

Un cas d'homosexualitat femenina

Noves vies per a l'ajut psicodinàmic

Jordi Roig i Giménez

Si l'odi, l'estultícia, el deliri, tenen efectes duradors, no veia perquè la lucidesa, la justícia, la benevolència, no havien de tenir també els seus.

Marguerite Yourcenar. *Memòries d'Adrià*

Resum

L'autor presenta un cas d'homosexualitat femenina tractat amb el mètode psicoanalític, amb bons resultats, alhora que aprofita per comentar les idees de R. Isay, psicoanalista americà poc conegut a casa nostra. Aquestes idees, segons l'autor, han estat decisives per a tractar aquest cas d'una manera diferent i, al seu parer, més honesta.

Aprofita per remarcar la manca de crítica de les «teories» psicoanalítiques establertes, i la necessitat que la crítica ocupi un lloc més ampli en l'àmbit de la psicoanàlisi, tot rebutjant algunes idees de Freud sobre la investigació en el mètode psicoanalític, i precisant la necessitat de separar la pràctica diària de la investigació com una manera per a lluitar contra el sectarisme tan arrelat a les escoles psicoanalítiques.

També mostra com es dóna, en el terapeuta, el procés de desencís de les «teories» apreses, considerant-ho una qüestió personal molt estesa i poc comentada en l'àmbit específic de la psicoanàlisi.

Presentació

Amb els seus estudis d'observació psicoanalítica de l'homosexualitat masculina i amb els esforços per raonar les seves troballes clíniques, Richard Isay (1986; 1989; 1998; 1999) ha modificat radicalment la manera com les persones amb homosexualitat masculina i femenina poden ser ajudades en el marc d'un tractament analític, i ho ha fet tot provant d'obviar el que ha estat un segle de «pseudotractaments», al meu parer perjudicials

i nocius atès que els anomenats «tractaments», per a mi pseudotractaments, han estat basats —i en el nostre àmbit s'hi segueixen fonamentant— en teoritzacions doctrinals molt a prop de la ideologia, per no dir totalment doctrinaris, i en canvi, hi ha hagut molt poc debat real, que tingués en compte les noves proposicions «teòriques» en el camp del tractament psicoanalític de l'homosexualitat i que deixés de banda les necessitats de l'estol de psicoanalistes pertanyent a qualsevol dels grups que coneixem. De fet, aquesta, com tantes altres obres que donen noves idees a la psicoanàlisi, no s'ha traduït a la nostra llengua ni al castellà i en canvi les de sempre es segueixen sacralitzant tant com l'obra de Freud a tots els seminaris dels que tinc notícia, acríticament, i com un valor immutable per a conservar. No crec que calgui que m'estengui sobre la irracionalitat d'aquest punt, car ha estat molt ben exposada en els dos articles que Kernberg (1986; 1996) ha dedicat al tema, i que es poden trobar a la bibliografia.

Ja que l'obra de R. Isay ha estat un dels impulsos per a la presentació d'aquest cas i un estímul per a les reflexions posteriors, en voldria citar alguns paràgrafs essencials, que jo mateix he traduït directament de la versió original:

Quan la idea que és possible i desitjable canviar un homosexual en heterosexual s'aplica clínicament, pot causar una varietat de símptomes severos, particularment depressió i ansietat, com a resultat de l'esfondrament de l'autoestima.

(1989, p. 7)

Aquests esforços són psicològicament nocius si un home gai no pot guanyar plaer de la seva activitat sexual, atès que el fracàs en aconseguir-ho incrementa la seva percepció que es troba danyat pel fet de la seva orientació sexual.

(1989, p. 8)

Crec, tanmateix, que l'aplicació pròpia de la tècnica psicoanalítica pel tractament d'homosexuals ens demana que la seva sexualitat, tal com la sexualitat dels heterosexuals, sigui percebuda com a normal per a ell [el pacient].

(1989, p. 8)



A mi em sembla que aquests principis explicatius i el conjunt de l'obra de R. Isay, que ha estat històricament d'una vigorosa importància, com a revulsiu, en el món psicoanalític i psiquiàtric americà, juntament amb la d'altres autors que han seguit els camins oberts per aquesta consideració dels fets, ens fan necessari el coneixement de la seva obra, i pel que fa a mi, constitueixen, segons que em sembla, les premisses amb les que he pogut desenvolupar el cas clínic que segueix, que va tenir la mala fortuna de començar amb els «principis» kleinians al meu cap, que només amb molta dificultat vaig abandonar plenament, i que crec d'interès publicar per a la validesa que jo dono a aquests canvis d'orientació clínica que molt lentament estan arribant a casa nostra i que em sembla necessari d'exposar per al debat.

El cas clínic

Vaig començar fa anys un tractament a la meva consulta: el cas de Paula. Paula, de trenta anys d'edat, es va presentar a la meva consulta després d'haver efectuat feia poques setmanes un greu intent de suïcidi, gairebé reeixit, el resultat del qual la va portar a un coma profund i a ésser ingressada en una U.C.I. d'un hospital públic on va romandre unes setmanes fins la seva total recuperació física. En sortir del coma, l'hospital, mitjançant el seu departament de psiquiatria, va instaurar un tractament psicoterapèutic de grup, no pas amb tècniques psicoanalítiques sinó probablement cognitivistes, amb pacients que patien un «problema similar», és a dir, suïcides inveterats o no.

