Se toca la cabeza. Siente un mareo que gira dentro de ella, mientras una serpenteante náusea se arrastra desde su estómago. Se siente confundido, perturbado. Sus piernas las siente frágiles, como si se fueran a doblar y una transpiración comienza a recorrer sus manos frías. Se siente tenso y ya nada parece existir a su alrededor. Sólo los sonidos y las señales de su cuerpo.

Lo que no sabe el ciudadano es que su tallo cerebral se ha comenzado a agitar en una descarga que está abrumando a su sistema nervioso autónomo.

Sigue caminando, pero ahora con inseguridad. La inquietud se le transforma en una ansiedad agitada. Su respiración –acorde con la extrañeza y el miedo–, se vuelve rápida, demasiado rápida, de manera que sin saberlo el dióxido de carbono y la acidez que comienzan a transitar por su sangre inician su golpeteo sobre los quimiorreceptores del susodicho tallo cerebral el que, a su vez, se vuelve segundo a segundo más agitado. El ciudadano no sabe, pero está envuelto e involucrado en el estallido de una crisis de pánico. No sabe que está exprimiendo como fruta primavera los núcleos de su tallo, sobre todo el *Locus Coeruleus*. El ciudadano no tiene la culpa. Ni él ni nadie ha sentido alguna vez el escurrir abundante de la noradrenalina desde nuestro *Locus Coeruleus* de cada día, de manera que nuestro sujeto no es responsable del modo como hoy abruma a su *Locus* y lo gatilla en un disparo cuyos ecos vagales están enloqueciéndolo.

No es culpable pues ignoraba la desmesurada sensibilidad no sólo de su *Locus* sino que también de su rafe dorsal serotoninérgico; es decir y repito, de la inapropiada excitabilidad de su tallo cerebral. ¿Cómo podía evitarlo si esta sensibilidad la traía envuelta en su código genético y entregada por sus padres y por el azar?. ¿Podría haber aislado y protegido su tallo cerebral, sobre todo su *Locus*? Imposible, pues está vivo, recibiendo desde la periferia los mensajes del sistema autonómico, la famosa red vagal, y aún más, recibiendo desde arriba la influencia de la corteza; es decir, ni más ni menos que las repercu-

siones de lo que está viviendo en la realidad. Por otra parte, ¿podría haber anticipado esto, haber captado las señales sordas o subterráneas de estos sucesos, prevenir el estado de desamparo en que se está sintiendo ahora, la amenaza que siente se le viene encima? Sabemos que a veces se sentía inquieto, ansioso, con una ligera desazón algo nefasta, pero una vez más, ¿cómo podía saber que se trataba de señales de que ese sensible *Locus* estaba dando muestras de su irritabilidad molestando al hipocampo límbico?

Y ahora el ciudadano siente su corazón inmenso y ruidoso, agitado. Es tan fuerte que parece que todo el mundo estuviera convulsionado o como si en ese momento la tierra estuviera temblando. Sus brazos se contraen mientras un dolor parece recorrerlos. Cada segundo que pasa se siente más angustiado y cada señal y signo que percibe multiplican su ansiedad y hacen crecer una serie de pensamientos y fantasías catastróficas en su mente que, de repente, se condensan en una sola y espantosa duda: ¿Y si estuviera sufriendo un infarto? Este pensamiento hace que el corazón, sus latidos, el dolor al pecho y las molestias en los brazos sean enfocadas por toda su atención. Toda esta intensidad convierte a esta idea en un hecho y la ansiedad se vuelve desesperación.

A pesar de todo esto sólo se ha apoyado en un poste de la calle. En su semblante, más allá de una cierta palidez y tensión, no hay nada más que trasunte por ahora la tormenta angustiosa que se está dejando caer en su interior. Es que aún su pudor y el temor de quedar expuesto e inválido entre extraños lo mantiene, hasta ahora, contenido y en pie, con el miedo estallando en su cuerpo. Y es esto lo que se le vuelve cada vez más definido: el miedo que se concentra en un temor catastrófico que se torna momento a momento más invasor y que amenaza con descontrolarlo. Pareciera que las mismas ideas, cada vez más catastróficas, impulsarían este derrumbe, alentarán esta tormenta. Ciertamente es posible pues, aunque el ciudadano no lo sabe y a pesar de que es experiencia común, ciertas ideas navegando por su corteza prefrontal podrían exprimir sus núcleos basales y hundirlo en el terror. A esta altura no sólo el ciudadano sino que todos los que escuchamos no podemos sino pensar en los diversos sistemas neuroquímicos que están conspirando para hundirlo en esta miseria.

