

Transferencia

y acting out

Sélika Acevedo de Mendilaharsu*

La palabra acto (etimológicamente del latín *actus*, simétrico de *actus*, supino de *agere*, obrar) significa hecho o acción. El acento en el componente motor no debe hacer olvidar que el llamado acting es con frecuencia una conducta compleja donde intervienen el pensamiento y los afectos. Estos no son necesariamente los mismos transferidos de la situación original que se supone se repetiría en la transferencia, porque la intervención de defensas puede modificarlos, pero lo característico es que el paciente en el momento en que eso actúa no relaciona este grupo de acontecimientos con los que han tenido lugar en la sesión. Es solamente *nachträglich*, con el trabajo analítico, que el nexo se devela.

El término *acting out* es generalmente usado en relación con la situación analítica: la acción en el lugar del recuerdo. La íntima relación entre transferencia y *acting out* fue señalada por el mismo Freud (3) en 1914: el paciente en tratamiento no recuerda nada de lo que ha olvidado o reprimido sino que lo actúa y esta es la forma misma mediante la cual recuerda Y agrega “Pronto advertimos que la transferencia misma es sólo una parte de repetición y la repetición es la transferencia del pasado olvidado pero no sólo sobre el médico: también sobre todos los ámbitos de su situación presente. Por eso tenemos que estar preparados para ver que el analizado se entregue a esa compulsión de repetición que la sustituye ahora al impulso de recordar, no sólo en la relación

• Colonia 1611, Montevideo.
•

personal con el médico sino en todas las otras actividades y vínculos simultáneos de su vida.” Ya advierte que el *acting out* ocurre en todo análisis y forma parte del análisis. Rosenfeld (12) propone llamar *acting* parcial a ese aspecto de todo análisis para diferenciarlo del *acting out* excesivo o total al que Freud mismo se refiere más adelante relacionándolo con la fuerza de las resistencias. Freud controla esta forma comprometiendo al paciente y prohibiéndole contraer nuevas actividades importantes mientras está en tratamiento. Sin embargo, no deja de insistir en que el principal recurso para dominar la compulsión de repetición y transformarla en motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia.

Aunque el concepto de *acting out* está estrechamente unido al trabajo analítico, algunos de sus aspectos no son exclusivos de éste. La diferencia con la actividad “normal” y con la conducta neurótica puede ser compleja (11). Aquí se plantea el interrogante de si puede legítimamente decirse que exista alguna acción desprovista totalmente de algún elemento de *acting out*.

Aún dentro del análisis la distinción con la conducta puede ser difícil: así, por ejemplo, en la situación familiar a cualquier analista, de ciertos vínculos de pareja de corte sado-masoquista. Si esta es la forma habitual que rige las relaciones del paciente con su partenaire, se justifica que se le considere dentro de su conducta habitual neurótica, que en general refleja una variedad y multiplicidad de fantasías. En oposición, el *acting out* está conectado con una fantasía particular que se destaca específicamente en la situación analítica en la transferencia en el momento que ocurre la actuación. Pero la distinción se complica por el hecho, frecuente por otra parte, que las conductas sado-masoquistas de la pareja se acentúen los fines de semana y con otras separaciones del analista.

La distinción entre *acting out*, acciones impulsivas y aún perversiones ha sido objeto de múltiples trabajos. Con respecto a estas últimas Greenacre (6) sostiene que siendo el hecho esencial en el *acting out* la repetición en acción de

una experiencia o de una fantasía organizada que no es admitida en la memoria o a la que no se le da expresión verbal, en un sentido amplio la perversión puede ser considerada *acting out* y algunas perversiones son el *acting out* de fantasías elaboradas que se refieren directamente a traumas tempranos.

Con respecto al *acting out* en la situación analítica, el hecho esencial sentado por la mayoría de los autores es que el encuadre es desbordado por lo que en éste tiene lugar, pudiendo esta ruptura de límites ser esporádica o más o menos permanente constituyéndose un proceso paralelo al análisis o que marca sus puntos más críticos.

Algo que no puede ser pensado y elaborado en el campo analítico aparece como una actuación simple o muy compleja. Habitualmente el paciente ofrece en el análisis resistencias más o menos fuertes para admitir su vinculación. El cortocircuito realizado por el *acting out* expresa en una forma particular la presencia de la transferencia teniendo desde el punto de vista energético una función de descarga de impulsos libidinales y/o agresivos que alivian al paciente y al mismo campo analítico de tensiones mayores. En los aspectos estructurales se conecta a menudo con rasgos superyoicos exigentes e intolerables, proyectados en el analista, de tal modo que el *acting out* muchas veces representa una liberación de ese control y un desafío. Puede servir también para aumentar la tolerancia a situaciones dolorosas o potencialmente dolorosas en la transferencia y aliviar la angustia, la depresión o el desamparo. A la angustia de castración que pueda surgir por el trabajo sobre las bases narcisistas, se agregan angustias más arcaicas de separación, de fragmentación y de muerte que son anuladas por la actuación que reconstruye esas bases, y donde el objeto real externo, incluido en la misma, permite realizar un control y una prueba de realidad que tranquiliza frente a fantasmas terroríficos y amenazantes. Desde el punto de vista genético, Rosenfeld (12), partiendo de ideas kleinianas, piensa que el *acting out* excesivo depende del monto de hostilidad con que el paciente se alejó de sus más tempranos objetos. También

Greenacre (6) relaciona la tendencia a actuar con perturbaciones emocionales de los primeros meses, con una oralidad incrementada, un narcisismo patológico y perturbaciones del pensamiento verbal. En esta descripción entrarían sobre todo los pacientes cuya patología se caracteriza por un *acting out* continuo en su vida cotidiana (neurosis impulsivas, estructuras límites, psicosis agudas, y crónicas, etc.) (2, 4). Los pacientes que actúan continuamente en su vida, utilizarán habitualmente el *acting out* excesivo durante el análisis.

El paciente que motiva esta comunicación es un hombre que en el curso del análisis presentó varios *acting out* de los cuales se relatarán por su importancia solamente dos.

Luis comienza a los desafíos de edad un análisis que cursa en dos etapas. En la primera, el motivo que lo lleva al tratamiento es un “problema sentimental”: está enojado desde hace 4 años con una mujer a la que se siente muy unido y valora y con la que tiene intenciones de casarse, pero ésta no lo atrae sexualmente. El placer sexual lo logra en encuentros ocasionales con otras mujeres, la mayor parte de las veces desconocidas que no vuelve a ver posteriormente. Esto lo llena de culpa. Único hijo, vive con sus padres: la madre muy católica, le dio educación religiosa y con su ejemplo le ha exigido permanentemente devoción y amor a Dios así como ha exaltado el sacrificio. La siente rígida, opresiva e invasora de su intimidad. El padre es “un ogro” pero siempre ausente por las exigencias de su trabajo. El abuelo materno es el hombre admirado y valorado por la madre que recuerda permanentemente con palabras, rezos y misas su muerte ocurrida cuando él tenía 5 años. Al parecer esa muerte fue seguida por un duelo patológico de su madre del que nunca salió completamente.

El trabajo analítico en ese período se caracteriza por algunos hechos constantes:

De las cuatro sesiones semanales acordadas, sólo concurre a dos. De ese

comportamiento desde luego sobredeterminado, sólo mencionaré dos factores: el compromiso parcial, hecho que caracteriza también casi todos sus comportamientos y actitudes, y, su forma personal de “regular la balanza del tiempo” según sus propias expresiones. Acepta la regla de la asociación libre y la cumple sin mayores dificultades aparentes pero con largos períodos de cierre del discurso con silencios prolongados, intelectualizaciones y abstracciones que versan sobre temas filosóficos, religiosos y artísticos (libros, pinturas, exposiciones, etc.). En cuanto a las características del campo analítico en sus aspectos transferencia-contratransferencia, destaca el cuidado de la distancia conmigo: teme al mismo tiempo la invasión y el abandono. Siempre se adelanta, tomando él primero sus vacaciones y negando la importancia de las mismas así como de los fines de semana a pesar que en éstos aumentan sensiblemente sus encuentros sexuales a los que agrega a veces drogas y alcohol. Si bien éstos tienen muchas veces características de actuaciones, como no son más que intensificaciones de hechos que ocurrían antes de iniciar el análisis, son difíciles de trabajar transferencialmente. El paciente acepta con dificultad las interpretaciones transferenciales diciendo que “comprende pero que no lo siente en esta forma”.

A pesar de estos hechos, el proceso analítico sigue su curso, hasta que tres años después del comienzo ocurre un episodio inusual que provoca el llamado de su madre alarmada: “está haciendo locuras... está tirando la casa a la basura...”. Al llegar a la sesión el paciente relata que ha juntado todos los objetos que él creía de valor que adornaban su casa (algunos regalos de casamiento de sus padres y otros comprados por él en remates y casas de antigüedades) porque ahora ha advertido su verdadera falta de calidad, y los ha tirado por el dueto del apartamento. Han pasado a la basura: bandejas “no eran de plata 900 sino de platina” y antigüedades “que no eran realmente de época, sin marcas ni firmas que atestiguarán su origen”, algunos cuadros de pintores de “poco nombre”, etc.

En las sesiones siguientes fue posible develar el sentido del episodio: los efectos del trabajo analítico sobre la división de Luis, no quedaron inscritos en los límites del encuadre y se manifestaron bajo esta forma de *acting out* (éste será analizado más adelante).

Poco tiempo después, con motivo de un viaje con su novia y sus futuros suegros, interrumpe el análisis pero con la intención de retomarlo al volver.

Cuatro años después inicia la segunda etapa de su análisis. Su madre murió dos años antes, después de una enfermedad de un año durante la cual él contrajo matrimonio con su novia. Su problema sexual lo abruma más que nunca: el excitarse con su mujer le exige grandes esfuerzos. Pero desde hace un año y desde el momento en que empieza a pensar en la reanudación de su análisis, inicia un vínculo con una mujer que “lo satisface plenamente”. Ha encontrado **por primera vez** “verdadero deseo sexual” y una satisfacción plena en el acto sexual. Pero además esta mujer lo atrae en otros aspectos, puede mantener con ella “conversaciones cultas”, tienen intereses comunes, etc. Se instala pues con dos mujeres, en esta segunda etapa de su análisis, con la imposibilidad de decidir por una u otra, pero marcando que esa decisión lo apremia. Las características del vínculo analítico en esta segunda etapa son las siguientes: La mayor parte de las sesiones transcurren centradas en la duda persistente, permanente, invariable, sobre ¿qué hacer?: estudia y analiza minuciosamente las cualidades y defectos de los dos objetos haciendo un interminable balance de lo que podría perder si dejara a una de las dos. Su mujer, con fuertes características maternas, es el lugar de proyección de sus identificaciones femeninas: es rica (como su madre). muy unida a sus propios padres que apoyan al paciente en sus iniciativas económicas, siempre lo está esperando, dándole muestras de su fidelidad inalterable. Por el contrario su amante no le da seguridad en ese sentido, pero con ella “la libertad sexual es total, no hay límites ni prohibiciones” pero... siente celos, hace críticas a su “falta de moral”, se pregunta constantemente si no lo estará engañando... El

resultado de estas elucubraciones es siempre el mismo: no puede decidirse, pero se impone el hacerlo, para eso vino al análisis”.

Durante largos períodos, una parte importante de lo que surge en la transferencia, en sus componentes libidinales y agresivos, edípicos y preedípicos, es proyectado inmediatamente en uno u otro de los objetos externos. La interpretación transferencial es mejor aceptada aunque muchas veces no le es accesible. La actuación de los mecanismos proyectivos hace que la sesión analítica transcurra en un clima de placidez, donde aparentemente no pasa nada y a la que el paciente viene sobre todo “a hacer un relax”, una pausa, un descanso”. Sin embargo, la analista, limitada a ser durante largos períodos una espectadora y una oyente silenciosa, un eco del discurso del paciente, no por eso deja de cumplir una importante función gracias a la cual, de cuando en cuando, se pueden dar pasos importantes que aseguran la marcha del proceso analítico. Luis no puede perder nada, sólo acumula y lo imposible del duelo se hace ostensible en su manejo del tiempo, en la espera, en la pausa. Pero hay hechos que escapan a su control obsesivo: la muerte de un amigo. “casi un hermano”, un importante ascenso en su lugar de trabajo, el primer embarazo de su mujer. Todo esto le provoca angustia y aunque agrega actuaciones sexuales en encuentros ocasionales, no logra la calma. Empieza a modificar su ritmo de concurrencia al análisis y se propone por primera vez de verdad” encontrar una solución a su problema. Habla con su mujer y con su amante y aunque lo hace en términos vagos, este hecho marca un paso importante en el trabajo sobre sus bases narcisistas. Es en este momento que tiene un sueño que devela algo del fantasma fundamental que lo aprisiona: Caminábamos con mi mujer de la mano por un estrecho camino oscuro con árboles y un fuerte alambrado que formaba un cerco de los dos lados. De pronto la tierra se abre por un gran surco longitudinal que divide el camino, como en los terremotos de las películas o de la televisión: mi mujer pierde pie, es un peligro mortal, se hunde en la grieta pero

la tengo agarrada de la mano y hago esfuerzos desesperados para sacarla. Me despierto gritando, todo transpirado.”

Se puede entonces analizar el peligro mortal del trabajo analítico y del vínculo conmigo que lo acerca y que como el terremoto, puede hacer perder pie a su parte infantil pasivo femenina identificada con su mujer, repitiendo la identificación con su madre que de niño lo llevaba al colegio de la mano.

También esa mano me representa: por un lado le da seguridad, por otro lo agarra. En la sesión se pueden analizar sus sentimientos transferenciales su ambivalencia, sus temores, en una forma bastante más profunda que otras veces. Sale de la sesión “algo mareado”. Al día siguiente su mujer me llama para comunicarme que el paciente está internado porque ha tenido un accidente al entrar en su casa, cayéndose en un gran pozo y fracturándose la tibia y los huesos del pie derecho. Esto significa un mes y medio de reposo. Luis me manda decir que se encuentra bien, algo dolorido pero que va a volver al análisis en cuanto pueda caminar.

Vuelve efectivamente un tiempo después y dice: “Era un pozo enorme pero, lo Increíble es que fue en plena luz del día y además yo lo conocía porque hacia tiempo que la UTE estaba trabajando en él y también tenía señales de peligro... Escapé de la muerte... aunque hubiera sido una solución.”

Comentarios

Los dos ejemplos relatados en esta historia permiten plantear algunos problemas en relación: 1) con el *acting out* durante el análisis y 2) con la estructura caracterológica del paciente.

Con respecto al primer punto, el *acting out* inicial tiene una secuencia, es una verdadera historia en acción, casi como un juego infantil que se descifra *nachträglich* en la sesión. Algo que debió ser dicho y no lo fue, y que

cortocircuitó el fantasma fundamental aunque está ajustado a otras fantasías concientes, es mostrado, dramatizado ante un espectador (acto es también cada una de las partes en que se divide el (drama). Es, por otro lado, un verdadero acto excrementicio, análogo al lenguaje corporal histérico, simbólico, metafórico.

El análisis puso de relieve los sentimientos hostiles frente a las interpretaciones recibidas que desvalorizaba y tiraba al “ducto-water” (su defensa narcisista frente al *insight*); pero al mismo tiempo significaba liberarse de su self infantil no bien diferenciado de sus objetos arcaicos (antigüedades) y por lo mismo con “poco nombre”.

Indicaba una vez más su ambivalencia pero sobre todo era portador de un mensaje que apuntaba a señalar los límites de tolerancia de su Yo... y que me alarmó igual que a su madre.

El *acting out* final no constituye una secuencia actuada como el anterior, sino que es un acto único, autodestructivo y vecino del suicidio, que compromete al cuerpo real en su integridad. Es la caída como realización que se opone a las frecuentes fantasías de caída en el vacío de los pacientes depresivo-melancólicos, tan bien ilustrados por escritores y poetas (E. Poe, T. de Quincey, G. Bachelard, etc.).¹

Con respecto a la estructura caracterológica del paciente, ésta surgió en su complejidad, en el curso del tratamiento. La división del objeto externo es, desde luego, un corolario de su propia escisión que determina una oscilación

¹ Lacan (9) diría que el primer *acting out* es vecino del síntoma, *a coté* de las formaciones del inconciente, dentro del yo no soy” en el campo del Otro, es decir, de las coordenadas simbólicas aún cuando sean incomprendidas por el sujeto. El segundo entraría más en el pasaje al acto, dentro del “yo no piensa” del repudio o desestimación, más próximo a lo real por falla de las coordenadas simbólicas que reducen al sujeto a lo real del objeto a.

Son dos modos de relación del sujeto con el objeto, de formas de cortocircuito entre lo simbólico y lo real que Lacan (8, 9) conecta con la intervención del analista. No siempre estas formas son de fácil distinción (5. 10).

continua entre distintas configuraciones transferenciales. Una de ellas concierne al funcionamiento del Yo y se estructura a su vez en dos niveles. El primero más evolucionado, triangular, edípico, anal-fálico, es escenario de deseos inces-
tuosos activos, pero sobre todo pasivos, en conflicto con un SuperYo rígido y severo, con la puesta en juego de mecanismos obsesivos de control. Greenacre (6) ha notado la orientación caracterológica anal en muchos pacientes que actúan, señalando que cuando el conflicto gira alrededor de las proyecciones superyoicas y su desafío, la mayoría de sus actos no desborda la esfera neurótica. En la génesis del *acting out*, esta autora enfatiza el significado de control sobre la motilidad y las funciones esfinterianas, el sadismo, la fuerza de los impulsos contrabalanceada por fuertes prohibiciones e inhibiciones, las contradicciones en el funcionamiento así como la relación entre tendencias voyeuristas-exhibicionistas anales y la represión.

Pero el Yo funciona además en un segundo nivel, más arcaico, dual, narcisista, pre-edípico que corresponde a un sector de su *self*, indiferenciado del objeto primario que determina elecciones de objeto narcisistas que anulan por su estructuración simbiótica el riesgo de pérdida de aquel primer objeto que subrogan. Esta relación objetal, cuando se da conmigo en la transferencia, es proyectada inmediatamente en su mujer, en la realidad, reforzando la simbiosis con la misma.

Pero como dijimos anteriormente, existe otra configuración transferencial que denota una escisión más profunda y esencial entre la aceptación y el rechazo del trabajo analítico, entre las mentiras imaginarias que ha construido y multiplicado en el curso de su vida y que de algún modo lo constituyen y algo más auténtico y verdadero, que desconoce y teme pero al que sin embargo aspira y que es el que finalmente sostiene su análisis. Todo esto está contenido

en la ambigüedad semántica de su frase “Para eso vine al análisis”.²

La supresión del funcionamiento dual implicaba enfrentar el duelo de la completud imaginaria a la que estaba aferrado y que mantenía mediante fuertes mecanismos de escisión y renegación. Esta determinaba, por un lado su estilo de vida poco comprometido, donde lo esencial era no perder nada y, por otro, estaba en la base de sus *acting out* en el análisis. Las soluciones posibles que aparecieron alternativamente en este largo proceso fueron dos:³ una, la de mantener el clivaje en cuyo caso el trabajo analítico entraba en prolongados *impasses*, la otra, “la muerte”, y ésta también bajo dos formas. La primera de carácter simbólico significaba aceptar el duelo de la pérdida del niño interior y de su fidelidad narcisista e implicaba enfrentar un proceso doloroso y una angustia desorganizante. Esta no era sólo angustia de castración fálica, que desde luego también estaba presente, sino una angustia de separación más arcaica dentro de una potencialidad depresivo—melancólica definida. Detrás de las fantasías edípica, de sus tendencias homosexuales pasivas y de la culpa de las que se defendía con mecanismos de negación, represión y aislamiento, actuaba el problema más temprano de las exigencias de una madre narcisista, deprimida, y del niño sometido que sacrificaba su individualidad para preservarla como objeto. (1) En la transferencia se reeditaba el mismo peligro de ser absorbido y de perder su identidad al que oponía defensas típicamente narcisistas a las Interpretaciones y al trabajo analítico. La segunda forma era “la muerte” en lo real. Aquí cobran sentido sus *actings* sobre todo el segundo, cuya intención no conciente de micro—suicidio no escapó al análisis. En otros casos,

² En la teoría de lacan (7) el *Moi* cubre la castración. El deseo de ser falo que le falta a la madre sigue ocupando el lugar dejado por la insuficiencia de la función fálica que podría ampliar el camino al deseo.

³ El dos es un número que signa todo el análisis de Luis

la entrada en juego del cuerpo real se manifiesta bajo distintas formas de enfermedades psicosomáticas, cuya similitud con el *acting out* ha sido señalada repetidamente en la literatura.

Pero “la muerte” en lo real como forma de abandonar la escena, también puede ser dejar el análisis. Este final en general es visto como consecuencia de una mala conducción o de algún error en el curso del proceso analítico. No hay que negar, sin embargo, el lado respetable de esta decisión, que muchas veces está indicando al analista los límites de tolerancia del Yo de su paciente.

Finalmente, a las múltiples interrogantes que me sigue originando este análisis, ya concluido, y del que intencionalmente no adelanto la solución, sólo agregaré una que sólo dejo planteada: Luis inicia un vínculo estable con otra mujer en el momento mismo en que decide reanudar su análisis. ¿Esta relación debe ser pensada como un *acting out* crónico, de larga duración ligado a la transferencia que acompaña la segunda etapa de su análisis, o forma parte de su conducta neurótica, o de alguna manera el cambio en el tipo de elección objetal es un signo de su propio deseo de cambio y de mayor autenticidad?

Resumen

El paciente que motiva este trabajo presentó durante su largo análisis varios episodios de *acting out* de los que se relatan solamente dos porque permitieron alcanzar su sentido transferencial con mayor certeza. Se hacen algunas consideraciones sobre los factores determinantes de esta conducta durante el análisis y sobre algunas formas que puede adoptar dicha conducta. También se enfoca la estructura caracterológica del paciente y su relación con el *acting out*.

Bibliografía

- ACEVEDO DE MENDILARHARSU, S.; MENDILARHARSU.; C.
Melancolía y depresión. Rev. Urug. de Psicoanal. N° 66: 39—56. 1987.
2. BOESKY, D: *Acting out: a reconsideration of the concept*, Internat. J. Psychoanal.. 63: 39-55, 1982.
3. FREUD, S: *Recordar. Repetir, re-elaborar.* "Obras Completas", Buenos Aires, Amorrortu, T. XII. (1914)
4. GARLBARINO, H: *Algunas consideraciones acerca del acting out en la enfermedad maniaco depresiva. Rev. Urug. de Psicoanal.* T. VIII, N° 4: 356-376, 1966.
5. GAUCAIN, M.: *El acting out, el pasaje al acto y la transferencia analítica.* En: "Los límites de la transferencia". Ed. Juan Davis Nassto. México, Nueva Visión. 1987, pp. 109- 133.
6. GREENACRE, P: *Simposium 1968: Acting out and its role in the psychoanalytic process.* Int. J. Psychoanal., 49: 211—218, 1968.
7. LACAN, J.: *Le Séminaire*, Livre XI. Paris, Seuil, 1964.
8. LACAN, J.: *Respuesta al Comentario de J. Hippolyte.* Escritos, México, Siglo XXI. 1975.
9. LACAN, J.: *Séminaire sur l'angoisse* (inédito).
10. MENARD, A.: *Acting out ou passage á l'acte.* Ornicar, 45: 83—88, 1988.
11. MOORE. B.: *1968 Simposium: Acting out and its role in the psychoanalytic process.* Int. J. Psychoanal., 49: 182—184, 1968.
12. ROSENFELD, H.: *Una investigación sobre la necesidad de los pacientes neuróticos p psicóticos de actuar durante el análisis.* Rev. Urug. de Psicoanal., T. VIII, N° 4: 377—392. 1966.

Consideraciones sobre la interpretación en pacientes psicóticos

*Sylvia Braun de Bagnulo**

“...es posible que nos acercáramos a un mundo delicioso donde los hombres se entenderían con la mirada y las distintas calidades de silencio y donde sólo se escucharían las frases de los pájaros, las charlas sin sentido de los niños, el viento y la lluvia..”

Juan Carlos Onetti

La singularidad del encuentro con pacientes psicóticos nos ha llevado a considerar la noción de Interpretación.

La Interpretación en Freud, tiene que ver con un decir del analista y con una escucha del paciente. Metapsicológicamente tiene que ver con un encuentro de las representaciones de palabra que dice al analista, con las representaciones de cosa que posee el paciente. Pero la comunicación al paciente de una representación que ha sido reprimida, al principio no promueve modificaciones: “No cancela la represión”, dice Freud. (1) De hecho el paciente tiene ahora la misma representación bajo una doble forma: el recuerdo consciente de la huella auditiva de la representación que le hemos comunicado y el recuerdo inconsciente de lo vivenciado. “La cancelación de la represión no sobreviene

* Trabajo presentado en el XVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. San Pablo, julio de 1988.

hasta que la representación consciente, tras vencer las resistencias, entra en conexión con la huella inconsciente.” (1)

En el centro de esta formulación se encuentra la noción de represión, así como una noción de conflicto: se trata de hacer consciente lo inconsciente. En *Juanito* nos dice: “queremos poner al enfermo en condiciones de asir conscientemente sus mociones inconscientes de deseo. Lo conseguimos en tanto, fundados en las indicaciones que aquél nos hace y por medio de nuestro arte interpretativo, llevamos el complejo Inconsciente ante su conciencia con nuestras propias palabras”. (2)

En la base del conflicto está lo pulsional, pero qué pasa con la introducción de la pulsión de muerte o de destrucción. La pulsión de muerte en la cura aparece como resistencia. El conflicto se desplaza a otro nivel, ya no se trata de lo reprimido y por lo tanto de hacer consciente lo inconsciente.

Otro concepto que desplaza el conflicto a otro nivel es el de narcisismo. Freud planteó la diferencia de este tipo de pacientes y los consideró fuera del alcance de la técnica analítica por su incapacidad para Investir libidinalmente objetos.

Tanto las formulaciones sobre el narcisismo como las de pulsión de muerte abren un campo de reflexión muy rico para abordar la noción de interpretación.

La diferenciación entre el conflicto neurótico y el conflicto psicótico al que Garbarino (3) hace referencia, descentra el mecanismo de la represión, de la triangulación edípica de la angustia de castración, así como de la angustia por la pérdida del objeto de amor.

Del lado de la neurosis encontramos la patología de la sexualidad, del lado de la psicosis encontramos la patología del narcisismo de la cohesión del Yo y del vínculo con la realidad.

Nos preguntamos si esta diferenciación no nos cuestiona también del lado de la técnica, sobre la interpretación.

¿Qué pasa con el decir del analista y con la escucha del paciente? Con

frecuencia en el curso del trabajo analítico lo que observamos es que el paciente presenta dificultad para entender lo que le decimos, así como para retener lo que escucha. Sélika Acevedo y Carlos Mendilaharsu (4) siguiendo a Bion describen distintos niveles del fenómeno del “dis-entendimiento”. Los más sutiles serían cuando el paciente reiteradamente ante una Interpretación dice “no le entendí bien por favor repita, estaba distraído”. Otro nivel sería aquel que toma una parte de la Interpretación o una palabra, quedando el sentido desvirtuado. La pérdida del sentido también puede darse cuando se fragmentan las palabras constituyéndose fonemas o silabas. Están también los casos en los que las palabras se sienten como “ruidos molestos” o incluso como sonidos corporales, como “toses, ruidos intestinales”, etcétera.

También el decir del paciente puede presentar alteraciones similares en la comunicación consigo mismo y con el analista. Un nivel sería un estado de silencio, en el que parecería no poder contener pensamientos: “algo pensé, pero no me acuerdo”. Encontramos también casos en los que el pensamiento aparece “borroso”: “a mi me pasa que no siento todo el pensamiento, todas las palabras claras, yo veo algo borroso en lo que pienso”. Otra dificultad estaría vinculada a su verbalización: “no puedo pensar bien, es como si tuviera una papa en la boca, no se entiende bien, como los que no vocalizan bien lo que hablan, por eso no puedo pensar”, “quiero que se sienta bien clara la voz del pensamiento”.

Bion (5) sostiene que el pensamiento verbal se encuentra gravemente perturbado en estos pacientes por ser objeto de múltiples ataques, ya que éste es el que sintetiza y articula las impresiones sensoriales, hecho esencial para la percepción de la realidad interna y externa.

Entendemos que las alteraciones del pensamiento implican también el problema de la interpretación, es decir del lenguaje del analista para hablar con el paciente. Este autor (5) sostiene que el psicoanalista que emprende el análisis

de un paciente esquizofrénico pasa por una experiencia para la que debe Improvisar y adaptar su aparato mental.

¿Cómo entender esto, sin riesgo de actuar en la contratransferencia? ¿Con qué aparato mental debe contar el analista para comunicarse con su paciente?