Paula se sentia insatisfeta amb el tractament i també en desacord amb l'enfoc que se li donava i resolgué demanar-me ajut psicoterapèutic. Ella no sabia res de la meva orientació psicoanalítica i havia arribat a mi pels consells d'altres pacients que em coneixien. Aquest intent de suïcidi, tal com ella mateixa l'esmentava —i que fou gairebé exitós— el portà a terme amb fortes dosis d'antidepressius tricíclics, que la pacient havia de prendre a dosis petites. Paula es va presentar des de la primera entrevista amb mi amb un «doble problema central»: em va dir que era homosexual i que no podia estimar. (També que la paraula lesbiana li feia por). Justament el convenciment que no podia estimar, desenvolupat de forma crítica (punitiva) i amb molta melangia dies abans del decisiu intent, l'havia duta cap a aquesta «sortida vital», segons paraules d'ella mateixa.

En la exploració psicodinàmica vàrem descobrir que patia de la presència quasi constant de pensaments de caire gairebé obsessiu pel que fa a la seva suposada manca d'amor, i efectivament, aquest va ser el tema prioritari i recurrent dels primers anys de tractament. Per altra banda, la pacient, del tot allunyada dels cercles psicoanalítics, no comprenia en començar el tractament que jo no fos més directiu i que no li digués a cada sessió què estava bé i què no ho estava, i sentia dolorosament aquesta meua forma de procedir, que jo tampoc no vaig saber explicar prou bé, pels meus condicionaments formatius, tal com em va recordar el darrer dia del tractament, uns set anys després. Tanmateix, per a mi eren prou coneguts els estudis d'A. Kris (1993), i no feia escarafalls a donar-li suport quan era convenient o em semblava necessari, però amb massa freqüència la doctrina apresada hi era present. És important que ens aturem sobre aquest punt, perquè molts pacients, quan se'ls dona un suport adient i necessari, dintre d'un mètode psicoanalític, no acostumen a veure-ho com a tal i es queixen de la falta de comandament, tot i que les teràpies més directives són un dels motius de la seva insatisfacció, i així ho era en la meua pacient quan va venir al tractament. Tinc la impressió que el factor de l'elaboració del temps intern hi té un paper crucial, però això són figures d'un altre paner i espero poder-ho tractar en un altre article. Ho assenyalo per la importància que va tenir en el tractament i perquè el fet que jo li donés suport quan calia no li feia canviar la seva sorpresa (en el sentit de percebre'm com a poc directiu). Aquest fet només s'esdevingué quan la pacient va poder prosseguir internament el seu propi procés de pensament i ajudar-me a fer-ne l'anàlisi.

Amb un ritme de dues sessions setmanals, els nostres encontres van estar envaïts pels dos temes que Paula m'havia anunciat: per un costat les seves queixes conscients es referien a la presència d'un diàleg intern constant i imposat amb ella mateixa, que tendia a convèncer-la que no podia estimar i alhora a deixar-la en la més gran de les insatisfaccions. No sabia dir si això era sintònic o distònic amb el seu jo, car aquesta qüestió formava part del problema. Ella ho deia de moltes maneres, però bàsicament ho lligava amb la seva homosexualitat com ho fan tants analistes «del tot convençuts». Paula, però, com a pacient hi feia una variació en el sentit musical del terme i és que allò que més valorava de la seva manera de ser, el seu lesbianisme, no podia ni tan sols ésser esmentat verbalment per por que la crítica interna es tornés a manifestar. Les idees clíniques de suport, de



conflicte divergent i convergent, tan ben exposades i estudiades per A. Kris (1993; 1994), són molt pertinents per aquests cas i per les possibles derivacions que se'n puguin fer.

Bàsicament, A. Kris es recolza en la diferenciació entre l'associació lliure que se li permet i demana al pacient («vostè digui el que vulgui o procuri dir tot el que pugui»), i la «llibertat d'associació» que el pacient es veu incapacitat de fer, per la presència constant d'aquests conflictes divergent i convergent que en paraules de Kris arriben a produir una situació constant de punt mort molt a desgrat d'una part dels interessos del pacient. Tal com Kris ho exposa, i com jo ho he entès, la divergència apareix cada cop que s'expressa el conflicte entre, per exemple, una activitat del passat, com ara una fixació, i el que el pacient (el pacient, no l'analista) expressa com a pensament progressiu, diguem-ne les seves ganes de créixer com a persona adulta. El conflicte convergent en canvi, es manté centrat en determinats aspectes de la vida mental, per la força de l'autocrítica no massa conscient del pacient, o conscient però poc manejable i que dificulta qualsevol evolució. Naturalment es tracta d'una autocrítica que en podríem dir demolidora contra qualsevol activitat mental, car no ajuda, ans al contrari, a l'evolució del pacient. Aquesta autocrítica no és mai conscient del tot i és el que manté la convergència i permanència d'un conflicte. Kris mateix parla que la força d'aquest conflicte convergent esmentat podria ser una mesura de l'estructura psíquica predominant; per exemple, la d'una actitud superjoica molt crítica. Ara bé, Kris, amb una humilitat genuïna, ens subratlla que són idees i no teories el que està expressant. (Kris, 1993, nota a peu p. 101).