No han pasado sino algunos minutos y para el ciudadano es como si llevara años sostenido y acompañado por ese poste que encontró en medio de su naufragio. Cuánto quisiera estar con su esposa en este momento, y no es por el hecho de que se acaba de casar y la eche de menos, sino por necesitarla ahora como un sostén, alguien que pudiera cuidarlo, ahora que se siente al borde de la inconsciencia o más aún, cerca de la locura o la muerte. En último término podría ser cualquier persona conocida y confiable capaz de acompañarlo si perdiera el control y cayera sin conocimiento. Incluso podría ser su hermano menor con sus ocho años. Trata de calmarse, pero no encuentra nada que pueda ayudarlo en su interior. Al menos logra contener esa desesperación

dentro de sí sin caer en los gritos o en el escándalo a pesar de sentir la inminencia de la muerte.

De pronto y como cuando un terremoto llega a su clímax, las sensaciones comienzan a diluirse, a apaciguarse. Nuestro sujeto aún conserva una frialdad en todo el cuerpo, aún se siente débil, pero la angustia catastrófica se le empieza a calmar acompasada por el aplacamiento de la agitación cardíaca. El temporal de serotonina y noradrenalina proveniente del estrujamiento de los núcleos del tallo cerebral que han estado, en su sensibilidad heredada, a merced del vértigo prefrontal, parece aligerarse. Logra retomar paulatinamente el contacto con su entorno, se aleja del poste y camina con cautela, todavía confundido. No sabe lo que le ha pasado, piensa que ha estado a punto de morir, de que algo le estallará dentro del cuerpo, de perder el control. El ciudadano siente que ya no es el mismo que salió de la casa esta mañana; ahora ha perdido ese cómodo silencio corporal en que viajaba hasta hacía un rato atrás. Ahora se siente enfermo y no sabe de qué. ¿Será un mal cardíaco? Ha escuchado de tantos hombres jóvenes que mueren súbita e inexplicablemente de un infarto. ¿Por qué... qué otra cosa puede ser? El ciudadano no piensa que se trate de un problema nervioso. El ciudadano es exitoso y no es mujer y no se le pasaría por la mente pensar en un problema psicológico. Es que piensa que no está loco, aunque recién se sintió cerca de lo que debe ser eso. Pero no. Era el corazón que se le salía por la boca sin que estuviera sufriendo por algo más que por lo que sentía en ese momento. El ciudadano se siente complicado por esto. ¿Cómo explicarlo sin que alguien se ría de él, o piensen que quizás está neurótico, que es un exagerado o un tipo débil y poco confiable? Es mejor no hablar de esto, quizás olvidarlo. Se encamina hacia el metro para continuar hacia su oficina cuando de repente un pensamiento cruza como un rayo por su revuelta mente: ¿Y si me volviera a venir cuando esté viajando en el metro?, ¿y si es un infarto... cómo encuentro ayuda rápida, cómo salgo de allí, cómo logro salir al aire? Este pensamiento lo deja paralizado casi al borde de la escalinata de descenso. Decide tomar un taxi. Una desazón subterránea se le ha instalado. Más tarde pide hora con un médico cardiólogo.

Al día siguiente advierte que ha salido de su casa con una inquietud notoria. Hoy tiene hora con el médico, pero se da cuenta de que lo que lo angustia es el volver a recorrer los pasos que lo conducen al lugar de los hechos de ayer. Y en efecto, al llegar a la zona del poste siente una agitación en el corazón que lo pone especialmente ansioso. Enlentece el caminar, pero no se le desencadena nada como lo del día anterior. Sin embargo opta por no tomar el metro y vuelve a irse en taxi. Es mucho más caro para él pero intuye que no podría estar tranquilo en el subterráneo de la ciudad.

