

## **A propósito del análisis de una sordomuda\***

Bernardo Blay Neto \*\*

### **Resumen**

1º El trabajo enfoca la posibilidad del tratamiento psicoanalítico de una sordomuda; también encara el modo por el cual el analista luchó con esta dificultad y llegó a captar fantasías inconscientes reveladoras del significado de La sordomudez en la vida de la paciente.

2º La sordomudez era utilizada defensivamente como barrera frente al progreso del tratamiento analítico y por consiguiente frente a la intensificación de la angustia.

3º El tratamiento en sus fases iniciales fue sustancialmente facilitado por la interpretación de la comunicación extraverbal.

4º El trabajo apoya la conclusión de que el análisis de sordomudos es asequible.

En este trabajo me propongo describir los problemas psicoanalíticos que debí enfrentar en el tratamiento de una sordomuda con dificultades resultantes de la sordomudez y de qué modo logré finalmente captar fantasías inconscientes que me revelaron el significado que la sordomudez tenía en la

---

\* Trabajo presentado en el VIIIº Congreso Psicoanalítico Latinoamericano; 1970, Porto Alegre, Brasil. Miembro asociado de la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de San Pablo.

\*\* Dirección: Rua Itapeva 486, 119; San Pablo, Brasil.

vida de la paciente.

Lo que el presente trabajo tiene de oportuno y relevante desde el punto de vista analítico es que demuestra la posibilidad de realizar terapia analítica prescindiendo de la utilización de la palabra hablada.

Cuando se me presentó la oportunidad de psicoanalizar a una sordomuda, me vi obligado a sustituir la palabra hablada por la comunicación manual de los sordomudos. En realidad, sólo gracias a mi experiencia con el alfabeto manual de los sordomudos me ha sido posible realizar este trabajo.

Se trataba de una joven de 21 años que a los 15 meses de edad, a raíz de un proceso infla-matorio meningo-encefálico, había quedado sordomuda. Todas las tentativas clínicas de recuperación resultaron inútiles.

Frecuentando escuelas especializadas en la alfabetización de sordomudos, aprendió a leer y escribir.

Desde temprana edad reveló gran sensibilidad artística y condiciones para el dibujo arquitectónico. Intentó seguir cursos de arquitectura pero su deficiencia se lo impidió, Compensó este impedimento leyendo y estudiando por cuenta propia. Sus dibujos, por las soluciones originales que proponían para problemas de circulación entre ambientes despertaron gran interés. Muchos de sus proyectos fueron ejecutados, pero al hecho de no estar firmados por la autora debido a la falta de un curso especializado. Con el tiempo, empezó a ser muy buscada para la ejecución de proyectos arquitectónicos y sus trabajos fueron premiados en varias oportunidades.

Recurrió a la terapia psicoanalítica a causa de sus dificultades para relacionarse con el sexo opuesto. Sus noviazgos no prosperaban. Al cabo de cierto tiempo perdía todo interés en ellos porque dejaban de darle un significado emocional. En tales circunstancias, la relación amorosa se convertía en una situación incómoda, en una privación de libertad. Había tenido una experiencia psicoterápica anterior, que las dificultades de comunicación le impidieron continuar, y al enterarse de que un grupo de sordomudos se trataba conmigo me buscó para que la analizara.

En aquella época estaba de novia y la proximidad de su boda la preocupaba muchísimo.

Llegó a la primera sesión con cinco minutos de atraso. Se disculpó con un gesto y luego se tendió espontáneamente en el diván mientras yo maquinalmente me sentaba en el sillón atrás de ella. Antes de que tuviera tiempo de acomodarme, comenzó a maniobra: con los dedos para expresar signos alfabéticos que yo pasé a captar. Transcurridos algunos minutos mi tarea se vio perturbada pues de cuando en cuando bajaba las manos de tal modo que éstas desaparecían de mi campo visual. La pérdida ocasional de la percepción de las señas me hacía perder algunas de las letras que articulaba con los dedos impidiéndome entender el sentido de la frase. A fin de establecer un nuevo contacto visual con sus manos, me vi obligado a levantarme del sillón. La tarea de acompañar los movimientos me entretuvo a tal punto que cuando me di cuenta el tiempo de la ocasión había terminado.