En el cas de Paula, per l'altra banda, i sense que ho pogués esmentar verbalment, hi havia una por molt intensa i paralizadora que feia impossible que jo pogués intervenir de la manera que fos quant a la seva homosexualitat, convençuda com n'estava, no sense manca de raó, que jo no seria objectiu i benefactor quant a la seva condició.

Per exemple, em recordava com tractava ella mateixa la seva homosexualitat des de la infància i com l'havien tractada socialment a ella mateixa, però deixava molt clar que jo no podia intervenir-hi. L'angoixa i la por eren massa fortes i ella mateixa em demanava no tocar aquest tema. A voltes per exemple ho feia irònicament, com molts psicoanalistes quan defensen amb intensitat la posició que l'homosexualitat és forçosament el reialme de la psicopatologia, només que a l'inrevés, tot dient-me que això era així i no es podia ni volia

fer-ho canviar; naturalment impedit que jo parlés de la sexualitat i homosexualitat amb naturalitat i reconeixement.

Amb el temps i a posteriori, tot seguint les idees de R. Isay, que jo «aplico» ara (en el sentit de «tenir amb compte», no de considerar-les «la teoria») en un cas d'homosexualitat femenina, he arribat a la conclusió que cada cop que el pacient tem d'aquesta manera la intervenció del seu psicoterapeuta o analista, per molts motius personals intrapsíquics que s'hi trobin i per molts motius socials que puguem adduir com s'esdevé en el cas de l'homosexualitat, i com era el cas de Paula, en lloc d'un fet transferencial, el pacient (la pacient en aquest cas), intueix amb molta claredat el que podrien ser dificultats tècniques del terapeuta, i això és precisament el que expressa. Adonar-me d'aquest fet és el que va ajudar-me a deixar la «doctrina» apresada. Si el terapeuta ho percep, en lloc d'interpretar-ho, té l'oportunitat de millorar la seva tècnica per exemple ampliant el tipus de suport de què parla Kris. (1994, p. 658-659).

En la seva vida mental la pacient tractava qualsevol dada, somni, pensament que hi apareixia, o més simplement que es feia present en el seu cap, com si fos una activitat mental més enllà de les seves possibilitats de contenció ànima i els interpretava tots, literalment tots, i gairebé automàticament, com si fossin una corroboració de la seva incapacitat d'estimar, adherint-se ingènua i sense saber-ho a les idees expressades per Kris (1994, p. 659) sobre el conflicte convergent intrapsíquic.

En general, els pacients, o si més no, alguns pacients, també apliquen d'una manera molt dolorosa a la seva vida mental, un tipus de «interpretació o explicació» patró (una plantilla, un patró) que els manté en un punt mort de la seva evolució mental, com en molts anàlisis fan els analistes doctrinaris, sembla que també sense saber-ho, amb les seves interpretacions clixé. Així doncs, aquesta situació seria, potser, d'una quotidianitat extraordinària. En poques paraules i en els termes que fan servir els Sandler (Sandler i Sandler, 1993, p. 69; 1994). en els seus estudis sobre la comprensió del pacient, la meua pacient tractava de treure de la seva ment qualsevol informació que hi trobés [*Ward off?*], tot creient que així la feia fora de la seva ment.

Naturalment tot això es produïa amb intensos sofriments i estats de desesperació que feien molt difícil el tractament, en el sentit que Paula pogués sortir d'aquest punt mort. Una de les conseqüències n'era que patia d'una amnèsia sorprenent pel que feia al seu passat, molt més amplia i devastadora



que qualsevol amnèsia infantil, i que semblava augmentar durant els primers mesos de tractament alhora que dificultava molt la utilització dels somnis per al progrés de la pacient, aspecte que ha estat molt ben descrit per Palombo (1992) en un seu article. Parlo de conseqüències dins del mètode psicodinàmic, pel fet que la pacient ha millorat molt en aquest aspecte a mesura que hem pogut disminuir aquest tipus d'autocrítica devastadora, però en cap cas crec que les observacions clíniques puguin portar a la construcció d'edificis teòrics, «la nostra alienació» durant un segle d'existència de la psicoanàlisi.

Com a resultat del que he dit, durant els primers anys de tractament em vaig dedicar a analitzar constantment els meus sentiments contratransferencials, com a part del tractament en el sentit més clàssic de la paraula. Jo crec que en part estaven formats per un sentiment de menyspreu que s'activava en mi, de *role-responsiveness*, en paraules de J. Sandler (1993, p. 1105), que jo sentia que la pacient em provocava. Per exemple, les meves intervencions incitaven i incrementaven la seva suspicàcia al voltant de la seva homosexualitat i en diverses ocasions em sondejava, com ara preguntant-me en què em basava per a dir-li tal o qual cosa. (O sigui, descobria la meva insinceritat recoberta de «teoria» apresada). La meva resposta era sempre que no volia convèncer-la, però que allò era el que jo en pensava de la situació.¹ Aquest fet resultava particularment curiós, perquè jo era conscient de la cura amb què volia tractar els «temes» sensibles per a la pacient i, en canvi, semblava que augmentava la meva hostilitat. A més, el seu estat depressiu real, que va durar uns quants anys, tot i tractat psicofarmacològicament, condicionava les meves «interpretacions».