Más tarde nuestro ciudadano le ha contado al médico lo ocurrido. El cardiólogo, con cautela, le toma un electrocardiograma. Todo es normal. Le da unas benzodiazepinas por unos días y lo despide. En las semanas siguientes, también yendo por la calle, en tres ocasiones siente irrumpir dentro de sí un estallido similar

al de esa ocasión, aunque menos tormentoso. La secuela de todo esto es que ya su existencia no es la misma. La desaprensión con que salía por las calles, bajaba al metro, subía a los ascensores, se alejaba de su familia o con la que miraba su propio cuerpo, ha quedado atrás. Ahora siente una sorda desazón y a veces una franca ansiedad que lo acompaña. En ocasiones evita salir si no se siente muy seguro; pareciera más hogareño, pero en realidad un oculto miedo parece impregnar el futuro inmediato. Se ha vuelto menos independiente y pareciera querer estar cerca de su esposa, físicamente cerca, como si fuera un niño. La esposa, agradablemente sorprendida sólo se queja de lo poco que salen desde hace un tiempo. De todas formas la esposa de nuestro ciudadano no se incomoda, ya que siempre ha tenido un espíritu maternal a flor de piel y más bien lo que le molestaba era la excesiva distancia que su esposo mostraba desde que se conocieron.

El cardiólogo le dijo que estaba sano y únicamente un poco nervioso. ¿Será posible que sea sólo un problema mental? No lo entiende, pues no reconoce problemas como aquellos que en las películas muestra la gente que va al psiquiatra. Hasta que hace unos días vuelve a tener otro ataque y tan intenso como el primero. Entonces consulta a un psiquiatra.

Después de ese día tuvo un diagnóstico. Es un desorden de pánico con una agorafobia. Este extraño e impactante nombre le decía, según el psiquiatra, que había nacido con una sensibilidad en una zona cerebral, que seguramente poseía algunos rasgos en su personalidad que facilitaban que en una circunstancia en la que confluyeran ciertos factores conscientes e inconscientes, estallará una crisis de angustia como las que había sufrido hasta ahora. Como era de base orgánica y por tanto, bioquímica, debía hacer uso de un tratamiento farmacológico. El médico le explicó que había varias clases de estrategias eficientes basadas en los hallazgos neuroquímicos. En términos generales todos eran antidepresivos. Podían usarse los clásicos antidepresivos tricíclicos como la clomipramina u otros más actuales como la fluoxetina. Las dosis eran bajas desde un comienzo y el tratamiento era largo y a veces permanente. Era posible que hubieran recaídas sobre todo por la interrupción del tratamiento. El ciudadano a esta altura había caído en un estado de ánimo ambivalente. Le aliviaba poder saber lo que tenía. No tenía un mal coronario ni otra patología orgánica grave, nada que lo fuera a matar bruscamente. Tampoco estaba con una enfermedad psiquiátrica grave, pero lo que lo deprimía en este momento era saber que tenía una enfermedad que parecía crónica y que tendría que tomar medicamentos y preocuparse del tema por mucho tiempo.

El psiquiatra le dijo que además podría tomar una benzodiazepina para aligerar sus temores y ansiedades permanentes, secuela de los ataques y que lo mantenían con una cierta expectativa nefasta. Y también agregó algo que lo sumió en una profunda duda. Que cualquier tratamiento farmacológico se potencia si el paciente se encuentra paralelamente en una psicoterapia. Nuestro ciudadano había escuchado hablar de esto sólo en chistes y en películas. Por ahí alguna compañera había deslizado un comen-

tario respecto a haber consultado a un psicoterapeuta. ¿Se trataba de que tendría que desahogarse con alguien, pero de qué?... de sus preocupaciones respecto a la enfermedad... tendría que hablar de sus padres y su familia; no le gustaba ventilar sus cosas privadas con extraños ni menos pagar por ello... ¿No sería patético ir a una oficina a hablar de cosas que ni habla con su señora y a veces ni consigo mismo...? Quizás no sería necesario tanto. El psiquiatra le dijo que una psicoterapia llamada cognitivo-conductual le podría ayudar a enfrentar la agorafobia; es decir, el nerviosismo con el que salía a la calle y que lo hacía quedarse en casa siempre que podía. Le dijo que si aprendía a relajarse y luego lo aplicaba al pensar en los lugares que más miedo le producían, entonces podría comenzar a aventurarse, gradualmente, en esos lugares. Le dijo que si aprendía a controlar todo eso disminuiría la probabilidad de nuevos ataques, ya que vivir con el miedo constante a estar solo en ciertos espacios por temor a que viniera una crisis facilitaba que pudiera estallar un ataque. Esta forma de psicoterapia podía ser breve y ayudarlo bastante, pero sin que asegurara una especie de curación definitiva.

