

Un episodio hipocondríaco reactivo a la iniciación del tratamiento psicoanalítico*

Luis E. Prego Silva

(Montevideo)

Resumen

En este trabajo se describe la evolución seguida durante el tratamiento psicoanalítico de un adolescente de 14 años que se presentó en el momento de la consulta con un cuadro de neurosis obsesiva.

Se describen las transformaciones experimentadas por el paciente, dividiéndolas en etapas que denominamos de acuerdo a la sintomatología dominante en ese momento.

Ante la aparición de un estado confusional, se desarrolla un episodio hipocondríaco que, de acuerdo con Rosenfeld, constituye un mecanismo de defensa contra aquel estado.

Sucede a este período una etapa fóbica que lleva al paciente a una situación de suma gravedad, debido a la multiplicidad y generalización de los objetos fobígenos.

La superación de este estado se señala con la aparición de su actividad sexual, así como con el desarrollo de una mayor capacidad creadora.

SUMMARY

This work describes the evolution of the psychoanalytic treatment of a 14-years-old adolescent boy who was suffering from a serious obsessional neurosis when he first came for consultation.

* Este trabajo fue leído en la A..P. U. el 28 de mayo do 1903.

One divides the transformation undergone by this patient into stages named by the symptomatology dominating at the time.

The apparition of a confusional state gave rise to an episode where hypochondria acted as a defense mechanism, as Rosenfeld stated in his works.

Then a phobic stage developed, during which the patient's condition was extremely serious due to the multiplicity and generalization of phobic objects.

This stage was overwhelmed too during a period characterized by the starting of sexual activity and the development of creative capacity.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo expongo el material clínico de un adolescente de 14 años que presentaba, en el momento de la consulta, la sintomatología de una severa neurosis obsesiva.

Me propongo mostrar algunos aspectos de la evolución del análisis de este paciente, particularmente aquellos momentos en los que se produjeron significativas transformaciones del cuadro clínico, a las que caracterizo como "etapas" para una mayor claridad en la exposición.

SITUACIÓN ACTUAL Y ANTECEDENTES

En el momento en que recibo a Pedro, está sumamente limitado en sus actividades. Mientras está en su casa, permanece sentado frente a sus libros, estudiando, cosa que él dice que tiene que hacer "con la mayor devoción" para no distraerse.

Si esto le pasa, es decir, si se distrae, teme que le suceda algo malo a su madre y por este mismo temor, exige que ella esté permanentemente cerca de

él o que a lo sumo, atiende a sus obligaciones sin alejarse mucho o por mucho tiempo.

Como le vienen malos pensamientos cuando está estudiando y esto lo angustia, debe interrumpir la lectura para rezar, pero como no siempre consigue dominar esos pensamientos, entonces se golpea el pecho con los puños o la cabeza contra la pared.

Una vez lograda la calma, reanuda su actividad.

Otro acto que realiza es el de dar vueltas alrededor de un árbol que está frente a la puerta de su casa. Ese impulso aparece súbitamente y, aunque lo considera absurdo, no puede evítalo.

Últimamente sus síntomas se han intensificado, repitiéndose con mayor frecuencia, siendo su estado de casi permanente angustia.

Actualmente sólo sale de su casa para ir diariamente a la iglesia, para confesarse y comulgar. Pero muchas veces tiene que repetir la confesión porque le asalta la duda de que “se le haya escapado algo sin decir”.

La madre es quien me ha relatado lo que antecede y recuerda que siendo pequeño, Pedro tuvo un período en que manifestó una anormal preocupación por la limpieza, exigiendo que sus platos y cubiertos fueran cuidadosamente lavados, haciendo lo mismo con sus manos. Como al cabo de corto tiempo esto pasó, no le atribuyeron mayor importancia.

El paciente es hijo único de un matrimonio maduro y salvo el hecho de no haber sido amamantado, no recuerda otros hechos de interés, excepto que durante los primeros meses fue muy insuficientemente atendido por enfermedad de la madre.

Cuando tenía 9 años, fue protagonista de un episodio bastante curioso y sobre el cual, sólo se conoció lo que él relató.

Habiendo ido a un comercio, el empleado, muchacho de 19 años, dice que para hacerle una broma, lo amenazó con un hierro diciéndole que le iba a arrancar los ojos para que no viera más a sus padres. Aterrorizado huyó, pero no dijo nada en su casa por temor a que sus padres “pensaran que había hecho algo malo”.

Estos conocieron este episodio cuando le preguntaron qué le pasaba ya que lo notaban nervioso y porque les llamó la atención su conducta de aquellos días.

En algunas ocasiones, mientras jugaba, se interrumpía bruscamente y se echaba a correr, con una expresión de miedo. También bruscamente volvía a jugar como si nada hubiera sucedido.

Entre este comportamiento que duró unas semanas y la situación actual, continuó los estudios y mantuvo una conducta aparentemente normal, interesado y participando en las actividades corrientes de su edad y sexo. Lo único llamativo ha sido su excesiva dedicación al estudio.