Inadvertidamente hablé: ‘Su hora ha terminado’. Me dirigí a ella como si pudiese oír. Olvidé que estaba en presencia de una sordomuda. Al advertir el lapsus me levanté y colocándome frente a ella le hice señas de que la sesión había terminado. Inmediatamente se puso de pie, me saludó risueña y salió.

No me sentí satisfecho. La sesión me pareció artificial y me angustió. A mi criterio, no existían condiciones técnicas para que el análisis progresara. Me parecía absurdo exigir obediencia a algunos requisitos técnicos del psicoanálisis cuando la paciente carecía de condiciones para cumplirlos. Pensé en hacerla sentar en lugar de acostarse en el diván pues de esta manera podría ver sus señas y ella las mías.

En la segunda entrevista, cuando se dirigió al diván (y antes de que se acostase en él) la invité a sentarse frente a mí. Aceptó mi invitación aunque sin mucho entusiasmo. Ahora estábamos frente a frente; ella observándome inquisitivamente, retorciéndose nerviosamente las manos, y yo mirándola cohibido, sin saber qué hacer. Una barrera se había levantado entre nosotros. Estas restricciones de parte de la paciente me sorprendieron. Me parecía ilógico que se comunicara cuando a mi entender no existían condiciones favorables para ello y que dejara de hacerlo cuando yo le ofrecía las con-

diciones necesarias, Se me ocurrió entonces que La aparente falta de lógica en su comportamiento respondía al cambio de técnica que yo había propuesto. Dicho cambio —que se analizara sentada en lugar de acostada— se debía a que, a mi criterio, no existían condiciones adecuadas para que se estableciera entre nosotros una comunicación.

Al hacerlo, omitía consultar la opinión de la paciente es decir, si también ella pensaba como yo, que las condiciones existentes eran inadecuadas. Sus reacciones ante el cambio de técnica indicaban que su punto de vista a este respecto no coincidía con el mío.

Después de haber interpretado esto, que para mí era el motivo de sus reacciones, sonrió y levantándose del sillón se dirigió al sofá, donde se acostó. Al cabo de algunos instantes empezó a mover los dedos que, como en la primera sesión, desaparecían de vez en cuando de mi campo visual. En ese momento percibí la existencia de otra vía de comunicación que se manifestaba por el persistente comportamiento de acostarse y de bajar las manos durante su “conversación”. Se hacía necesario comprender el significado transferencial de esta situación, vinculándola al mismo tiempo a la fantasía inconsciente que desencadenaba su aparición.

Para alcanzar este objetivo, investigué las consecuencias de esta actuación repetida e inferí que al estar la paciente acostada mi palabra (articulación de mis dedos) no le llegaba pues sus ojos no podían ver mis dedos. Esta situación me enmudecía, dada mi imposibilidad de “hablar” con la paciente. Por otro lado, me volvía sordo a medida que ella bajaba la mano, impidiéndome ver (escuchar) lo que ella “decía”

Desde la iniciación del análisis procuró convertirme en continente de la sordomudez utilizando el mecanismo de proyección identificativa. Yo atravesaba la misma situación en que se había encontrado ella a los quince meses de edad, y cuyas consecuencias perduraban hasta ahora. Experimenté la angustia de no poder hablar ni oír.

Esta proyección había sido rechazada por mí cuando en la primera sesión

negué su condición de sordomuda al comunicarme con ella por medio de la palabra hablada. Seguí rechazando su proyección cuando modifiqué la técnica del tratamiento. Al hacerlo, impedía que esta proyección que me molestaba continuase y erigía al mismo tiempo defensas tendientes a impedir que mis oídos y mi habla fuesen destruidos por ella. No deseaba volverme sordomudo.