También podía complementar o escoger desde un primer momento una psicoterapia psicoanalítica, otra forma de tratamiento, más larga, quizás de meses o de más de un año. Si ya nuestro ciudadano encontraba algo exótico el estar imaginando estaciones del metro bajo estado de relajación, pensar en permanecer por meses hablando del asunto le parecía asfixiante. El psiquiatra le agregó que esta última terapia tenía objetivos que iban más allá del alivio inmediato de sus fobias y que pretendía entender aspectos más profundos de su personalidad y cuya dinámica pudiera estar jugando un papel facilitador en el estallido de las crisis. En todo caso le aclaró que su sensibilidad neuroquímica heredada era la condición de posibilidad esencial de los ataques y que el tratamiento psicofarmacológico era prioritario, pero insistió que una psicoterapia asociada mejoraba sin duda la evolución y el pronóstico y que incluso podría ayudar a reducir o dejar los medicamentos y tener una probable y larga pausa sin ataques y quizás no llegar a tener nunca más uno como el primero; es decir, una experiencia traumática como aquella.

Por supuesto que el ciudadano piensa cuál terapia será mejor. El psiquiatra, criterioso e informado, le dice que no puede darle estadísticas válidas y actualizadas pues estos fenómenos dependen de muchos factores y son complejos; es decir, un pequeño factor puede llevar un tratamiento específico hacia un sentido impredecible. No cabe duda que a nuestro ciudadano le resulta más factible el primer modelo; algo breve, y por tanto más barato, que no implique hablar mucho de sí, cosa que no le gusta y a la que no está acostumbrado, que no sea tan lento y en definitiva, que no trate de cambiarlo, pues no ve por qué lo necesitaría.

Inicia pues el tratamiento medicamentoso y pide hora con un psicólogo cognitivo-conductual. Efectivamente, de partida se alivia de esa ansiedad con la que salía a la calle y no vuelve a tener una crisis como la primera. La psicoterapia dura unos dos meses y luego sólo va a controles. Igual con el psiquiatra. Sigue

tomando una dosis baja del medicamento. Todo parece normalizarse hasta que en la oficina le piden que haga ese viaje a Estados Unidos. Días antes del viaje volvió a sentir esa desazón antigua. El mero recuerdo ya le inquieta especialmente. No acepta que ese sufrimiento pudiera volver. La noche anterior al vuelo casi no puede dormir. Como a cualquier mortal, le produce ansiedad volar y estar en ese absoluto estado de entrega a una cuna de acero y turbinas que va por los aires. Ya sobre el continente y pendiente de ruidos y tornillos, siente, frente a cualquier turbulencia, el golpear de su corazón. Pero no era lo mismo. Sentía miedo de estar volando. No era una irrupción misteriosa, sin relación con nada. Finalmente aterriza en su destino. Al día siguiente debe asistir a una reunión.

Con su maletín firmemente tomado nuestro ciudadano neoliberal enfila por las calles de Nueva York rumbo a su 'junta'. El día, algo fresco, está completamente despejado. Todo está bien y sin embargo en su interior y de repente, se deja caer una tormenta de noradrenalina y serotonina con tanta ferocidad como la primera. Esta vez el lugar sí que le es extraño y el desamparo es absoluto. Se repiten todas las sensaciones. Ya sabe que no es un infarto pero no puede dejar de sentir la desesperación, rabia e impotencia frente a algo que lo invade y lo enloquece. Logra mantener el control sentado en la calle. Vuelve a su hotel y toma una de sus benzodiazepinas que, con buen criterio, había llevado. Es definitivo, requiere aún más ayuda.

Al volver se controla con el psiquiatra, quien le sugiere mantener el tratamiento. También le pide una interconsulta con un endocrinólogo pensando en descartar alguna disfunción tiroidea. El ciudadano va y todo es normal. Entonces decide complementar el tratamiento con la otra terapia, la psicoanalítica.