Mientras la madre habló en esa primera entrevista, Pedro permaneció callado, inmóvil y hasta con cierta expresión de indiferencia.

Cuando ella nos dejó solos, él se limitó a contestar con monosílabos a algunas de mis preguntas y a entregarme una hoja de papel en la que había descrito sus síntomas. Me dijo que lo había hecho para entregárselo al médico.

En el único momento en que mostró cierta animación, fue cuando le propuse el tratamiento y le expliqué en qué consistía.

Tanto él, como más tarde su madre, lo aceptaron rápidamente, pidiéndome que les concediera unos días para arreglar sus cosas ya que debían trasladarse de una ciudad del interior y esto les ocasionaría problemas dada su limitada situación económica.

Convinimos comenzar con cinco sesiones semanales y por las razones expuestas, el tratamiento se realizó en el hospital, en forma gratuita.

Primera etapa: Iniciación del tratamiento

En la primera sesión, Pedro pareció otra persona distinta a la que había conocido en la primera entrevista dos semanas atrás.

Habló desde el principio, ininterrumpidamente, describiéndome sus síntomas, volviendo una y otra vez sobre lo ya dicho y aclarándome “que repetía lo mismo porque temía que se le escapara algo sin decir”.

Le interpreté que estaba haciendo conmigo lo mismo que hacía con el sacerdote, pero que lo que en realidad temía era que se le escapara lo que no se atrevía a decir.

Bruscamente se interrumpió, me miró y de pronto, cubriéndose la cara, comenzó a gritar: “me vienen, me vienen los malos pensamientos; ayúdame ayúdame!”. Se corrió al borde del diván golpeándose la cabeza contra la pared mientras rezaba con voz casi inaudible.

A pesar de que mi interpretación fue superficial y obvia, desencadenó una gran angustia. Mis palabras fueron sentidas como una parte de él que al serle devuelta, anulaban la disociación. Por eso tuvo que repetir el mismo proceso con que controla mágicamente sus malos pensamientos. Si yo soy sus malos pensamientos, tiene que alejarme, dejarme afuera para recuperar su tranquilidad.

Vemos así, que su hablar (como su confesarse) constituían un modo de evitar la comunicación y en definitiva la unión de sus partes disociadas, siendo yo el depositario de uno de esos aspectos mediante un proceso de identificación proyectiva.

La situación es semejante a la que vive un fóbico cuando se enfrenta con el objeto fóbico, este objeto “constituye la proyección y desplazamiento del objeto y de una relación con él y de una parte de su yo que es temida por el sujeto” [J. Mom (6)].

Le interpreto que su reacción le ha servido para separarse de mí, anular mis palabras que son una parte de él, con lo cual procura separar “los buenos” de los “malos” pensamientos.

Me responde: “yo no quiero hacer daño; no quiero dañar a nadie, ¿por qué me vienen esos pensamientos que usted ya debe conocerlos?”.

Si logra mantener la disociación, no me va a dañar ni se va a sentir dañado por las partes malas de él que ha puesto en mí.

Cuando interpreto esta situación, al cabo de un corto silencio me dice: “estaba recordando que cuando estaba en el cine, no podía mirar todo lo que sucedía en la pantalla; tampoco podía, mirar a la gente que estaba a mi alrededor, pues temía que estuvieran haciendo algo malo. . . también recuerdo que en la puerta del liceo hay dos columnas. Cuando tengo que entrar, siento que me puede pasar algo malo. Entonces les doy una serie de vueltas y me tranquilizo. Pero si tenemos que hacer algún trabajo escrito, temo no hacer las cosas bien y me angustio y entonces me pongo a rezar”. Hace una pausa, sonrío y agrega: “es una vergüenza, usted va a pensar que estoy loco”.

En ese material hay dos aspectos: 1º) trae el recuerdo de lo que le pasa en otro lugar (no aquí) antes (no ahora), separando el presente donde habla sin angustia, del pasado donde se angustia; y 2º) asocia el tema del cine y el del liceo con los cuales sustituye la situación verdaderamente significativa (contenido latente) por otra aparentemente sin sentido.

Como en el cine, donde no mira todo lo que sucede en la pantalla, aquí, en la situación conmigo, también tiene que dejar algo sin mirar. Ver y aprender, cine y liceo; revivir (viendo lo que pasa en la pantalla) (que soy yo y que son aspectos de él) y aprender, establecen una relación y presentizan en la situación analítica otras situaciones más significativas.

Pedro ha compartido el cuarto de sus padres hasta los 9 ó 10 años. En ese tiempo sucede el episodio del muchacho del almacén.

Vemos claramente expresada la angustia por la escena primaria, sus fantasías agresivas de separarlos y penetrar dentro de la madre (pasar entre las columnas) para robar sus contenidos (liceo-conocimiento, escribir-masturbación-agresión) así como el temor a la retaliación.