En la sesión siguiente reiteré mi pedido de que se sentara y cuando lo hizo, le interpreté el significado del acostarse y el bajar las manos. Después de esta interpretación dejó de insistir en su comportamiento, aceptando tranquilamente continuar el análisis sentada

Los hechos expuestos me permitieron comprender que yo había iniciado la terapia analítica partiendo de la premisa de que el análisis de una sordomuda sería factible si la palabra hablada era sustituida por la articulada por los dedos. Al aceptar esta idea como válida, creía estar analizando a la paciente cuando en realidad no alcanzaba a percibir lo que la situación creada entre nosotros tenía de específico: el desarrollo de un proceso comunicativo que trascendía el simbolismo de la palabra. La paciente se comunicaba conmigo por actuación. Era así como vinculaba sus fantasías inconscientes. En la misma forma, esto es, a través del comportamiento, procuraba hacer que yo me identificase con sus objetos inconscientemente fantaseados. Se evidenciaba de este modo la regresión de la paciente, cuyas fantasías de convertirme en continente de su sordomudez se expresaban a niveles preverbales y presimbólicos.

La evidencia de que las fantasías inconscientes eran transmitidas a nivel regresivo se corroboró cuando empezó a utilizar dibujos como medio de comunicarse conmigo. Estos dibujos contenían elementos que me facilitaron la comprensión de la representación mental que la paciente tenía de la sordomudez. Por otro lado, los dibujos mostraban de qué modo la paciente utilizaba la sordomudez para evitar el análisis y por consiguiente el desarrollo de la percepción.

Para mostrar lo que vi en sus dibujos y cómo llegué a comprender la representación que la paciente tenía de la sordomudez, describiré aquellos que me parecieron más significativos: uno de ellos (figuras 1 y 1a) representaba un

proyecto para la construcción de una casa en un terreno rectangular. En este estudio el terreno estaba dividido en dos triángulos en los cuales habían edificadas dos construcciones simétricas. El proyecto presentaba un detalle curioso, la ausencia de comunicación entre las dos construcciones. Ésta se establecía por fuera de los edificios a través de una serie de pérgolas y tejados. Las dos casas permanecían aisladas una de otra, teniendo como medio de comunicación la singular solución presentada.

Otro dibujo (figura 2) era un estudio para la construcción de una casa de veraneo en un terreno de excepcional belleza. Según el punto de vista de la autora, si la casa se construía sobre el terreno, se comprometería la belleza del paisaje. Para soslayar esta dificultad dio la siguiente solución: construir la casa subterránea. La comunicación entre la casa y el exterior se hacía por medio de conductos destinados a proporcionar luz y aire. Esta solución permitía a la vez intimidad doméstica al proteger el interior de los ruidos del exterior e impedía al mismo tiempo que la actividad interna de la vivienda fuera observada desde fuera.

Sin embargo la autora se lamentaba de tener que dañar el terreno pues para permitir la construcción y el acceso a la casa era imprescindible perforado. Estos dibujos me parecieron significativos y simbólicos. En el primero lo que llamaba la atención era la ausencia de comunicación entre las dos casas; a mi entender este detalle representaba gráficamente la sordomudez de la paciente, la falta de comunicación directa entre ella y el mundo. Al mismo tiempo la solución hallada para suplir la falta de comunicación entre las casas (pérgolas y tejados) representaba las complicadas vías que tenía que usar para comunicarse.

El dibujo siguiente expresaba en forma más detallada cómo en su fantasía la paciente establecía su relación con el mundo: a través de conductos que simbolizaban los ojos y la nariz que, como en la casa, se constituían en instrumentos transmisores de luz y de aire. En suma, en virtud de su deficiencia orgánica, la paciente no estaba en condiciones de entrar ni salir, así como no entraba ni salía de la casa debido a las características de su construcción. Este dibujo representaba además un esbozo gráfico de nuestra relación