Paula vivia amb la seva parella femenina, que anomenarem Laura. Algunes vegades, quan jo portava a terme alguna interpretació (que ara no faria) respecte als seus comentaris sobre Laura o bé sobre el que a mi em semblaven comentaris transferencials i jo em situava en el lloc de la Laura que ella parlava, s'hi instal·lava un cop més la suspicàcia i la comprensió romania altra cop paralitzada. En aquest punt em convé comentar que amb posterioritat he considerat un error aquesta manera de procedir —diguem-ne Kleiniana— que trasllada els continguts de la pacient que parla a suposades transferències cap a mi; de fet, ras i curt, he tingut la sort que aquest cas, també m'ha fet canviar a mi professionalment.

El tractament va anar progressant molt feixugament fins que al capdavant de quatre anys es

varen començar a produir alguns intents de parlar-me de zones de la seva personalitat que havien estat restringides fins aleshores. Si algú ha tingut l'ocasió de tractar nois amb conflictes autístics, entendre que em refereixo a la manera com expressen les seves primeres paraules; amb veu baixa i com intentant que no formin part del propi *self*. Així doncs, tot vencent grans sentiments d'angoixa i d'inquietud, Paula va poder dedicar algunes sessions a pensar en «el tema» (la seva homosexualitat), tot i que sovint li era necessari deturar aquesta activitat, car una part d'ella mateixa esperava que li plourien les meves crítiques mentre que una altra part aconseguia i volia parlar-ne amb mi.

De fet, ella mateixa em comentava que se sentia criticada tot i que no veïés elements de crítica en les meves apreciacions del que deia. En aquest moment, em vaig adonar que començava el canvi o els canvis de la meva tècnica, tal com avui es fa en medicina; ser menys intrusiu i esperar que el desenvolupament vindrà per part del pacient. Al meu parer, en aquest aspecte la tècnica analítica original no hauria d'haver estat mai canviada pels deixebles de Freud, que en general llevat d'excepcions l'han rigidificada, i en conseqüència em situo més proper a les idees expressades per Couch (1995) en el seu estudi sobre els canvis de la tècnica.

Amb el progrés de la seva comprensió vàrem poder recuperar alguns records de la seva vida infantil: la seva mare havia estat molt crítica quan ella tractava de ser afectuosa, i probablement tota la família endurava una mancança en aquest sentit. En un dels meus *insights* amb molt de retard, vaig arribar a comprendre que la pacient reproduïa les seves queixes amb la seva actitud amb mi, però no va caldre tractar-ho com a fets transferencials ans més aviat fer-li notar el clima mutu i creixent d'una actitud terapèutica per part de tots dos. (Crec que el que s'entén habitualment com a pacients difícils ens proporciona en realitat l'ocasió de veure, observar i esclarir els nostres esbiaixaments, de manera que el pacient ens ofereix constantment la possibilitat d'establir una veritable mutualitat si de debò podem deixar de banda patrons ben rígids que hem «apprès», com ara, el concepte de resistència i d'altres.)

Durant una d'aquestes sessions que la mateixa pacient va trobar fonamental, la constatació de la meva actitud comprensiva i alhora interessada en el que em deia li va permetre d'aconseguir una més gran llibertat d'associació (en el sentit esmentat per Kris (1993), per contraposició a l'associació lliure, formalment demanada o declarada). Ella mateixa va notar amb alegria que podia parlar dels seus continguts mentals sense tanta crítica i dificultat i



amb un augment de serenor i benestar. Més endavant, va començar a permetre'm canviar les seves pròpies interpretacions de la seva homosexualitat i això li permetia gaudir-ne, sense sentir-se malament i carregada de culpa. Vàrem poder treballar sobre les relacions que mantenia amb la seva mare i el seu pare, que no s'adaptaven a cap patró psicoanalític doctrinal, i que comentaré més tard en relació a les idees d'Isay.

Fins aquí la reduïda exposició dels fets clínics. Ja està bé així, car no tenen caràcter de provar res, ans més aviat de il·lustració. El tractament va acabar de mutu acord, després de set anys de treball; en general la pacient havia comprès la seva homosexualitat i adquirit la joia per viure sense demolició amb la seva parella. La relació amb la seva mare, que tan sovint és objecte de culte en les teories psicoanalítiques, havia canviat molt i alhora havia canviat molt la relació que la pacient mantenia amb el seu pare. Tot i unes circumstàncies molt difícils per a la família, els contactes mutus van modificar-se; el treball fet i una mica la casualitat, suposo, varen portar a la darrera sessió uns comentaris de la mare de la pacient contemporanis a la sessió que fèiem, on es lamentava i demanava a la seva filla Paula que comprengués i perdonés la fredor afectiva amb què tots havien conviscut, i d'aquesta manera «confirmava» les idees d'Isay (1989; 1999) sobre la difícil comunicació entre fills i pares quan es dona un cas d'homosexualitat; el fill o la filla percep un cert rebuig de la seva sexualitat i necessitat d'afectivitat intensa, i el rebuig subtil, la crítica interioritzada i l'estancament de l'evolució afectiva comencen el seu camí durant la infantesa, tot i que ara com ara no tinguem manera de saber cap a on es dirigeix la sexualitat de la persona en els primers anys. La relació amb el pare pot fer-se més difícil en no complir la filla les expectatives de «feminitat» socialment acceptades, i la relació amb la mare es dificulta en no haver-hi llibertat per a l'expressió d'aquests sentiments tan importants en un medi que es comporta com a homofòbic. Ara bé, tot i que voldria remarcar la similitud que veig entre aquest cas d'homosexualitat femenina i els mecanismes descrits per diversos autors, com R. C. Friedman (1988, p. 225-267), però sobretot per Isay (1986; 1989; 1998; 1999), exclusivament en els seus casos d'homosexualitat masculina, no crec que sigui equiparable el desenvolupament de l'homosexualitat masculina amb el de l'homosexualitat femenina, quant a diguem-ne l'etiologia, però aquest cas mostra que en diversos casos que poc tenen en comú, com l'homosexualitat masculina i femenina, els mecanismes d'integració