El estar conmigo es exponerse al padre vengador (cerno lo fue el muchacho del almacén que representó al padre sacándole del dormitorio por lo cual no vería más a sus padres en el coito).

En realidad por el tratamiento ha separado a sus padres. El está con la madre, compartiendo con ella el dormitorio de una pensión, mientras que el padre quedó en su casa, en una ciudad del interior del país.

Al interpretar este material en base a lo que hemos expuesto, me pregunta: “¿usted también piensa que hubo algo malo en aquello del almacén? Aquél era un loco que quiso hacerme una broma, pero yo no lo entendí en el primer momento y por eso me asusté ¡qué macana!”.

Si yo pienso como él, si soy él, nuevamente reaparecerá la angustia al confundirse lo que ha mantenido disociado. La negación maníaca: “todo fue una broma”, le permite terminar esa sesión sin angustia. Es lo que ha sucedido por otra parte en la secuencia de la sesión. Primero se angustia (se asusta, yo soy un loco, soy su parte loca), pero luego puede verlo como una broma, negación maníaca.

Pero al día siguiente no puede enfrentarme. Se vale de la madre ya que es ésta la que me refiere, antes de la sesión, “que su hijo está muy nervioso, que se queja porque no puede concentrarse en la lectura, que le dice que no aguanta más y le pide que se quede con él y que lo ayude”.

Al hablar conmigo, la madre lo ayuda de dos maneras: habla por él (de ese modo evita enfrentarse conmigo) y con esa conversación se restablece la unión de los padres (ella y yo juntos, anulando sus deseos inconscientes).

Durante esta sesión y la siguiente Pedro permanece inmóvil, con los ojos cerrados y sin pronunciar una sola palabra. Sólo por momentos se le ve mover los labios, pero sin emitir ningún sonido.

Al mismo tiempo que ha restablecido la unión de la pareja, él se ha unido conmigo a través de la madre, identificándose proyectivamente en forma masiva, mientras que él queda como muerto.

Mis interpretaciones y aun mi presencia parecen no ser percibidas. Pero a su vez lo que ha depositado en mí, me controla y me paraliza ya que experimento una creciente dificultad para interpretar y siento que la situación es penosa.

Es posible que este sentimiento contrasferencial de sufrimiento (pena) experimentado por mí, corresponda a lo que Hanna Segal (8) describe como la proyección de la depresión que el paciente (equizofrénico) proyecta sobre el analista, debido a la incapacidad de su yo para tolerarla.

Además, dada la intensidad de la identificación proyectiva, determinó en mí una contraidentificación proyectiva (4) haciéndome sentir como si yo fuera el paciente; me sentía solo, aislado, desempeñándome mal.

Me mantuve interpretando esta situación durante dos sesiones sin obtener ninguna respuesta. En la siguiente, Pedro habla tan pronto se acuesta en el diván. Y entonces repite lo que me ha dicho su madre y me repite con sorprendente fidelidad lo que yo he dicho en las sesiones anteriores y agrega "... en estos días yo no podía concentrarme en la lectura porque estaba ocupado con las cosas que usted dice; necesitaba pensarlas, encontrarles sentido, pero pensar en lo que dice, también me angustia Es como si quisiera creerle y al mismo tiempo no creerle".

Vemos cómo en esta situación Pedro nos está dando con su actitud la forma en que está viviendo este momento de su análisis y lo que se está movilizándolo en él: a) reasume la parte que depositó en su madre: repite lo que ella dijo por él; y b) él no puede concentrarse en la lectura, está "nervioso". Como dice M. Baranger (2) "«los nervios» se pueden equiparar a la escena primaria introyectada. La escena primaria es vivida en forma excesivamente sádica porque contiene y condensa todos los remanentes del instinto de muerte que se han podido elaborar".

Al juntar a su madre y a mí, él permanece "ocupado" con las cosas que yo digo, ocupado con las cosas que ve; está reviviendo la angustia de la escena

primaria. Digamos que está dramatizando su comportamiento junto a la cama de sus padres, expresando la ambivalencia: creer-comprender-elaborar-no creer-negar-destruir.

Los movimientos de los labios, mencionados más arriba, son los movimientos de succión del bebé Pedro y del paciente ahora, conmigo, chupando mis palabras-pene.

Cuando me devuelve “intactas” mis palabras, se realiza indudablemente un acto de expulsión, pero lo que devuelve está intacto, no ha sido ni digerido ni destruido. Alvarez de Toledo (1) al estudiar el asociar, el interpretar y las palabras dice: “que el hablar como actuación y fuera del contenido, realiza la satisfacción de impulsos libidinales, orales, anales, fálicos y genitales. El hablar como forma de contacto, suple, reemplaza y realiza en el acto de hablar la primera forma de contacto con el objeto que es mamar, chupar. . . más profundamente, el asociar libremente (**como el escuchar libremente**)^{*} tiene un significado de succión profunda y placentera con el peligro de quedar totalmente vaciado, chupado, que se expresa en el temor de entregar sin reticencia todas sus asociaciones como una forma de evitar el fundirse, el «trasvasarse» en el analista y perder la individualidad”. Pero en este caso, oírme y hablarme es incorporarme destructivamente y destruirme con sus palabras. Por ello procura establecer una separación entre él y yo del mismo modo que separa, disociando sus aspectos internos.