Meltzer (6) en el intento de enriquecer la comunicación en el campo analítico, se refirió a “la temperatura y distancia como dimensiones técnicas de la Interpretación”. Considera que el lenguaje se mueve en dos niveles, el nivel profundo y el superficial. Tomando las ideas de Bion, concibe las raíces profundas y más primitivas con un carácter esencialmente musical, que funciona originariamente para comunicar estados anímicos a través del mecanismo de la identificación proyectiva. Musical tiene que ver con el tono de voz, es decir con la prosodia, que es independiente del sentido o la significación.

Bion (5) sostiene que el empleo excesivo del mecanismo de la identificación proyectiva da lugar a una aglomeración que origina una verbalización muy compacta que es más apropiada para la música que para la articulación de palabras. A diferencia de este lenguaje aglomerado, el lenguaje articulado sería propio de la comunicación no psicótica y correlativo a la capacidad de introyectar.

Quisiera detenerme en el nivel profundo o lo que podríamos llamar lenguaje de las emociones, cuando el paciente parece disponer preferentemente del mecanismo de la identificación proyectiva para hacerse comprender. Se trata de momentos muy difíciles porque el aparato para pensar del analista puede verse perturbado por la invasión de sentimientos intensos. Recordamos que Bion dice que el psicoanálisis de este tipo de pacientes revela pronto una “situación compleja más que un paciente complejo”, se crea “un campo de fuerza emotiva” en el que las emociones juegan libremente. (5) En este “campo de fuerza” estarían presentes las emociones experimentadas por el paciente y por el analista.

El mecanismo de la identificación proyectiva excesiva puede llegar a

producir efectos en el receptor. Bion se refirió a las respuestas peculiares, especialmente de tipo emocional que podían producir en el analista estos mecanismos. Considera que la teoría de la contra-transferencia explica parcialmente esta situación porque deja de lado la contribución del paciente en las emociones que provoca en el analista.

Esta ampliación del campo de la identificación proyectiva permite incluir las manifestaciones de la parte psicótica así como teorizar la captación de esta parte psicótica por parte del analista. Esto último nos vuelve a la necesidad planteada por Bion (5) de adaptar el aparato mental para captar estas emociones. Dicho autor se refiere a la noción de Fe (7) como un estado mental científico, abierto a captar lo desconocido. El analista debe ser capaz de resistirse a cualquier intento de aferrarse a lo que sabe. Ese estado conlleva vivencias de persecución y depresión derivadas de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva.

A su vez, Meltzer, (8) en sus consideraciones sobre el trabajo analítico entiende que la contribución del analista es de dos tipos: la creación y mantenimiento del encuadre (dentro del cual se da el proceso analítico y la evolución de la transferencia) y el proceso interpretativo. Centra el aspecto del encuadre en el estado mental del analista, en el asumir dentro de los límites de su capacidad el ataque directo de las proyecciones del dolor mental del paciente. Precizando más este estado, consiste en recibir el material, el contenido y la conducta; contener la proyección del dolor mental; pensar acerca de la situación transferencial y finalmente comunicar lo que analista comprende, aún cuando sea provisorio. Concibe la actividad interpretativa no sólo al servicio de la “elaboración” (interpretación orientada a la comprensión del significado inconsciente del material), sino también del lado del mantenimiento del encuadre, referida a la tolerancia a las proyecciones del dolor mental.

Estas hipótesis de Meltzer nos permiten diferenciar dos tipos de interpretaciones. Una que se apoya en el efecto del contenido de la interpretación y otra que se apoya en el efecto de la capacidad del analista para recibir las proyecciones del paciente sin quedar invadido por ellas, conservando su capacidad para seguir pensando. Las interpretaciones podrán ser formuladas o no, ya que “la recepción de las proyecciones del dolor psíquico actúa como un factor modulador hasta que el dolor sea modificado por la interpretación”. (8)

Cuanto más predomina el mecanismo de identificación proyectiva en el modo de comunicarse del paciente, es decir, cuando se expresa el lenguaje en el nivel profundo según lo concibe Meltzer, las interpretaciones se apoyarán en la capacidad del analista para contener y procesar estas proyecciones, estando orientada su función a posibilitar el trabajo analítico.

Por otra parte, las interpretaciones “elaborativas” que se apoyan en el efecto del contenido de las interpretaciones, estarán orientadas a los conflictos intersistémicos o a promover modificaciones en el mundo interno. Estas estarían posibilitadas por el predominio de las identificaciones introyectivas.

En sus consideraciones sobre la técnica con psicóticos, Gadea, Morón y Vares (9) plantean que la meta del trabajo con psicóticos es promover su individuación. Para esto el analista debe permitirse funcionar como parte del paciente y a su vez permitir que éste se sienta como una parte de él: “lo que importa señalar es que el analista debe permitirse acompañar el tiempo necesario al paciente en este funcionamiento hasta tanto esté capacitado para recibir interpretaciones transferenciales verbales”.

Quisiera ilustrar estos momentos a los que me he referido con un material clínico de una paciente esquizofrénica de 20 años.

P: —*Estoy medio mal, estoy fatal.. Tengo ganas de vivir, quisiera vivir, pero...*

A: —¿Qué pasa con sus ganas de vivir?

P: —*Esa otra voz dentro mío, que se mete adentro mío.*

A: —Ataca sus ganas de vivir.

P: —SL. Yo *también* tengo eso... atacan *mis ganas de vivir.., como joden* y yo *quiero salir adelante, quiero vivir.., no entiendo.*

A: —No entiende estas partes tan jodidas adentro suyo.

P: —*Sí, sabe lo que dig... que dicen...* (comienza a hacer esfuerzo de vómito). *Está.... Ahora estoy mejor.* (Breve silencio). *Ha... se me metió de vuelta. No quiero más problemas porque de repente siento la voz ronca y después se me va, luego la voz de antes que tenía siempre.* (Bosteza, eructa). *No...* (esfuerzo de vómito, nuevamente eructos).

A: —¿Salieron?

P: —Sí (breve silencio) *Está.... ahora otra vez.., yo que sé.*

En este momento comienzo a sentir un intenso malestar digestivo acompañado de sensación nauseosa. Por un Instante pasa por mí mente interrumpir la sesión. Me rescato y trato de pensar que me está pasando y que le está pasando a ella.

P: (Reitera los esfuerzos de vómito.)

A: —Parece que quiere sacar más.

P: —*Sí. ...está,.. está....*

A: —¿Cómo es esa voz ronca?

P: —*Es mi empleada quizás... Ha, quiero que venga mi mamá..*

A: —Necesita una mamá.

P: —*Porque tengo miedo.*”

A: —Miedo a esa voz ronca jodida, necesita una mamá que la proteja.

P: —Sí.

A: —Mi como hay dos partes tuyas, una que quiere vivir y otra que ataca sus ganas de vivir, siente también dos mamás, una que protege y otra que jode, la voz ronca.

P: —¿Y qué hago?

A: —Ud. llama a la mamá que la proteja.

En otra sesión llega acompañada por la madre, quien la espera en la sala de espera.

P: —*Voy a llorar, no sé que hacer* (la noto muy inquieta). Agrega:

¿qué hacemos, entra o no? (se refiere a la madre, a quien le había pedido que la acompañara).

A: —¿Ud. qué quisiera?

P: —*No sé.*

A: —¿Qué será dejarla entrar o dejarla afuera?

P: —*Hoy me duele todo.* (Se toca la cintura) *¿Me puedo acostar?* (Se refiere al diván, hasta el momento había trabajado sentada.)

A: —Como usted quiera, como se sienta mejor.

P: (Se levanta y se dirige al diván, yo la acompaño. Se acuesta) *Estoy muy tensa.*

A: —Hay cosas adentro suyo que le causan dolor, tensión. Dejar a su madre afuera será como dejar cosas afuera de Ud.

P: —*No, lento, despacio. Sí, vamos despacio, todo lento. ¡Ayúdeme!* (Comienza a temblar y pregunta:) *¿estoy muy mal?*

A: —Me pregunta si tiene muchas cosas malas dentro suyo.

P: —Sí (Continúa temblando.)

A: (En este momento comienza a invadirme un sentimiento de angustia, pienso en su indefensión. Luego de unos momentos de silencio en los que ella no se calma le digo:) Ud. necesita que vayamos muy despacio para no sentir que todas las cosas malas que saca afuera, le vuelvan nuevamente.

P: —Sí, *estoy temblando.*

A: —Está muy asustada.

P: —Sí, *hablemos despacito.*

(Permanece en silencio, casi calmada)

En estos momentos del análisis la comunicación por parte de la paciente, se dio a través de la Identificación proyectiva, creándose un campo de fuerza emotiva”, (5) en el que la analista se vio comprometida.

De acuerdo a Bion, la Identificación proyectiva excesiva puede llegar a penetrar en el analista, no sólo en el cuerpo sino también en la mente, paralizando el aparato para pensar. Diríamos que la parte destructiva irrumpió en el aparato para pensar del analista y lo bloqueó transitoriamente.¹

Se destaca del material, la acción de la pulsión de muerte que ataca la vida (“tengo ganas de vivir, quisiera vivir pero...”) y la mente (aparato para pensar). El conflicto se ubica entre la invasión al mundo Interno y al Yo de objetos persecutorios y su preservación. Obviamente el vínculo con la realidad se halla alterado.

Garbarino (3) en sus desarrollos sobre la psicosis, enfatiza la acción del narcisismo tanático en la amenaza de fragmentación del Yo. Según su concepción, se daría una falla en las Identificaciones primarias, manteniéndose soldada la representación de si a la representación de los objetos primordiales, lo que llevaría a una pérdida de autonomía narcisista del Yo. Esto determinaría un modo particular de vivir el vínculo objetal en el que se daría un borramiento de los límites entre él y el otro. De modo que el individuo no sabe si el que está actuando o pensando es él o es otro. Desde esta perspectiva teórica, la confusión de la paciente cuando dice: “sabe lo que dig... lo que dicen” ejemplificaría esta modalidad.

Dicho autor, siguiendo a Freud en “*La Negación*”, aborda también las

¹ Grinberg L. (10) propone para estas situaciones el término de “contraidentificación proyectiva”, considera estas respuestas afectivas como una reacción específica, determinada por lo que el paciente proyectó en el analista. Este reacciona identificándose como si real y concretamente hubiera adquirido los aspectos que se le proyectaron”.

perturbaciones del pensamiento y la simbolización que devienen de no poder hacer uso de los aspectos positivos de la pulsión de muerte: permitir la negación (“esta no es mi madre—ese sustituto podría ser mi madre”). El “no” le permite crear el sustituto de la madre, que de otra manera le sería intolerable.

Para Bion, (5) pensar Implica el control y el retorno a la personalidad de las partículas expulsadas. Dado el carácter excesivo de las identificaciones proyectivas y la dificultad para la reintroyección, esta última se logra por la identificación proyectiva “en reverso”. De acuerdo a esta formulación, podríamos planteamos si las voces no constituyen una Identificación proyectiva de este tipo, donde lo proyectado le vuelve por el mismo camino y sin modificaciones. Esto tiene como consecuencia que no pueda llevar a cabo una Integración de sus reintroyecciones ya que la entrada del objeto es experimentada como una invasión violenta por la que debe volver a proyectarlo: “No, lento, todo despacio”.

Este modo de funcionamiento difiere del funcionamiento no psicótico que se maneja con mecanismos defensivos neuróticos (represión) y mantiene un contacto más adecuado con la realidad. Pero, en el modo de funcionamiento de la personalidad psicótica el punto es (siguiendo a Bion) el de la relación continente-contenido. Una relación estéril proporciona un modelo también estéril para las relaciones Internas del sujeto, Impidiendo la diferenciación consciente-inconsciente.² Por el contrario, si la relación es de crecimiento mental (ésta debe ser la finalidad del tratamiento), esta relación continente—contenido es introyectada, instalándose como parte de la función alfa. (11)

Estos dos modos de funcionamiento correspondientes a la parte psicótica y no psicótica de la personalidad, se expresan en la situación analítica y si bien,

² Bion propone la teoría de la función alfa para dar cuenta de la diferenciación consciente-inconsciente. La función alfa produce una “barrera de contacto, una entidad que separa los fenómenos mentales en dos grupos: consciente e inconsciente”.

la parte psicótica supone del lado del analista, como ya hemos mencionado, las interpretaciones apoyadas en la capacidad para contener estas proyecciones y procesadas; la parte no psicótica se expresa a través de la confianza³ (que deseo destacar) y en el pedido de ayuda. Así las palabras de nuestra paciente: “Ayúdeme”.

Para finalizar, de estas reflexiones se desprende que el modo de funcionamiento psicótico determina un encuentro analítico (como distintos autores han señalado) que nos obliga a repensar aspectos de la técnica. Nosotros hemos abordado un camino para pensar, pero quedan abiertas otras líneas, orientadas por las diferentes conceptualizaciones teóricas.

Bibliografía

1. FREUD, Sigmund. *Lo inconsciente* (1915). Amorrortu, Tomo XIV. Buenos Aires.
2. FREUD, Sigmund. *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1906-08). Amorrortu, Tomo IX. Buenos Aires.
3. GARBARINO, Héctor. “Neurosis y Psicosis”. En: “Estudios sobre *Narcisismo*”. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Vol. 2:1986.
4. MENDILAHARSU, Carlos: Acevedo, Sélika. “*Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis*”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, N° 66: 1987.
5. BION, W. R. *Volviendo a pensar*. Hormé, Buenos Aires, 1977.
6. MELTZER. Donald. “*Temperatura y distancia de la interpretación*”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, N° 62; 1984.

³ El término confianza no está usado en el sentido de Bion, asociado a la actividad K.

7. BION, W. R. *Atención e interpretación*. Paidós. Buenos Aires, 1974.
8. MELTZER, Donald. *El proceso analítico*. Hormé. Buenos Aires, 1976.
9. GADEA, MORON, VARES. "Comentarios acerca de la técnica con psicóticos". Jornadas de A.P.U. sobre *Aspectos estructurales de la psicosis*. Setiembre. 1987.
10. GRINBERG, León. *Teoría de la identificación*. Paidós, Buenos Aires, 1976.
11. BION, W. R. *Aprendiendo de la Experiencia*. Paidós, Buenos Aires. 1975.

Interpretación en el análisis de psicóticos

Héctor F. B. De Paola *

Introducción

La versión original de este trabajo fue presentada en Mesa Redonda del XVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis cuyo tema general era: “La invariabilidad del Método según las diferentes teorías y prácticas clínicas”. Por esta razón abordé este subtema entendiéndolo como una práctica clínica específica (análisis de los psicóticos) y traté de estudiar la Invariabilidad del Método interpretativo, en una perspectiva en la cual las psicosis pueden ser analizadas sin variaciones del Método clásico. A pesar de ello, sostuve que, para mostrarse operativas, las interpretaciones deben ser informadas por teorías aplicadas específicamente a los modelos de pensar y obrar característicos de esos pacientes.

Versión ampliada del trabajo presentado en la Mesa Redonda del XVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, San Pablo, Brasil, 1988.

* Miembro titular y analista didácta de la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de Rio de Janeiro. Coordinador del curso ‘Estudio Teórico y Clínico de las Psicosis’ en el Instituto de SBPRJ. Clinical Consultant, Boyer House Foundation, Berkeley; California

Delimitación conceptual

Entiendo por interpretación, la verbalización, por parte del analista o del analizado, de las causas inconcientes de las ansiedades experimentadas en el encuentro y sus referencias a las situaciones conflictivas en el pasado de este último, con base exclusivamente en el material inconciente producido por él y su reverberación en la mente del analista.

Tal entendimiento es la base que diferencia el Psicoanálisis de otros abordajes médicos o psicológicos, pues se basa en teorías específicas con respecto al funcionamiento mental inconciente.

El método psicoanalítico se basa en una correspondencia entre la libre asociación por parte del analizado, y la atención libre y fluctuante por parte del analista como medio de este último de permitir una verdadera permeabilidad entre sus sistemas conciente/inconciente o proceso secundario/primario.

El concepto de psicosis nos enfrenta a problemas teóricos, técnicos y clínicos más complejos y polémicos. No cabría, en esta breve comunicación, establecer una teoría de las psicosis. Discutiré apenas algunos aspectos que considero esenciales para el entendimiento de mis puntos de vista.

En un trabajo anterior (De Paola, 1984), hice referencia a que la distinción entre neurosis y psicosis pertenece más a la visión médico—psiquiátrica que al psicoanálisis. Aunque Freud hubiese mantenido esta distinción, al menos en términos teóricos, los descubrimientos posteriores de Melanie Klein sobre las ansiedades tempranas, vividas en términos psicóticos, y el desarrollo de su obra por sus seguidores, si no la anuló, al menos hizo mucho menos densa esta frontera (*border-line*). Tal como lo hiciera Freud con la frontera (*border-line*) entre neurosis y normalidad.

Al estudiar las neurosis narcisistas, Freud supuso que tales personas no eran capaces de realizar transferencia, aunque ello no le hubiera impedido entender los procesos psicóticos, como podemos ver en el magnífico artículo

sobre Schreber, punto de partida para la comprensión de todo este vasto campo mental. La introducción de la teoría estructural incentivó a diversos analistas a tentar el psicoanálisis con pequeñas modificaciones en el tratamiento de pacientes narcisistas (cf. Boyer. 1988), partiendo inclusive de bases teóricas diferentes. Por otra parte, tales tentativas sirvieron como ayuda para el desarrollo de las teorías psicoanalíticas existentes, profundizándolas en el sentido de la investigación de conflictos diádicos (pre-edípicos), en donde existe consenso en localizar los orígenes del conflicto psicótico. Aunque sean innumerables las contribuciones en este sentido, me limitaré al estudio de las Ideas derivadas de Me-larije Klein.

De las conclusiones a que llegó a través del análisis de niños muy pequeños. Klein formuló una teoría general sobre la vida de los bebés y su relación con los objetos primitivos, particularmente con el pecho de la madre. La relación de las ansiedades peculiares a estos primeros meses de vida con las futuras psicosis esquizofrénicas y manía co-depresivas fue reiteradamente acentuada por Klein, principalmente en sus tres artículos fundamentales sobre el tema (Klein, 1935, 1940. 1946). Sugiere (Klein. 1946. p. 4) que algunas de las funciones que conocemos como el Ego adulto, existen ya desde el comienzo de la vida, principalmente la función de luchar con la ansiedad originada en la acción del instinto de muerte, función que evolucionará a través de mecanismos específicos para cada estado de maduración del Ego.

Si en algunos aspectos la obra de esta autora es una continuación de la de Freud, existen algunas divergencias, como ella misma señala (1952, p. 51): ‘... auto-erotismo y narcisismo incluyen amor por el y la relación con el buen objeto internalizado el cual, en la fantasía, es parte del *self* y cuerpo amados. Es para este objeto internalizado que se da la fuga en la gratificación autoerótica y en los *estados* narcisistas.’

“...Esta hipótesis contradice el concepto de Freud de *estadios* autoerótico y narcisista, previos a cualquier relación objetal”. Se concluye que, para Klein,

el punto de fijación de las psicosis no es un estadio anobjetal como para Freud: consecuentemente se abre el camino para el entendimiento de una transferencia psicótica.

Bion (1957), estudiando pacientes caratulados como psicóticos, demostró la existencia de una parte no—psicótica más o menos desarrollada, capaz de mantener, con el analista, una relación transferencial del tipo neurótico, de gran valía para el progreso psicoanalítico. En mi trabajo ya mencionado (De Paola, 1984) traté de desarrollar la Idea de que *la transferencia es un fenómeno universal como lo es la existencia de fenómenos mentales psicóticos*. Todos tenemos la experiencia de estados transitorios de paranoia, manía, depresión. etc., es decir, de nuestras propias partes psicóticas que se hacen más agudas en situaciones de gran ansiedad.

A efectos de la presente comunicación, sin embargo, psicosis será usada como la parte de la personalidad de cualquier persona donde predominan los mecanismos primitivos del Ego para luchar con la ansiedad, llevando a relaciones de objeto características de aquellas fases tempranas del desarrollo humano. Parte ésta que puede dominar de tal modo la personalidad total que oscurezca, a una observación superficial, la existencia de mecanismos más evolucionados. O. viceversa, que esté tan escondida en la personalidad total que ni siquiera se perciba su presencia, a no ser en una observación muy profunda. Tales variaciones tan extremas lleva a lo que Mendilaharsu (1988) denominó “diversidad de las expresiones clínicas” de las psicosis, que “admiten lo distinto y lo plural”. Prosigue este autor: “Hay evidentes diferencias, que inciden sobre la posibilidad y forma de actuación del analista, entre el paciente psicótico crónico institucionalizado varios años y el paciente que en el curso del tratamiento hace un brote psicótico o el que llega al consultorio en ocasión de esos primeros brotes”, etc.

Estoy totalmente de acuerdo con los comentarios de este autor: las

posibilidades para abordar a los pacientes psicóticos es mucho más compleja de lo que la versión original de este artículo dejaba entrever.

Pre-condiciones mínimas

Las condiciones para la *instalación* del análisis de un paciente psicótico ya fueron estudiadas por diversos autores (Boyer, 1961, 1983, 1988; Mendilaharsu, 1988; Giovacchini, 1979; Pacheco, 1983; Rosenfeld, 1965; Searles, 1963 y otros). No serán tratadas aquí. Sin embargo, la interpretación en el análisis de estos pacientes está condicionada a algunos factores internos del analista que cabe estudiar más detenidamente. Podemos reunirlos en dos grandes grupos:

1) el analista debe tener condiciones para tolerar la ansiedad despertada dentro suyo por el nivel de angustias primitivas que emergen con toda la fuerza en la situación transferencial/contratransferencial para que pueda establecer una alianza de trabajo eficaz con su paciente y proporcionarle, un ambiente facilitador donde pueda “enloquecer” sin miedo, y 2) el analista debe poseer un conjunto de teorías bien establecidas dentro de su mente que le hagan posible entender estos materiales. (No me refiero a teorías Intelectualmente aprendidas sino a aquellas que forman parte de su manera de ver el mundo.)

La Contratransferencia

Cuando el analizado presenta predominio de los mecanismos psicóticos, se presentan varios problemas al analista en su contratransferencia: la ansiedad del encuentro en sí, las presiones de los familiares y otros eventuales terapeutas,

que surgen en la agitación fuera del *setting*. etc. Ya en 1981 Boyer opinaba que “el mayor impedimento para el éxito de estas terapias debería encontrarse en problemas contratransferenciales no resueltos (Boyer. 1988, p. 2).

Sabemos que tales pacientes presentan variados grados de riesgo para sí mismos, para el analista y para las personas de su medio ambiente. Tales riesgos funcionan como generadores de gran ansiedad en todos los que rodean al paciente, y el analista no está excluido. En éste, la consecuencia más común es la paralización de la actividad de pensar, vale decir, de entender e interpretar adecuadamente, seduciéndolo a abandonar la posición analítica y adoptar otras medidas no psicoanalíticas. La memoria (Bion, 1970) del “arsenal terapéutico” de la psiquiatría y el deseo (Íd.) de “curar” en términos médicos quedan exacerbados y, frecuentemente, se consume un desastre analítico.

La razón más importante para el nefasto suceso de este ataque a la mente del analista es, ciertamente, de orden interno: el analista teme vivir la misma situación psicótica del analizado ya que, “al recibir la Intromisión de los contenidos caóticos y amenazantes del paciente, siente movilizadas áreas mentales *propias* no suficientemente analizadas, muy amenazadoras para su integridad mental” (De Paola. 1982. p. 79). Tales áreas, sin embargo, *no están comprendidas* en sí mismo y teme aproximarse a ellas y enloquecer; es entonces que trata de proyectar su propia locura en el paciente, negar todo entendimiento y actuar no-analíticamente. En un artículo más reciente (De Paola, 1988) sugiero que, durante el proceso analítico, el analista proyecta sus propios objetos internos sobre su paciente y, en ello, trata de repararlos a través de su trabajo. Tales objetos Internos del analista deben estar a disposición de los del paciente para tener un encuentro creativo y propiciador de progreso. Para ello, sugiero que el analista debe mantener una determinada “fluctuación” de sus objetos internos, una flexibilidad muy grande para que el paciente pueda utilizarlos dentro de sus necesidades del momento. Sin embargo “son precisamente los objetos internos más primitivos del paciente que tienden a

estimular sus contrapartes en el analista”, exactamente aquellos objetos Internos del analista que todavía no fueron reparados, o lo fueron de forma muy precaria y severos problemas contratransferenciales pueden establecerse (De Paola, 1989). Creo aún que, “una de las fuentes más importantes para el entendimiento de pacientes muy regresivos es el uso apropiado de los sentimientos contratransferenciales que se constituyen en una de las más importantes herramientas de trabajo, al luchar con pacientes regresivos (De Paola, Íd.).

Por lo tanto, la primera condición para analizar pacientes psicóticos es un análisis muy profundo, constante auto-análisis o eventualmente, re-análisis periódicos. Creer que se pueda tentar tales obras sin desembolso, es fruto de la omnipotencia.

El uso adecuado de la contratransferencia es el que Irá a dictar la *aptitud* del analista frente a su paciente psicótico. Discutiré este punto a lo largo del artículo pero algunos puntos deben resaltarse aquí. Se necesita una actitud calma, de razonable optimismo (cf. Boyer. 1988) evidentemente sin exageraciones, consistente y empática. El paciente debe sentir que el analista percibe y simpatiza con su sufrimiento y esta a su lado para ayudarlo. Pero debe percibir, también que es suya la labor de reconstruir su self destrozado, que su responsabilidad es muy grande para su progreso. Ello implica no considerar al paciente psicótico adulto como si fuera un niño. Aunque sus partes psicóticas sean reminiscencias de situaciones muy tempranas de su desarrollo, el paciente, ahora, es un adulto, capaz en muchas circunstancias, de comportarse como tal. Considerarlo un niño desvalido es volverlo incapaz de ser analizado, de entender las interpretaciones, transmitidas por el pensamiento verbal. La Infantilización por parte de familiares, amigos, etc. es un factor de complicación de sus problemas de relación. Si encuentra la misma actitud por parte de su analista, el desastre es inevitable. Un corolario de esta actitud es que *el paciente es responsable por lo que él es*. Teorías de que las psicosis son el resultado de malos tratos por parte de objetos “esquizofrénicos”, tienden a transformar

cualquier tentativa psicoanalítica en un fracaso. En mi experiencia, nada más desastroso que considerar al paciente como la expresión de una “psicosis familiar”, como el representante de la “enfermedad de la familia”. En el comienzo el paciente puede hasta sentir un determinado alivio pero de a poco va percibiendo la total falta de perspectiva de esta posición y entra en la desesperación. En verdad, el paciente debe sentirse responsable por todo lo que consiguió en la vida., inclusive sus aspectos positivos y amorosos lo que, por si solo, ya aumenta la auto-estima y mejora su auto-juicio.

La base teórica

Además de las condiciones psicológicas expuestas, se hace necesario poseer un conjunto de teorías que informen la observación de los fenómenos mentales primitivos. La seguridad de tener algo dentro de nosotros que facilita el entendimiento disminuye en gran proporción la angustia de los encuentros. No basta con tener un buen análisis y poseer dotes especiales: es preciso saber qué hacer con ellas; saber lo que debemos entender. Sé bien que esta afirmación es controvertida pero no entraré en ello ahora.

Entre las muchas nociones teóricas necesarias para el entendimiento de los procesos mentales psicóticos, destacaré algunas que me parecen fundamentales: los conceptos de *identificación proyectiva*, de *transferencia psicótica* y de *narcisismo destructivo*.

El concepto de *identificación proyectiva* fue elaborado por Melanie Klein en 1946 y desarrollado por sus seguidores, en particular por Rosenfeld, Bion. Segal y Joseph. Como el término ha sido utilizado por otros autores con significados diferentes (ver, p. ej., Porder, 1987; Kernberg, 1967) se estableció una gran confusión en torno a este concepto y de su operacionalidad. Se debe agregar el empleo del concepto en los términos estrictamente originales de Klein, sin la evolución posterior.

En la conceptualización original este *mecanismo mental* (no apenas un *mecanismo de defensa*) se refiere a una cisura (*split-off*) del Ego en la cual partes buenas o malas son proyectadas en el objeto, también dividido, llevando a una forma especial de Identificación y *relación objetal*. Subrayé este aspecto, de la relación objetal, porque una de las confusiones más frecuentes entre autores no familiarizados con el término es que existe una oposición entre identificación proyectiva y transferencia, llevando a la conclusión que la identificación proyectiva es un mecanismo *puramente evacuatorio* que no permite el establecimiento de una relación objetal.

En un extenso estudio sobre el tema, Rosenfeld (1969) demostró que la identificación proyectiva se utiliza para alcanzar diversas finalidades: además de los conceptos clásicos de evacuación y ataque a los objetos, puede usarse para fundirse con ellos, para controlarlos mental y corporalmente, para negar la realidad mental y —lo que más interesa aquí— como *medio de comunicación pre-verbal*.