El psicoanalista lo entrevista y recibe el informe del psiquiatra. Está de acuerdo con el diagnóstico y le propone una psicoterapia de dos veces a la semana, frente a frente; es decir, sin que sea necesario que se tienda en el famoso diván. El profesional le ha pedido que hable lo más espontáneamente posible, tratando de evitar filtrar o censurar lo que se le ocurra. Le ha remarcado que lo que diga será el material con el que trabajarán ya que éste expresa los productos del funcionamiento mental que logra acceder a la conciencia y al lenguaje, tanto verbal como no verbal. Con estas pistas iniciarían la investigación y el análisis de su funcionamiento. El psicoanalista le informó que centrarían toda la atención del trabajo en ese material. Ciertamente estarían trabajando en un tipo de tratamiento psicoanalítico, en una psicoterapia psicoanalítica. Se lo aclaró pues otro tipo de tratamiento psicoanalítico es el psicoanálisis formal y clásico con el paciente en diván y en cuatro sesiones a la semana. La diferencia clave está en el hecho de que ambos estarán trabajando enfocados en investigar, esclarecer, modificar y comprender la dinámica que gira en torno a las crisis. Si fuera un psicoanálisis clásico dejarían que el material se desplegara libre e indefinidamente en sus asociaciones y sin pensar a priori en un foco o en un término de la relación de trabajo. De esta manera se plantearon que trabajarían un año.

Ya estaba, qué se le iba a hacer. De todas maneras no hablaría con nadie sobre este tratamiento. Nunca había sido conversador ni sentimental. Sin embargo y con la ayuda del terapeuta de a poco fue hablando.

En su infancia había sido un buen niño y un buen alumno, con notas buenas y disciplinado. De pocos amigos. Iba a clases y se volvía a su casa. Evitaba a los grupos ya que a veces se burlaban de su aspecto meticuloso y cuidado. En ocasiones y en medio de esas burlas había sentido una descomposición y confusión en su interior que le impedía tener pensamientos claros para responderles, por lo menos, las tallas. Después sentía un cansancio infinito y se tornaba sombrío. Ciertamente que nunca había sido trasgresor y había evitado firmemente cualquier descontrol. A veces cuando hablaba en reuniones del trabajo tenía el temor de que se le saliera algo inadecuado o de hacer algo extraño que lo dejara en total ridículo frente a su jefe y con ello perderlo todo. Hablando de esto en una de las primeras semanas de terapia recordó que justamente unos días antes de la primera crisis un compañero de trabajo le había echo unas bromas soeces en una de esas reuniones, estando su jefe presente, a raíz de su reciente matrimonio. Por un segundo sintió una rabia tremenda que luego se le convirtió en una tensión espantosa y en un ahogo que parecía lo iba a asfixiar. No pudo responder con ninguna talla de vuelta. Nunca ha tenido la espontaneidad suficiente para responder en esas situaciones. Se quedó callado y no quiso pensar en el asunto. Ni siquiera habló con su esposa. Algo sombrío pareció instalarse en él, pues los días siguientes anduvo callado y centrado en el tema de las importaciones. El analista le dijo que quizás centrarse en este tema fue en esa ocasión el modo de no pensar en una situación que podía conectarlo con sentimientos que lo pondrían al borde del descontrol. La angustia resultante, sorda y reprimida, lo acompañaba también ese día en que lo asaltó la primera crisis.

Mientras transcurría la terapia, nuestro ciudadano seguía tomando los medicamentos que le prescribió el psiquiatra. Como en la terapia anterior, a poco andar se volvió a sentir más aliviado y sin crisis. De esta manera a los dos meses el tema de las crisis fue quedando de lado. Entonces comenzó a angustiarse con razón. No sabía de qué hablar. Recordaba esa desazón desesperante de estar frente a un amigo o a una niña y no tener ideas en la cabeza. Sintió ganas de terminar la terapia, de irse. El psicoanalista le mostraba que ya no era el miedo de deambular por las calles lo que lo desesperaba sino que el de deambular dentro de ciertos callejones desconocidos, los de su propio mundo interior. Le dijo que sería provechoso encontrar también en su mundo interno aquellos puntos sensibles que, como en su tallo cerebral, lo llevaban al pánico. Recordó algo que se comentaba como anécdota. Cuando comenzó a ir al jardín infantil se aferraba a su madre y lloraba en forma angustiada y desconsolada. Durante un buen tiempo la madre debió quedarse en el jardín acompañándolo en las actividades. Algo parecido pasaba cuando la madre salía en las noches con el padre. Si salían sin que él se diera

cuenta, cuando regresaban, se amurraba. También recuerda que contaban que durante años insistió en dormir en la cama de los padres. La madre lo dejaba a pesar de las quejas del padre. Entonces, no por nada, pasados los seis meses de terapia comenzó a notar que en ocasiones, cuando algo lo afectaba, pensaba en comentarlo en la terapia. Incluso comenzó a sentir una cierta desazón cuando se acercaba el término de la segunda sesión de la semana.