Más adelante en esa misma sesión dice: “en estos últimos días está sucediéndome algo nuevo. Cuando voy al baño temo excitarme con el papel y temo no poder evitar que el agua del bidet entre en mi ano. Permanecería así, horas, sin saber que hacer, si los otros pensionistas no me obligaran a salir. Pero, ¿cómo puede uno ponerse la ropa y quedarse con toda la porquería encima? Creo que esto tiene que ver con el tratamiento porque no lo sentía antes”.

No sólo en el baño, sino aquí, en la sesión es donde están apareciendo sus “malos pensamientos”, su excitación sexual, sus fantasías de unión

* Lo destacado es mío.

homosexual conmigo “unión oral, anal, genital, que se realiza a través del intercambio de palabras” (1).

En una discusión personal, el Dr. Koolhaas me hizo ver cómo el papel sirvió en este paciente para expresar distintos significados. En la primera entrevista me entrega un papel con la descripción de sus síntomas, ahora ese papel soy yo que lo excito, más tarde, como lo veremos, sirve para darse con otro significado, entrega de cuentos, que escribe y copia prolijamente (página 406).

Yo soy también como los pensionistas que le exijo y al mismo tiempo soy la parte de él que se exige. Me pregunta varias veces si puede o no hablar de cosas sucias que quizá me causen desagrado. La sesión es el baño donde no sabe si puede evacuar sus aspectos sucios y me refiere un juego que realizaba cuando era muy chico. “En casa teníamos gatitos. Yo los arrojaba y les daba de comer. Preparaba la comida con agua, tierra y hojas de distintas plantas. Uno se me murió. No sé si habrá sido por eso que uno se me murió y nunca más lo hice. Creo que debo haber sentido mucha culpa por haberlo envenenado.”

Si me da sus contenidos “sucios” moriré como los gatitos; él es la madre envenenadora que no le dio leche buena y que lo cuidó mal y al mismo tiempo teme ser tratado por mí como lo fue por su madre, ya que mis palabras (leche mala) lo excitan y lo angustian.

Cuando interpreto su temor a dañarme y a que lo dañen mis palabras, responde con rabia “la solución sería no cagar”. (Me ha cagado con una palabra que no es habitual en su léxico, en realidad muy cuidado.)

En la duodécima sesión me dice: “hoy me bañé intensamente porque ayer sentía olor feo en el consultorio. Hoy lo vuelvo a sentir”; queda en silencio, se cubre la cara con las manos y con voz muy baja pregunta “¿es usted el que huele mal?”.

Han fracasado sus controles. Ni el hablar ni el silencio, ni el bañarse han impedido que se pierdan los límites entre él y yo (y más fundamentalmente entre sus partes disociadas). Esta situación lo lleva a un estado confusional ante el cual desarrolla la defensa que caracteriza la etapa siguiente.

Pero antes de pasar a describirla, revisaremos algunos aspectos de su historia que ahora aparecen más claros a través de la forma en que se revivieron en la relación transferencial.

Prácticamente carecemos de una información completa acerca de sus primeros años. Pero sabemos: a) que no se le amamantó ni cuidó porque la madre había quedado muy débil; b) que hubo cohabitación hasta los 9 ó 10 años (nos dijo la madre que en muchas ocasiones Pedro pidió que lo dejaran pasar a la cama de sus padres, pero que ella se lo negó siempre por considerarlo perjudicial); c) que en ese período fue protagonista de un episodio del que conocemos sólo lo que él relató.

También conocemos que hubo un corto período de preocupaciones por la limpieza y que al episodio del almacén sigue un estado de ansiedad y que, a pesar de una aparente buena actividad social y de estudio, mantuvo una conducta con rasgos obsesivos.

Pedro presenta el cuadro de una neurosis obsesiva que parece hacerse iniciado hace unos meses coincidiendo con el final del período de latencia, momento en el cual Freud (3) ubica la estructuración clínica de este cuadro como consecuencia de una regresión total o parcial de la organización genital (fálica) a la sádico-anal. Sin embargo, M. Klein (5) considera que “el verdadero punto de partida de la neurosis obsesiva, el punto en el cual el niño desarrolla síntomas y mecanismos obsesivos, está situado en aquel período de la vida que está gobernado por el estadio anal secundario. El hecho de que esta enfermedad obsesiva temprana presente un cuadro algo distinto al de las neurosis obsesivas en el sentido propio, es comprensible si recordamos que no es sino hasta más tarde, en el período de latencia, que el yo más maduro con su relación con la realidad modificada, comienza a trabajar para elaborar y sintetizar aquellos rasgos obsesivos que han estado activos desde la primera infancia”.