Ya en 1959, Bion habla asumido que existen grados normales de utilización de la Identificación proyectiva (Bion, 1967 p. 102 ss.) refiriéndose a ello de este modo: “Estoy suponiendo que existe un grado normal de Identificación proyectiva, sin definir los límites de esta normalidad y que, asociados con la identificación introyectiva, forma los fundamentos del desarrollo normal”. En el mismo artículo destaca la importancia de que el paciente sienta que su analista le posibilite utilizar este mecanismo como medio de comunicación tolerable y perceptible.

Entre nosotros (Río de Janeiro, Brasil), Pacheco (1969. 1979) sugiere que la Identificación proyectiva es el elemento básico de la percepción, ocurriendo antes de cualquier introyección y. a través de él, se estructura el mundo mental. Dentro de esta visión la introyección pura no existe, siendo siempre la reintroyección de aspectos previamente proyectados e identificados como

pertenecientes a los objetos. Para este autor la identificación proyectiva deja de funcionar como mecanismo normal cuando es utilizada en forma conjunta por presión de ansiedades muy fuertes, del tipo psicótico.

El analizado psicótico, o la parte psicótica de cualquier analizado (Bion, 1957: Pacheco, 1979), utiliza este mecanismo en forma conjunta para comunicar contenidos muy primitivos de su vida mental, los que, o fueron experimentados antes del desarrollo del pensamiento verbal, o sucumbieron a ataques contra éste.

Para entender estos materiales, el analista necesita funcionar con un continente (Bion, 1970) en el que tales angustias puedan quedar almacenadas hasta que fuera posible devolverlas “desintoxicadas” (como hizo referencia una paciente de Boyer) (Boyer. 1988), es decir, como elementos posibles de pensar. Para ello, el analista necesita escudriñar permanentemente sus propios sentimientos y sensaciones, inclusive en el intervalo entre las sesiones, distinguir lo que le es propio de aquello que el paciente está proyectando en el momento. Al ser atrapados por ansiedades muy aterradoras, sentimos la tentación de dar explicaciones “objetivas”, racionales. Pero es en estos momentos exactamente que “debemos permanecer calmos y abrimos para que las proyecciones del paciente no queden bloqueadas por nuestras reacciones defensivas (Rosenfeld. 1987. p. 88).

Al hablar de identificación proyectiva conjunta, me estoy refiriendo a la *transferencia psicótica*, cuyas características fueron enunciadas por Bion (1956): es precoz, sutil y tenaz. Me voy a circunscribir a la primera, *la precocidad*., que comprende *una formación precipitada* y prematura de relaciones objetales (1967. p. 37). Este entendimiento nos permite interpretar ya, en los primeros contactos, sin quedar perplejos por la aparente insensatez de las comunicaciones del paciente psicótico. En verdad, estas comunicaciones son extremadamente sensatas, *desde el punto de vista psicótico, delirante y alucinatorio*. Ya en el primer contacto el paciente nos identifica pro-

yectivamente con alguno (o algunos) de sus objetos internos y sólo entendiendo esta dinámica sus comunicaciones tienen sentido.

Recuerdo un paciente que, al entrar para la primera entrevista, soltó una carcajada y dijo: “¡Tú estás muerto!” Una obvia insensatez. Si intentase un entendimiento racional tendría que refutarlo. Sin embargo le dije que él pensaba haberme matado al entrar en mi consultorio y que, con esto, me revelaba ya uno de sus mayores problemas: la idea de que no poder entrar en contacto con nadie pues los mata a todos. Visiblemente aliviado se sentó en el sofá y dijo: “No tengo novia, nunca pude hacerlo”. Interpreté que siempre que él trata de aproximarse amorosamente a cualquier persona como ahora aquí, su odio es mucho mayor y el resultado es una catástrofe. Rió nuevamente, a carcajadas y le dije que estaba riendo de miedo y desesperación por esta nueva y crucial tentativa de aproximación, ahora conmigo. Varios años después, recordando este momento, dijo:

“Sentí que tú eras la primera persona que no tenía s miedo de mí y me entendía. Principalmente cuando dijiste *que* aquella carcajada era terror y desesperación, y no diversión; yo nunca me había divertido, vivía siempre atemorizado!”

En un sentido más amplio podría decir que la identificación proyectiva “crea” un Inconsciente diferente de aquel descrito por Freud (fruto de la represión). Este inconsciente no está “dentro” de la mente, sino “fuera” de ella (en la fantasía) y totalmente fragmentado. Pedazos de la persona están “clavados” fantásticamente en los objetos externos y ella no los reconoce más como suyos. Son los objetos *bizarros*, descritos por Bion (1967), aterradores y que deben ser mantenidos “fuera” pues reintegrarlos es sentido como muy peligroso.

Como el analista que se basa en estas teorías los interpreta como partes del propio paciente, se expone a ser experimentado como un objeto persecutorio, un peligro que debe ser alejado, pues la reintroyección es sentida como la violencia misma con la que fue hecha la proyección y con las mismas

ideas: librarse, ahora el analista, de la locura e introducirla a la fuerza hacia dentro del paciente, lo que puede llevar a agresiones, interrupciones o tentativas de suicidio. Cuando esto sucede, debemos mirar hacia dentro de nosotros y verificar si no estamos realmente siendo intrusivos y dejando de ejercer la función de continente.

Quiero subrayar que “estar fuera” o “estar dentro” son expresiones esencialmente erradas, pues tratan de contener en palabras acontecimientos no verbales. En realidad, nada “sale” de dentro de la mente: lo que sucede es que la persona se libra *de la percepción* de los impulsos o hasta *del aparato de la percepción*.

Otro punto teórico de fundamental importancia es la evolución del concepto de *narcisismo*. Klein, al comienzo, poseía una visión muy próxima a la de Freud, pero luego en 1946 pasó a valorar las primitivas relaciones narcisistas como derivadas de la identificación proyectiva. Más tarde (Klein. 1957) interrelacionó el narcisismo con la envidia, resultando una forma particular de relaciones objetales. Siguiendo esta línea de pensamiento, Rosenfeld (1971. 1987), introdujo el concepto de *relaciones narcisistas del objeto* para enfatizar el hecho que no se trata de estados anobjetales, sino de una forma específica de relaciones de objeto en las cuales tales personas sólo pueden relacionarse con sus objetos con fines narcisistas y apenas, de una manera muy omnipotente. Emplean los objetos como continentes para la proyección de partes propias indeseables o que producen dolor o ansiedad. Continúa una identificación con el objeto a tal punto que la persona no se distingue más de él. Cuando este proceso de auto—idealización narcisista disminuye, el paciente toma conocimiento de su dependencia del analista, visto ahora como aquel que posee las cualidades y el entendimiento que el sujeto desearía poseer, generando sentimientos de humillación y envidia. Entretanto, para Rosenfeld, es necesario distinguir entre los aspectos libidinales y los destructivos del narcisismo. Para este autor, en algunos casos. “hay una enorme Idealización de las partes destructivas del *self*

que se sienten como muy atractivos porque hacen que el paciente se sienta totalmente omnipotente”. Todo y cualquier sentimiento amoroso es sentido como debilidad. Toda relación objetal libidinal y todo deseo del *self* de experimentar la necesidad de un objeto y de él depender, es desvalorizada, atacada y destruida *con placer*. (Las citas son de Rosenfeld, 1987.)

Este *narcisismo destructivo* de Rosenfeld debe distinguirse de otros conceptos, como por ejemplo, de la furia narcisista descrita por Kohut (1972). En las palabras de Rosenfeld (1987, p. 22-23): “La furia narcisista aparece cuando un paciente reacciona a una herida narcisista y se siente humillado, rebajado y apenas comprendido (...). Por el contrario, el paciente narcisista destructivo siente placer en herir, siente desprecio cuando encuentra a alguien amoroso, comprensivo y bondadoso y emplea todas sus energías para permanecer sádicamente fuerte”.

En mi práctica clínica con pacientes psicóticos me he enfrentado con situaciones difíciles, inclusive reacciones terapéuticas negativas, para las que me fueron de suma utilidad los conceptos teóricos antes expuestos.

De la Interpretación

Tomando como base las teorías del breve esquema antes mencionado, la interpretación en el análisis de pacientes psicóticos poco difiere de la del análisis de los demás pacientes. Su importancia, función y objetivos son los mismos. Pienso que la interpretación es el instrumento básico del que dispone el analista para el cumplimiento de su función. Todo el *setting* debe estructurarse con miras a crear un ambiente propicio a la actividad interpretativa. Como dice Segal (1981, p. 103): “...(el analista) debe estar ahí como una persona cuya única función es comprender con simpatía y comunicar al paciente el conocimiento relevante que adquirió, en el momento en el cual el analizado está

más apto para comprenderlo”.

La función de la interpretación es ayudar al paciente a colocar en palabras y pensamientos conscientes las fantasías y sentimientos Inconscientes que lo preocupan e impiden su felicidad.

El objetivo es el *insight* y la consecuente elaboración (*working-thought*) de estos materiales inconscientes, en la medida en que ellos son los factores centrales para cualquier cambio duradero de la personalidad.

Esencialmente nada cambia en un análisis de psicóticos, pero algunas adecuaciones del *setting* y del analista se hacen necesarias, sin embargo *tendientes exclusivamente a la prosecución de esa tarea*. Como hice referencia anteriormente, una actitud calma, empática y consistente es fundamental para que el paciente se sienta bien recibido. En la experiencia de Boyer (1988) los pacientes introyectan rápidamente estas cualidades del analista. Mi experiencia es Idéntica: en la medida en que pasaron los años y fui teniendo más experiencia, tuve menos miedo, fui más optimista con los resultados de mi trabajo, más rápidamente mis pacientes regresivos se adecuan al *setting*; algunos, hoy, hacen referencia de como mi tranquilidad los ayuda a tener menos miedo de explorar sus conflictos. Como supervisor, he tenido la oportunidad de presenciar cambios bastante importantes, a veces dramáticos, en la relación de mis supervisados con sus pacientes, predominantemente debidas a la tranquilidad que trato de transmitirles. Quiero dejar claro que no adopto ni estímulo prácticas seductoras de reaseguramiento: me estoy refiriendo a una posición básica del analista que lo ayude a *entender* pues creo firmemente que solamente cuando el paciente se siente *entendido* en sus más profundas angustias es que se sentirá bien recibido, con amor y dedicación, por parte de su analista.

Pero entender no significa siempre interpretar: puede ser necesaria una escucha silenciosa en algunos momentos, pues la interpretación hace que el paciente se sienta separado del analista y en casos de regresión severa esta sensación podrá ser mucho más aguda e insoportable. Recuerdo una paciente

muy grave que me mandaba callar siempre que intentaba hablar, lo que despertaba en mí un fuerte sentimiento de ser rechazado. Pero no era así y mi insistencia me hizo perder esta paciente. Sólo después comprendí su necesidad de sentirse una sola conmigo. Pero ya era tarde.

No es posible prever todos los casos y los criterios para decidir la conducta correcta; dependerán de los sentimientos del analista en el momento como también de su experiencia clínica. Aunque sea muy vago podemos decir que *es necesario que la interpretación despierte una resonancia emotiva en el paciente* para que sea efectiva. Para ello necesitamos saber cuánta de nuestra experiencia perceptiva debe comunicarse al analizado, de qué forma y cuándo hacerlo (Rosenfeld, 1987, p. 15). Pero la experiencia adquirida con el análisis de pacientes psicóticos nos permite ya, establecer algunos criterios generales.

En primer lugar, es necesario que el analista contenga dentro de sí todas las comunicaciones (verbales y no verbales) que estuviere recibiendo hasta que se forme en su mente un entendimiento claro y un cierto grado de convicción. El mantenimiento de esta posición no es fácil cuando se trata de un paciente psicótico debido a la cantidad de angustias que experimentamos en un lapso muy breve. Tendemos a interpretar cualquier cosa, para aliviarnos del sufrimiento. Y el paciente sentirá exactamente esto: el analista intentando verse libre de él por no poder soportarlo.

En segundo lugar, es fundamental captar cual es la ansiedad predominante en el momento y de qué tipo (paranoide, depresiva, maníaca. etc.). La interpretación no puede ser vaga ni referirse a una miscelánea de contenidos, ni confundir contenido con defensas. Si nos imaginamos que el paciente ya está confundido, cualquier confusión de nuestra parte sólo hará aumentar la suya. Además, percibirá claramente la confusión, el miedo y la incertidumbre del analista, y lo hará *sintiéndose responsable*, lo que incrementa la culpa y la persecución.

Tercero, debemos percibir lo más claramente posible, cuál es el exacto significado de la transferencia en el momento. Como hice referencia anteriormente, el paciente se siente destrozado y cercado de objetos bizarros que no sabe son partes suyas. Cada una está ensartada en un objeto externo de los que él habla sin darse cuenta de ser él mismo. Necesitamos tener la convicción de cuál de aquellos objetos se refiere a nosotros. Debemos, más que con los no psicóticos, evitar las “me—interpretativas” para no enfrentarnos a una confusión mayor aún y perder todo el control sobre nuestras percepciones y la confianza del paciente en nuestra capacidad de discernimiento y discriminación ya que, por no poseerla él mismo, necesita la nuestra en forma crucial.

Cuarto, es importante relacionar todos los detalles de las identificaciones proyectivas, y no apenas la transferencia, para ayudarlo a poner en orden su caos de sensación y percepciones. En mi experiencia, las interpretaciones de los conflictos intrapsíquicos, sin referencia explícita al analista por un cierto tiempo, facilita al paciente recapturar partes suyas hasta llegar juntos, al entendimiento de la transferencia, lo que surgirá naturalmente en la medida en que comencemos a clarificar verbalmente el material caótico. Acostumbro “a dejarme llevar” por el paciente, explorando el material producido, sin ideas preconcebidas (hasta el punto en que esto es posible, pues mis preconcepciones estarán siempre presentes) en cuanto a encontrar “¿dónde estoy yo ahí?” Es muy posible que no esté en aquel momento en el centro de las preocupaciones del paciente a no ser como alguien capaz de oírlo y contenerlo, por ejemplo.

Quinto, en modo diferente de la técnica clásica, no debemos preocuparnos en interpretar primero las defensas y luego el contenido. Ambos deben ser interpretados simultáneamente. La técnica clásica pretende levantar las defensas y hacer surgir con plena fuerza el material reprimido y las ansiedades subyacentes. Al hacer esto con un paciente psicótico las ansiedades que surgen

son de tal magnitud que no podemos darnos el lujo de esperar, es preciso interpretar simultáneamente estas ansiedades y las fantasías que las causan. Se debe interpretar *la experiencia total del paciente*.

Por último, es necesario unir, siempre que fuere posible, la transferencia a sus raíces genéticas, posibilitando una visión de continuidad de la vida del analizado. Cuando unimos la angustia del presente con la del pasado se instala una sensación de gran alivio y comprensión. Sé bien que algunos autores no le dan el valor a estas “construcciones”, modernamente, pero no entraré en esta discusión en este artículo.

En cuanto a la forma, la simplicidad es crucial. Si fuere posible usar siempre palabras de todos los días sin rebuscamientos intelectuales pensando que, al menos en lo que a mí respecta, el psicótico no intelectualiza tanto como el neurótico: *él simplemente no entiende*, no siente emocionalmente y su angustia se incrementa por el apremio de entender nuestro lenguaje “más adulto” del que él puede emplear, “más infantil”. Sentimientos de humillación y envidia se asoman a la superficie y, a veces, sólo un ataque fulminante al objeto envidiado representa una solución.

En lo referente al *timing*, si entendemos que la identificación proyectiva firme actúa desde el comienzo, y principalmente en el inicio, seremos capaces de interpretar las angustias más primitivas que se presentan en este periodo. No hay por qué esperar que “la transferencia se establezca” si aceptamos las ideas de Bion sobre las manifestaciones tempranas. Todo analizado trae ya, en su primera sesión, sus esperanzas y celos en dos niveles: uno, neurótico, bastante razonable; otro, psicótico, que asume la forma de esperanzas omnipotentes y angustias altamente persecutorias. Con el predominio de este último, estos primeros encuentros adquieren un colorido muy especial que se va

desvaneciendo en los siguientes. Interpretarlos posibilita un mayor asentamiento del análisis en este vínculo emotivo inconsciente (Pacheco. 1983. p. 105), principal objetivo de estas Interpretaciones tempranas. No podemos tener la expectativa de que, con ellas obtendremos un *insight* duradero. El analizado puede hasta ni siquiera entender claramente o hasta negar, pero inconscientemente se sintió comprendido, disminuye la angustia del encuentro y facilita el establecimiento y desarrollo de la alianza de trabajo (Id., *ibid.*, p. 104). A pesar de ello, al mismo tiempo, en estas etapas iniciales de análisis, el entendimiento del analista despierta mucha envidia y humillación, tal vez menor cuanto más regresivo sea el paciente en función de su apremiante necesidad de entendimiento. No es que la envidia sea menor, pero puede tardar en aparecer. Pretendo abordar este tema con más detalles en un próximo artículo.

La guía principal para la interpretación en el análisis de pacientes psicóticos será siempre la contratransferencia: pensamientos, sentimientos y sensaciones, inclusive físicas, del analista. Como fue dicho anteriormente, el analista debe siempre autoobservarse, discriminar lo que es suyo de lo que está siendo “metido” hacia su interior por el paciente (De Paola, 1989). No propongo *confesiones* sino un empleo criterioso y adecuado de la contratransferencia. No debemos tener miedo a que el paciente perciba nuestros sentimientos: la interpretación, cualquiera sea, *siempre informa al paciente sobre el estado mental del analista*. Creo que, en todo proceso analítico, el analizado también analiza a su analista, a veces con mucha propiedad, y son los pacientes extremadamente dependientes los que desarrollan una “sensibilidad inusitada al menor cambio en la actitud del analista” (Sega), 1983). Tales pacientes perciben con bastante exactitud las fallas de entendimiento de sus analistas y hacen críticas abiertas a los mismos. “Si el analista interpreta equivocadamente tales críticas como ataques sádicos, el paciente experimenta un gran sentimiento de culpa por su capacidad de entender la situación incluso mejor que su analista”

(Rosenfeld, 1987). Es importantísimo distinguir tales críticas de verdaderos ataques sádicos. Si fuera una crítica acertada, la negación por parte del analista de aceptarla será desastrosa. En estos casos, debemos permanecer abiertos emocionalmente, no ser arrogantes, ni tener miedo a sentirnos humillados por la capacidad del paciente, e interpretar su capacidad de colaborar con el análisis, valorizando sus percepciones y tratando de integrarlas en su mente. La parte psicótica de la personalidad llene por fuerza de la identificación proyectiva firme, una gran capacidad de captar el estado emotivo de otras personas, pero de *insight* propiamente dicho la falta es muy grande: estas “captaciones” quedan como flotando, amenazadoras, pareciendo ser especialmente agudas para los estados emotivos agresivos o de rechazo. Por ende, si la apertura receptiva de la mente del analista es uno de los mejores instrumentos de trabajo, también envuelve riesgos. El principal es actuar como si fuésemos aquel objeto que el paciente coloca dentro nuestro, al contrario de Interpretar. Según Segal (1981):”... al mismo tiempo que el analista está abriendo su mente libremente a sus impresiones, tiene que mantener distancia de sus propios sentimientos y reacciones al paciente. Debe observar sus propias reacciones, concluir a partir de ellas para emplear su propio estado mental para la comprensión de su paciente, *sin, en ningún momento, estar dirigido por sus emociones*” (Id., *ibid.*, p. 119, subrayado mío). Aunque esto sea el equivalente de la función materna (Bion, 1967), puesto que los padres reaccionan instintivamente, “el analista sujeta su estado mental a un examen —una reflexión— no obstante pre-conciente la mayoría de las veces” (Segal. *id.*, *ibid.*).

Conclusión

El tema es muy vasto y cualquier tentativa de agotarlo en un artículo está conducida al fracaso. Espero haber dado una contribución personal a aquellos

colegas que pretenden aventurarse en esta difícil tarea que es el análisis de pacientes psicóticos. Tales personas carecen de un tratamiento que los incite con soluciones más profundas, definitivas y duraderas. Aunque la tentativa de analizarlas pueda ser considerada todavía experimental, ya fue hecho mucho progreso por colegas de diferentes orientaciones teóricas y de diversas partes del mundo, progresos que autorizan a mantener un cierto optimismo.

Resumen

El autor, partiendo de conceptos teóricos predominantemente kleinianos trata de establecer las condiciones mínimas necesarias para la interpretación en el análisis de los psicóticos, así como también estudia con algunos detalles el contenido, la forma, la pertenencia, el *timing* de las Interpretaciones. Enfatiza, principalmente, los factores contratransferenciales y los conceptos de identificación proyectiva y de narcisismo destructivo.

El Ser en la esquizofrenia

Héctor Garbarino , Mercedes Freire de Garbarino,
Olga Cutinella, Silvia Sapriza, Beatriz Suárez López,
Manuel Svarcas*

Freud si bien entendió que los problemas de la psicosis tenían que ver fundamentalmente con el yo y estimuló a seguir estudios en ese sentido, sin embargo cuando se plantea el problema de la alteración primaria en la psicosis, si consistía en un proceso libidinal o en un proceso yoico, se decidió por lo primero, entendiendo que el trastorno en definitiva era de origen sexual, como en la neurosis, y consistía en un desprendimiento de la libido de los objetos. Nosotros partimos del otro punto de vista, aquél que considera las perturbaciones a nivel de los vínculos objetales como secundarios, siendo lo primario la alteración del yo.

En un trabajo anterior (7) suponíamos que este yo, mal cohesionado narcisísticamente, por anomalías en la constitución de las identificaciones primarias, queda predispuesto a la regresión psicótica, hasta alcanzar el estadio del yo corporal en la esquizofrenia.

Pensamos ahora que el desmoronamiento del yo instancia, y la desintegración del esquema corporal como consecuencia, hace surgir una nueva patología, la patología del Ser.

* Br. Artigas 1339, Montevideo.

Para que esta regresión sea posible es necesario, por consiguiente, que las identificaciones primarias estén mal constituidas, lo que depende tanto de factores constitucionales como de un déficit en el investimento materno.¹

Al perder el yo su imagen corporal, y desestructurarse el esquema corporal, la piel deja de ser membrana limitante del cuerpo, entre el adentro y el afuera.²

Estas alteraciones graves a nivel del yo, con desestructuración del esquema corporal y pérdida de los referentes espacio—temporales propios del yo individual es sentido por los pacientes como un fenómeno sobrenatural, haciendo su aparición la patología del ser.

Desde este punto de vista podríamos referir las alucinaciones psicóticas a esta pérdida de los límites corporales. Freud llamaba yo realidad inicial a este estadio primerísimo en que nuestras representaciones constituyen la realidad, porque no se distinguen de las percepciones debido a que aún no se ha adquirido la noción de espacio en que se mueve el yo individual (6). Nosotros preferimos reservar el nombre de yo para aquella instancia que tiene algún grado de autonomía por relativo que éste sea en un comienzo, autonomía debida a las identificaciones primarias, como consecuencia del vínculo inicial con la madre, que confiere al ser algún límite, por Impreciso que éste sea en un principio, haciendo surgir, con el límite espacial las representaciones, y la vivencia de poseer un cuerpo.³

¹ A este déficit se refería Schreber (9) al hablar de los “hombres hechos a la ligera”, sin duda una proyección del sentimiento de haber sido mal formado.

² Esto determinó que Schreber durante la primera enfermedad pidiese insistentemente ser fotografiado repetidas veces, como un intento de fijar su imagen a punto de perderse.

³ Paulina Volinski de Hoffnung nos ha hecho notar que Ferenczi (3) también separa el yo de la unión con el todo, cuando escribe:

“El hecho de sentirse si mismo postula la existencia de un no—yo, el yo es una abstracción. Antes de esta abstracción, debemos de haber sentido el todo (universo).

El niño está todavía más próximo de este sentimiento de lo universal (**sin órganos de los sentidos**):....sabe (siente) todo, seguramente mucho más que los adultos cuyos órganos de los sentidos actuales sirven en lo esencial para excluir una gran parte del mundo exterior (de hecho todo, excepto lo que es útil). Les adultos son relativamente idiotas. Les niños son omniscientes.” —El subrayado es nuestro.

Llamamos entonces ser a esa instancia⁴ inicial, anterior al yo, anterior a toda identificación, en la cual dicho ser se halla en unión no discriminada con la madre—universo, provisto únicamente de una sola dimensión, sin límites y sin tiempo, infinito y eterno.^{5, 6}

Podríamos de este modo considerar a las alucinaciones como una regresión al ser a consecuencia de esta pérdida del espacio propio del yo individual. Los pensamientos propios son sentidos entonces como voces que vienen del exterior.

La dificultad que aquí se plantea es la siguiente: ¿Cómo es posible hablar de un interior y exterior si cuerpo y mundo exterior aparecen indiscriminados?

Pensamos que esta dificultad puede allanarse si recordamos la afirmación de Freud, que en toda psicosis hay una parte sana.

Esta parte sana, como también la parte paranoica conservan la coordenada espacial propia del yo individual, y por consiguiente, la distinción del adentro y el afuera.

Podemos suponer entonces que lo que aparece como espacio indiscriminado para la parte esquizofrénica es vivido por la parte sana como espacios confundidos e interpenetrados.

⁴ Empleamos el término instancia en el sentido etimológico de Instante, lat.instans-tis, “lo presente, aquello en que estamos”. (2)

⁵ Marion Milner (8) se halla en una línea de pensamiento similar, cuando sostiene: ‘Me he preguntado si no sería necesario tomar más en consideración la forma directa de la percepción interna, cuando no está todavía ‘ligada’ por imágenes que provienen del mundo exterior, verbales o visuales: una forma de percepción que se podría llamar presentación de sí, por oposición a la ‘representación de sí’, es decir, la conciencia sensorial directa que se tiene de su propio sentimiento de ser, alguna cosa de más profundo y de más incomunicable que toda imagen de sí mismo.

⁶ Con el desarrollo de las identificaciones el yo va progresivamente ganándole terreno al ser, hasta que finalmente, con la instalación del yo-realidad definitivo lo destrono casi por completo. Desde entonces, sólo en situaciones en que el yo sufre importantes regresiones, el ser puede nuevamente desplegarse. De esas situaciones nos en este trabajo.

Entonces el paciente habla como si lo interior haya pasado a ser exterior, o a la inversa, cuando en realidad se trata, para la parte esquizofrénica de un borramiento de la distinción cuerpo-mundo exterior.

Entonces las representaciones del sujeto, sus personajes, pasan a sustituir a los personajes del mundo exterior.

Recordemos a Schreber cuando paseaba por el parque del hospital y veía a sus compañeros del tribunal de justicia de Dresden en lugar de ver a los enfermos internados.

La alucinación negativa en la psicosis con la cual debería comenzar el estudio de la alucinación psicótica decía Freud (5), la podríamos explicar del mismo modo: la representación pasa a sustituir el objeto exterior, a causa de esta pérdida de la distinción del adentro y el afuera. Es así como Schreber. al mirarse sus genitales sólo veía su representación interna de un cuerpo femenino y decía que su pene había casi desaparecido.

Adscribimos, pues, a la psicosis una patología de la libido narcisista, para nosotros en relación al ser, a diferencia de las neurosis, que estarían adscriptas a una patología de la libido sexual, referidas al Yo.

Hay, pues una regresión del narcisismo, desde sus formas más evolucionadas, que caracterizan al narcisismo trófico, hasta sus formas más arcaicas, que nosotros vinculamos al narcisismo tanático.

Las Identificaciones primarias patógenas, que no han dado cohesión y autonomía al yo. al no permitir la diferenciación de las representaciones de sí de las representaciones del objeto primario, traen como consecuencia una perturbación de las identificaciones secundarias y del acceso al Edipo.

Pensamos que en estas circunstancias la libido narcisista no estimula a la libido sexual, ni se une a ella en la búsqueda de los objetos.

Normalmente la libido narcisista dando cohesión al yo y unida a la libido sexual en la búsqueda de los objetos puede contrarrestar eficazmente la acción de la pulsión de muerte en sus aspectos destructivos, con el resultado que el yo

disfruta de un sentimiento de estabilidad y no se siente amenazado por la desintegración.

El narcisismo tendría entonces dos caras: por una de ellas, la más evolucionada, la libido narcisista apunta hacia el yo dándole cohesión y estabilidad, y se fusiona a la libido sexual buscadora de objetos, todo lo cual constituye el narcisismo trófico; por su otra cara, regresiva, desligada de la libido sexual, es arrastrada o queda a merced de la pulsión de muerte dando lugar al narcisismo tanático que en la psicosis amenaza constantemente con provocar el derrumbe del yo, y dar lugar al surgimiento de la patología del ser.

Pero no debemos considerar a la regresión psicótica como un proceso en función únicamente de estructuras abolidas, como señala Foucault (4), entre otros. Hay también estructuras liberadas, y fundamentalmente, un esfuerzo por recuperar el orden perdido, una tendencia creadora a restituir el equilibrio perdido.