Una vez el analista se ausentó por una semana y se dio cuenta de lo irritable que anduvo. Hablaron en la terapia de todas estas sensaciones. El analista le mostraba como estaba trayendo a su experiencia de la terapia vivencias que habían sido o eran parte de su modo de ser afuera. Como esa desazón reflejaba la angustia que en su infancia surgía al separarse de personas significativas emocionalmente para él y que ahora se insinuaba en la relación con el analista, mostrando además la profundidad emocional que la terapia estaba cobrando para él. Se enfocaron, pues, en este punto que era clave en el problema de las crisis: las angustias motivadas por las separaciones significativas y el temor al descontrol derivado de su miedo a experimentar emociones. Notó como sutilmente se puso más cariñoso con su esposa y sobre todo más comunicativo. Se dio cuenta de la angustia y rabia, antes contenidas y negadas, que le daban cuando ella se ausentaba. Con mayor sorpresa se percató que estaba más alerta a defenderse en el trabajo aunque eso implicara dejar su bajo perfil. Es que se estaba percatando más de lo que sentía. Por ejemplo la rabia que despertaban en él ciertos amigos arrogantes de la oficina. Paradójicamente uno de estos amigos, a quien le había confidenciado que estaba en terapia, le dijo que lo notaba peor. Claro, es que ya no dejaba pasar las pesadeces que frecuentemente le hacían los 'bacanes' de la oficina. Ciertamente que esto lo ponía ansioso, con temor a las revanchas o hasta a que lo despidieran. Pero también comenzó a sentir mayor empuje y deseos de proponer ideas. Sin embargo era en la terapia donde más ansioso se sentía ahora. Era extraño. Afuera se sentía más aliviado y autónomo, mientras que en la terapia era frecuente que se angustiara. En ocasiones sentía una pesada inercia el día antes de la sesión e incluso había momentos en que le aliviaba que algo surgiera y le imposibilitara llegar. Fue comprendiendo que la intimidad lograda afuera, trataba de reprimirla o negarla en las sesiones.

No podía dejar de sentir cierto temor de exponer sentimientos tan íntimos hacia una persona que no conocía y que lo trataba de una manera formal y que, por otra parte, se estaba convirtiendo en una de las personas que más lo conocía. En ese dilema vio acercarse el fin del año. Ya hacía tiempo que no tenía crisis, el psiquiatra le había suspendido gradualmente el fármaco hacía cuatro meses y el analista centraba sus interpretaciones en el término de la terapia. Ciertamente que temía retroceder, que los síntomas volvieran. Esto se hizo notorio con la angustia y cierta amargura que lo tiñeron en las últimas semanas, pero sabía que era por estar terminando un trabajo satisfactorio e inédito para

él. Sabía que ni siquiera este tratamiento le aseguraba una curación total pues había una base biológica, como en todo. Sin embargo, en verdad el pánico, el sentirse al borde de la locura o ante la muerte inminente podía verlo ahora como una señal, un signo que le había permitido pedir ayuda y reencontrarse consigo mismo y con lo que más quería. Cerca del término le planteó al analista si podría continuar con el tratamiento, por ejemplo, transformándolo en un psicoanálisis formal. Aunque estaba mejor y sin síntomas lo había entusiasmado el poder conocerse más a sí mismo. El analista le señaló que ciertamente era una posibilidad que podría intentarlo aunque ahora, inmerso en un proceso de término, no podía hacerle el quite a estos penosos sentimientos a través de la ilusión de una relación sin fin. Más tarde, en otro momento y quizás con otro analista, podía intentar un nuevo proceso, ahora motivado por el sentimiento de haber vivido una relación provechosa de la que pudo separarse sin engaños y sin todas las angustias del pasado.

*Dr. León Cohen M. Psiquiatra Psicoanalista APCh-IPA, Actor, Profesor Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCh), Profesor de la Escuela de Teatro de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Docente del Magister de la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello. leoncohen@entelchile.net