De los datos clínicos de este paciente y del material que surge en su análisis, corroboramos la afirmación de M. Klein reconociendo que ya muy tempranamente estuvieron presentes síntomas y rasgos obsesivos.

La frustración oral y la carencia de cuidados, incrementaron su agresividad y su envidia oral interfiriendo con su normal desarrollo, por lo que se reconocen aspectos psicóticos encubiertos con la sintomatología neurótica. “La neurosis obsesiva es sólo uno de los métodos curativos intentados por el yo con el fin de

vencer ansiedades psicóticas tempranas” [M. Klein (5)]. La sobreestimulación sexual, por la cohabitación prolongada, reforzó la situación anterior y el episodio del almacén, no sabemos hasta qué punto determinado por él y aun en qué medida producto de su fantasía, hizo real la amenaza temida de su padre.

Cuando recibí al paciente, no me habló. El papel que me entregó era su enfermedad, pero al hacerlo así suprimía todo lo imprevisto, todo lo incontrolable que puede surgir en una situación desconocida. Acepta el tratamiento porque ve la posibilidad de repetir conmigo la misma conducta que tenía con su confesor. Mi primera interpretación lo angustió porque lo enfrenta con una parte temida de su yo que había proyectado en mí. Vemos luego surgir ansiedades más tempranas en relación con la escena primaria, donde se expresan su envidia oral y su rabia, así como sus temores persecutorios. Cuando a través de la situación transferencial siente que se pierden los límites entre él y yo y que esta situación lo conduce a un estado de confusión, recurre a un nuevo mecanismo que pasamos a describir.

Segunda etapa: Ausencia y aparición del otro.

Episodio hipocondríaco

Falta a las sesiones siguientes. Cuando me disponía a averiguar la causa de su ausencia, vino la madre a informarme que a Pedro lo habían operado. Me dijo que hace cuatro días, cuando se encontraban en el hospital esperando la hora de la sesión, volvió a sentir el dolor en el vientre que había tenido la noche anterior. Deciden consultar médico que diagnostica apendicitis y ordena la intervención que ellos aceptan realizándola esa tarde. “Con la confusión que se me produjo, olvidé avisarle”, comenta la madre.

Aunque el paciente ya está en la pensión, no puede venir aún y tarda siete días más antes de reanudar el tratamiento.

Cuando vino, me llamó la atención el cambio. Estaba vestido con ropas nuevas, bien peinado, caminando con extrema dificultad, apoyándose en el brazo de su madre. Me pidió que lo ayudara a entrar. Al acostarse en el diván también, por su temática es otro.

Con un tono quejumbroso me dice: “me duele el costado izquierdo como antes me dolía el costado derecho. Me duele profundamente, siento un dolor profundo, profundísimo. Me duele profundo entre las piernas. ¿Usted está seguro que no tengo nada?”. Pero sin esperar respuesta continúa quejándose y describiendo minuciosamente cómo y dónde está sintiendo nuevos y más dolores.

Mis interpretaciones no parecen ser oídas. Las sesiones no presentan casi variantes, si las hay es por una mayor extensión de su vivencia de estar destrozado, roto: “siento que todo el vientre está roto. Me duelen las piernas; el corazón está enfermo, los pulmones se me están rompiendo. Siento que cada vez tengo más partes rotas. ¿Tendré cura?”.

Este cambio experimentado por el paciente, me parece sumamente interesante ya que nos permite comprender la significación del episodio hipocondríaco como defensa de la confusión.

En la última sesión de la etapa anterior, Pedro se encontraba confuso. No podía diferenciar entre él y yo. Esta confusión crea una gran angustia y para superarla reintroyecta lo que ha proyectado en mí y lo ubica en el cuerpo. Esa noche siente dolor en el vientre y al día siguiente se hace operar.

Esta operación es un “acting”, no es el analista, sino el cirujano el que le saca lo enfermo (esa cura se realiza afuera). Pero esa operación es también el “acting” de una relación homosexual sádica conmigo, deseada y temida; con la penetración, pierde su pene y se siente destrozado internamente (“me siento todo roto, nada me quedará sano”). Como cuando el muchacho del almacén sustituyó al padre, ahora el cirujano me reemplaza a mí, pero el hecho es que en las dieciséis sesiones que duró esta situación, estas sesiones me hicieron sentirme contratransferencialmente como un cirujano; Pedro hablaba incesantemente y en voz muy alta. Mi sentimiento era el de que no me dejaba lugar por donde meterme. Por lo tanto para hacerme oír debía gritar, digamos penetrar violentamente a través de la barrera que él me oponía. Esa “operación” era una relación homosexual sádica.

Pero fundamentalmente este episodio hipocondríaco constituye una defensa contra un estado confusional. Rosenfeld (7) lo define “como la dificultad experimentada por el paciente para diferenciar entre el self y el objeto; entre objeto bueno y malo, entre impulsos hétero y homosexuales y especialmente entre ansiedades depresivas y paranoides”. Este estado

confusional, de acuerdo con este autor, es a menudo de naturaleza esquizofrénica. Mediante este proceso “el yo proyecta la ansiedad confusional en el cuerpo y sus órganos, pero a su vez hay una constante proyección de objetos internos, ansiedades, partes del self así como el sadismo sobre los objetos externos. A esta proyección sucede una inmediata introyección”.