Así en Schreber: “mantenerse del lado masculino” equivalía a perder el entendimiento, de modo que la salud está identificada con el sexo femenino. La transformación en mujer aparece, pues, destinada a conservar la existencia, impedir la destrucción del ser y evitar caer en el no ser. Ser mujer, más que servir a un fin sexual, pensamos nosotros que estaría en la línea de la recuperación narcisística del ser, de la reconstrucción de su esquema corporal, en un intento desesperado por restablecer el narcisismo trófico.

La parafrenia de Schreber puede ser entendida como una combinación de paranoia y esquizofrenia. Tendríamos entonces dos clases de síntomas: a) dependientes de la parte esquizofrénica adscriptos a destinos de la libido narcisista. Esta parte ha perdido la individualidad, y compete a la parte paranoica y la parte sana intentar recuperarla en el delirio que constituye a punto de partida de la disolución de su yo en el mundo; y b) dependientes de la parte paranoica, adscriptos a destinos de la libido sexual que conservan la identidad

individual y por consiguiente, las coordenadas espacio-temporales propias del yo individual. Con esto no desconocemos la importancia del narcisismo en la paranoia, pero creemos, con Freud, que en esta afección la homosexualidad juega un papel determinante, aunque pensamos que la homosexualidad no es la neurótica sino la homosexualidad narcisista, en una relación dual con el *partenaire*.

Las alteraciones a nivel de la parte esquizofrénica suministrarían, al desintegrarse el esquema corporal, los materiales para el delirio, que la parte paranoica y la parte sana interpretan y proyectan, dando lugar al delirio parafrénico. Serían, pues, modificaciones a nivel de la estructura, las que suministrarían básicamente los contenidos del delirio, sin desconocer, naturalmente, otras motivaciones, como por ejemplo, en el caso Schreber, las prácticas torturantes infligidas por el padre, como ha sido sostenido por diversos autores.

Es decir que el sujeto, perdidos los límites corporales procura restituirlos y va en busca de nuevos objetos que le sirvan de continente, para evitar la angustiante sensación de desparramo o disolución del yo en el mundo.

Perdida la representación de sí mismo va en busca de nuevas representaciones que puedan officiar de sostén y las busca, ya en otros seres humanos, a veces idénticos a sí mismo y del mismo sexo, lo cual explica los episodios de homosexualidad psicótica, o busca una nueva representación de sí en animales o mismo en seres inanimados, caso de A. Artaud. (1)

Cuando Artaud busca reencontrar la representación de sí en las rocas de la montaña, pensamos que no se trata de identificaciones proyectivas. no es que esté aquí o allá, está sin límites, ubicado en otro espacio, la representación de sí se vuelve idéntica a lo percibido. Hay un sentimiento oceánico que permite esta búsqueda de las identificaciones primarias en la roca. Por eso Artaud hablaba de un apetito de no ser, el ser individual es sustituido por el ser cósmico, vivido

ahora como no ser, el signo de su cuerpo en la montaña es más seguro que la representación interna de su esquema corporal, a punto de desmoronarse.

Este proceso no da cuenta sólo de las estructuras abolidas correspondientes al esquema corporal sino del esfuerzo de curación. Perdida la filiación originaria, no sintiéndose hijo de sus padres, va en busca de una nueva filiación, ya entre los Indios Tarahumara en busca de una “sangre nueva”, o ya fuera del orden humano, sintiéndose hijo del universo infinito.

Se constituye entonces una nueva realidad extraordinaria, de carácter delirante, en sustitución de la realidad ordinaria perdida, nueva realidad extraordinaria que nosotros adscribimos a la patología del ser.

Bibliografía

1. ARTAUD, A.: *Los tarahumaras*. Tusquets editores. Barcelona.
2. COROMINAS, J.: *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*.
3. FERENCZI, S.: *Journal clinique*. Payot.
4. FOUCAULT, M.: *Enfermedad mental y personalidad* Paidós Studio, 1984.
5. FREUD, S.: *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños*. 1917 (1915). Amorrortu edit.
6. FREUD, S.: *La negación* (1925) Amorrortu edit.
7. GARBARINO, H.: La psicosis y el yo-cuerpo a propósito de Schreber, en *Estudios sobre narcisismo*. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis Vol.2, 1986.
8. MILNER, Marion: *Les mains du Dieu vivant* Edic. Gallimard
9. SCHREHER, Daniel Paul: *Memorias de un enfermo nervioso*. edit. Carlos Lohlé, Bs. As.

Psicosis en la adolescencia: ¿Realidad o ficción?

*Moses Laufer (Londres) **

Titulé mi trabajo Psicosis en la Adolescencia ¿Realidad o ficción? y pienso que, ya desde el título, surgirán algunos cuestionamientos.

El tratamiento de la psicosis, o de las llamadas enfermedades psicóticas en la adolescencia, está obviamente determinado por los puntos de vista y la investigación del funcionamiento corporal y mental, por la relación entre la biología o química corporal y por la presencia de un desorden mental severo, así como el lugar que ocupa para dar una continuidad a la vida mental.

Las preguntas que señalaremos son: ¿cómo explicarnos o entendemos la presencia de la psicosis en la adolescencia?, ¿los desordenes mentales o la psicosis en la adolescencia son esencialmente similares o diferentes a aquellos de la vida posterior?, ¿cómo imaginamos que una forma de intervención u otra, pueda dirigirse a cambiar la existencia de la psicosis en la vida del adolescente?

-
- El Dr. Moses Laufer es: Director del Brent Consultation centre y del Centre for research of the Adolescent Breakdown; es Presidente de la Asociación Psicoanalítica Británica; ex Secretario de la Asociación Psicoanalista Internacional. Moses y Egle Laufer son psicoanalistas didactas de la Asociación Psicoanalítica Británica.
 - Conferencia dictada por el Dr. Moses Laufer en julio de 1988 en el 2do Congreso Internacional de la Sociedad de Psiquiatría de la Adolescencia (ISAP) en Ginebra, Suiza

Cuando hablamos de cambio ¿qué entendemos por ello?

Los puntos de vista sobre la psicosis en la adolescencia, que presentaremos a continuación, se basan en el estudio y tratamiento psicoanalítico de adolescentes. Esta investigación se continúa en el Centro para la Investigación del *Breakdown*¹ Adolescente en el Brent Consultation Centre en Londres.

Nuestras conclusiones o Inferencias provienen del tratamiento psicoanalítico diario a largo plazo de 15 adolescentes. A pesar de no ser infrecuente debatir y discutir acerca de la psicosis en la adolescencia, creemos que tal vez sea más fundamental concentrarnos en los diferentes usos y significados de la psicosis.

Nuestro problema esencial: ¿estaría el adolescente capacitado de crear su mente propia como para alienarse del mundo circundante por no poder discriminar sus propias construcciones mentales del acaecer del mundo externo real?

La experiencia obtenida de nuestros estudios, que describiré dentro de un momento, muestra que la descripción de la psicosis en la adolescencia es más apropiada como pronóstico que como diagnóstico; y que debemos entonces ser extremadamente cuidadosos con nosotros mismos para poder diferenciar entre:

1. episodios psicóticos transitorios o agudos;
2. funcionamiento psicótico;
3. psicosis establecidas.

También debemos ser muy cuidadosos para decidir la forma de tratamiento. Digo esto porque nuestra experiencia en el tratamiento con adolescentes y adultos jóvenes graves nos muestra claramente que cualquier reversión duradera del proceso psicótico puede ser hecha en último término durante la

¹ Los traductores no han encontrado una palabra lo suficientemente precisa al término propuesto. Lo más apropiado sería derrumbe.

adolescencia. Esto es, antes que la organización mental haya integrado la nueva imagen propia, como sexualmente madura y funcionando como hombre o mujer.

Quiero describir primero nuestro pensamiento sobre la adolescencia y su psicopatología durante este periodo, porque este pensamiento está directamente unido a lo inapropiado o perjudicial de algunos tratamientos, que son popularmente usados por algunas líneas de profesionales que trabajan con adolescentes severamente perturbados. La madurez físico-sexual, esto es. el inicio del período adolescente, implica un cambio fundamental en las relaciones de la persona con el propio cuerpo.

Creemos que el desarrollo de la sexualidad durante el periodo de la adolescencia tiene una función integradora independientemente de que esta integración sea normal o tenga una dirección patológica.

La presencia de un cuerpo físicamente maduro en el tiempo de la pubertad significa, en términos físicos, la posibilidad de fecundar o de hacer crecer un niño en e) propio cuerpo. Pero este proceso de convertirse en hombre o mujer sexuados y luego experimentar la realidad de la maternidad o paternidad, depende de la habilidad para alterar la imagen del cuerpo propio durante la adolescencia, incluyendo el funcionamiento genital y al mismo tiempo dependiendo de la habilidad para gratificar los deseos edípicos e incestuosos en la medida en que son suprimidos psíquicamente de los padres edípicos, esto es de los objetos incestuosos. Sin ello, la propia experiencia durante la adolescencia, como portadora de un cuerpo sexual-mente *maduro*, se vuelve psíquicamente dolorosa, terrible y angustiante.

Pero se agrega una nueva característica a la psicopatología que no existía antes, esto es específico de la psicopatología: es un componente crítico que debe ser siempre tenido en cuenta cuando evaluamos el sentido de la presencia de desórdenes severos de los adolescentes. Desde la pubertad en adelante, la psicopatología siempre, creemos que siempre, necesita y debe usar el propio

cuerpo sexual-mente maduro para su expresión, para vivir en forma predecible y apremiante aquellas fantasías que están en el centro de la patología. Pero este manejo compulsivo de su cuerpo adolescente, como sucede en el desarrollo hacia la perversión o en el quiebre con la realidad como en la psicosis, tiene también -y esto es central en nuestra presentación hoy- la función esencial de destruir su funcionamiento sexuado, masculino o femenino, y la intensión inconsciente de perpetuar la relación con uno mismo y con el propio cuerpo, como no sexual y no incestuoso. Si esto no es comprendido, no podremos ponemos de acuerdo respecto a nuestra teoría.

Ahora me dirigiré al derrumbe (*breakdown*) mental en la adolescencia y a algunas de nuestras experiencias en el tratamiento psicoanalítico de 15 adolescentes.

Aceptamos en estudio y tratamiento tres tipos de adolescentes. Estos han sido distinguidos según el camino que ha usado el cuerpo para expresar su patología:

1. Aquéllos con intento de suicidio.
2. Aquéllos cuyas relaciones eran de naturaleza perversa, como en la homosexualidad y fetichismo.
3. Aquéllos cuyo comportamiento mostraba signos de disturbios severos en el funcionamiento que nosotros llamamos psicótico. Esto es: que sus fantasías distorsionaron las relaciones adolescentes con el mundo externo o que las relaciones con la gente estaban caracterizadas por suspicacia extrema, acusaciones, reproches y violencia: o cuyas fantasías eran expresadas mayormente a través del propio cuerpo directamente como anorexia, bulimia, obesidad o drogadicción.

Las edades de los adolescentes aceptados para este estudio oscilaban entre 15 y 19 años al inicio del tratamiento.

Los servicios disponibles que ofrecemos para adolescentes incluyen entrevistas, psicoterapia y psicoanálisis diarios gratuitos, disponibles a todo

adolescente que viene y consideramos pueda ser incluido en nuestro trabajo.

Nuestras guías y preconcepciones al comienzo de este estudio fueron determinados por dos factores: 1) que todos los que llevan adelante el tratamiento sean psicoanalistas, dándole especial importancia al poder del Inconsciente y al comportamiento humano, considerando que el desorden o la enfermedad mental no es un accidente y siempre tiene un sentido particular para el individuo perturbado o enfermo; 2) el adolescente previamente evaluado por el servicio comunitario como mentalmente enfermo, y frente al pedido de ayuda psicológica, puede habernos generado dudas y discrepancias sobre las opiniones dadas por psiquiatras o médicos de familia, cuando han sido entrevistados y evaluados en nuestro Centro. Además, algunos de nosotros en nuestro Centro, teníamos experiencia anterior tratando psicoanalíticamente adolescentes muy enfermos con resultados que elevan muchas preguntas sobre los desórdenes mentales pero que también nos dieron esperanzas y un deseo para tratar de entender más sobre los desórdenes mentales de la adolescencia.

De los 15 adolescentes que estudiamos, 6 habían sido previamente admitidos a hospitales psiquiátricos, 4 antes del inicio del tratamiento y 2 estaban en el hospital en el tiempo al que hacemos referencia. Los diagnósticos eran de esquizofrenia paranoide, enfermedad manía co-depresiva o simplemente psicóticos.

De los 15 adolescentes, 8 tuvieron uno o varios intentos de suicidio: uno de los adolescentes intentó suicidarse once veces, Quiero aclarar que cuando hablamos de intento de suicidio, hablamos de la intención consciente de estar muerto como resultado de la acción y no de las fantasías de matarse ni dañarse, pero sí el asumir que uno estará muerto como resultado de la acción. Quiero concentrarme en lo que aprendimos sobre la evaluación de la psicosis en la adolescencia, qué logros y qué fallas han habido y cómo podríamos explicar aquello que estuvo del lado de los logros y aquello que estuvo del lado de las fallas.

No intentaré hacer una estadística. Se nos hizo claro rápidamente, con los primeros adolescentes en estudio, que el diagnóstico de la psicosis tiene poco sentido cuando es usado para la adolescencia, a menos que logremos incluir en esta evaluación una afirmación sobre la gratificación sexual del adolescente y la extensión en la cual el mundo adolescente ha sido suprimido de la interacción con el mundo circundante.

Encontramos por ejemplo que algunos adolescente fueron traídos o llegaron al tratamiento en el tiempo en el que el mayor uso de su cuerpo era, por ejemplo, para la masturbación anal, es decir, cuando trataban de hacer reales las fantasías de que no necesitaban ninguna otra persona y que podrían creer de forma incuestionable que se podrían completar por ellos mismos, esto es, que su cuerpo sexual era ambos: mujer y hombre. Estos adolescentes vinieron durante un momento de regresión aguda, cuando eran suprimidos del mundo, sintiéndose capaces de destruir internamente todas las cosas y personas de su alrededor. Hablaban en forma desorientada o paranoide, creían en sus creaciones mentales, pero inconscientemente sabían que eran las víctimas de sus propias destrucciones: esto es crítico, porque estos adolescentes conservan todavía la capacidad de duda, inconscientemente.

Evaluar a estos adolescentes como psicóticos sería correcto en forma descriptiva o vulgar, pero psicodinámicamente no sería sólo incorrecto sino también dañino y destructivo. Hay un riesgo diferente que también podemos correr: nuestra experiencia nos ha mostrado que el adolescente que intenta suicidarse, aún cuando el intento se ubique ayer, cinco años o diez años atrás, conserva la posibilidad interna de aplicar el pensamiento psicótico durante ciertos períodos de crisis.

Hacer un diagnóstico durante la evaluación, o en tratamiento, implica un serio error pronóstico y diagnóstico, no reconoce la posibilidad de empuje hacia una organización psicótica tanto al final de la adolescencia como en la vida adulta. No nos estamos refiriendo a las dificultades de hacer una evaluación

correcta durante la adolescencia, que implique la presencia o empuje hacia la psicosis. sino que la importancia esencial es la contribución que hace el período adolescente a la vida psíquica, especialmente con respecto al comportamiento o pensamiento que parece o que puede ser temporaria-mente psicótico y que implica que la salida de este proceso, al final de la adolescencia, pueda ser la psicosis, pero más por falla que por necesidad.

Explicaré lo que quiero decir con una breve descripción de uno de nuestros adolescentes de estudio.

Mark tenía 19 años cuando tuvo un derrumbe mental severo. Fue visto por su médico quien lo envió al hospital psiquiátrico local donde fue diagnosticado como esquizofrénico paranoide. Como datos de su historia familiar pasada sabemos que la tía de Mark fue tratada y medicada por una enfermedad paranoide con ECT y fármacos. La familia sabía que el tratamiento físico no había dado resultado y buscaron un lugar donde pudiera recibir terapia o análisis, llegando así al Centro. Cuando Mark vino, tenía miedo de dejar la casa, no podía dormir solo, pasaba horas lavando sus manos sucias, especialmente después de haber defecado: raramente atendía sus clases en el colegio. Su vida sexual consistía en una masturbación anal compulsiva.

Tenía miedo de quedarse sólo con el entrevistador (elegí este caso porque yo fui su entrevistador). Escuchaba voces que acusaban y hablaban mal de la familia y que le inspiraban temor de que le dijeran que salte por la ventana o que se mate.

Se sentía perseguido por agentes de los gobierno americano y ruso y en una de las entrevistas no pudo abandonar el edificio por tener la certeza de que lo estaban esperando.

Rápidamente, después de comenzado el análisis, Mark habló acerca de las ansiedades de contaminación, experimentando el análisis como algo dañino que podía conducirlo a la locura.

Existía para él un mundo interno muy pobre, donde todo le era hecho o dado por agentes exteriores.

Cuando habló de su masturbación compulsiva, explicó que debía hacerla para disminuir tensiones porque si *no, habla* riesgo de que violara a una niña o de que él mismo fuese violado. Mirando fotografías desnudas durante su masturbación, trataba de sortear sus ideas confusas sobre la anatomía del hombre y la mujer, creyendo que cada sexo tenía ambos órganos, el masculino y el femenino. La masturbación le probaba que él era normal, no sólo desde el punto de *vista* sexual sino también mental. Sus intentos para controlar sus pensamientos perversos no eran exitosos, era asaltado por pensamientos sexuales con mujeres, hombres, niños y animales.

En un intento por probar su normalidad, se hizo amigo de una mujer con la esperanza de que, al tener relaciones, se liberaría de sus ideas perversas. No pudo tener relaciones por temor a penetrarla analmente: esta idea también estaba dirigida al temor de ser penetrado por el analista **y**, para controlarlo, necesitaba masturbarse antes de las sesiones.

Después de 18 meses de tratamiento su estado mental empeoró, estaba convencido de que los hombres tenían relaciones anales unos con otros **y** tenía que girar la cabeza para *mirar* al *analista*, *asegurándose* así de que éste no se estaba masturbando y de que su pene no estaba en el ano de Mark.

En este tiempo, Mark tuvo que ser admitido en el hospital psiquiátrico donde debió ser internado por dos meses, siendo visitado por el analista para mantener el contacto y asegurar la continuidad del análisis.

Sólo en el tercer año de tratamiento pudo expresar irritación con el analista, descubriendo el uso de su cuerpo para expresar las emociones, en lugar de decir que estaba enojado con el analista, pensó en eyacularle encima y en estrangularlo. Fue solamente entonces que pudo comenzar a establecer conexiones entre su pensamiento y lo que sentía. Pero fue al continuar el

análisis sobre la erotización de su procesos mentales, que hubo un cambio en el estado de Mark. Se daban disputas en su merite durante el tiempo de su invalidez, no pudiendo hacer nada porque la gente en su mente le decía cosas contradictorias sin que él pudiera hacer algo. Las disputas que ocupaban permanentemente su pensamiento pudieron comenzar a ser analizadas recién ahora, en relación a quién era responsable de llevarle a hacer ciertas cosas, esto es: si era su propia mente o el analista quien tenía el poder de curarlo o hacerlo enfermar así se sentía Mark.

Fue sólo cuando el pensamiento psicótico se concentró más dentro de la transferencia, siendo éste un tema esencial en el tratamiento de estos adolescentes, que Mark pudo empezar a ver las conexiones entre lo que pensaba y lo que hacia, tanto a sí mismo como a los demás. Por ejemplo, cuando el analista usaba la palabra "*afraid*" (temeroso), Mark quedaba muy deprimido y quería que el analista retirara lo que había dicho: retirarlo" repetía. Cuando el analista se refería al humor depresivo de Mark, éste reaccionaba con pánico por temor a caer en el estado comatoso experimentado en el pasado.

Fue a través de este tipo de experiencias, en la transferencia, que comenzó a sentirse confidente para hablar acerca de los pensamientos que pasaban por su mente. Los accidentes automovilísticos, su sentimiento por las mujeres, sus órganos sexuales aislados, pudieron comenzar a ser puestos en palabras sin pensar que hacia algo por lo cual podía ser culpado.

Si nuestra descripción acerca del significado del comportamiento psicótico, o el ingrediente que saca el adolescente de su mundo circundante es correcta, estaremos capacitados para pensar cómo es que la experiencia en la transferencia pueda prepararlo para restablecer la unicidad del cuerpo y la mente. Este es un proceso esencial para desarmar la psicopatología severa que proteger al adolescente de desórdenes psicóticos futuros.

Una característica esencial de la patología de los adolescentes severamente enfermos es la necesidad de mantener la ruptura que se ha

establecido con su pasado. Esta ruptura fue aguda en el tiempo de la pubertad, cuando intentó fortificar su creencia inconsciente de que podría mantener el vínculo con una imagen fantaseada omnipotente de sí mismo. El adolescente cuestiona la necesidad previa y presente de usar la ruptura con el pasado como camino defensivo y ciego.

La pubertad ha confrontado al adolescente, inconscientemente, con la presencia de su cuerpo sexuado fallido y su imagen ilusoria de sí mismo como omnipotente. Pudo mantenerla hasta que se tornó sexualmente maduro, pero no después, a menos que haya quebrado su relación con el mundo circundante. Antes de la pubertad podía mantener la creencia de que tanto él como ella, no tenían que ser hombres o mujeres y que podían ser omnipotentes sin ser sexuados. La madurez físico-sexual conmovió de pronto esa ilusión y los confrontó con el hecho de que su cuerpo es ahora inadecuado y peligroso al mismo tiempo.

Las fantasías masturbatorias lo forzaron a buscar respuestas sexuales. gratificaciones prepuberales y seguras, pero también lo sacaron del mundo real. El derrumbe (*breakdown*) adolescente tiene que ser entendido e integrado como parte de la historia, a pesar de correr el riesgo de perder la continuidad entre su vida presente y pasada. En lugar de dejar su pasado aislado, poblado por monstruos a los que nunca debe enfrentarse, el adolescente puede encontrar como parte de su experiencia de tratamiento, el cuestionamiento acerca de lo que ha hecho con los recuerdos de su pasado: entendiendo sobre la necesidad de sus distorsiones, de sus experiencias y percepciones. Esto no es, sin duda, un ejercicio académico.

La experiencia y comprensión de la transferencia le posibilita al adolescente la confrontación con las razones defensivas para la distorsión de la relación con su cuerpo en el presente. y le permite la libertad interna para reclamar su cuerpo sexuado como propio, más que por medio de la violencia,

destruibilidad, locura o pensamientos y deseos que perpetúen el ataque a su cuerpo sexuado.

Es por estas razones que estamos convencidos de que algunos tratamientos no son beneficiosos e incluso pueden resultar dañinos para el adolescente enfermo. Encontramos incomprensible imaginarnos cambios en la vida del adolescente enfermo, a menos que el tratamiento se dirija hacia el significado del derrumbe (*breakdown*) en la pubertad, entendiendo el rechazo del cuerpo propio durante la adolescencia y ayudando al adolescente a usar el proceso terapéutico para integrar su cuerpo sexuado funcionando como parte de la nueva imagen corporal.

La prescripción de medicación o el apoyo que se le puede brindar al adolescente, podrá hacerlo sentir menos ansioso, menos loco, pero también amplía la sumisión pasiva a la enfermedad y a la magia del médico. En otras palabras, puede animarlo a la destrucción como ser potente, para quien de otra manera podría estar capacitado para comprender o hacer activamente algo respecto de su vida futura y de su enfermedad actual.

Estamos en desacuerdo con el uso de diferentes aproximaciones sistémicas, específicamente la terapia familiar que podría alterar la organización familiar y no debería ser usada como proceso terapéutico. Puede ser útil en adolescentes menores pero impide, no solamente poseer su propio cuerpo, sino también poseer su propia mismidad que era parte suya y lo es ahora.

Esto es especialmente cierto en el trabajo con adolescentes menores de 15 años, en los que la imagen de si mismos, como hombre y mujeres en funcionamiento está considerablemente dañada.

Son las razones clínicas las que nos hacen estar en desacuerdo con aquellos que usan la terapia familiar o los que combinan la terapia y el uso prolongado de medicación.

No sólo nuestras técnicas o teorías son diferentes, sino también nuestra visión de la psicosis en la adolescencia, así como nuestras metas terapéuticas.

Hay otro factor que creo que es operativo en el trabajo y que se apoya en la unidad familiar o en el uso de medicación como tratamiento. Como adultos trabajando con adolescentes vulnerables o enfermos, tenemos que estar alertas de que siempre estará el deseo, desde nuestro lado, de fallar con algunos adolescentes. Nuestra envidia por la sexualidad adolescente actual y futura, por las posibilidades de elección de que disponen, pueden llevarnos a estar en desacuerdo y enojados con nuestros compromisos establecidos desde hace tiempo en nuestras vidas y que no podemos separar de los enfermos que llegan necesitando ayuda, algunas veces, o culpándonos otras por las crisis. Estos sentimientos que se dan en nosotros pueden contribuir sustancialmente a nuestras necesidades de fallar o de ofrecer respuestas omnipotentes a algunos adolescentes.

Mi opinión es que algunas terapias que están en este momento a disposición y en uso, nos llevan a algunos de nosotros a tomar distancia de nuestros propios sentimientos sobre nuestra adolescencia fallida y al mismo tiempo nos autoriza para destruir el deseo adolescente o el pedido de ayuda o cambio.

En qué pueden contribuir nuestras observaciones clínicas a la comprensión, si el desarrollo funcional está afectado habiendo una disrupción en el esfuerzo de integrar la imagen del nuevo cuerpo maduro dentro de la organización psíquica. Tenemos evidencias clínicas de que, en cada caso, un derrumbe (*breakdown*) del desarrollo que ha tenido lugar en la pubertad, creó un serio riesgo en las posibilidades del adolescente para mantener relaciones no psicóticas con el mundo externo o para evitar un ataque en su propio cuerpo como forma de eliminar su reservorio (que es su cuerpo) de fantasías perversas o persecutorias. Pero nuestras evidencias clínicas también sugieren que la dirección de la severidad del derrumbe (*breakdown*) hacia el empeoramiento depende de si el derrumbe (*breakdown*) agudo tiene lugar en el tiempo de la pubertad o si el resultado en la pubertad es el resultado DE o reacción A una

resolución edípica patológica que ha llevado al establecimiento de una imagen corporal distorsionada. Pensamos que si la disrupción tuvo lugar antes de la pubertad, la posibilidad de adquirir genitales físicamente maduros en la pubertad actúa como un organizador hacia una resolución perversa o psicótica.

La resolución es usada defensivamente para contener las ansiedades desbordantes que surgen por el desarrollo puberal. Para estos adolescentes, la confrontación con la presencia real de sus genitales masculino o femenino maduros, es experimentada como un ataque y una destrucción potencial de su imagen corporal prepuberal, que en la fantasía contiene la resolución perfecta pero patológica. Si esto es así, nos ayudará a explicar por qué nuestros esfuerzos terapéuticos han sido exitosos en ciertas áreas pero muy limitados o nulos en otras, específicamente en su vida sexual.

Podríamos decir que las gratificaciones obtenidas de sus soluciones perversas o psicóticas son usadas en forma defensiva para evitar la creencia inconsciente de que la sexualidad genital significa su propia destrucción o que con su violencia destruirá a su partenaire sexual o a su padre edípico.

En este sentido nuestro tratamiento no ha suprimido la vulnerabilidad a una patología invalidante en su vida posterior.

Desde que hemos escrito este trabajo, tenemos nuevas pruebas que nos hacen dudar de esta afirmación. Es posible que la ruptura con el pasado nunca pueda restablecerse emocionalmente, porque para los pacientes esto podría convertirse en un riesgo de destrucción; el dilema siempre se expresa en la violencia que fue común a todos y que se hizo presente en la relación consigo mismo, otras personas y en la transferencia. Por violencia quiero decir ataques al propio cuerpo o mente, más que ataques a otras personas o a la propiedad, pero que sin embargo expresa también la presencia de un perseguidor que nunca puede ser acallado.

Una observación asociada que necesita una comprensión cuidadosa es que ninguno de los adolescentes en nuestro estudio se haya matado, a pesar de

que lo temíamos. Este hecho tiene una línea de explicación teórica y clínica. Podría ser que experimenten a través de nuestro cometido con ellos, nuestra creencia de que valen la pena y que no tenemos miedo del odio hacia ellos mismos o el odio que sienten hacia sus enemigos fantaseados. Nuestro cometido también indica que no tendrán que estar más solos, o sentirse solos con su patología y con su locura terrorífica. Todos estos adolescentes estuvieron, por supuesto, muy aterrorizados.

Estamos alertas de encontrarnos sólo al comienzo del entendimiento de algunos de los significados de la psicopatología severa en la adolescencia; o más específicamente el entendimiento de la necesidad compulsiva de tener que sustraerse del mundo real como camino para destruir sus cuerpos y mentes en potencia.