de l'homofòbia, la falta d'autoestima que això comporta, i l'endarreriment en el desenvolupament que se'n deriva, es poden comprendre des de la perspectiva endegada pels estudis d'Isay. Això, penso jo, és important per entendre què fa el mètode psicoanalític o què hauria de fer, però poc vol dir que es pugui establir com a «teoria» ni que sigui provisional a través dels fets clínics.

El mètode psicoanalític prova d'entendre els fets clínics, però això no vol pas dir que se'n derivin «teories», les teories exigeixen un altre mètode (Popper 1972; 1983; 1985). No podem, i no ho ha aconseguit segons que a mi em sembla ningú, canviar qualsevol persona en el que no és. I en això alguns suggeriments freudians s'han mostrat del tot erronis; la clínica té el seu àmbit, i un segle de descobriments i estudi en diversos camps ha mostrat que la investigació i la teorització també tenen el seu àmbit, que no es el mateix de la clínica. Recordem quan ell parlava del llegat de investigació teòrica que deixava als psicoanalistes del futur. Aquest futur ja és un segle passat, i a mi em sembla que aquest segle ha mostrat la feblesa de la psicoanàlisi per a fer teories directament, igual com ha estat acceptat en tots els altres camps del saber. És evident, em sembla a mi, que el mètode psicoanalític és una cosa i la investigació una altra. (Popper, 1990).

Anna Freud (1936) és qui primer va descriure el mecanisme de «identificació amb l'agressor». En el seu diccionari, Laplanche i Pontalis (1984, p. 187-188) comenten que el primer fet del mecanisme es basa en la interiorització de la «relació crítica (punitiva)» i més tard en la seva projecció. Ara bé, en els casos d'homosexualitat bé sigui masculina o femenina i per les condicions imperants en la societat familiar i en la cultura de l'entorn (que inclou les cultures escolars i altres àmbits socials), aquesta hostilitat homofòbica es dirigeix precisament i molt específicament a la sexualitat del subjecte i no a d'altres conductes, actituds o fantasies. Aquesta estigmatització tan específica porta el desenvolupament del subjecte cap a un punt mort [*stalemate*], molt difícil de superar. A tall d'exemple, la col·laboració de la realitat externa en forma d'estructura social sancionadora ratifica la situació d'estigmatització internalitzada. És per això que Friedman i Downey (Friedman i Downey, 1993; Downey i Friedman, 1999, p. 482-483) han proposat en els seus estudis sobre l'homosexualitat femenina ampliar aquest concepte de identificació amb l'agressor amb el de «homofòbia internalitzada» considerant-la com a primària si és el resultat d'identificacions negatives internalitzades (el nostre



cas), i secundària quan va lligada a qualsevol altre dolència o trastorn mental. De tota manera, i com afirmen els autors citats més amunt, és sorprenent que les persones amb homosexualitat femenina no es trobin afligides encara per més psicopatologia si tenim en compte les pressions a què es troben sotmeses socialment, els estressants psicològics i l'absència de suport social.

Parlant en termes clàssics, ho podríem explicar com el perill que cal destacar en la manca de constitució d'un superjò del subjecte desenvolupat a nivells avançats, és a dir, més benefactor pel pacient, corresponent a les etapes de major abstracció i personalització de les instàncies superiors descrites, per exemple, per Jacobson (cita de Kernberg, 1984, p. 276-289). Segons el meu parer, en el cas de Paula aquestes instàncies superiors es veuen literalment esclavissades, perpetuant una situació persecutòria, millor dit crítica i demolidora. Si el psicoterapeuta amb la psicoanàlisi a la mà no té en compte la necessitat de ser benefactor, (Armengol 1991; 1996; 1997; 1999) ajudarà, és clar, a fer més forta la manca de desenvolupament d'un subjecte homosexual.

Un punt important per entendre la classificació —ideològica, al meu parer— que fa servir Kernberg quan diu que la major part de les persones homosexuals que veu a la consulta tenen característiques limítrofes, (Kernberg, 1992, p. 266-269) i d'aquesta manera manté i continua l'estigmatització elaborada per la cultura social, de la que no se'n salven pas els psicoanalistes i entre aquests ni els considerats més prominents; un punt important, doncs, és que si no es compren el pacient, es fa «teoria». I al meu parer la psicoanàlisi només pot fer, per dir-ho amb suavitat, «teories febles», equivalents a idees expressades per a la comunicació dels fets clínics entre nosaltres. Les altres s'han de fer amb metodologia, però aquest procés tot just ha començat, i amb forces entrebancs.