Sobre el final de esta etapa hace referencia a la prohibición que le hizo su médico de que comiera grasa y me refiere los cuidados que tiene en ese sentido.

Este cambio es al que denominamos:

Tercera etapa: Situación fóbica

El cumplimiento de esta indicación, al principio se limita a la observación de todo lo que se le trae para comer. Además exige que se le supriman todas las partículas duras, fibras, filamentos, etc., y finalmente le pide a la madre que haga una papilla espesa de modo que no tenga que masticar.

La descripción que me hace en las sesiones es minuciosa, repetida y monótona, preguntándome a cada momento: ¿puedo comer carne, doctor?; ¿puedo comer pan, doctor?; ¿pero, cómo hago para asegurarme de que no vayan pedacitos duros que, sin darme cuenta, me lastimen los intestinos, doctor?

Para él, en este momento soy el médico prohibidor, imagen superyoica ante el cual tiene que deponer su voracidad y sadismo oral.

Esta agresividad no está en él sino que ha sido proyectada sobre los alimentos que lo atacan con los mismos medios.

A medida que se van poniendo en evidencia sus fantasías agresivas, su temor es mayor por la contaminación con la grasa en todo lo que se le acerca: “tengo que vigilar que el mozo no lleve en la misma bandeja comida con grasa a otros pensionistas, si en ella viene mi plato” (del mismo modo que tiene que controlar mis interpretaciones).

Otra preocupación de este período era la de evitar hasta el pensar en ver a su madre cuando se desviste (ella es una mujer gorda).

Interpreto que él se siente amenazado por la grasa, que representa a su madre y por mí que prohíbo toda satisfacción de su agresividad, que la ha

puesto afuera en los objetos a los cuales él quería atacar mordiendo, desgarrando y envenenando.

Me responde: “siento por mamá porque es una esclava, una víctima; la estoy matando”.

Progresivamente este temor se extiende a otros alimentos y finalmente al aire, del cual cree poder recibir partículas invisibles de polvo o suciedad que levantan los coches al pasar o simplemente cuando se mueven las cosas o cuando hay viento.

Esas partículas son peligrosas porque son “puntiagudas” y lo pueden “pinchar, agujerear y envenenar”.

Para protegerse utiliza un pañuelo mojado con el que se cubre la boca y la nariz.

En este período comienza a escupir. Más tarde escupe permanentemente, a veces es un babeo: deja correr la saliva fuera de la boca; otras veces expulsa la saliva mediante dos o tres contracciones de lengua y boca.

Pedro llegaba al hospital con el pañuelo cubriéndose la boca y la nariz y con la ropa empapada en saliva. Mientras esperaba afuera, permanecía parado y su saliva dejaba un charco alrededor de él, en el piso. Durante la sesión, o dejaba salir la saliva fuera de la boca, que corría sobre su cara y ropas (tenía una erosión en el mentón) o escupía cayendo sobre él o en cualquier parte (él estaba boca arriba, sin moverse y sin mover la cabeza). Había adelgazado visiblemente, tenía un aspecto enfermizo y su estado físico me creaba preocupación.

En el transcurso de esta situación tuve que alejarme por unos días y lo dejé a cargo de un médico para que lo medicara, si consideraba necesario. El informarle de mi viaje, aparentemente no provocó ningún cambio en su situación.

A mi regreso, la doctora que lo atendió, me informó que si no hubiera llegado yo, lo habría internado para hacerle suero, dado el peligroso grado de deshidratación al que llegó.

La grasa y el cuidado que le prestaba a los alimentos significaba claramente el temor a su relación oral con la madre y conmigo (en las sesiones decía que tenía la sensación de haberse tragado los puchos que habían en el cenicero y que mis palabras le hacían mal, pidiéndome que no fumara porque el humo lo envenenaba). Progresivamente, todo lo que lo rodeaba configuraba

un peligro, “pues se le metía adentro”. Había proyectado toda su agresividad sobre todos los objetos y éstos lo amenazaban desde afuera sin que se sintiera capaz de controlarlos enteramente, “escupo porque estoy lleno de porquerías, pero sé que no me las puedo sacar todas, tengo que detenerlas en la boca, si las trago estoy perdido”. Su saliva era al mismo tiempo el modo de desembarazarse de sus perseguidores que se habían fragmentado y difundido “hasta en el aire” y al mismo tiempo el modo de agredir, inundando al mundo como si ésta, mediante un desplazamiento de abajo a arriba, representaran su orina y heces.