transferencial. La casa y el terreno, como la paciente y yo, estábamos en condiciones de coexistir después de un daño previo: una perforación en el terreno o sea convertirme en sordomudo. Por lo tanto nuestra relación se mantenía como consecuencia del daño que en su imaginación ella me había infligido. Ahora, tanto ella como yo, nos encontrábamos en igualdad de condiciones: sordomudos los dos. El mismo dibujo, sin embargo, evidenciaba gráficamente la presumible envidia de la paciente así como la capacidad destructiva que atribuía a este sentimiento: la de destruir las bellezas y las capacidades de quienes se ponían en contacto con ella. Ahora se hacía comprensible su dificultad para mantener contacto *con* sus pretendientes, sobre todo cuando la situación tendía a constituirse en una relación más seria. En estas circunstancias se desarrollaba el temor de dañarlos como sentía haberme dañado. En un principio me pareció ver en esta dificultad de mantener contacto con los objetos externos un componente depresivo y de consideración para con ellos. Más tarde pude comprobar que en lugar de desarrollar depresión, en esta relación objetal se manifestaba un componente de naturaleza esquizoparanoide: el miedo de ser dañada por ellos.

En este período del análisis la paciente, que utilizaba como principales medios de comunicación la actuación y el dibujo, empezó a *usar* con más frecuencia la palabra escrita. Comprendí que estaba evolucionando en el proceso comunicativo pues si antes su contacto se hacía a través de vías características de una mayor regresión —presimbólicas y preverbales—ahora, al usar la palabra, evidenciaba una regresión menor.

En esta fase, cuando comenzó a utilizar la palabra escrita, trajo material que me facilitó la comprensión del temor de la paciente de ser dañada por objetos externos, lo cual me permitió comprender mejor cómo utilizaba la sordomudez para defenderse del análisis.

Este material está en relación con el casamiento de la paciente. Había fijado para su boda una fecha en la que probablemente estaría menstruando. Al darse cuenta de ello, la preocupaba la falta de condiciones apropiadas para una relación sexual en la noche de bodas. Le interpreté su elección de esa fecha para el casamiento como indicio de que temía la consumación del

matrimonio por la desfloración, que era sentida como daño. Desflorada, la paciente se sentiría dañada, probablemente como se había sentido a los 15 meses de edad, cuando quedó sordomuda. La menstruación alejaba el peligro de la desfloración. En su relación conmigo, terapeuta, mostraba un comportamiento análogo: sordomuda, sentía que no había quién pudiera analizarla a causa de su sordomudez. La sordomudez cumplía una función análoga a la de la menstruación.

Si menstruaba, no sería desflorada; sordomuda, no sería analizada. Cuando yo, valiéndome del alfabeto manual y poniéndome en contacto con sus fantasías, invalidé la sordomudez como obstáculo al análisis de la paciente, ella comenzó a experimentar el temor de ser penetrada por mis interpretaciones, semejante al temor de que el terreno fuese perforado para poder construir la casa. Lo que la paciente temía además al relacionarse con los objetos, era el ser dañada por ellos. Temía ser penetrada por las interpretaciones porque temía su acción fecundante, la percepción de su propia realidad psíquica interna, hasta entonces velada por la sordomudez que, como el himen, protegía su virginidad.

Dos meses después de esta sesión —y al cabo de un año y medio de tratamiento analítico— la paciente se casó. En la actualidad continúa el análisis y su evolución hasta la fecha habla en favor de la posibilidad del análisis de pacientes sordomudos con prescindencia de la palabra hablada. Para finalizar, hago hincapié en los cambios ocurridos en los procesos de comunicación de la paciente que en un principio se verificaba por medio de la actuación, luego a través de dibujos y por último por medio de palabras expresadas en el alfabeto sordomudo. Por lo tanto la paciente utilizó primero procesos correspondientes a una mayor regresión psíquica y más tarde procesos indicativos de una regresión menor.

Para terminar, quiero poner de relieve la forma en que la paciente experimentaba la sordomudez: la sentía como un daño que le fuera infligido y cuya repetición deseaba evitar. La experimentaba también como barrera que impedía el psicoanálisis y la protegía de las agnoscias que despertaría en ella el progreso analítico.



Traducido por **Clara A. Tagle**