D'altres, com Etchegoyen (1986), han arribat a predicar sobre «l'infern de l'homosexualitat» parlant dels seus pacients, i d'altres ho han fet, com Socarides (1980, citat per Isay 1996) en l'àmbit americà, referint-se a l'homosexualitat, no tan sols com a patologia, sinó com un afegit al caos existent a la societat!; no es pot demanar més per a mostrar la politització, la ideologització d'una conducta universal (Bagemihl, 1999) i el sectarisme consubstancial en aquesta manera de veure les coses.

Un dels elements del sectarisme sembla que n'és la por de l'individu a la sortida del grup, i també la por a la crítica del grup, entre d'altres. Entre

nosaltres, tots coneixem aquestes actituds sectàries i alguns, en l'àmbit de la psicoanàlisi s'hi mantenen amb afany.

Joseph Sandler (1993, p. 1102), en el seu estudi de la comunicació entre pacient i psicoanalista, descriu les vicissituds de la identificació primària, comentant la necessària fluctuació entre els límits de l'objecte i els del subjecte durant el desenvolupament [*boundary setting function*]; necessària precisament perquè les funcions de identificació s'hi puguin formar. Amb el sectarisme que forma part de tants grups i famílies pel que fa a l'homosexualitat, sembla impossible que aquestes identifications i separacions es puguin donar amb naturalitat, i en el cas descrit són sorprenents les dificultats d'identificació i desidentificació: el model de representació d'objecte i el propi *self* semblen molt poc organitzats; en el seu lloc hi trobem la crítica demolidora de què he parlat, i les dificultats afegides en aquests pacients pel que fa a les separacions familiars, que tot sovint són fetes servir per «provar» la psicopatologia d'aquests pacients. Lamentablement, aquest procés sembla repetir-se o bé reorganitzar-se entre pacient i terapeuta tot impedit el tractament en el cas de l'homosexualitat quan el terapeuta, tàcitament, manté els valors de transformació heterosexual de cara al pacient, encara que l'acompanyi la bona fe o l'acompanyi la pròpia homofòbia del pacient.

Aquests pacients temen, i amb raó, la falta de receptivitat necessària entre el terapeuta i pacient (Sandler, 1993, p. 1104) per tal que el tractament es pugui dir veritablement psicoanalític: la falta de comprensió de les línies psicològiques del pacient s'eternitza, o dit d'una altra manera no es comparteix un bagatge cultural comú d'experiències i creences similar per a fer possible una anàlisi. Els psicoanalistes que han tractat durant un segle aquestes condicions, no semblen haver tingut en cap moment el mateix bagatge cultural que els seus pacients homosexuals i sí, en canvi, molta ideologia al respecte, i en el cas dels analistes homosexuals han amagat molt bé aquesta condició de la seva sexualitat, la qual cosa tampoc contribueix a aquesta noció de compartir un bagatge cultural comú. O s'està prop de la «teoria» o s'entén al pacient sessió rera sessió; i recordem que el mètode psicoanalític fou creat per a comprendre i acceptar el pacient, no per desvirtuar-lo «compassivament».

D'aquesta crítica no se'n lliuren pas els psicoanalistes homosexuals que viuen en la repressió homofòbica de la seva homosexualitat i que també transmeten uns valors sobre el tema predominants de la cultura homofòbica i poc a prop



de les necessitats evolutives d'aquests tipus de pacients. Només voldria subratllar com es troba de lluny aquesta visió, que al meu parer mereix el nom de psicodinàmica i en l'àmbit de la mutualitat freudiana (Couch, 1995), de les opinions expressades per Botella (citada per Hagelin, 1998), en el darrer congrés psicoanalític de Barcelona, quan deia referint-se a la presentació d'un cas d'homosexualitat i al possible «tractament», que el pacient, no ha de negar el seu «propi drama» reivindicant [*se réclamant de*] un tercer sexe...! Heus aquí un cas d'eternització real de les «teories» acompanyades per una suposada bona fe de tot l'aparell psicoanalític francès.

Per això vull aclarir que els comentaris que he fet per explicar el que vaig entendre de la meva pacient són per a mi això: comentaris explicatius; i no haurien de ser escoltats com a «teoria», encara que molts dels psicoanalistes esmentats ho proposen com a tal en els seus escrits. La filosofia de la ciència ja ha avançat prou perquè no confonguem els nostres propis pensaments amb «teories» (Popper, 1972).

Al començament, he citat els canvis que aquest tractament han produït també en mi. Em refereixo al fet que crec tan corrent en el món dels professionals de la psicoanàlisi, de la frustració, i la desidealització i esfondrament de les teories que ens han estat inculcades com a professionals, depenent de l'àmbit en el que ens moguem cadascú de nosaltres. Això, que caldria estudiar, em sembla que passa molt sovint i en canvi, llevat d'excepcions honorables, es manté en el més estricte silenci; de fet, de fet ja tenim un altre comportament de por i sectari. Com que això deu passar en el decurs d'un o altre tractament d'algun pacient, i no durant l'experiència d'un «any sabàtic», la influència pel pacient i pel terapeuta ha de ser notòria i comportar diversos graus de soledat. En part, això és explicable perquè la psicoanàlisi com a mètode se sol exercir en el medi privat, però a mi em sembla que no es pot trobar una explicació més clara d'allò que passa en els àmbits del sectarisme, per contraposició als ambients científics, en el sentit noble de la paraula i no en el que tan sovint es denigra des del camp de la psicoanàlisi, com ara Meltzer (1975) quan parla de ciència obsessiva! (tot referint-se a la ciència!). En el meu cas, aquesta desidealització va esdevenir amb molta dificultat mentre aplicava aquest tractament i per tant havia de modificar la meva tècnica, els meus pensaments, les meves «creences», per tal de ser més sincer i fidel a la realitat de la pacient, resituar les qüestions de mètode i provar de desvincular-les de la interpretació i el seu corol·lari: la «teoria» com a

plantilla. Resumint doncs, penso que la interpretació porta cap a un allunyament del pacient i no és bàsic per a la tècnica psicoanalítica del futur. A tot estirar, com deia abans, és una «teoria» feble. Com ha pogut ser que aquesta actitud s'hagi mantingut un segle? Per la força de la veritat o per la força de la ideologia?...