Reducido ahora a la situación de bebé, tenía que ser alimentado por su madre con papillas y leche, lo tenía que vestir y cuidar como a un ser inerte. Yo representaba apenas, el depositario de parte de su vida (insistía ante su madre que lo trajera porque de cualquier modo tenía que venir). Pero yo también le daba cosas peligrosas, palabras, humo, puchos, etc., y por eso también tenía que venir para controlarme.

Interpreté cada una de sus ansiedades persecutorias mostrándole los mecanismos por los cuales él había puesto afuera gran parte de él (su yo y superyo) y como buscaba en mí aspectos buenos que le permitieran restablecer una relación objetal positiva, introyectarla, para contrarrestar su propia agresividad con la cual temía destruir todo lo que se le diera.

Aun antes de aparecer los primeros signos de mejoría, Pedro desarrolla un nuevo ritual. Por la mañana, al despertarse, siente que lo primero que tiene que hacer es tocar el piso. Pero ya al levantarse, como sus manos están “impregnadas de astillas microscópicas que al menor movimiento de las manos pueden metérsele en la boca”, tiene que controlar sus movimientos manteniendo sus brazos rígidamente extendidos al costado de su cuerpo. Rápidamente el control del movimiento se extiende a todo el cuerpo.

Llega al hospital arrastrado por su madre; entra al consultorio empujado por mí y se extiende en el diván como un madero, como caiga, permaneciendo así durante la sesión.

Pero mientras que con el control en el cuerpo, inmoviliza la persecución, su comunicación verbal comienza a ser más adecuada, luego de un tiempo en que se pudieron elaborar estas ansiedades.

Me había propuesto ilustrar, en base al material clínico, la evolución del análisis de este adolescente, mostrando en cada etapa la conducta, las ansiedades y defensas que las caracterizaron.

Es obvio que no podemos hablar de un período obsesivo puro ni de otro fóbico puro, etc., sino simplemente que en cada uno de ellos predominaban unos u otros síntomas. Tampoco podemos hablar de ansiedades y defensas de tipo oral o anal o fóbica puras, sino de la preponderancia de una sobre otras en todos los momentos.

Pedro es un adolescente que en el curso de sus años anteriores presentó diversos signos de enfermedad y esa enfermedad única, ya que no superó totalmente la posición esquizoparanoide, se manifestó adoptando distintas formas, que caracterizan los esfuerzos de su yo para curar la psicosis subyacente.

En el momento en que lo recibí, el cuadro correspondía a una neurosis obsesiva bastante grave, dado que lo había limitado considerablemente en sus actividades.

El momento de aparición de esta neurosis, lo podemos explicar como el resultado de un fracaso del yo para tolerar el incremento de las pulsiones instintivas que sucede en este período (adolescencia), frente a las exigencias de un superyo “que es el mismo superyo terrorífico y no alterado correspondiente a los primeros estadios del desarrollo” [M. Klein (5)].

Las primeras interpretaciones muestran ese conflicto expresado en un nivel genital (fálico), pero esta posición sirve simplemente como defensa contra ansiedades provenientes de niveles más primitivos.

Al cabo de pocas sesiones (doce), sus mecanismos defensivos utilizados desde la primera sesión, se muestran cada vez menos eficaces, determinando la aparición de angustia ante un estado confusional. El episodio hipocondríaco que lo sucede, es la defensa contra este estado.

Pedro, al hacerse operar, realiza un “acting” con el que no resuelve su situación. Cuando vuelve al análisis describe sus dolores, se siente destrozado, pudiendo verse cómo dentro de él se han perdido los límites.

El temor por los alimentos que luego se generaliza invadiendo hasta el aire, constituyen los objetos que lo amenazan desde afuera con los mismos medios de agresión que él proyectó (sadismo).

Ese juego de proyección y reintroyección lo vemos: en el temor por todo lo que lo rodea, “que se le mete dentro, por eso tiene que escupir”.

Dije más arriba, a propósito del primer cambio en la sintomatología, que debíamos tener en cuenta que en la relación conmigo no sólo participaban los elementos agresivos, sino que, además, yo debía ser depositario de su libido que él debía preservar para luego introyectar y enfrentarla con sus perseguidores. Yo soy para él un perseguidor, pero en la realidad no lo persigo. “La relación libidinosa con los objetos y la influencia ejercida por la realidad, neutralizan su temor a los enemigos externos e internos” haciendo en consecuencia menos necesaria la utilización de defensas.

Pedro mejoró en el curso del tratamiento. Su análisis no duró lo suficiente como para permitirle elaborar angustias depresivas y tampoco se deprimió durante los dos años y medio que lo analicé. Pero creo interesante conocer, sólo brevemente, algunas de sus adquisiciones.

Uno de los primeros signos de esa mejoría lo constituye el hecho de traer sueños.

En una sesión trajo tres que transcribo:

1º) “Soñé que estaba en mi pueblo. Me encontré con unos compañeros y un profesor me mostró unos papeles.”

2º) “Soñé con un médico que quería curar a uno que había perdido el sentido, que quería cambiar de rostro para que se mirase en el espejo y se distrajera y cuando le iba a cambiar el rostro, era un hombre chiquito y entonces le puso la cara no sé dónde.”