Nos vamos convenciendo de que el esfuerzo continuo para comprender la relación del adolescente con su cuerpo y las razones por las que se siente compelido a alterar este cuerpo y su uso, podrían dar respuestas a aquéllas no conocidas que, al presente, aún nos limitan en nuestras posibilidades de comprensión del funcionamiento psicopatológico en la adolescencia y la psicosis posterior.

Asimismo tenemos claro un tema esencial: podemos categóricamente reservar la evaluación de psicosis a un pequeño grupo de adolescentes y será sólo para aquéllos que tengan no solamente una, sino todas las características siguientes, quienes serán considerados psicóticos: los que han perdido la capacidad de duda, que han debido obliterar la realidad y sustituirla por una nueva, porque no pueden, de otra forma, mantener su unión narcisista, aquéllos cuyo cuerpo sexual no es sentido como el perseguidor a pesar de ser el perseguidor, porque inconscientemente creen haber destruido su cuerpo sexuado y sus padres dentro de él, dirigiéndose al quiebre con el mundo real.

Estas son las tres categorías que creemos deben estar presentes para diagnosticar a un adolescente como psicótico, más que simplemente decir que

un adolescente se comporta de forma psicótica.

Otros adolescentes pueden parecer psicóticos, pero para evaluarlos como psicóticos sin establecer la presencia de estas características, se correría el grave riesgo de destruir la chance, que puede estar aún presente, de ayudarlos a cambiar su vida.

(Traducido por Irene Maqgi de Macedo y Silvia Flechner)

**Lara,
del autismo
al zoomorfismo***

*Carmen Medici de Steiner***

Introducción

Un día se me ocurrió que como abordaje en la **Introducción** diría:
En estas páginas busco mostrar, más que lo que sé... lo que he ido sabiendo y lo que me queda aún por saber acerca de Lara...

Pretendo traer, en secuencia cronológica, algunos pasajes de una historia clínica. La historia que estoy compartiendo con una niña a la que llamaré Lara, que hoy tiene 7 años de edad (1)

Es una paciente que me planteó una problemática clínica no habitual mostrándome como ningún otro, el enigma del psiquismo.

Desde que la conocí (hace 5 años), hasta el presente, he transitado junto a ella en su autismo, en su psicosis, en sus “manifestaciones neuróticas” (en una estructura psicótica).

Han ocurrido muchas cosas; sólo *distinguiré algunas*. No podría, en lo limitado de esta comunicación, transmitir lo ilimitado de nuestra experiencia, así como tampoco puedo obviar lo inauténtico: a pesar del esfuerzo sé que la que expongo no es la auténtica Lara: es lo que más se parece a ella (2).

* Presentado en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay el 28 de mayo de 1983.

Paralelamente, la idea es presentar cómo se fue desarrollando mi labor. No se trató, desde su génesis, de un análisis tipo, donde podemos —cual ajedrecistas—, abordar la tarea movilizándolo las clásicas figuras psicoanalíticas, sino que esta pequeña me exigió desde el inicio algo distinto: juntas debíamos lograr poner en práctica las piezas del psicoanálisis de las cuales, en un principio, casi carecíamos (palabras, transferencia, asociación libre, etc.). Las mismas faltaban porque dada sus particularidades autistas prácticamente carecía no sólo de lenguaje, sino que apenas sostenía relaciones de objeto. Al igual de lo que puede pensarse ahora, en ese entonces dudé si un psicoanálisis sería viable. Me decidieron a ello determinadas pautas de las entrevistas iniciales, una de las cuales he de exponer.

El abordaje clínico me lo dio Lara.

El abordaje teórico, para extenderme sobre lo clínico, no fue tan prontamente resuelto. Puesta en este trabajo, luego de algunas indecisiones, me propuse hacer una investigación: pensar la conflictiva de Lara desde M. Klein y las ideas de algunos post-kleinianos (contemporáneos de Klein), considerados seguidores de sus ideas. Tomé por caso a E. Bick, F. Tustin, W.R. Bion y D. Meltzer.

Es decir, ésta fue otra de mis finalidades: desde las composiciones teóricas kleinianas y post—kleinianas, pensar la clínica de Lara.

Consideraré —además—, de importancia incluir a otros dos pensadores como complemento a los anteriores. Me refiero a L. Grinberg y H. Garbarino. Del Dr. Garbarino trato de mostrar lo mucho que supo darme (durante la supervisión de este caso), en cuanto a la captación de la fantasmática y con respecto a la orientación y precisión teórica y. si bien sus aportes no están explícitamente señalados, están más de una vez presentes (3).

** Br. España 2543 — Montevideo.

Motivo de consulta

Cuando Lara *me* fue enviada (noviembre de 1977) tenía 2a. 5m. Los padres (m. 22a; p. 29a) me plantearon que la niña carecía de lenguaje, que era muy agresiva y que ya había sido diagnosticada: “Es una autista”, exclamaron.

Únicamente emitía sonidos y dos palabras: *papa pa* o *papa.* y *agua* o *guaguagua.* Palabras que, por otra parte, no sólo no las usaba conforme a su sentido, sino que solía olvidarlas frecuentemente.

En cuanto a la agresividad: “No tiene ningún control, siempre está descontrolada. Constantemente se araña y araña, golpea y se golpea. Gusta introducirse los dedos en los ojos, se arranca mechones de pelo, se pega la cabeza contra cualquier cosa..., siempre está lastimada.” También agregan: “Parece no sentir el dolor... y mueve las manos sin cesar....”

Aclaran que hace dos meses retornaron del extranjero, donde permanecieron desde que **Lara tenía casi dos meses.** Durante su radicación en el exterior, luego de varias consultas, les fue planteado el diagnóstico referido.

Los padres se angustiaron, y entre las posibles soluciones que intentaron — aparte de realizar múltiples consultas—, era leer. Leer sobre autismo. Descubrieron que, en general, captaban mejor lo que a la niña le ocurría infiriéndolo de lecturas, que escuchando a los especialistas que estudiaron a Lara. Recorrieron distintos textos pues comprendimos que era importante mantenernos en su mundo. Así pudimos obtener respuestas. Nos buscaba, tocaba, no quería estar sola... pero siempre agrediéndonos.

Relación de la madre con la niña

La misma está graficada en algunas frases aisladas de la madre:

“Siempre he sido muy nerviosa, pero ella me ha puesto mucho mas... A Lara, de bebita, nunca le hablé... Recién con mis otros hijos he aprendido que a los chicos hay que hablarles... Durante el primer mes la cambiaba mi mamá. Yo ni la tocaba... me daba miedo... Este bebé me dio mucho más miedo que los otros dos... Una gitana me había anunciado que iba a tener una niña enferma.”

El pecho (no alcanzó a tener un mes de lactancial, se lo daba permaneciendo acostada (“como me da mucho sueño, acabo medio dormida”).

La madre, como consecuencia de la separación producida *al comienzo* de la beca del esposo (Lara tenía 1 mes), entró *en un cuadro depresivo*: se mantenía en cama, muy quieta; tuvo que interrumpirle el amamantamiento porque “la leche se me fue...; nada me interesaba”.

“Me separé de Lara deje de atenderla. Solo pensaba que mi esposo estaba lejos.” (Al mes se iban a reunir). “Fue a partir de ese período que la niña comenzó a llorar. Antes era una beba tranquila, parecía alegre... Para tranquilizarla la ponía sobre mi pecho y... aquí también comenzaron las fórmulas de leche (en polvo),... Como no las calculaba bien, ella lo pasaba mal, se quedaba con hambre y lloraba mucho.”

Junto a esto han surgido sus profundos deseos de comprender a Lara: ¿qué es lo que tiene? ¿Cómo puede hacer para tener una niña con quien poder hablar, pasear?

Relación del padre con la niña

El padre entendía que para ayudar a Lara debía ser comprensivo, paciente, y mimarla mucho. Agrega que como es una niña insegura, necesita del afecto; por ello no deja de acariciarla, es decir, no deja de tocarla. (“¿Y qué otra forma

tengo para demostrarle que la quiero tanto?!”). Ya desde las entrevistas diagnósticas mostró cómo gustaba subirla sobre sus piernas y, mientras la iba acariciando, le murmuraba: “... qué linda que estás! parecés una señorita!..., estás grande... estás linda..., estás igualita a mamá...”. Como respuesta, Lara recorría con su boca las piernas del padre, mientras éste la observaba detenidamente.

Antecedentes personales de Lara

Reiteramos que, hasta el mes, fue una beba tranquila; a partir del momento en que el padre se fue de viaje, comenzó a llorar mucho. La impresión que los padres tenían era: “Hasta el año, pensábamos que era normal, aunque nos dábamos cuenta que era un bebe poco activo... En verdad, ya cuando tenía 10 meses pensábamos que algo raro pasaba. A los 4 meses, fue operada de hernia. Desde los 16 hasta los 23 meses fue a un colegio para chicos con problemas (se hablaba el idioma inglés, mientras que ellos —en la casa—, lo hacían en español); ya en ese centro mostró sus dificultades en establecer vínculos con otros chicos: los pelea, los ataca agarrándolos del pelo y tirándolos al piso. “Luego se queda pensando.... es como que quiere hacerlos desaparecer.”

(4)

En general, “ignora a los extraños”, no se da con nadie,”... no rechaza: no es ni amor ni odio... ella sólo quiere estar **Libre**, tener espacio...”. Prefiere estar sola. “No es que lo prefiera. ... es como que para ella los demás no existen.” Cuando la llaman, no responde a su nombre. Le gusta besar y acariciar piernas (especialmente las del padre). No da besos en la cara (tampoco los pide), pero parece gustarle que se los den. Gusta besar objetos; de preferencia el piso. Actualmente pide que la suban en brazos y noche a noche se pasa a nuestra cama... Allí grita hasta poder ubicarse entre los dos o muy pegada al padre...”

Las cosas que prefiere son: juguetes, que por tener cintas, hilos o cuerdas, pueden ser remolcados y. más aún, si al hacerlo producen ruidos (no juega con muñecas, no tolera los juguetes rotos): **jugar con agua** “... le fascina pasarse un trapo o una esponja por la cara, por el cuerpo, busca estudiar **la textura de todo**”. Siente atracción por todos los tejidos y las telas, manipulando satisfecha el recorrido de las costuras; busca *contactos con la piel*: tener muchos **chupetes**. La madre, al respecto, dice: “Ya de bebida quería tener 10. 15... 20 chupetes!... ¡todos los del mundo!” Al preguntársele qué se le ocurre sobre eso, responde: “Los chupetes debo ser yo! pero nunca los tiene en la boca, como hace acá... ¡eso jamás! A mí me los da para soplarlos, juega con ellos, los desarma, los aprieta, los rompe... Al hermano (que la sigue), se los saca... se pelean y pegan todo el día por los chupetes.”

Cuando la conocí

Cuando la conocí personalmente, Lara me agradó. Se trata de una preciosa rubia de grandes ojos verde–amarillentos. Es alta y delgada. Su cuerpo me recordó un junco frágil y mal garbado: la belleza de su estilizado físico no concordaba con su tono muscular. Se sostenía mal, su tronco parecía quebrarse, sus movimientos eran torpes y caía fácilmente.

Profería grititos afinados y punzantes que al penetrar, provocaron en ésta (y en otras oportunidades) molestos zumbidos en mis tímpanos.

Cuando me detuve en el rostro, me impresionó, por algunos instantes, su expresión distante, su risa estereotipada, su mirada lejana y sus manos que en un movimiento casi constante delante de la cara interrumpían la visión de la misma.

En unos instantes, parecía que en ella nada transmitía el deseo de conectarse sólo que sus movimientos y expresiones, por momentos, eran distintos y se tornaban agradables y vivaces. Mirando al padre, más de una vez esbozó una sonrisa: otra la hizo cuando corrió a mis brazos. Sin embargo el matiz afectivo de esa mirada desapareció tan rápido como apareció. Su sonrisa, al igual que su mirada me remitieron a un abismo: fue como caer en el vacío, sin saber cual podría ser su profundidad.

Súbitamente, manipuló mucho la esponja: hacia como que se bañaba, mojándose la cara y brazos. Se interesó por los bloques de madera: los miraba y apilaba. Atravesó con un palo los agujeros de algunos. Luego, tomó un perro y comenzó a tocar su pelaje una y otra vez.

Su padre seguía los movimientos de Lara. Su madre no había venido porque había nacido el tercer hijo. El estaba atento y angustiado. Cuando se comunicaba con ella era imitándola en sus sonidos. Observó que para dirigirme a la niña yo sólo usaba palabras y no sonidos. Me habla de la importancia que tiene (“he leído mucho sobre autismo”), que se le repita lo que ella emite.

Acepto lo que me dice, agregando que él ha tratado de introducirse en el mundo de Lara a través de los ruidos y que lo ha logrado. El vínculo entre los dos es más estrecho que con otros. Ahora, lo que intentaremos (le sigo diciendo), será entrar en ese mundo, pero no para quedamos atrapados en esos ruidos. Los tomaremos pero uniéndolos a palabras. Les pondremos palabras y de ese modo trataremos de hacerlas salir.

Ante ello, el padre me señala: “Como se va a enojar!... porque con sus ruidos lo consigue todo. Está en un mundo de ruidos y parece no querer dejarlo”.

Lara toma uno de los muñecos, le toca la boca y grita: ooott! Cuando oí ese fonema pensé: quizás se trata de un intento de comunicación. Pero al mirar la lejanía de su expresión comprendí que, más que una palabra, fue una cosa lanzada al aire, sin intención de que algo o alguien la pudiera recibir.

A: —Tú sos esa muñeca con boca y ruidos... Con tu ooh! me pudiste mostrar lo que papá cuenta de ti”.

Comentarios sobre la entrevista y el diagnóstico diferencial

Anteriormente, adelanté que algunas particularidades dadas en las entrevistas iniciales me hicieron presuponer que Lara intentaba salir de su vivir autista y en ese trozo se hacen visibles. Mi impresión **fue que se desplazaba entre modos de funcionamiento autistas** y psicóticos, o sea, no se encontraba pertrechada en el encerramiento autístico, lo cual era un signo favorable en su pronóstico: su **búsqueda de relaciones objetales**, por ejemplo, aunque débil, mostraba cierta vitalidad cuando miraba a su padre o a mi, al tocar el material, al observar algunas formas, al investigar las superficies, al horadar una madera. Por otro lado, **sus movimientos**, tenían algo de autista y algo de psicótico: la destreza de sus manos, corresponderían al primero, mientras que la torpeza, la falta de coordinación del resto de su cuerpo, al segundo. También valoricé su **mirada**: sabemos que, en tanto el niño autista desvía la mirada, en el psicótico los ojos, en general, quedan fuera de foco, mirando como a través del objeto. En esta entrevista predominaron más estas últimas miradas, aunque en el trayecto psicoanalítico aparecieron también las otras.

Durante muchos meses trabajé extensos ratos (o en toda la sesión), sosteniéndola entre mis brazos. La traían en brazos y la pasaban a los míos; quería la cavidad de mi cuerpo para amoldarse serena. Buscaba el contacto de mi piel, de mi mirada, mi voz. La atraía el movimiento de mis labios, de mis manos. Esto me hacía presumir que mi cuerpo, continuando el suyo, le

propiciaba lo que sin él no encontraba: el sostenimiento de sus partes dispersas. En otras sesiones no toleraba que la sostuviera o que siquiera mi cuerpo rozara levemente el suyo; sus gestos, sus movimientos, sus sonidos expresaban su rechazo hacia mí, y cuando esto ocurría, su cuerpo se crispaba tenso.

Esto también mostraba modalidades diferenciales (confirmadas en Tustin), entre el autismo y la psicosis: es del autista no acomodarse en el cuerpo del otro, mientras que el psicótico tiende a hacerlo. Uno, muestra con esto lo intolerable que le resulta la realidad y busca por todos los medios mantenerla separada de sí: el psicótico, aunque se sienta invadido de vivencias persecutorias establece contactos confusos y caóticos.

En esta línea de demarcaciones entre autismo y psicosis, son también D. Meltzer y sus colaboradores los que puede aportarnos ideas de interés clínico y conceptual en el entendimiento de lo que ellos denominan autismo y postautismo. De acuerdo a lo comprendido, entienden como postautismo un cuadro psicótico con remanentes autistas.

Mencionan el intrincamiento entre el estado autista y postautista, tal como cabe darse entre la enfermedad y su secuela. Dicho intrincamiento encierra una separación y una coexistencia entre ambos fenómenos. Si bien pueden observarse y describirse coexistiendo, agregan que lo particular es que “lo que apareció como gran novedad y como deslumbrante exhibición de la velocidad y complejidad del aparato mental fue la manera en que estas dos categorías de fenómenos estaban entrelazadas y combinadas”.¹

Tomaré parte de una sesión, —muy lejana a esta primera época— (como ésta, existieron otras más), con la cual poder articular este aspecto teórico con la

¹ Meltzer, D. y otros: *E oración del autismo*. Ed. Paidós, 1979, pag. 22.

clínica:

Setiembre '80

En un momento determinado, Lara, mientras corre sin control, comienza a gritar: *Me pasa... me pasa nada. decí no te pasa... agua... ay!* al tiempo que parecía estar mirando a través de la pared; lamía el piso: seguía corriendo; ve nía y me pegaba: se desconectaba, su mirada parecía vaciarse: tocaba el diván. Luego, se acercaba y me besaba. Súbitamente dijo: *¡Un chorizo! ¿qué es esto?* (agarrando una madera) *Es feo lo zapato... me los saco... me los pongo, no puedo entrar* (me salpica con agua)... *Ayudame.*

Mi impresión —en situaciones así—, cuando pasaba en décimas de segundo de un acto a otro o de una palabra a otra, sin que muchas veces existiera relación entre las mismas (por lo menos para mí) era que me encontraba frente a un montón de elementos desvinculados, sin saber a cuál de ellos dirigirme para encontrar una comprensión analítica con la cual responder a su demanda de **Ayudame**. Porque si bien algunos términos resultan aisladamente comprensibles, en su conjunto no era así.

Meltzer, en relación a sesiones semejantes señala: “El autismo propio parecía estar compuesto por una galaxia de items relacionados al azar... A partir de este deslumbrante muestrario arribamos a la conclusión de que en el estado autista propiamente dicho existía **una Desmentalización** en la cual su equipo sensorial era **Desmantelado** y dejaba de tener un modo de funcionamiento unido al **Consensual.**”²

² Meltzer, D. y otros: *E oración del autismo*. Ed. Paidós, 1979, pag. 48.

Procuraré analizar estos tres fenómenos:

—**Desmentalización:** “... La clave de la situación parece estar en la suspensión temporaria del reconocimiento del pasaje del tiempo...” Para explicarlo, hacen una distinción entre “evento” (o hecho) y “experiencia”: suponiendo que los eventos son discontinuos, no aptos para ligarse y en consecuencia “fundamentalmente inaptos para el recuerdo”.

Según su experiencia, los eventos, dada la modalidad del pensamiento autista, quedarían suspendidos, sin ligazón, en una situación de discontinuidad, a diferencia de los recuerdos, capaces de almacenarse.

Si trasladamos tal idea a la sesión, desde nuestra perspectiva. era como Lara me mostraba que no podía retener lo que hacía, ni lo que tocaba, ni lo que miraba, ni lo que decía: pasaba de un acto a otro sin que pareciera recordar el anterior. Al Igual que cuando se conectaba y desconectaba de mí en décimas de segundos.

Ellos asemejan tal mecanismo al “*petit mal*” en el sentido que se da un estado de ausencia y por tal el sujeto queda desconectado de lo que lo rodea y/o desconecta los actos y palabras entre si.

—**Desmantelado:** Meltzer entiende que cuando el self se desmantela, debido a que en el yo cesa la función de atención, éste ya deja de existir —temporariamente—, reduciéndose sus componentes al estado más primitivo, quedando ese yo rudimentario “dominado por el ello y por su economía y dinámica”. Como a la vez “... la compulsión a la repetición es el desbordante principio económico del ello los elementos de ese depredado yo quedarían suspendidos. a la vez que desconectados, tanto en el yo como del superyo. Lo que clínica-mente tendríamos, siguiendo siempre en la misma sesión, es una repetición de frases, palabras, actos, —compulsivamente dados—, empujada por una fuerza que la impele a hacer y a hablar sin que ella pueda detenerse.

—**Consensual:** Según esta teoría, es la posibilidad del individuo (le establecer una unión, dar una unidad a las distintas percepciones (vista, oído, tacto, etc.); mientras que lo sensual—que es lo que acontece en el autismo—, esto no sucedería.

Desde lo sensual, cabrían dos posibilidades:

- a) Las distintas percepciones coexistentes no logran un proceso unitario, o.
- b) Se privilegiaría la acción de un solo canal de percepción, el cual quedaría aislado, resaltado frente a los restantes.

Diría que el punto a) estaría dado en ese despliegue de contactos perceptuales: lame, mira, toca sin que puedan ligarse entre sí. Mientras que el punto b) creo que es más factible analizarlo vinculado a las experiencias de Lara con el pecho (que más tarde expongo). En este caso se trataría de lactantes en los que se origina una gran experiencia sensual con la madre: “... El deleite al sentir contra su mejilla la sedosidad de la piel de la madre, la suavidad de la leche en su boca, su gusto delicioso en la lengua, la exquisitez de su fragancia al amamantar...³ y sumidos en la embriaguez de cada una de estas sensaciones no pueden amalgamarlos. Quedan adheridos a uno.

Lara, a lo largo del tratamiento, creo que a lo que siempre parece recurrir es a la búsqueda y al encuentro de la piel: *¿Buscará en su tersura, en su sedosidad, el pecho perdido?*

Respecto a la piel, a través del proceso analítico observaremos qué cosas ocurren con su piel y con mi piel, con su y con mi cuerpo (como con los de sus padres). Paulatinamente pude ir comprendiendo lo que significaban para esa niña. Ahora, en esta primera entrevista, sólo pude observar que así como tocaba la piel del perro de peluche, tocaba la piel de sus genitales, la piel de su padre: parecía primar en ella la necesidad de encontrar textura, de alcanzar un contacto

³ Meltzer, D. y otros. *Op. cit.*

piel a piel.

Al unir la observación de este encuentro con los conceptos expuestos no puedo dejar de ampliar el interrogante predicho y plantear: *¿Buscará tan solo sedosidad o también ya estaba anunciándome la búsqueda de límites corporales que tanto parecía necesitar?*

A hora, comenzaré a hablar de las características **Técnicas**, así como de su **Mutismo**, de sus gritos, sus ruidos y de los aspectos parciales de su **Lenguaje**.

Comentarios sobre técnica

Se observará que surgen intervenciones que no pueden ser consideradas interpretaciones. Las mismas ocurren en situ acciones que considero límite, y las establezco: Una, era cuando la niña entraba en lo que llamamos “episodios de automutilación” (actualmente no lo hace). Parecía querer descarnarse: tal era el grado de sus mordiscos. Lo hacía arrimando los dientes y tironeando su piel, como buscando arrancarse el cuerpo a pedazos. O también se sacaba mechones de pelo, o se introducía con fuerza los dedos en los ojos. **Otra**, era (y es) cuando toca y besa mi cuerpo. Puedo entender y aceptar su necesidad de reconocimiento corporal y sus manifestaciones afectivas, dentro de un determinado límite: que con sus dedos, yemas, boca, toque mi cuerpo. Lo que no he aceptado es que me chupetee, como lo hace con el cuerpo de su padre o de su madre. Huelga agregar que, cuando me agrade, también establezco límites.

Estos serían los **límites** que en nuestro contexto le fui haciendo conocer: pero también están los que me **indujo a ponerme a mí misma**. Especialmente, en el primer periodo, cuando me pedía que la aupara mimara, peinara, que le tocara partes de su cuerpo; o sea demandas naturales de su patología. Fui aprendiendo

hasta dónde podía llevar adelante esas situaciones, ya que las mismas podían ser entendidas por la paciente como acciones mías, seductoras, amenazantes, maternas, que más que clarificarla podían confundirla.

En cuanto a mi lenguaje, comencé haciendo interpretaciones cortas, sencillas, en las que fui incluyendo las palabras, fonemas, sonidos que Lara fue diciendo.

Interpreté, señalé, como si fuera escuchada por una niña neurótica, sólo que evitando el “como si”, como más adelante se verá.

Muchas veces repetí los señalamientos e interpretaciones, puesto que distintas razones me llevaban a ello:

Una, por sus ausencias. Cuando digo ausencias abarco más de una cosa. Lara lograba estar ausente de disímiles formas: estaban sus miradas desenfocadas: su “sordera”, a pesar de no ser sorda, me dejaba con esa impresión; su quietismo, cuando se quedaba tiesa corporal y mentalmente. En estas situaciones le reiteraba lo dicho.

Dos: Comprenderla me ha sido arduo y no siempre sabía qué interpretar. Al carecer de palabras, de juegos que me dieran sus fantasías inconscientes, no sabía analíticamente qué decirle. En esas situaciones, donde el misterio (de su psiquismo nos envolvía nuevamente le reiteraba mis palabras, ofreciéndole una hipótesis aproximativa de las relaciones objetales y fantasías inconscientes que no podrían estar dándose en el consultorio.

Tres: *Por estar excluida de sus vínculos objetales.* El esfuerzo de entablar contacto con un ser que no nos busca, y más, nos rehusa, me resultó por momentos fatigoso y desmoralizador. Siempre es el otro el que tiene que ir hacia ella. Lo mismo ocurría con las palabras. No las daba, pero tampoco las buscaba; había que dárselas, una y otra vez como en una especie de incorporación oral. En múltiples oportunidades me planteó la duda acerca de si las recibiría; pienso que a veces sí, otras no y en oportunidades las recibía pero no las retenía: la atravesaban sin que pudiera aprehenderlas.

Comentados sobre mutismo y lenguaje

Durante mucho tiempo su mutismo fue nuestro acompañante infaltable. Lara no tenía casi palabras y las que pronunciaba, como *Agua, papa, papapa*, y algunos fonemas eran, como dije al principio, carentes para mí de sentido. Las emitía mientras lamía algo, golpeaba la pared, miraba una madera, saltaba, se distorsionaba, me pegaba, se hundía los dedos en los ojos o intentaba mutilarse.

En ese entonces, sus gritos y palabras (las cuales me sonaban como equivalentes, dado que esas palabras me eran compartibles sólo por su estructura), las lanzaba de su boca como cosas, carentes de contenido, como su mundo interno lo estaba.

Como autista, parecía que evitaba incorporar mis palabras: es más, en su pertrechamiento podríamos decir, ni se dejaba rozar por las mismas, al igual que como lo hacía con mi cuerpo. Así denunciaría su despoblamiento interno: no permitía ser poblada ni por palabras.

Posiblemente, cuando en una de las entrevistas iniciales atravesó el agujero de los bloques con un palo de madera, ella podría ser ese agujero: los objetos podían atravesarla sin que nada quedara en ella, lo interno no existiría.

La perturbación en la posesión de un espacio interno se vincula a la perturbación en la posesión del lenguaje. D. Meltzer lo ve de este modo: “La notoria inmadurez de los niños autistas, con sus especiales interferencias en los procesos de introyección por el fracaso en formar el concepto de espacio interno, favorece a su vez el fracaso del desarrollo del lenguaje, porque los procesos de identificación con objetos parlantes están detenidos.”⁴

⁴ Meltzer, D. y otros: *Exploración del autismo*. Ed. Paidós, 1979, pag. 181.

Luego (salvo alguna experiencia aislada), cuando comenzó a manejarse más con mecanismos psicóticos, el lenguaje (diríamos mejor “**Su lenguaje**”), apareció casi al año de tratamiento.

El mismo se singularizó, por mucho tiempo, por ser escaso e ininteligible: tardó en construir frases y aún hoy aparecen neologismos. Demoró en transmitir (con suficiencia), sus vivencias, sus roturas, su alegría, su tristeza, su dolor.

A veces las palabras eran como partes de su cuerpo que, cuando revestían matices persecutorios, trataba de expulsarlas mediante la **proyección** fuera de sí para aliviar su ansiedad.

Otras veces, equivalían a objetos que podían, mediante la **identificación proyectiva**, aniquilar, poseer, controlar tanto objetos internos como externos. Puedo ejemplificar esto, porque cuando más adelante conté con sus palabras, decía mientras me peinaba: “... *Ahora te hago un moño. Si te hago doler... ¿me pegas?... ya esta, ahora decí: te pego*” (Octubre 80).

Cuando viví esta situación, mi impresión fue que no era que ella buscara provocarme dolor físico (como ocurrió tantas veces con sus ataques directos); se trataba de otra cosa: buscaba meter dentro mío al dolor, como cosa, y lo mismo ocurría con el pegar. En su “**Ya esta**”, posiblemente resumió su fantasía, había logrado introducirlos. Por la identificación proyectiva, buscó meter en mi cuerpo —como partes suyas—, sus palabras como si fueran objetos: y, desde ahí, controlarme para que yo sintiera —dijera—hiciera, conforme a sus deseos. Frente a la ausencia y pobreza de palabras aprendí más que junto a otros pacientes, a entender el significado de gestos, sonidos, movimientos, juegos precarios.