El que la psicoanàlisi pot fer per...

Tot recordant unes paraules adreçades per Freud a la mare d'una persona homosexual, he fet servir aquestes mateixes paraules per aclarir el que em sembla que l'anàlisi terapèutica i el mètode que se'n desprèn poden fer pels pacients homosexuals. Em sembla oportú recordar alguns fets bàsics explicats per Isay i que amb facilitat «s'apliquen» en aquest cas d'homosexualitat femenina.

«Quan la idea que és possible i desitjable canviar un homosexual en heterosexual s'aplica clínicament, pot causar una varietat de símptomes severos, particularment depressió i ansietat, com a resultat del socavament de l'autoestima» (Isay, 1989, p. 7). Jo hi afegiria que el món psicoanalític –poc innocent– ha fet servir aquests fets d'aparició clínicament quotidiana, com són la depressió i les diverses ansietats, per a integrar-los en «teories» molt especulatives com la Kleiniana o d'altres, i d'aquesta manera «explicar» els fets corrents dels «tractaments» que esdevenen molt dolorosos, o millor dit nocius, amb depressió i ansietat constants com a fets comuns, sessió rera sessió, tot eludint-ne la responsabilitat clínicament pel que fa a qui ha provocat la seva aparició (del dolor, de la depressió, de l'angoixa innecessaris) en les sessions i tot dient que la teoria ja els prediu (el dolor i l'angoixa constants). Això, es presenti com es presenti, voreja la deshonestat terapèutica. L'honestat, en determinats sentits, es refereix al fet de ser cada cop més conscienciosos, no més ideòleg o sectari. Subratllo el fet com a deshonestat, per tal com en el món psicoanalític i en molts d'altres tot es deixa de banda acceptant com a màxim que es podria estar equivocant, però mai que no s'era prou honest dins d'aquest *setting* encarcarat.

«Crec que, tanmateix, l'aplicació acurada de la tècnica psicoanalítica al tractament d'homosexuals demana que la seva sexualitat, com la heterosexualitat de l'home corrent, sigui percebuda com a normal per a ell [o per a ella].» (Isay, 1989, p. 6-10). Jo hi afegiria que aquest hauria d'ésser un deure de tot psicoanalista i que el pacient té el dret a més que el conjunt de la seva sexualitat, sigui quina



sigui la seva orientació, sigui tractada com a generativa, fecunda i ufanosa. Sense això, els abordatges són els de sempre: una sobreposició de «teories» que endarrereixen el nostre coneixement. Les paraules d'Erich Fromm (1976, p. 55): «Cecs a la realitat per a la ficció en la que creuen,» han esdevingut una trista profecia atribuïble a tot de grups psicoanalítics i em serveixen de vincle pel que volia expressar en començar aquest apartat. «El que la psicoanàlisi pot fer per vostè» o per a qualsevol persona és reconèixer la multidimensionalitat dels problemes mentals, de la psicopatologia i dels condicionaments de la vida corrent. Això vol dir que actualment no podem defugir més temps els factors biològics que operen davant dels nostres ulls com a tals, els factors psicosocials que operen davant dels nostres ulls com a tals, i probablement en molts de casos els factors psicofarmacològics que operen davant dels nostres ulls, també com a tals; i tot això vol dir que el coneixement d'aquests fets, no es pot apartar «del currículum» com a voltes suggeria Freud, ans que són premisses bàsiques per a parlar de possibles dinàmiques dels possibles móns interns.

L'estudi mutu de la dinàmica del pacient vol dir precisament això: l'estudi mutu i naturalístic de la dinàmica del pacient. I un punt en el que al meu parer Freud es troba equivocada, com ja he esmentat més amunt, és que l'estudi dels aspectes dinàmics porti a l'elaboració de «teories» en el cap del psicoanalista (probablement aquesta confusió s'ha fet a través de la sobrevaloració de la interpretació com a sistema «teòric» disfressat). Un segle d'errors en aquest sentit hauria d'ésser prou per raonar en una altra direcció. La tècnica psicoanalítica és aplicable, i l'estudi científic —en el sentit noble de la paraula— ens pot fer descobrir teories vàlides, però de la pràctica clínica simple (que porta als errors acumulats durant un segle) mai se'n podran deduir teories vàlides sense passar pel difícil sedàs de la investigació, sobretot quan encara és difícil entrellucar una forta voluntat de canvi entre els professionals de la psicoanàlisi. En una paraula, el que la psicoanàlisi pot fer pel pacient encara està per fer en la més gran de les mesures. Aquests canvis en la clínica i en la investigació són una esperança de futur i de canvi. Ara com ara només podem dir-los als nostres pacients que els podem ajudar a esdevenir allò que poden ser.