3º) “Estaba en una casa y parece que por la casa, afuera iba a salir un monstruo, yo tenía miedo y nos fuimos a otra pieza. Entonces entró un pájaro y yo le pegué con un garrote. Y entonces el pájaro no murió. Tenía no sé qué en la cara. Era amarilla, tenía lengua amarilla. Luego lo encontré muerto. Yo quería saber cómo se llamaba para tener otro.”

Las asociaciones y el análisis de estos sueños nos permitieron ver la forma que sentía su unión conmigo y cómo a través de esa unión recuperaba lo que había dispersado.

Comienza a escribir cuentos que me los trae y en donde los temas muestran su contenido muy claramente: reyes que ceden el trono a su hijo, el que conquista tierras y fortuna; en otros son aventureros que descubren ciudades ocultas en la selva, etc.

El análisis del contenido edípico y de las fantasías sexuales que aparecen en estos cuentos, le permitieron aceptar con menos temor sus deseos sexuales y permitirse la masturbación, aunque al iniciarla, reaparecen preocupaciones con la suciedad, debiendo lavarse las manos para quitarse todo rastro de semen que pueda llevarse a la boca.

Surgen fantasías de unión conmigo y las rechaza, pues teme volverse realmente homosexual.

Coincidiendo con el análisis de este material, comienza a quejarse de disfagia y en la consulta que realizó con un especialista, se le encontró un quiste en base de lengua, que se debía operar.

Se interpreta como una fantasía de embarazo oral, como una unión conmigo.

Es también en menor grado, la repetición del episodio hipocondríaco, ante el peligro de que en esa unión entre él y yo se pierda la diferenciación entre objetos buenos y malos.

Digo que configura un episodio de menor grado, no sólo por su manifestación, sino que se resuelve sin que se vea obligado a repetir el "acting", ya que en un examen, hecho días después, se comprobó la ruptura del quiste.

La reiniciación de los estudios y la realización de la primera relación sexual, son los dos últimos logros que vemos en la proximidad de la interrupción del tratamiento.

CONCLUSIONES

El análisis de un adolescente de catorce años, con síntomas de neurosis obsesiva, que databan de unos meses antes del comienzo del tratamiento, nos permitió comprobar:

1º) Que el cuadro neurótico encubría una situación psicótica de tipo esquizofrénico.

2º) Que los mecanismos utilizados: disociación e identificación proyectiva, servían para evitar la aparición de un estado confusional en el que jugaba un papel importante la envidia sádico-oral.

3º) Que el episodio hipocondríaco que aparece al principio de la tercera semana de tratamiento, actúa como defensa contra ese estado confusional, proyectando la confusión sobre el cuerpo y los órganos y el sadismo sobre los objetos externos. El enfermo se hace operar (apendicectomía), pero al regresar al análisis, siente que su cuerpo es objeto de una destrucción cada vez mayor, perdiendo la noción de límites entre las diferentes partes de su cuerpo y vísceras. Al mismo tiempo se siente amenazado por alimentos envenenados y por partículas que están en el aire que lo “pinchan, agujerean y envenenan” y que entran dentro de él a pesar de las medidas desarrolladas para evitarlo. Por ello tiene que escupir, para desembarazarse de lo que está en su boca y que no debe tragar. Esta saliva, con la que inunda todo lo que lo rodea, completa el ciclo de proyección y reintroyección.

4º) En el curso de un análisis de muy corta duración, dos años y medio, se consiguió una mejoría y la recuperación de sus actividades, persistiendo en el momento actual evidentes rasgos obsesivos.

5º) Sobre la proximidad de la interrupción del análisis, un episodio hipocondríaco de menor entidad, pudo ser resuelto sin que tuviera que recurrir al “acting”.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVAREZ DE TOLEDO, L. G. de.—El análisis del asociar, del interpretar y de las palabras. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XI, Nº 3, p. 267.
2. BARANGER, Madeleine.—Fantasía de enfermedad y desarrollo del insight en el análisis de un niño. “Rev. U. de Psicoanálisis”, T. I, Nº 2, p. 143.
3. FREUD, S.— “Inhibición, síntoma y angustia”. Editorial Americana, T. XI.
4. GRINBERG, L.— Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectiva. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XIII, Nº 4, p. 507.

5. KLEIN, M.—"Psicoanálisis de niños", p. 163. Editorial Psicoanalítica Argentina, 1948.
6. MOM, Jorge.— Algunas consideraciones sobre interpretación en las fobias. "Rev. de Psicoanálisis", T. XIV, N° s. 1-2, p. 63.
7. ROSENFELD, H.— Some observations on the psychopathology of hypochondriacal states. "Int. J. Psycho-Anal", T. XXXIX, II-IV, p. 58.
8. SEGAL, H.— La depresión en esquizofrénicos. "Rev. U", de Psicoanálisis", T. II, NOS. 1-2, p. 232.