Hubo gestos y ruidos que, una vez comprendidos, me mostraron que suplantaban un “ayudarme”, mostrándome así su situación de dependencia y

búsqueda, de acercarse a mí.

Otro instrumento básico para entender analíticamente a Lara resultó ser la contratransferencia: “Así la teoría del Dr. Bion postula que la madre puede entender a su bebé a través de su receptividad inconsciente a la identificación proyectiva del bebé y que el analista que está suficientemente en contacto con su propio inconsciente puede conocer por medio de una receptividad y respuesta similares en sí mismo. Noten que el analista, antes que nada, debe ser lo suficientemente receptivo y, luego, estar lo suficiente en contacto con los procesos inconscientes de sí mismo, que resultan de esa receptividad. Por este segundo paso, es capaz de responder analíticamente y no parentalmente.”⁵

Ansiedades tempranas.

Desde vivencias de aniquilación hasta incipientes tanteos en alcanzar la unificación

Enero '78.

Comenzamos en diciembre de 1977. Desde el principio entró sola, no mostrando resistencias (salvo ocasionalmente): trabajó siempre interesándose en el material y a la segunda sesión trazó garabatos (Ver dibujo 1: dic. 1977).

En esta etapa, los muñecos se habían convertido en sus objetos preferidos y no dejaba de manipularlos. En una oportunidad, se tiende con ellos en el suelo, mantiene uno frente a su rostro, le ronronea algo, no deja de tocarlo ni de lamerlo.

Le señalo cómo le gusta mirar y tocar un cuerpo para saber cómo es. Le comienzo a detallar las partes —de acuerdo a las zonas que va recorriendo—, y mientras lo hago, mira en su propio cuerpo aquello que le nombro.

⁵ Melzer, D. Op. cit., p. 37.

A. —El muñeco es como tú. Tú también tenés todas esas cosas.

P. (Al rato deja de hacerlo. Me mira sonriente. Camina y vuelca todo el contenido de la caja. Toma una taza y dice:) —Aaaa... aaaa... aaaaaaaa.

(Todo esto se desenvolvía en un clima de placidez, pero al hacer yo un cambio de lugar, comenzó a gritar. Corrió hacia mí, buscó agredirme y pudo lograrlo: me arañó y pateó. Su fuerza era tal, que no resultó sencillo controlarla.)

A. (Le interpreté sus ansiedades). —Te asustaron mis movimientos. Estabas tranquila: me sabías en un lugar... Cuando me moví, comenzaron a cambiar las cosas. Te asustan los cambios. Tus miedos comenzaron cuando las cosas cambiaron. Papá se fue, la teta se te perdió: mamá cambió. Todo cambió. (Lo anterior fue verbalizado entre gritos y llantos, mordiéndose y mordiéndome). Cuando las cosas cambiaron, todo se volvió malo... y ahora te defendés de lo malo atacando... mordiendo en tu cuerpo y en mi cuerpo todas esas cosas malas. (Se orina y defeca. La crisis va en aumento. Se pone tan morada que llega a preocuparme. Se tira en el suelo, arqueando asombrosamente la columna; trata de golpearse la cabeza contra el suelo. Se trepa entre mis piernas. Al llegar la madre pasa rápidamente a sus brazos. De inmediato deja de llorar; me mira fijamente. Hay un esbozo de sonrisa. Mientras la llevan, su mirada queda fija en mí.)

Marzo '78

Durante el transcurso de una sesión, con un dedo, comienza a recorrer en su cuerpo los lugares que anteriormente logró morderse y pincharse, sin manifestar dolor. Lentamente, también comienza a tocarse los genitales. De pronto, deja eso y se pone a romper papel, tratando de agarrar con premura cada pedacito que cae. Comienza a ponerse muy nerviosa. (Le trasmito mi sorpresa. ya que estaba recorriendo—reconociendo—descubriendo su cuerpo, pero de pronto algo

la preocupó). Sigue buscando y rompiendo papel ansiosamente, mirando cada trocito.

A. —Todo está roto. Tu cuerpo está roto. Sólo hay pedazos... muchos pedazos.

P. (Mientras se lo digo, comienza a recoger cada pedacito —aun los más minúsculos—, y los va acumulando en una de sus manos hasta lograr una especie de montículo-pelota.)

A. —Esto es lo que vamos a tratar de hacer aquí juntas... juntar tus pedazos. Juntar tu cuerpo. Juntar la teta. Esa teta que siempre andás buscando..., buscando y rompiendo.

P. (Me mira. Sigue juntando cada pedacito. Es realmente asombroso ver cómo, por un lado, desparrama los papeles y, por otro, se desespera por unirlos. Desesperación que se torna más acuciante en la medida que, como sus manos son pequeñas, no pueden darle cabida en su totalidad. De pronto, valiéndose de gestos, introduce sus manos ahuecadas, conteniendo la pelota—niña, la pelota—pecho, dentro de las mías. Deja el montoncito dentro de mis manos. Camina, se aleja, y dice:) *Ma... mo... ma... mama* (volviéndose hacia mí).

Comentarios sobre ambas sesiones

Salvo algún apartamiento autista, Lara enseguida de haber comenzado su análisis, a la inversa de lo manifestado por los padres, mostró un enorme interés por los muñecos, con los cuales aparentemente estableció relaciones objetales pregenitales, solía besarlos, lamerlos, babearlos, morderlos, al igual que embadurnarlos —ya como caricia, ya como ataque furioso—, con sus heces, con su orina, con sus gases, saliva o mocos.

Mirándola (en el primer fragmento), con ese muñeco, daba la impresión que con él tuviera la posibilidad de ir descubriendo cuál y cómo era su cuerpo: Lara pareció desconocer durante un tiempo no sólo los límites sino las partes de su cuerpo. En muchas circunstancias me daba la impresión que de él sólo conocía

su piel, como superficie táctil y no como superficie límite.

Para explicarme, en parte, las vivencias corporales primarias de Lara, me resultó muy aclaratoria F. Austin cuando, describiendo el “Autismo primario normal”, detalla las posibles vicisitudes del niño en sus experiencias primordiales como cuerpo fragmentado, cuando éste aún no posee cohesión ni percibe ni un adentro ni un afuera.

“Cabe sostener la hipótesis de que, para el bebé muy pequeño, el “ser” constituye una corriente de sensaciones. Dicho en otras palabras en sus primeros días de vida el bebé es la corriente de sensaciones a partir de la cual surgen sus percepciones como entidades innominadas... Al principio suele ocurrir que el cuerpo no parece existir como tal, sino sólo como un conjunto de órganos separados, tales como las manos, la boca, los brazos, el vientre. No obstante, es posible que dichos órganos se experimenten como objetos totales, puesto que el bebé nada sabe de la relación existente entre esas distintas partes. Para el observador, son objetos que forman parte de un todo, pero no para el niño carente de capacidad de diferenciación.”⁶

Junto a este desconocimiento de su cuerpo aparecían atisbos de buscar conocerlo como cuando manipula al muñeco. Muñeco que podemos presuponer podría estar representando a su cuerpo, al materno o al mío. En la primera sesión reseñada, cuando me moví, en sus crisis de ansiedad persecutoria podría estar reflejando básicamente dos cosas:

a) Si el muñeco que tenía apresado entre sus manos era el cuerpo de la madre, al moverme, en sus fantasías, el que pudo haberse movido fue el cuerpo materno. Ese movimiento debió ser asimilado como una pérdida: el peligro de la separación que siempre le está acechando presionó sus ansiedades básicas y

⁶ Tustin, F.: Autismo y psicosis infantiles Ed. Paidós, 1977. p 55.

estalló en una crisis violenta. Anudado a esto, está que, atacándome omnipotentemente, atacó al cuerpo materno como objeto frustrante y odiado, que al intentar separarse de ella volvía a abandonarla y de esa manera desatender sus cuidados.

Klein entiende que en los niños la frustración de no ser abastecidos en sus necesidades básicas incrementa también las ansiedades tempranas.

b) También vemos que por la captación de ese movimiento el consultorio, que equivaldría al cuerpo materno-analista, se convirtió en el pecho-vientre materno, repleto de contenidos terroríficos; sus ataques sádicos orales, anales y uretrales se agigantaron hacia todos lados y agredió así indiscriminadamente. A través de los mismos pudo, omnipotentemente, colocar dentro de ese cuerpo temido sus materias fecales y uretrales, por un lado, para destruirlo y, por otro, para apoderarse de él y así controlarlo.

Al tiempo que, si lo propuesto es teóricamente válido, convertiría, por la identificación proyectiva masiva, al cuerpo-objeto parcial—madre en una prolongación del yo.

Meltzer, para explicar la Identificación proyectiva masiva, subraya la presencia de distintos motivos subyacentes, los cuales darían lugar a su aparición. Los mismos actuarían independientes, entrecruzándose y/o superponiéndose entre sí.

“Los principales motivos podían ser enumerados del siguiente modo: intolerancia a la separación, control omnipotente, envidia, celos, falta de confianza, ansiedad persecutoria excesiva.”⁷

Con respecto a las **heces**, sólo a través del tratamiento pudo ir comprendiendo el alcance las mismas en toda su dimensión. Existían las heces como objeto malo (con las cuales atacaba en directo) y como objeto bueno, como prolongación del cuerpo materno (con las cuales embadurnaba su cuerpo,

⁷ Melzaer, D., El proceso psicoanalítico. Ed. Paidós, 1976, p.48

las paredes. el material, llegando a una especie de paroxismo lindante entre lo autoerótico yo perverso-seducor).

Durante mucho tiempo le interpreté —dado su éxtasis—, que su caca era parte o todo el cuerpo de la mamá, con la cual se acariciaba, al tiempo que podía tocarla y no perderla.

En Tusin y Meltzer, pude confrontar esta línea de interpretación, dado que ambos han conceptualizado tales sustancias como aspectos idealizados, entrañablemente ligados a experiencias corporales con la figura materna.

Meltzer explica tal idealización por la confusión que puede darse entre el pecho y las nalgas y. por tanto, se desprende entre la leche y las materias fecales (“confusión zonal”).

Pero no son estas las únicas “confusiones zonales” de Lara. En múltiples sesiones me mostró sus conjeturas, producto de dichas confusiones zonales. En una oportunidad al tocarme el vientre exclama: “... *Aquí esta tu cola, te sale la caca*”. (Enero ‘83); o mientras me intentaba horadar con su dedo índice mis nalgas: “*Por aquí salen tus nenes*” o “*Dejame entrar en tu barriga.*” (Setiembre ‘82)

De la primer sesión también podríamos explicitar cómo esta niña pudo haberse vivenciado al controlar el objeto.

El control omnipotente no sólo opera para sentir posesión sobre él, sino también para saber cuál puede ser su destino, como han colocado en él partes de su yo, necesitan saber qué puede ocurrir en él y con él: temen por su destino (hago referencia tanto a los objetos internos como a los externos).

Me cabe suponer entonces que, cuando al final de la sesión, al mirarme fijamente *esboza una sonrisa, estaba posiblemente denunciando* su alegría porque el objeto atacado no había sido destruido y. por lo tanto, ella tampoco lo había sido.

Pero, también cabe la posibilidad de que este contento se debiera a que el objeto malo agredido no la aniquilara a ella. En la fijeza de su mirada parecía expresar no sólo su pretendido control omnipotente sino la inmovilidad que esperaba del objeto. El objeto-analista no debía moverse, perderse.

Al mismo tiempo, cuando su mamá la vino a buscar, al estar recibiendo el contacto de los brazos de la que —en ese momento—, por el clivaje, percibiría como la mamá buena—gratificante (dejando en mí a la mamá mala), reencontraba el sostén que durante nuestro encuentro había perdido. Al irse, parecía transmitir que estaba reencontrando la frágil cohesión que su temprano yo apenas tiene, pero que invadida por tales ansiedades tempranas puede perder.

En patologías como las de Lara la vivencia de falta **de cohesión** está incrementada por ansiedades tempranas (persecutorias) reforzándose así la tendencia a la desintegración más que a la integración.

Aquí sería posible pensar que sus vivencias de aniquilación estarían vinculadas (desde el esquema kleiniano) a la acción en su mundo interno, del **instinto de muerte**. El temor que ésta acción imoviliza, sería sentido como aniquilación y daría lugar a la existencia de un objeto malo, perseguidor.

Esto “... parece ejemplificar lo que Bion denominaría un ‘**terror sin nombre**’ un miedo a la muerte experimentado antes de que se desarrollen los conceptos correspondientes;... lo que parecía atemorizar al niño era la posibilidad de una extinción violenta, el fin del mundo obsérvese que el pecho materno era el mundo del bebé).⁸

Mientras que en el segundo pasaje, a través de los minúsculos papeles parece estar mostrando su fragmentación, su falta de cohesión y cuando los junta su búsqueda en intentar una unificación.

⁸ Tustin, F., *op cit.*, p.. 46.

Al poder simbolizar un cuerpo fragmentado y no estar invadida excesivamente por ansiedades tempranas, al tiempo de sentirse continentada, pudo ir más lejos y “unificar” tales fragmentos.

Es más, creo que el mamá estaría en la misma línea de conjeturación. Allí, lo que logra es unir las letras, las sílabas que en otros momentos trajo fragmentadas y crear en el **mamá** su síntesis.

Por eso creo que este **mamá** la estaría representando a ella. Si nos mantenemos en la línea que contratransferencialmente me hizo plantear, pensaríamos: cada uno de los trozos de papel como cada una de las letras podrían estar representando sus partes rotas. Su cuerpo roto. Recordamos que en dicha sesión, antes de estas roturas, había atacado mucho al mismo.

Al unir los papeles como al unir las letras mostraba su intento de cohesión.

Ahora cabría plantearse por qué recurrió al vocablo **mamá**.

Como intento de encontrar una respuesta, primero resaltaría que, a pesar de sus mecanismos de proyección, introyección e identificación proyectiva, Lara aún no habría alcanzado, a mi entender., una adecuada diferenciación objetal. Su madre —mamá—, es una parte de sí, nombrarla era como nombrarse a si misma.

El segundo supuesto es que esos trozos podrían también mostrarnos las vivencias que tiene el cuerpo materno, entonces lo que necesitó era configurarlo unificado, integrado. El reunir esos espaciados trozos (producto de sus intensos ataques sádicos), y el sentir en el hueco de su mano, le podían estar significando que esa pelota-pecho, esa pelota-mamá podían ser una parte buena unificada de su propio yo-cuerpo.

El pecho

Mayo '78

Sucede que desde hace algunas sesiones concurre con galletas, bizcochos, pero especialmente con pan. Incluso, en una oportunidad trajo una flauta entera, los cuales come. En esta ocasión trae un gran pedazo de pan; pero observo que acontece algo distinto: no lo suelta, para hablarle lo acaricia, lo acuna. Se la ve radiante, tranquila, mira al pan como esperando algo. Me besa.

Le interpreto lo contenta que está de poder incorporar buen alimento, buenas palabras, o sea una mamá buena. Al tiempo que puede tenerla para si, mirarla y controlarla, saber que no desaparece y de esa manera llegar a pensar que está siempre con ella, o sea, que no la pierde.

P.(Me mira, se sonríe, me besa, me pega afectuosamente en la pierna y con los labios recorre el contorno de la misma).

A. —Conocés con tus ojos, con tus manos, con tu boca... La boca también te sirve para conocer mi cuerpo. Tratás a mi cuerpo como trataste al pan. Para ti, son la teta de mamá.

P.(Agarra una muñeca: con una mano le toca el cuerpo, mientras que con la otra sigue sosteniendo el pan. El pan es blanco y tierno como la teta... Comiendo el pan, no te separás de mamá. No la perdés. Al comerla queda dentro tuyo.)

P.(Pone pan dentro de mi boca).

A.—Ahora mi boca tiene la teta.

P.(Luego pone el pan en el suelo. Sale al pasillo, entrecierra la puerta y se pone a balbucear. Vuelve, agarra el pan y parece hablarle. Cuando le señalo que la teta la estaba esperando y le puede hablar, exclama:) —*¡Ta!... ¡Ta!... ¡Sta!...* (Me acaricia la pierna. Vuelve al pasillo: al regresar se envuelve en un hilo. Luego me agarra la mano y juntas tenemos que ponernos a caminar).

A. —Ahora soy mamá. Estás con la teta y estás con mamá de la que no te querés soltar.

P. (Después de un rato me suelta dedicándose a abrir y cerrar la puerta con gran placer. En un determinado momento se cae; amaga llorar, al tiempo que con gestos, me pide que la levante.)

A.(Entendí mejor no hacerlo. A medida que el tratamiento me lo indicó fui reduciendo mi participación como yo-auxiliar. De esa forma, mis interpretaciones reemplazaron a mis actos, que en definitiva fueron por mucho tiempo los actos de Lara. Ella captó esta variante y poco a poco usó cada vez más su cuerpo y sus manos para lograr lo que quería).

A. —Ahora tú podés controlar tu cuerpo. Hasta ahora usabas mi cuerpo como tu cuerpo, y entonces yo tenía que hacer lo que tú no hacías.

P.(Se incorpora volviéndose a reír de esa manera tan especial: esa sonrisa que parece tener gran importancia afectiva para ella, pero careciendo de significado para mí. Deja el pan en el pasillo, riéndose cada vez más. Vuelve y agarra la muñeca. Se pasea con ella y con el hilo. La mira. Balbucea).

A. —Ahora estás con mamá; con todo el cuerpo de mamá y no sólo con su teta. Ahora no buscás la teta porque tenés a mamá toda para ti.

P. —¡Ta!... ¡Ta!... ¡Sta!

Setiembre '78

Ya hace varias sesiones que al entrar me besa, diciendo *Muu u... muuu... muuu...*

Para ella soy muu, la mamá buena, la que le da leche, leche–palabras buenas. He manejado profusamente con ella la equivalencia simbólica vaca – muuu — mamá –analista.

Comentarios sobre el pecho

De encuentros dominados por ansiedades tempranas llegamos a sesiones como ésta, donde puede defenderse de las mismas, mediante el clivaje (producto de su temprano yo). y así separar —delimitándolo--, el pecho bueno del pecho malo.

Ha colocado al pecho bueno (objeto parcial) en el pan, en el muuu, en su analista: este pecho libidinizado (amado) y gratificador queda distanciados así del pecho agredido (odiado) y frustrador.

Clivaje tan pronunciado que en determinadas sesiones no aparecen los intensos impulsos sádicos que la presencia del pecho bueno le reactivan. Es más, hasta la voracidad parece neutralizada frente a la presencia que este pecho bueno le acarrea. Como contrapartida de otros pasajes, cuando el clivaje zozobra, ha sucedido que es capaz de devorar pan casi sin detenerse, o pasar una sesión entera comiéndolo-desgarrándolo, y ahí parecía estar vaciando, sádicamente, del cuerpo materno, todo lo valorado.

Por eso cuando sus ansiedades están controladas artificialmente por dicho clivaje, puede disfrutar de las cualidades de ese objeto bueno, en la medida que está presente como gratificante y no presente como frustrante.

De este segmento podemos decir, asimismo, apoyándonos en Klein, cómo la incorporación del objeto bueno está vinculada al desarrollo del yo (la cual sería la parte vital del mismo). Esto es observable, en sus primeras palabras bosquejadas, en sus primarios juegos. en el control de su cuerpo (ir—venir, o agarrar-dejar) que implica poder saber cuándo quiere estar presente o cuándo quiere estar ausente, cuándo quiere estar unida, o cuándo quiere separarse del objeto.

Esto me permite suponer que también por la acción de ese incipiente desarrollo del yo, está intentando pasar del vínculo y posesión de objetos

parciales al vínculo y posesión de objetos totales. Basándome en este supuesto, tanteo tal movilización en mis interpretaciones.

Por tal motivo, cuando en la sesión, opto por manejar la muñeca como objeto total es porque entendí lo que ocurría como acciones rudimentarias de su precario yo en amagar alguna integración y que esto era importante preservárselo. Para hacerlo, interpreto lo que contratransferencialmente evalué: aceptar su búsqueda de integración y devolvérsela a través de mis palabras (Bion).

Por eso, a la muñeca la traté como un objeto total, si bien me quedaba la duda de que para Lara lo fuera (5).

Considero que estas fueron sesiones que permitieron conjeturar un movimiento hacia la integración en relación a un conjunto de sesiones donde predominaron los mecanismos de desintegración.

La existencia de sesiones como las presentadas en último término, fueron las que me permitieron y permiten un trabajo analítico.

He pensado que, con hechos de este tenor, esta pequeña me permitió experimentar situaciones donde uno tiene la impresión de estar orillando las vicisitudes de integración del yo temprano, del cual tan poco se conoce y que en niños, normales y neuróticos no resulta tan fácil captar.

Me Interesa ahora referirme a F. Tustin.

Todas las interpretaciones respecto al pan, fueron fluyendo de mí casi intuitivamente. Viéndola, pensaba que esta niña sólo ante el pecho podía vivenciar semejante éxtasis. En F. Tustin encontré el desarrollo teórico que confirmaría mi supuesto y que, a la vez, está ligado a las ideas de Klein sobre pecho bueno y malo aunque dichas de otro modo.

Menciona lo que en la jerga analítica parece conocerse con el nombre de **Formas Innatas**. Ellas serían palabras, objetos que constituirían el precedente físico de pensamientos y fantasías más tardíos”; se corresponderían, entonces, con el inundo externo.

Parte de la importancia que tiene en la experiencia de amamantamiento, junto a lo oral, lo olfativo, lo táctil, lo epidérmico, y supone: “En relación a esta experiencia nodular, parece darse una clasificación primaria en lindo y feo (liso-áspero; blando-duro; cómodo-incómodo)”.⁹

Lo lindo—blando-cómodo, serían aquellos materiales que operarían como formas innatas capaces de prolongar al propio cuerpo, serían el “**soy yo**”.

“Dichas pautas innatas parecen revestir un significado básico en las actividades de búsqueda del pecho”.¹⁰

Mientras que lo áspero-duro-incómodo, sería lo feo: sustancias duras, incapaces de tener flexibilidad y. por lo tanto, no pasibles de acomodarse al propio cuerpo. Serían el “**no soy yo**”.

Dicha experiencia se visualizaría como una ruptura en la continuidad física, un daño corporal, un agujero, y parece generar una sensación de desamparo.¹¹

En niños altamente perturbados, como en el caso de Lara, la recurrencia a formas innatas podrían llevar al desencadenamiento de la utilización de “**Objetos Autistas**”, como sustitutos del pecho.

Estos pequeños se valen de objetos autistas impregnados de las características de las formas innatas lindas para borrar la separación con la figura materna, acaecida en sus primeras experiencias de vida, y lo consiguen en la medida que estos objetos autistas son mantenidos como parte del yo, alejados en lo posible del no-yo.

Este tipo de niño psicótico ha sufrido una sacudida que ha Inducido en él un sentido exacerbado de separación física y actúa sobre la base de una aguda dicotomía entre el yo y el no-yo. Los objetos autistas del yo han de mantenerse a distancia del no-yo amenazador, y revisten un carácter anormal y

⁹ Tustin F., *op. cit.* p. 31

¹⁰ *Idem*, p. 31.

¹¹ Tustin, F. . *op. cit.* p. 29.

patológico.”¹²

En Lara, como es de esperar, no falta ni ha faltado lo uno ni lo otro: ni frustraciones ni objetos autistas. Se observa que cuando no le permito tocar mi pecho y se desilusiona, lo que ha sucedido es que, como no hay en ella ni un ápice de tolerancia a la frustración, se desconecta rápidamente de la situación que la frustra.

Por otra parte, creo no establecer una relación forzada si hago un nexo entre el pan y los objetos autistas. Muchas de las particularidades trabajadas anteriormente sobre este elemento encajarían dentro de la definición de estos objetos. El pan contendría las cualidades de las “formas innatas lindas”: es blando y suave: posiblemente la ha satisfecho como pezón—pecho durante mucho tiempo y lo ha vivenciado como una prolongación de su cuerpo o del cuerpo materno (6).

Esta misma pensadora, a la vez desde la perspectiva del yo-no yo, me abrió un nuevo panorama a la comprensión del mutismo. La resistencia a hablar estaría vinculada al no uso o a un uso determinado del lenguaje de las demás personas. Estos seres buscan mantenerse en el autoengaño de que las palabras ajenas deben ser ubicadas en el “no yo”, cuando son amenazantes; sólo que, en general, para ellos siempre lo son porque los acercan a la temida realidad.

De esta forma, las mantienen alejadas de su yo. Esto me haría decir que colocan al lenguaje en la categoría de lo inescuchable.

En algún momento Lara dirá: “... *No me hables, estoy cerrada*”, o “...*No quiero tus palabras: tengo las mías*”, o “... *No carmeneces despertázs el enojo; enojo está dormido, no quiero tus carmeneces*”.

(Marzo ‘83; 7)

¹² Idem, p. 68.

La cohesión, germen de la Integración

Mayo '79

P. (Se encuentra manipulando un muñeco: le pone un chupete en la boca: luego deja el chupete y agarra un lápiz que lo introduce en la boca del muñeco, cual chupete. Lo hace con tal fuerza que la punta se quiebra. Trata de romper el lápiz. Lo arroja contra el suelo y comienza a patearlo. Enfurecida, asimismo, patea la pared. Su expresión se torna ausente. Pasados unos minutos, me mira y dice: "...Rompe".

A. —Sí, rompe. La tela rota da leche rota y tú al tomarla te quedás rota.

P. (Deja de golpear, me mira y me reitera:) "... Rompe". (Se dirige a la caja, tararea, comienza a enroscar primero una de sus manos, luego un brazo, y parte de su cuerpo con un hilo.)

A. (Lara busca algo que la ate, que la una. No quiere estar sola. Lara quiere estar unida, entera.)

P. *Manos... Manió... Abace... Mamá... Gordá.* (Mientras dice esto, viene hacia mí para que le siga enroscando su cuerpo con el hilo. Es de destacar que más de una vez me ha llamado **mamá y gordá**).

A. (Lara busca las manos de una mamá para no sentirse rota. Que la mamá gordá la una... que la mamá gordá la abrace... Que te abrace y así no estás rota. Este jugar así con el hilo, continúa durante mucho rato y dadas las situaciones que se van creando pude también mostrarle cómo busca que le "ate" sus partes dispersas, que le haga conocer su cuerpo, su piel.)

P. (Se desenrosca y se mantiene un largo rato mirando fijamente el hilo, volviendo a intentarlo por sí misma. Sale al pasillo, entrecierra la puerta y

continúa fuera del consultorio manipulando el hilo en torno a su cuerpo).

A. —Ahora sos tú la que querés unirte. Ahora sos tú la que podés unirte. Primero buscaste una mamá que te uniera.... ahora buscás la forma de unirte tú sola... y así estar entera y no rota.

P. (Al volver, se queda mirándome y dice:) *Uno... Uno.*

Comentarios sobre la cohesión

El logro de esta sesión lo atribuiría especialmente a la capacidad de *insight* que esta niña fue manifestando, y a la concatenación de las sesiones precedentes donde, entre otras cosas, se le interpretó, insistentemente, acerca del pecho. Tal insistencia tendría un sentido; sabido es que tanto para el niño autista como para el psicótico, la experiencia gravital es la tenida con el pecho.

Ahora bien, cuando entre las dos podemos alcanzar el momento donde ella logra unirse y hasta parafrasear el **uno**, se han dado distintos fenómenos. Para introducirme en su estudio, comenzaría con la situación de frustración, al rompersele la punta del lápiz (pezón— pecho). Supongo que, todas las vivencias de separación, pérdida, ansiedades persecutorias se deben haber desencadenado dentro de ella en forma similar a lo anteriormente reflexionado, a tal punto que se desconecta de la realidad.

Cuando en un determinado momento, el pecho fue la pared, el hecho de observar cómo, mediante la identificación proyectiva masiva, podía colocar al objeto necesitado en otro espacio, me sirvió como indicador de que el consultorio se había vuelto el cuerpo materno. Pero un cuerpo roto y sin cohesión y ella, al quedar contenida en un cuerpo así, también quedaba rota, fragmentada. En su “rompe” parece explicitar sus vivencias de rotura.

De esta manera, hipotéticamente, podría estar mostrándonos que no sólo por incorporar objetos dañados rotos, llega a la vivencia de desintegrar sino que, al

no estar debidamente contenida llega a la experiencia de rotura: pierde la vivencia de su piel como límite.

Observemos que, cuando consigue sentirse contenida por el hilo-piel, puede vivenciarse poseedora de objetos buenos y vivenciarse unificada: “Manos... Abace... Mamá Gorda... Uno.

Hay momentos en que Lara me evoca a un pantano, este, con sus tierras fangosas, inestables, muestra cómo no ha podido integrar sus componentes y poseer una estructura firme. A veces cuenta con pequeños islotes de aparente solidez, pero la estabilidad que éstos parecen prestar es muy precaria. Además, está su carencia de sostén, de cohesión, su misterio.