Jordi Roig i Giménez

C. Bruc, 150, 1r, 1a

Telèfon: 934571468

E-mail: 8941jrg@comb.es

Notas

1. Actualment la meua tècnica és diferent, jo crec que més adequada, i no provaria de interpretar res que no es trobés a prop de la ment del pacient. Tampoc parlaria tan de sentiments contratransferencials i més aviat de sentiments al voltant de l'empatia.

Bibliografia

- ARMENGOL, R. (1991). «Els principis i l'acabament de la psicoteràpia psicoanalítica» *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. VIII /nº 1 i 2, p. 83-97.
- (1996). «Orígens i principis de la psicoanàlisi. Dels estudis sobre la histèria al sentiment de culpa i al superjò». *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XIII, nº 2, p. 7-17.
- (1997). «Sobre el morir i el viure. Assaig psicoanalític sobre l'acció del superjò, amb el suport d'alguna filosofia: l'acció del superjò, culpa, perdó, virtut, plaer i eticitat.» *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XIV, nº 1, p. 103-121.
- (1999). «Eros y narcisismo. Amor y beneficencia. (Crítica de la teoria psicoanalítica actual)». *Intercanvis. Papers de Psicoanàlisi*, vol. 3, p. 5-22.
- BAGEMIHLE B. (1999). *Biological exuberance*. New York: St. Martin's Press.
- COUCH, A. S. (1995). «Anna Freud's adult psychoanalytical technique: a defence of classical Analysis». *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 76, p. 153-175.
- DOWNEY, J.; FRIEDMAN, R. C. (1999). «Female Homosexuality: classical Psychoanalytic Theory Reconsidered». *J. American Psychoanalytical Association*, vol. 46 /2, p. 471-506.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Press. 1946.
- FRIEDMAN, R. C. (1988). *Male Homosexuality, A contemporary Psychoanalytic Perspective*. New Haven: Yale University Press.
- ; DOWNEY, J. (1993). «Psychoanalysis, Psychobiology, and Homosexuality». *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, vol. 41, p. 1158-1198.
- FROMM, E. (1976). *Tenir o ésser*. Barcelona: Claret. 1980.
- HAGELIN, A. (1998). «Homosexuality. Panel Reports». *J. Psycho-Anal.*, vol. 79, p. 806-809.
- ISAY, R. A. (1986). «Homosexuality in Homosexual and Heterosexual Men: Some distinctions and Implications for treatment». Dins: G. I. FOGEL; F. M. LANE; R.S. LIEBERT [ed.]: *The Psychology of men*. New Haven: Yale University Press. p. 277-29.
- (1989). *Being Homosexual. Gay men and their development*. New York: Penguin Books.
- (1996). *Becoming Gay, The journey to self-acceptance*. New York: Henry Holt & company.
- (1998). «Heterosexually Married Men: Clinical and Developmental Issues». *American Journal of Orthopsychiatry*, July, 68, vol. 3, p. 424-432.
- (1999). «Gender in Homosexual boys: Some Developmental and Clinical Considerations». *Psychiatry*, vol. 62, Summer, p. 187-194.



- JACOBSON, E. (1964). *The Self and object world*. New York: International University Press. [citat per O. F. Kernberg a *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University press. 1984.].
- KERBERG, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.
- (1986). «Institutional problems of psychoanalytic education». *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, vol. 34, p. 799-834.
- (1992). *Agression in personality disorders and perversions*. New Haven: Yale University Press.
- (1996). «Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates». *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 77, p. 1031-1040.
- KRIS, A. O. (1993). «Support and Psychic structural Change». Dins: M. J. HOROWITZ; O. F. KERNBERG; E. M. WEINNSHEL [ed.]: *Psychic Structure and Psychic change*. Madison [Connecticut]: International University Press, p. 95-13.
- (1994). «Freud treatment of a narcissistic patient». *Int. J. Psycho-Anal.*, 75, p. 649-664.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1984). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor. 1986.
- MELTZER, D. (1975). *Exploración del autismo*. Buenos Aires: Paidós. 1979.
- PALOMBO, S. R. (1992). «The Eros of Dreaming». *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 73, p. 637-648.
- POPPER, K. R. (1972). *El Coneixement objectiu*. Barcelona: Edicions 62. 1985.
- (1983). *Sociedad abierta, universo abierto*. Madrid: Tecnos. 1984.
- (1985). *El porvenir está abierto*. Barcelona: Tusquets. 1992.
- (1990). *Un mundo de propensiones*. Madrid: Tecnos. 1992.
- SANDLER, J. (1993). «On communication from patient to analyst: Not everything is Projective Identification». *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 74, p. 1097-1107.
- ; SANDLER, A. M. (1993). «Psychoanalytic technique and The theory of Psychic change». Dins: M. J. HOROWITZ; O. F. KERNBERG; E. M. WEINNSHEL [ed.]: *Psychic Structure and Psychic change*. Madison [Connecticut]: International University Press, p. 57-75.
- (1994). «Theoretical and Technical comments on Regression and Anti-Regression». *Int. J. Pscho-Anal.*, vol. 78, p. 431-439.
- SOCARIDES, C. (1980). «Reports of the panel papers». *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Vol. 28 (3), p. 647-48. [citat per R. Isay a *Becoming gay, The journey to self-acceptance*. New York: Henry Holt & company, 1996].