Así es Lara. Su constitución inestable, precaria y (¿por qué no?) fangosa, hace que su integración sea lenta, en la medida en que tampoco ella puede dar cohesión a sus componentes internos. Sus fugaces momentos de integración son como los islotes del pantano que denotan aún una escasa solidez. En algunas sesiones (aunque acepto que son experiencias cada vez más reiteradas), alcanzamos una determinada integración, pero no es de extrañar, que al segundo vuelva al pantanoso hundimiento de la desintegración, al misterio.

En la teoría le debemos a E. Bick que en su conocido —escueto— insoslayable artículo dio una explicación conceptual a este tipo de experiencias.¹³

“La tesis es que en su forma más primitiva, las partes de la personalidad son sentidas como no *teniendo* ninguna fuerza que las *cohesione* y deben, por lo tanto, ser mantenidas unidas —de un modo que es experimentado por ellas, precisamente, mediante la piel funcionando como frontera. Pero esta función interna de contener las partes del *self*, depende inicialmente de la introyección de un objeto externo experimentado como capaz de realizarlo... Más adelante, la

¹³ Bick, Esther. La experiencia de la piel en las tempranas relaciones del objeto. Rev. de Psic. T XI, 1969

identificación con esta función del objeto externo pone fin a la no integración y origina las fantasías de espacios internos y externos”.

Desde Bick, esto podría pensarse: en la medida que no ha logrado aún introyectar una función materna capaz de darle una cohesión a sus partes disociadas, predomina en ella la identificación proyectiva masiva que la conduce a experiencias de desintegración plagadas de ansiedades persecutorias y depresivas.

Paralelamente, no le posibilita crear la percepción de “una piel funcionando como frontera”, para “contener las partes del *self*.”

Asimismo, la creación de esta piel psicológica permite la diferenciación de un adentro y un afuera, dimensiones que, a criterio de Bick, son las que permiten el interjuego de los mecanismos de proyección e introyección.

Todos estos son resortes mentales que abren el camino hacia la integración. Cuando esto fracasa, se recurre a una segunda piel (8).

El hilo, los brazos, el abrazo, mis palabras, quizás permitieron que en ese momento comenzara a vivenciar la existencia de una piel. Es evidente que, para el logro de la piel psicológica adecuada, deberá introyectar la función-cohesión dada por la analista—mamá en forma más frecuente y sólida dentro de su *self*

Es posible pensar que, aunque fugazmente, pudo haberla logrado cuando intentó por sí misma encontrar una unificación; es más, demostró poder ir aún más lejos y decir un uno.

El **uno**, entre otras cosas, como símbolo del objeto separado, único. diferenciado del otro. Representante de la unidad—unificada.

Con el **uno** ¿estaría atisbando el logro de tales dimensiones? ¿Nos estará — además— mostrando sus intentos de diferenciarse del otro como uno... como uno—unidad—unificada?

Después de Bick, no resulta desdeñable analizar este mismo fragmento desde

W. Bion para cotejar un mismo material desde posiciones teóricas cercanas.

En un momento dado, cuando la niña se siente rota al haber ingerido leche mala que la ataca y la daña, pensé que, desde Bion, Lara como el lactante, iba a necesitar un pecho bueno y para poder alcanzarlo tendría que expulsar al pecho malo. “El pecho es un objeto que el lactante necesita para ser provisto de leche y objetos internos buenos.”¹⁴

Por esta necesidad los objetos internos perseguidores y las partes no deseadas de la personalidad serían expulsados de sí y colocados en su analista.

No olvidemos además, en qué contexto general se estaba dando esta dinámica; junto a los perseguidores y objetos no deseados de su mundo interno, estaban los del mundo externo, los “objetos bizarros” de Bion; los cuales, como producto de su identificación proyectiva patológica poblaban el consultorio creando una realidad dolorosa y cruel al punto tal, que recurre a una situación autista como medio de escapar.

Es dable presuponer que, cuando Lara experimenta que su mamá—analista puede tomar estos objetos malos y transformarlos en buenos, ella entonces puede introyectarlos; o. cuando su analista puede contener lo malo sin devolvérselo, es que logra tararear y nombrar los objetos buenos introyectados: *manos... mamá... abace... mamá..... qorda*. Es decir, al expulsar lo odiado e introyectar lo bueno es capaz de salir de su experiencia de rotura e intentar cohesionar sus partes dispersas. Al suceder esto, es como que sus pensamientos siguieron aflorando.

“La madre (en nuestro caso la analista) funciona como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, y con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en

¹⁴ Bion, W., *Aprendiendo de la experiencia*. (1962). p. 54.

compañía, el miedo de estar muriendo, en tranquilidad. Esta capacidad de la madre de estar abierta a las proyecciones—necesidades del bebé es lo que se denomina capacidad de *Reverie* (ensoñación).¹⁵

Bion especula que la madre expresa al niño su amor a través del ensueño (revene). Sería la “fuente psicológica que satisface las necesidades del niño de amor y comprensión...”; de esta forma la lactante sería capaz de beneficiarse del *revene* (amor—comprensión) como se beneficia del pecho y de la leche que se le da.

“La capacidad de *reverie* de la madre es considerada aquí como inseparable del contenido...”. Amor y leche quedan para Bion unidos.

“Si la madre que alimenta no tiene capacidad de *revene* o si el *re verle* que da no es asociado con amor hacia el niño o su padre...” Amor y leche no se unirían.

El término *réverie*, puede deducirse, que es entonces atribuido por Bion a contenidos plenos de amor o de odio; dicho de otra forma, al estado psicológico de la madre con capacidad de odio y de amor.

“*Reverie* es aquel estado anímico que está abierto a la recepción de cualquier objeto”. Diríamos, del objeto amado y odiado; sería capaz entonces de recibir las identificaciones proyectivas del lactante, ya sean sentidas como buenas o malas.

“En resumen, el *revene* es factor de la función alfa de la madre”.

Por lo tanto en esta sesión, pienso, puede ser una mamá—analista con capacidad de *revene* que al transformar, luego de recibirlas, sus vivencias desagradables del pecho malo, puede procurarle alivio. Así pudo reintroyectar una experiencia emocional transformada y mitigada; en otros términos, reintroyectó la función alfa de la analista— madre. Función que en un principio la tiene la madre y que progresivamente la alcanzaría el niño.

¹⁵ Grinberg, Irán y otros, *introducción a las ideas de Bion*. Edic. Nueva Visión. 1973. p. 65

La mamá de Lara —que hace lo indecible por ser mamá— no logra, a pesar de sus esfuerzos (por la sería problemática de la niña), ser un continente de amor y comprensión para su hija. Esto hace que la madre se ofusque. se descontrola, dice que su hija la está rompiendo”, “matando”, “deshaciendo”. Cuando Lara pudo poner en palabras las vivencias que esta mamá le trasmite, puede decirle:

“Tú sos la mama de Cristina... de Santiago... de Guillermo... algún día vas a ser mía”, o *“Mamá,... ¿falta mucho para que tu seas sólo mía?”*, mientras le toma el rostro entre sus manos y la mira a los ojos. (Enero ‘83).

Además, unido a esto hay un factor externo: los cuatro hermanos nacidos después de ella. En su fantasía, el vientre materno siempre está poblado de bebés, de peligrosos rivales y la realidad parecería confirmárselo.

Por esto, siempre tiene negada la posibilidad del cuerpo de la madre; en sus fantasías nunca hay un lugar para ella. Tiempo después dirá: *“Mamá, haceme un lugar para mi... nunca me lo hiciste”*, o también: *“Estoy limpiando..., todo tiene que estar bien limpito, siempre esta sucio... de bebitos”*. (Ver dibujos 2 y 3 hechos uno a continuación del otro. Setiembre ‘82).

Este cuerpo materno, que en la realidad externa agrede con frecuencia, y en la interna es siempre atacado, herido, vulnerable, es para ella incapaz de contener su odio y su amor.

Más adelante reflexionará: *“Estoy metida adentro de la panza de mama... esta oscura, la panza es oscura”* o *“la panza siempre sucia... hay mucha basura”*. (Noviembre ‘82)

Desde Bion, agregaría que este fallo en la función de *réverie* del lado de la mamá recae sobre la quebradiza capacidad de frustración de Lara, acrecentándosele no sólo la patología de la misma, sino también la de los mecanismos de identificación proyectiva.

Esta intolerancia a la frustración —lo dice Bion y lo confirma Lara—, estaría reforzada por un alto monto de envidia, temor y voracidad (comprobados a lo

largo del tratamiento).

Mientras que, en opinión de Bion, a medida que se acentúa el uso de la identificación proyectiva masiva (o excesiva) se traba la posibilidad de pensar. O sea, esta perturbación de *réverie* materna, estaría perturbando muchos de los mecanismos psicológicos de esta pequeña.

Dos años y medio después... Ha pasado un largo período de trabajo analítico plagado de fenómenos psicológicos. Durante este período hemos avanzado y retrocedido desde el autismo a la psicosis y viceversa. No obstante, durante este lapso ha avanzado en su lenguaje, en su capacidad simbólica, en sus fantasías, en sus pensamientos, aunque no lo suficiente en el pensar. Nos hemos introducido tanto en su identificación primaria (sin diferenciación ni relación objetal) como en su búsqueda de imitación, ya con posibilidades de diferenciación y búsqueda clara de relaciones objetables. Hemos conocido mucho de su super— yo sádico, de su Edipo temprano, de sus posibilidades de tolerar un tanto mejor la separación. Sus crisis de fragmentación han desaparecido, las ansiedades tempranas están más controladas, han logrado un buen control esfinteriano y no manipula más sus heces ni su orina.

Ahora, en su psicosis, otro es el nodal: **Zoomorfismo.**

Zoomorfismo rico y extensamente expresado en su cadena estereotipada de dibujos comenzados en 1981, cuando tenía 5 1/2 años de edad.

Con respecto a estas realizaciones, hay determinados aspectos clínicos y teóricos interesantes de relatar. **Por un lado**, cuando sus dibujos le gustan, es común oírlos halagarlos: “*Mirá que divina esta la vaca*” o “*mirá que sonrisa*” o “*¡Que cola larga divina!*” (Desde Setiembre ‘82). También puede suceder que me pida que se los guarde o guardarlos ella en su caja. Por otro lado, los que no merecen su aprobación, los destruye. Es de destacar la frecuencia con la que rompe y descarta con rabia sus dibujos “*Feos*”.

Su madre me ha comentado que en lo cotidiano tiene un gran sentido crítico y no acepta lo que tiene errores o defectos.

Entendemos que toda creación al igual que la adquisición de conocimientos está sometida a un proceso de ensayo y error; con Lara no sucede así, se maneja exclusivamente con el ensayo y no admite el error. (Tengamos presente su intolerancia a la frustración.) Tal vez, por esto, en sus realizaciones no usa la goma (salvo en el último periodo); cuando algo no le sale bien lo destruye. En esta misma línea de perfeccionismo está su elevado interés en analizar la perspectiva de las cosas; por ejemplo, sostiene un animal entre sus dedos, lo aleja de sí, para enfocarlo a distancia y mientras lo va rotando, agudiza su visión.

F. Tustin señala que “Si la representación del objeto en el papel no se ajusta en medida suficiente al cuadro que tienen en su mente suelen destrozar la hoja llenos de furia y desesperación. La falta de ajuste entre el mundo externo y las propias pautas infantiles parece ser la raíz del problema en todo nivel. Entiendo que ello se debe, en parte, a una capacidad de discriminación tan aguda como precoz, a raíz de su alto nivel de Inteligencia, la hipersensibilidad de los órganos de los sentidos y posiblemente a un sentido innato de figura y forma.”¹⁶

¹⁶ Tustin, F. Op.cit., p. 118

Angustia de castración y angustia de mutilación

Agosto '81

(Últimamente, sus pensamientos están invadidos por una curiosidad: saber quién tiene o no tiene pito. Sus fantasías, preguntas, conductas, sus dibujos, giran en torno a ese punto.)

P. (La madre me informa que Lara agarró una tijera y se cortó el pelo de cualquier forma).

—*¿Por qué? ¿Por qué los varones la tienen? ¿Cristina tiene? ¿Los caballos tienen cola corta?* (Su hija Cristina nació en junio de 1981).

A.—Y tú tenés el pelo corto; te lo cortaste. *¿Quisiste, como los caballos, tener corta una parte de tu cuerpo?*

Setiembre '81

P. (Al escuchar el llanto de un niño): —*¿Llora?,... ¿Lloran los niños?*
(Al preguntarle qué piensa sobre eso): —*Lloran sí. ¿Le están arreglando la cola... Y lloran.* (Al preguntar por qué se le ocurre eso): *A Cristina...(Silencio)... Si... Con una ti. Con una ti... Con una tijera. ¿si? ¿no? ¡si!*

A. (Al señalarle que ella imagina que cuando la mamá le cambia los pañales a la hermana y le arregla la cola con una tijera, me interrumpe y dice):

P. —*¿Le corta el pitito?... Mamá le corta el pito a Cristina... Si, es una máquina..., es la cola de la maquina.* (Se está refiriendo a la enceradora y aspiradora, objetos a los que muchas veces hace alusión).

—*Las máquinas hacen ruido... ¿si?... ¿no? Las máquinas ladran. Hacen gaa gua. sankokai.* (Se pone a pelear como golpeando un personaje imaginario).

A.—Sankokai pelea mucho. Como tú estás peleando ahora. Pelea contra los malos. Como tú estás peleando contra mamá porque para ti mamá le corta el pito a las nenas cuando la cambia los pañales... Como pensás que también te lo cortó a tí.

P. —*Sí, sí. mamá tiene pito.*

A. —Posiblemente pensás que tiene el pito que imaginás te sacó a ti.

P. (A continuación discrimina que las madres tienen pito mientras que las mujeres no lo tienen). —*Mamá tiene pelo., pito y trompa* (Necesita ir al baño. Orina y defeca. En un determinado momento, desde allí me grita:) ——
¡Dejame la trompa.!

A. —Me sentís igual que mamá. Que soy capaz de dejarte sin pito, sin trompa. Necesitaste ir al baño para mirar tu caca como si ella fuera tu pito... Lejos mío.

P. (Al volver) —*Yo tengo la cola escondida. Yo la escondí.*

A. —Para que nadie te la corte...

P. —*Si. No quiero que me corten la cola larga.*

Octubre '81

P.—*Si tengo... Aquí en la cola. está escondido* (Se mira los genitales), —*Veo el pitito, el pito está escondido, dejamelo.* (Le reitero, como le mostré en la sesión precedente, como en muchas otras, el temor que le corte el pito como su mamá. Que para ella soy la mamá mala que la puedo dejar sin lo que tanto valora).

P.—*Hacele la colita* (Alcanzándome un dibujo) —*Así parece un perrito.*

A. —Y... ¿no estarás pidiendo que te haga un pito en tu cuerpo? Que te de un pito y que no te lo saque. (Mientras le dibujo la cola al perro).

P.—*¿Mamá me lo saco fuerte?... Guaguaguagua.* (Se pone a caminar como un perro en cuatro patas).

Desde aquí, simultáneo a las fantasías de castración imputadas a la madre, comienzan a acentuarse sus dibujos de animales. Abandona prácticamente la figura humana. Lo mismo hace con el material de la caja. Deja de lado todas las figuras humanas y trabaja casi exclusivamente (o más bien sin el casi), con los animales (de tela, de plástico, etc.). Algunos tienen en su caja: muchos los lleva y trae de su casa.

Noviembre '81

P. (Toma un caballo gris y con la tijera le corta una pata, razón por la cual no se puede mantener parado. Esto recién se logra mucho tiempo después cuando me pide que lo cure).

A. —Ahora tú como mamá, cortándole una parte al cuerpo del caballo, como imaginás que mamá te lo hizo a ti. (Comienza a dibujar caras de niños, pero sin el cuerpo). ¿Por qué será que no hacés el cuerpo de las niñas?

P. —*Porque se fueron.*

A. —Desde que pensás que mamá te sacó una parte de tu cuerpo el pito. parece que no hay más niñas.

P. (Dibuja un elefante. Lo borra. Dibuja otro y lo recorta. Hace una niña, la que también recorta). —Ahora se fue.

A. —La que se fue es Lara.

P.—*Esto es el uno. Se fue el uno.*

A. —Con la pérdida de una parte de tu cuerpo, dejás de ser tú. Desaparecés.

P. —*¡Una vaca! Mirala qué divina* (Sigue dibujando, hace una niña). *Una nena. Se quemó la mano con fuego.*

A. —Mientras que la vaca es divina, tiene cara de contenta, nada le pasa en su cuerpo. La niña está lastimada. Muchas veces cuando hacés una niña, su cuerpo está dañado. Le falta una parte.

P. —*La niña ya no tiene cuerpo.* (Ver dibujos de 4 al 6 donde trato de documentar su pasaje de las figuras humanas a las de animales, incluyendo en esta serie las niñas “**Que ya no tienen cuerpo...**”).

Comentarios sobre la angustia de castración y la angustia de mutilación

Esta, y otras sesiones similares me permitieron analizar la actitud de Lara, una

niña psicótica, hacia el pene y sus fantasías de castración y mutilación.

Puede plantearse por qué establezco esta alternancia; respondería que parte del material me lleva a ello y. para explicarlo, subdividiré en tres apartados el análisis en fragmentos:

A) Por un lado, vínculo el término castración (como pérdida) con el de mutilación, más a lo pregenital que a lo fálico genital; porque éste es, en definitiva, el plano en el cual más se manejó esta pequeña.

Ella me enseñó que, en determinados momentos, para entenderla, debía analizar estas fantasías como material seudofálico ligado a experiencias de pérdidas tempranas (orales y anales, fuertemente teñidas en ella de frustraciones) y no a la pérdida de un pene como atributo masculino.

El pezón, el pene, la cola, una pata, en esa niña se hacen homólogas, perder una, es perder la otra. Así, esta pequeña nos remite una y otra vez a lo que se va, a lo que se pierde,... pero está dispuesta a no perder.

Con estas pérdidas se enfrenta a su no ser, al vacío. Deja de estar: “Las *niñas se fueron*”,... “*Se fue el uno*”. Ella es el agujero. Recordar en este sentido la entrevista de juego, cuando atravesaba con un palito el agujero de una madera. Recordar también, en esa misma entrevista, el abismo de su mirada. Ahora diría: tanto el agujero como el abismo la estarían representando.

B) Por este surco, me acerqué al segundo entendimiento: al de su ser. Por este camino, también me inclino a analizar estas secuencias más como angustia de mutilación que de castración.

La fantasía de perder una parte de su cuerpo, en ella, está íntimamente ligada a algo que la trasciende..., deja de existir. Su problema es el del individuo que se siente incompleto; lo que está afectado en ella no es su pene, es su persona. (“*La niña ya no tiene cuerpo*”).

Por eso admito que, en algunas oportunidades, analizamos estas fantasías, no como fantasías sexuales, sino como su terror a ser mutilada. Es obvio que no descuido aquí la vinculación entre castración y mutilación en la mujer desde la

perspectiva kleiniana. En la mujer, como lo vemos en Lara, la fantasía de perder el pene la lleva a fantasías de pérdidas más profundas: las de su ser, las de su cuerpo.

Así como de sus contenidos internos (bebés, penes, heces) viven-ciadas por ella como mutilación y ricamente expresada en sus dibujos, donde a todas las nenas —luego de la acechanza de la madre que imagina castradora—, les falta precisamente la parte inferior del cuerpo.

C) Desde Klein, nuevamente puedo darle otro giro a este material, frente a lo cual, no escatimo en reiterar que fue trabajado con Lara desde estas y otras posibilidades, de acuerdo al momento analítico que estábamos transitando.

Si partimos de que sus tendencias libidinales (orales, anales, uretrales) estuvieron siempre Impregnadas de excesivo sadismo (gráficamente expuestas a lo largo de este trabajo), deducimos que, como consecuencia de los ataques a la figura materna haya incorporado una imago sumamente agresiva y cruel. Por Klein, suponemos que esta imago materna daría lugar a un super—yo igualmente agresivo, que no sólo imposibilitaría su desarrollo genital, fijándolo en el período pregenital, sino su progreso intelectual (punto que destacaremos en el próximo subtema)

En la medida que en su mundo interno ha construido una imago tan terrible, a la cual acusa de su falta de pene (*“Me lo saco fuerte”*), decide salvaguardarlo omnipotentemente. En sus fantasías logra tenerlo escondido dentro de su cuerpo: *“El pitito está escondido aquí en la cola”* (pene anal), o en sus animales: *Guaguagua...* (ladra muy feliz después que le dibujé la cola al perro).

Zoomorfismo. Los papeles

Noviembre ‘82

Previo a transcribir fragmentos representativos de este subtema, explico que

durante todo este último período, Lara se fue introduciendo más y más en su mundo de animales. La identificación lograda con ellos es de tal magnitud que reproduce con fidelidad casi todas sus voces: relincha, cacarea, muge, ladra, aúlla, etc.

Como anécdota y como situación descriptiva, recuerdo que en algunas sesiones, al ladrar, maullar, cacarear, logra reproducir con tal exactitud esos sonidos que el perro de casa le responde con sus ladridos y gruñidos, quedando ambas voces unidas. En situaciones como estas, la expresión de su cara muestra un disfrute total (10).

Con los animales ha construido una familia: vaca–mamá; elefante o caballo–papá; perro–Lara. En general, omite representar a sus hermanos. (Las representaciones varían, a veces la mamá puede ser un caballo u otros animales, pero en general suelen darse como en esta sesión).

P. (La familia de animales está charlando; se propone bañarse entre ellos; se cuidan. De pronto el hijo-Lara se asusta porque el papá—caballo relincha muy fuerte: al llorar asustado, tanto la mamá como el papá acuden a ayudarlo. Mientras los cuida, golpea su propio cuerpo una y otra vez contra el lavatorio, con mucha fuerza).

A. —Cuidás el cuerpo de los caballos pero no cuidás tu cuerpo. Tu cuerpo de niña, de persona.

P. —Te lavo la boquita...

A. —Tal vez querrías lavarme la boquita para que no te siga hablando.

P. — Te lavo la boca para que no hables más, vení, vení que te lavo.... *¿querés bañarte junto con tu hijito?... mirá como nada* (Relinchos gozosos)... *y como pasean*.

A. (Al mostrarle lo contentos que están todos unidos, cómo se hablan–relinchan. le interpreto que con esta familia de animales logra lo que con su familia no puede obtener).

P. —*iNo!... ¿por qué tocaste el botón?* (Detiene el juego. Rápidamente toma

pequeños papeles. Los corta y mete en el agua. Prende la luz; son las 4 de la tarde y el sol está radiante)... —*Vení mam, bañate... es la mamá de papel, ahora mamá es de papel estos son papeles mugrientos.*

Noviembre '82

P. (Como lamentablemente el dibujo que grafica la escena que precede no pudo preservarse, lo sustituyo con otro que ilustra la misma temática, pero esta vez con una loba—mamá, realizado en una sesión cercana a la presente. Dibujo 7).

(Se encuentra muy entretenida y plácida bañando a sus animales.

Luego dibuja un rinoceronte—mamá con su hijito, posteriormente sumerge los papeles en el agua, bañándolos cual si tuvieran corporeidad: en un determinado instante empezó a manifestar enojo y le corta las mamas al rinoceronte—mamá. De pronto se pone a gritar:))...

—*En el ojo, en el ojo. ¡el agua no!... si el agua se pone en la frente y entra para adentro, ¿que pasa?...el cuerpo mío esta cerrado! ¿qué pasa con las cosas rotas?* (Le señalo que parece tener el cuerpo cerrado para que no entre nada de afuera, porque si eso le ocurre, el cuerpo puede romperse)... —*Si! crack... así.. y salen los huesos.*

A. —Y ¿qué será lo peligroso?... ¿el agua? ¿Será la leche? ¿Las palabras? ¿Las caricias? (Comienza a enojarse cada vez más). El rinoceronte—mamá estaba con el hijito en el agua... Ahí comenzaste a gritar que el agua se metía en tus ojos, en tu cuerpo. Además, ¡qué cara de mala tiene la mamá...!, tal vez le dijo palabras malas a su hijito que al meterse dentro de él lo lastimaron,..., o le dio leche mala, porque le cortaste la parte donde tenía las tetas. Ya no tiene tetas.

P. —*Son mamás. ¡Mamás! La vaca esta jugando sola porque el perrito se lastima, la vaca le pego, ¡no vuelvas a hacer así!* (Le dice la vaca al perro—hijo: luego comienza a emitir una serie de voces animales, entre las que intercala el

siguiente diálogo de animales, modificando los tonos de cada uno de los participantes).

Mamá–Vaca: Lo *tiré* (al hijo–perro)

Papá–elefante: *¿Por qué lo tiraste? Ahora te sentás acá. La encierro en una bolsa de nylon y la tiro. La rezongo no te muevas de ahí. Estas en penitencio... ¿Te vas a portar bien? Bueno, entonces te saco. Dale un besito a tu hijo. No lo tires más, porque te mando otra vez a la penitencia.*

Hijo–perro: *Ladra.*

Padre–elefante: *Tu no tires a la vaca porque si no te vas a la penitencia. Amacenes! Amacenes los dos... ¡cómo se abrazan!... ¿la tiraste? entonces tu te vas a la bolsa... ¿te vas a portar bien? ... Bueno.*

A. —El elefante—papá le dice a la mamá y al hijito cómo deben tratarse. A la mamá que no le pegue al hijito, que lo quiera, que lo abrace; y al hijito que no le pegue a la mamá.

P. —*La mamá y el hijito se bañan. El tipo no tiene miedo que le entre agua!... Lo besa, lo tiro, lo abraza.*

A. —Parece que ahora el hijito no *tiene* miedo que le entren cosas de la mamá dentro del cuerpo. Recibe rezongos pero también muchos besos y caricias.

P. —*Si. abracenle los dos (amacenes ha sido interpretado como “ámense”)*

Diciembre ‘82

P. (Entra enojada y se mantiene gritando con estruendosos sonidos onomatopéyicos; más de lo habitual) —*Así gritan los animales.*

A. —Sí, así gritan y tú cada vez que algo te molesta gritás como si fueras un animalito. No podés poner en palabras lo que no te gusta. Hablar como las personas.

P. —*¡No y no!*

A. —Como que te da miedo ser una persona. Ser una niña.

P. —No. No quiero ser persona. Hay cosas que se escapan. (Al preguntarle qué será lo que se escapa, lo que se pierde): —El *gato se puede perder. Quiere ser libre, ir al bosque... ¿Está el lápiz?* (A partir de ahí, empieza a preguntar por distintas cosas de la caja que vivencia haber perdido. Digo vivencia”, porque muchas están visibles; otras, como la goma, no son fáciles de localizar entre el entrevero de dibujos y material. Su ansiedad va en aumento al no encontrar la goma).

A. —Tampoco yo lo sé. Podemos buscarla. Así como estamos buscando a Lara. A Lara persona... que se perdió. Y ahora está la Lara que (grita como un pájaro), quiere ser un animalito. (Se acurruca contra mí). Porque tiene mucho miedo de ser persona.

P. *¡Ah! ¡Estos ¡Esto!... mi vaca... mi caballo.*

Diciembre ‘82

A medida que se acercan las vacaciones se van haciendo más intensos sus ataques a mis palabras y a mi cuerpo.

P. *¡No! No me interesan. No me interesan tus vacaciones. Mira mis animales., mi vaco., mi papa (elefante). No me interesan. Los dulces sí. Quiero que me den dulces.* (Me pega).

A. —Mis vacaciones son para ti algo amargo. Por eso te aferrás más a tus animales. A las cosas dulces que parece tenés cuando estás con ellas.

P.—*No me hables más. Porque no! Yo me hablo yo...*

A. —Sólo te importa tu mundo de animales. Ahí te sentís protegida, feliz. Es un mundo donde sólo están tus palabras. Esos animales son mudos, no hablan. No tienen voces. Sólo hablan lo que **tú querés que hablen**. Sólo hacen lo que tú querés que hagan.

P. (Me pega y escupe). —*No me mires. No me veas. Cerrá los ojos. Te corto las pavadas. Tus ojos son malos* (hay un silencio)... —*El agua se fue porque estaba sucia, vamos a cambiar el agua.* (Lo hacemos entre las dos. Me mira

mucho. Se sonrío y me abraza). (11)

Comentarios *sobre los papeles*

Previo a los Comentarios sobre **Zoomorfismo**, no querría desatender una frase de Lara por el contenido analítico Implicado: *“Es la mamá de papel... Ahora mamá es de papel. Estos son papeles mugrientos...”*.

Destaco como Información complementaria que trabajó con hojas de papel casi todo el tratamiento. Debe recordarse incluso, las sesiones iniciales, cuando luego de haber casi galvanizado los papeles, configuró con ellos una pelota. En muchas oportunidades los papeles representaron a sus hermanos, a sus padres, a mí, a ella misma.

En el primer pasaje de este conjunto de sesiones, cuando parece que mi interpretación la perturbó, la pequeña se separa de los contenidos simbólicos en los cuales estaba, cambiando de juego, así como otrora retrocedía al autismo cuando quería desprenderse de algo molesto.

Sin embargo, en un matiz imperceptible, me sigue mostrando cómo perduran en ella remanentes autísticos, al recurrir al papel y atribuirle la significación de “madre”.

Desde Meltzer, podemos encontrar un determinado entendimiento. Evidentemente, él continuó investigando los aportes de E. Bick acerca de la necesidad del self y de los objetos externos, de tener o no espacios internos para dar lugar a los mecanismos de introyección y proyección. Así ha compuesto posibilidades dimensionales que van desde la unidimensionalidad, pasando por la bidimensionalidad, tridimensionalidad, hasta llegar a la tetradimensionalidad (posición depresiva).

Y el PAPEL como objeto bidimensional ha atraído su atención.

Lo bidimensional apunta a superficies planas, chatas, sin adentro ni afuera, sin defensas, no resistentes a ser penetradas y por tanto incapaces de dar sostén

ni función (le cohesión. En Bick, sería el período en el cual no se vivencia ni el afuera ni el adentro, mientras que, posteriormente, con la posibilidad de cohesión, el individuo alcanzaría la tridimensionalidad.

Ahora bien, en el autista los que predominarían serían los objetos bidimensionales, mientras que en la posición esquizo—paranoide, los tridimensionales comenzarían.

Lara, clínicamente, pienso que me permitió experimentar sus mundos bi y tridimensionales. Mientras prevalece en lo bidimensional, la madre puede estar representada por un papel, una lapa, un trapo, por el cual ella puede deslizarse pero no penetrar. Madre que ella fantasea como papel—chata, carente por lo tanto de contenido, de función de cohesión, de réverie, si se me permite utilizar diversos perfiles teóricos, a pesar de los intentos de la madre para que la niña no la vivencie de este modo.

Cuando, en la sesión, mis palabras la frustraron al mostrarle su clivaje en lo familiar, Inmediatamente reviví en ella a esta mamá bidimensional, incapaz de contener sus fantasías: *¿Por qué tocaste el botón?... Es la mamá de papel... estos son papeles mugrientos.*

Comentarios sobre zoomorfismo

Al Igual que sucedió con las sesiones que anteceden, considero que éstas son de por si muy ilustrativas respecto a su inserción en el Zoomorfismo; cómo allí construye una familia; cuál es la dinámica que crea entre sus componentes; cómo aparecen diferenciadas, tanto las figuras parentales como las fraternas. Asimismo, es interesante mirar qué fue ocurriendo con sus dibujos durante ese periodo: fue cambiando la morfología de las figuras humanas, pasando a las de los animales dentro de un proceso muy particular, mostrando allí su alta capacidad gráfica (Ver dibujos 8 al 11).

Esta recurrencia a lo animal, a mi modo de ver, indica más de una causalidad:

a) Por el clivaje, crea una mamá–mala, que le corta la “cola–pene” y una mamá-buena que se la da.

b) Por el clivaje, logra: **un mundo-animal-bueno**, donde todos tienen “cola”. Es un mundo ideal, donde las figuras masculinas y femeninas — indiscriminadamente— tienen cola, y nadie corre el riesgo de ser mutilado–castrado, salvo cuando ella lo decide, como decide también restituirle la parte mutilada. Y un **mundo–animal–malo**, donde hay diferencias anatómicas, donde existe la castración imputada, en sus fantasías, a las madres. Recordar la sesión donde para ella las que tienen pito son las madres (*Tienen pelo... pito... tromp*); las madres lo tienen *todo*, mientras las mujeres—nenas no tienen nada.

c) Por el clivaje logra: **distanciarse** (omnipotentemente) **de la mamá–mala** y por lo tanto controlar las ansiedades persecutorias; por el mismo sistema logra liberarse de la culpa y de las ansiedades depresivas.

d) Por el clivaje, logra: **huir del pene frustrador** y reencontrarse con el pene gratificante, en ese escenario animal, porque está presente, porque la protege, porque la hace reencontrar con situaciones de ternura al tiempo que establece límites. En este contexto aparece un papá capaz de mandar en lo afectivo y en lo conductual, de establecer límites entre ella y la mama.

Mientras que en la realidad, salvo alguna situación aislada, no sólo se ha convertido en un padre que no está presente.

e) Por este “reino animal” (desde que éste surgió no se han dado más las ausencias autistas) logra desconectarse de la realidad focalizándose en la vida y en los diálogos de sus animales. Por eso, con todos los cuidados que esta asimilación teórica me provoca, diría que si bien el autismo y el “reino animal” son **dos recurrencias psicológicas totalmente distintas**, con ambas logra desvincularse de la realidad, de las personas, del conocimiento y. en este sentido, se me hacen inasimilables.

Como ilustración, en un momento la escuché decir: No me hables. Me gusta

ser libre!... Por eso no quiero tus palabras... o Dejame dibujar. No carmeneces. Dejame vivir. (Al interpretarle —en uno u otro caso-, que si mis palabras entran en ella, pierde sus posibilidades de ser libre, de vivir). *Sí... No me dejas vivir. Me sacas la libertad,* comprendemos que continúa colocando las palabras en ese no-yo amenazante (Tustin) o convirtiéndolas en objetos peligrosos (Klein) (Marzo '83)

Pero, en lo que no las veo asimilables (sin contradecir lo antedicho) es que a pesar de todo, el **zoomorfismo** aparenta ser una especie de puente-ligador que la está conectando —aunque con dificultad— a la realidad.

f) También cabe pensar que Lara, al colocar el ideal del yo en estos animales externos, los convierte en **objetos idealizados y amados** por poseer, dadas sus proyecciones, las partes buenas de su yo.

De esta manera, establece relaciones de tipo narcisista. Vínculos narcisistas que a su vez estarían denunciando sus intentos en lograr relaciones indiferenciadas entre ella y los objetos. Proyectando e introyectando partes propias, desdibuja la diferencia entre el yo— no-yo; por lo cual continuaría demorando su inserción en la realidad (Considero que estas proyecciones incluyen tanto partes buenas como partes malas).

g) La identificación **zoomórfica perturbaría** asimismo, **su dificultad en desarrollar el lenguaje**. Meltzer lo diría así: "... puede verse que las identificaciones empobrecidas y los aspectos deshumanizados de los objetos no estimulan el deseo de comunicarse, sino sólo el de controlar o el de despertar la obediencia de los objetos".

h) El zoomorfismo sería también una **traba al conocimiento**. Si aceptamos que mediante este fenómeno diva y niega la realidad, diríamos que con él lograr trabar al proceso cognoscitivo de tal manera que arriesga el conocimiento en cualquiera de sus planos. Lara se negaba a conocer lo que la rodeaba.

Bion, es preciso cuando muestra cómo el clivaje altera el manejo de los símbolos y por lo tanto de los sustantivos y los verbos. A Lara, por ejemplo, la

escuchamos decir: “*Sí el agua se pone en la frente...*”

En consideración de este escritor, “... la capacidad de formar símbolos depende: 1) de la posibilidad de aprehender objetos totales; 2) del abandono de la posición esquizo-paranoide con su consiguiente escisión; y 3) de la reunión de las partes escindidas y la entrada en la posición depresiva”.¹⁷

Meltzer vincula esta dificultad en penetrar en el proceso de desarrollo mental, por los celos posesivos característicos del autista y que siguen incidiendo en el post—autismo. Explica cómo esta dificultad “...se la ve con marcada intensidad en niños autistas y en niños cuyos impulsos hacia la maduración son muy débiles, de modo tal que desean permanecer infantiles o morir. Lo cual significa, para su inconsciente volver—a—dormir—dentro—de—la—madre”.¹⁸

Bion resalta que junto a los problemas del lenguaje, del pensamiento, del pensar, del dolor frente al aprendizaje, etc., cuando está obstruido el impulso de curiosidad, el desarrollo del aprendizaje y la negación del mecanismo por el cual trata de manifestarse, hacen imposible el desarrollo normal”.¹⁹

O sea, se obstaculiza el pensar. Dicho de otra forma, como lo observamos en Lara, que en la escuela no presenta aún excesiva curiosidad ni interés, ni tendencia a dinamizar sus pensamientos, estaría corriendo el peligro de cercenar su pensar.

Últimamente, sin embargo, se están dando cambios muy positivos; se interesa y hace planteos hasta ahora desconocidos en ella y —lo que es más— buscándome como interlocutora de sus pensamientos.

Por otra parte (Marzo ‘83), ha incorporado figuras humanas en sus dibujos y en sus juegos. Entre sus animales, hay indios, soldados y muñecos. Asimismo,

¹⁷ Bion, W., *Volviendo a pensar*, Ed. Paidós, 1977, p. 42.

¹⁸ Meltzer, D., *El proceso psicoanalítico*, Ed. Paidós, p. 49.

¹⁹ Bion, W., *Aprendiendo de la experiencia*. p. 33

ha retomado cada vez en forma más sostenida, los cuidados maternos hacia sus muñecos. Mientras tanto, en la escuela, la madre me contó que toda la clase había aplaudido a Lara cuando —sorpresivamente—, se puso a leer palabras de un texto (Abril '83).

En estas circunstancias, pienso, alentada, que por la transferencia positiva ha podido convertir el cuerpo interno y externo de su analista en un sostén para sus deseos de conocimiento y de aventura.

Ella, al escudriñarme con sus vínculos libidinales y agresivos (sin el exceso de ansiedades pasadas) me recuerda por momentos a un animalito desprotegido, que atreviéndose a sacar la cabeza del escondrijo, explora el cuerpo analista—materno y luego vuelve lentamente a protegerse, pero no ya en su escondrijo autista, sino en uno más próximo a nosotros: el **zoomorfismo**.

Aquí no podemos dejar de pensar en Klein, cuando sugiere la idea de que la exploración del cuerpo materno sería el umbral del impulso epistemofílico. El cuerpo-materno, como la llave del conocimiento. Esta posibilidad implica entrar en las **identificaciones**, precursoras de los símbolos, engranajes de la sublimación.

i) Respecto a si el **zoomorfismo** puede ser entendido como una **identificación** podría resumirlo así:

a) Identificación proyectiva: por sus fantasías omnipotentes, lo que Lara logra es que los animales se parezcan a ella. Ellos son los que tienen y asimilan sus aspectos; así como los de sus figuras parentales y se comportan —en sus fantasías—, de acuerdo a los modelos que ella les atribuye.

b) Identificación introyectiva: esta niña se identifica con los animales, en sus voces: los imita con precisión: en muchos de sus movimientos: camina, por ejemplo, en cuatro patas o salta o sacude sus miembros como ellos; en las **comidas**: gusta comer alimentos naturales, crudos (papas, carne, cebollas, zanahorias, etc.).

Como digresión, que no puedo dejar de soslayar, esta predilección por los

alimentos naturales me ha hecho pensar en la leche de la lactancia: en general, el primer alimento que ingerimos es la leche materna, alimento natural por excelencia, sin cocciones previas. ¿Será éste, otro de sus vericuetos psicológicos para reencontrar el pecho materno?, al ingerir comidas naturales.

Muchas son, entonces, las posibilidades con las cuales podemos comprender esta estructura defensiva que la aparta de la realidad... del “agujero” (Tustin)... de la “bidimensionalidad” (Meltzer)... de la ausencia de *revene* (Bion).

Y que le permite —omnipotentemente— pensar que, en su mundo de animales, alcanza, entre otras cosas, también la **libertad**.

Si nos recordamos las entrevistas iniciales, sus padres habían dicho: “... ella sólo quiere estar **libre**”; **mientras** que Lara en múltiples sesiones, algunas de ellas transcritas en el trabajo, ha dicho: “*El gato se puede perder, quiere ser libre, ir al bosque...*” (Diciembre ‘82) o “*No me hables, me gusta ser libre..., con tus palabras no me dejas vivir. Me sacas la libertad....*” (Abril ‘83).

Entonces, para Lara, ser libre, alcanzar la libertad, implica refugiarse ¿en lo autista?... ¿en lo no humano?... ¿en lo animal?

Conclusiones

A modo de conclusión, transcribiré unos párrafos de Tustin que, luego de leídos, se comprenderá por qué los seleccioné:

“La capacidad de efectuar una reconstrucción imaginativa de la experiencia primitiva es importante en la terapia aplicada a niños autistas. La expresión de dichas reconstrucciones por medio de palabras resulta útil tanto al terapeuta como al paciente: *este último, de manera gradual. ‘capta el sentido’ de este proceso y comienza a hacerlo por sí mismo. Comienza a interponer palabras y, posteriormente, pensamientos (lenguaje interno) entre el impulso que lo lleva a la acción y su ejecución. La capacidad de interpretación del terapeuta parece*

proporcionar un aparato mental (hasta que el pequeño pueda desarrollar el suyo propio), que permite sostener la tensión y demorar la acción en función de las posibilidades externas y de su propia capacidad. Al utilizar la mente del terapeuta como agente auxiliar intermediario, los procesos somáticos de descarga inmediata, gradualmente se transforman en estados mentales... El terapeuta debe actuar como intermediario del paciente en ese sentido hasta que éste pueda comenzar a utilizar las expresiones simbólicas evocativas que le permiten conferir formas y sustancia a los terrores invisibles e Innombrables que surgen de las profundidades de la mente y que a todos nos acosan”.²⁰

Considero que este párrafo de F. Tustin puede sintetizar mi trabajo con Lara durante estos 5 años y lo uniría a un pensamiento: todos tenemos siempre algo que decir —también Lara a pesar de su mutismo inicial—, y como psicoanalista debía darle la oportunidad de hacerlo.

Juntas partimos desde su silencio y desde su soledad hasta que pudo dar en el **lenguaje**, formas a su misterioso y terrorífico mundo interno.

Me quedaría por agregar que ahora nos encontramos en su **experiencia zoomorfista**, que si bien por un lado es uno de los aspectos más seducibles para una futura investigación, por otro, no deja de denunciar su seria patología.

Además, mientras continúe recurriendo a clivajes tan patológicos, sabemos que seguirá demorando sus posibilidades de alcanzar la posición depresiva.

Su posición depresiva e integración son dos procesos inseparables, pienso que en Lara uno y otro se dan muy enlentecidamente. No tanto por no ser capaz de incorporar un objeto bueno total, sino porque no logra preservarlo aún dentro de ella. A pesar de todo esto, creo que va en camino de lograrlo (12).

²⁰ Tustin, F., cit., p.134

Notas

1. Esta paciente le fue presentada al Dr. D. Meltzer en agosto de 1979.
2. Todos los subrayados del trabajo son personales.
3. En este escrito, se encontrarán subtemas. O sea, temas teóricos que destaco entre otros para su estudio. La diagramación de los mismos es más artificial que real. Recurrí a este artificio para orientarme en la exposición y orientar así la comprensión. Lo considero un artificio porque cada uno (o varios) de estos subtemas pueden estar —o están—, integrando los restantes.

La selección de estos subtemas no me resultó fácil. Para explicarlo, tomo a F. Tustin: “La presentación de material psicótico se halla plagada de dificultades y antes de referir la labor clínica llevada a cabo desearía analizar dicho material.

En primer lugar, se da el eterno problema del uso de las palabras para describir lo que originariamente eran expresiones no verbales...

En segundo término, el material obtenido de pacientes psicóticos inevitablemente resulta tan inconexo que es imposible enunciarlo como un teorema de lógica. Trátase de un material muy primitivo...

En quinto término, el lector puede tener la misma reacción atmosférica que yo ante el material presentado. Al cabo de una de esas sesiones anoté: Me resultó muy difícil concentrarme en el curso de estas sesiones. Sus palabras flotaban en derredor mío como una capa tangible que me rodeaba de manera que me resultaba difícil concentrarme y prestar atención a su significado...

Por otra parte, no vendría mal cierta compenetración con la atmósfera de las sesiones... Es de esperar que el material sea lo suficientemente gráfico como para que tenga lugar una participación constructiva.”

4. Camino a los 18 meses: “Muchas veces se cae porque no mira al caminar. Es torpe en sus movimientos..., cualquier día se mata”, dice la madre.
5. Si hablo de “conjeturas”, “supuestos”, “tanteos”, “dudas” es porque todo esto sigue aún siendo muy hipotético para mí.

6. En esta misma categoría pondría a los chupetes, a sus perros, a sus elefantes y a otros objetos que trajo de manera persistente durante largos períodos y que fueron analizados como partes de su cuerpo o del materno, o de su analista.

7. No Carmenececes... no Cristinaleces (por Cristina, su hermana), y otros, era una forma de modificar el nombre de la persona que no quería escuchar.

8. Pero en Lara no sólo existiría la preocupación de encontrar para sí una superficie–límite–piel–cohesión, sino que esta cualidad la tengo que tener yo. aún hoy, aunque más esporádicamente, tiende a recorrer con la venía de sus dedos la piel (le mi cuerpo, para luego mirame satisfecha y tranquila.

9. La teoría de la función alfa postula la existencia (le una función de la personalidad. denominada función alfa, que opera sobre las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales percibidas, transformándolas en elementos alfa. Los elementos alfa son pues, aquellas impresiones sensoriales y experiencias emocionales transformadas en imágenes visuales o imágenes que responden a modelos auditivos, olfativos, etcétera en el dominio de lo mental; son utilizados para la formación de pensamientos oníricos, el pensar inconsciente de vigilia, sueños y recuerdos. Las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales no transformadas son denominadas por Bion *elementos beta* (Introducción a las Ideas de Bion”). L. Grinberg y otros, p. 58).

10. El disfrute y la risa junto a situaciones dramáticas tales como las que pueden darse en las fantasías de mutilación, hacen pensar en defensas maníacas que esconden un fondo depresivo. Tustin piensa que unido a lo maníaco —tan frecuente en los niños autistas y psicóticos—, está lo depresivo.

11. Que de la lectura de los últimos fragmentos no emerja la idea de que en cada una de las sesiones logramos tal grado de comunicación. Las hay, aún hoy, plagadas de silencios y me omite introducida en su mundo de animales o en sus dibujos.

12. **Especialmente destaco que**, el no haber incluido directamente a S. Freud no significa que he excluido a Freud. El está presente en cada uno de los autores

que cito tanto como lo está en mi pensamiento pero —reitero—, tratándose de una pequeña con perturbaciones autistas y postautistas, pude entenderla mejor desde otra línea de pensadores.

La interpretación en la Psicosis

*Dr. Carlos Mendilaharsu **

Agradezco en primer término a las autoridades del Congreso el haberme designado Discutidor de los relatos sobre Interpretación y Psicosis. Es realmente una satisfacción para mí poder hacerlo con los trabajos presentados por compañeros psicoanalistas que muestran indiscutiblemente, ser investigadores en el psicoanálisis de la psicosis.

El tema es polémico y se refleja en los trabajos, que si bien presentan algunos puntos de convergencia, también ponen de manifiesto posiciones teóricas y actitudes técnicas diferentes. En una primera aproximación, podríamos decir lo siguiente: los tres autores nos informan claramente sobre sus conceptos sobre la psicosis. De Paola apoya su marco teórico en pilares derivados de Klein y los postkleinianos, Bion, Rosenfeld y Segal particularmente, y parte de la premisa de que la psicosis puede ser analizada sin variar el método interpretativo empleado para la neurosis. Torres, partiendo de las bases fundamentalmente freudo-lacanianas no se pronuncia en forma afirmativa; considera que el método interpretativo tal como se le define y entiende en la neurosis no es posible en la psicosis. Al no existir en el paciente la estructura desiderativa, al no haberse constituido el orden del deseo como en la neurosis el tratamiento

* Colonia 1611– Montevideo

Discusión de los relatos presentados sobre el tema en el VII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. (San Pablo, 1988)

sólo es posible en la medida en que el analista lo aporte y “haga transferencia”, hecho que permitirá o será la forma de instituir ese orden ausente en el paciente. Berenstein, si bien presenta una interesante concepción sobre la psicosis, considerando la desorganización psicótica como el emergente de una estructura familiar inconsciente, no nos informa en este trabajo sobre sus ideas en relación con la posibilidad de interpretación, su lugar, su forma, etc. Nos dice, sí, que cree que el tratamiento de la familia puede ser ubicado en una teoría y una técnica psicoanalítica. ¿Debo deducir que Berenstein toma personalmente a su cargo el análisis del psicótico y de su familia o analiza al psicótico individualmente haciendo regularmente sesiones con la familia o introduce otras variantes? El tratamiento de la familia es dejado por los otros dos relatores (y en general por casi todos los que trabajan en este campo) a cargo de otros técnicos.

Yendo más al detalle creo conveniente detenerme en los dos puntos muy ligados entre sí y jerarquizados en los trabajos, relativos, uno a la génesis de la estructura psicótica, el otro, a la interpretación.

Con respecto a la génesis los tres relatores presentan hipótesis sobre la misma. Hay acuerdo en cuanto a su relación con los primeros meses de vida y sus mecanismos mentales y a la asociación con una carencia temprana y fundamental. Berenstein y Torres describen el medio familiar con cierta extensión. Torres destaca sobre todo la carencia de la función materna. Berenstein aporta conceptos personales de transparencia y opacidad en relación con el desarrollo temprano y el establecimiento de límites o por el contrario la indiscriminación, postulando una fase del vidrio anterior a la lacaniana del espejo. Destaca la importancia del lenguaje dentro de una teoría de las relaciones objetales, que lleva en condiciones habituales al establecimiento de objetos hablantes en el mundo interno. La demarcación entre mundo interno, mundo vincular y mundo social es condición, a su juicio, necesaria en este proceso. Si estos objetos son introyectados con características disociadas y/o

fragmentados el Yo también tambalea. El lugar del padre que conceptualiza como función paterna se aproxima a la Ley del padre y a la castración simbólica lacaniana que constituyen la falta esencial en la psicosis. La sustitución del mundo social por el materno y familiar de la madre origina un desplazamiento hacia la endogamia con borramiento de la diferencia generacional y de los sexos. Acuerdos y pactos inconscientes del tipo enloquecedor—enloquecido constituyen la forma de mantenerse en esta estructura. Se puede afirmar que tanto Berenstein como Torres consideran a la psicosis como una estructura particular distinta de la neurosis.

De Paola, por el contrario, no establece una distinción tan nítida: la frontera entre neurosis y psicosis es para él menos definida desde los descubrimientos de Klein y los desarrollos seguidos por sus continuadores sobre las ansiedades precoces vividas en términos psicóticos. Como todos los kleinianos rechaza la idea de estadio autoerótico y del narcisismo primario previos a cualquier relación objetal, hecho que también lo separa de los estructuralistas americanos que consideran en la psicosis la fijación y regresión de esos estadios. Al modo bioniano, considera una parte psicótica como integrante de la personalidad de cualquier persona, donde predominan los mecanismos primitivos del Yo para lidiar con ansiedades ligadas a las relaciones de objeto de las etapas precoces del desarrollo. Esta parte puede dominar a la personalidad total. No está de acuerdo en considerar a la psicosis como una “enfermedad familiar” y al paciente sólo como una expresión de esa enfermedad, como víctima de las proyecciones de su familia.

El lugar del narcisismo es señalado por los tres relatores. En nuestro medio Garbarino ²⁹ ha teorizado la psicosis dentro de la patología grave del narcisismo haciendo hincapié en las perturbaciones de las identificaciones primarias.

²⁹ Garbarino, H. “Estudios sobre narcisismo”. Biblioteca Uruguay de Psicoanálisis. Vol. 2 1986

En cuanto a la interpretación misma, que es el tema del Congreso: especificidad, alcance y propiedad de la interpretación en el área de la psicosis, solo haré referencia a los trabajos de Torres y De Paola. La exposición teórica de Berenstein centrada en la estructura familiar inconsciente en la cual el Yo psicótico se encuentra inmerso, no hace referencia a la interpretación. Sólo dice que lo llamado psicótico reúne un tipo de manifestación en la conducta del paciente que desencadena en el analista perplejidad y extrañez y opera mediante la ruptura del contexto lingüístico y semántico. ¿Es legítimo deducir de esta afirmación que no hay posibilidad de interpretar propiamente en la psicosis?

De Paola, por el contrario, al considerar una parte no psicótica en los pacientes psicóticos, desde ya admite que puede tener lugar una relación transferencial de tipo neurótico. Destaca dentro de esta posibilidad, a mi juicio muy justamente, las condiciones básicas que debe poseer el analista dispuesto a analizar psicóticos. Lo hace en términos de la capacidad de tolerar las ansiedades despertadas por el nivel de las angustias primitivas que emergen en la situación transferencia–contratransferencia y la necesidad continua de autoanálisis o de reanálisis periódicos. El analista puede temer vivenciar la misma situación psicótica que el analizando por movilización de ansiedades propias no elaboradas. Para De Paola éste es el origen o causa profunda de las teorías que niegan la posibilidad de analizar material psicótico predominantemente en la personalidad del analizando. Si bien estoy de acuerdo en que éste puede ser un factor importante, no creo que sea el único. Hay otros factores que dependen del momento del trabajo y muchas veces lamentablemente de la cristalización y endurecimiento de los dinamismos psicóticos actuantes en el proceso, donde el analista se ve impedido o limitado de actuar analíticamente y tiene que adoptar otras medidas.

Estudia De Paola con agudeza el concepto de identificación proyectiva donde destaca, siguiendo a Rosenfeld, los aspectos destructivos como modo de ataque o fusión pero también su importancia como medio de comunicación preverbal. La interpretación del material psicótico necesita la comprensión del material preverbal. Berenstein le adjudica a este mecanismo un lugar importante en la psicosis pero al parecer sólo sustituyendo a las manifestaciones del pensamiento verbal. Tomando como base los conceptos anteriores, De Paola considera que salvo algunas adecuaciones del setting que apuntan exclusivamente a proseguir la tarea, la interpretación en el análisis de psicóticos poco difiere de la de los análisis de neuróticos. La transferencia no necesita desarrollarse ya que está allí desde el comienzo.

Como he dicho anteriormente, Torres se aparta de esta posición. Señala adecuadamente a mi juicio que al no ser la psicosis una categoría homogénea, la exteriorización clínica y el trabajo en el campo pueden modificarse sustancialmente pero agrega y en esto difiero, que en conjunto, a] no darse la base desiderativa Inconsciente, no hay posibilidades de interpretar en sentido estricto. Se pregunta sobre el carácter de sus intervenciones: su participación más activa, la imposibilidad de una verdadera atención flotante, etc. La asociación libre le parece también dudosa. Subraya la exigencia y el esfuerzo personal por parte del analista y la necesidad de un equipo terapéutico que proporcione coordinación, adaptación. etc. y recursos grupales de distinto tipo. El valor práctico de esas acciones son indudables pero plantea dudas con respecto a si los resorte teóricos son de orden propiamente psicoanalítico. Sin embargo, considera que la función materna, cuyas falencias han tenido tanta importancia en la génesis de la psicosis, puede ser *asumida* por el analista como forma de instituir el deseo del paciente.

Después de esta visión necesariamente esquemática donde he tratado de

sintetizar las posiciones de los tres relatores, no creo que tenga que llegar a conceptos de irreductibilidad entre sus respectivas teorías y prácticas. Diría que cada una de ellas tiene su parte valedera. Cada analista usa con derecho teorías y modelos propios asentados sobre su experiencia y sobre conceptos extraídos de *autores* que valora que lo han precedido, conceptos que ha procesado internamente y desarrollado en forma muchas veces original. Esto ha sido explicitado abiertamente por las grandes figuras del psicoanálisis después de Freud, por Bion, Klein, Winnicott, Lacan, etc. El pluralismo teórico es importante, da lugar a la polémica creativa. Además creo que la complejidad de lo que llamamos psicosis, en la diversidad de sus expresiones clínicas, admite lo distinto y plural. Hay evidentes diferencias, que inciden sobre la posibilidad y forma de actuación del analista, entre el paciente psicótico crónico institucionalizado varios años y el paciente que en el curso del tratamiento hace un brote psicótico o el que llega al consultorio en ocasión de esos primeros brotes, o el paciente que está en tratamiento una vez finalizado el brote, etc. En el curso de cerca de 30 años de trabajo con psicóticos he enfrentado una amplísima gama de situaciones.

Las reglas fundamentales que caracterizan el método analítico en las neurosis no pueden cumplirse en todas las situaciones mencionadas, lo que inevitablemente da características particulares a la actividad del analista. La asociación libre, aunque sea formulada, no es frecuentemente puesta en juego por el paciente y esto por distintas razones: porque ha entendido en una forma personal la explicitación de la regla; por disturbios en el campo del lenguaje (que mencionaremos luego) y que condicionan alteraciones en la comprensión; otras veces son largos silencios en que la transferencia psicótica delirante adopta un carácter definidamente negativo. La fantasía habitual en esta situación es que el analista, debido a la actuación de fenómenos proyectivos, se convierte en un intruso que quiere meterse dentro de su pensamiento. Es obvio que cualquier intervención en esta forma de transferencia será sistemáticamente descartada,

rechazo que puede ser explícito o más sutilmente anulado por “no oí lo que dijo” o “no entendí” o por una tergiversación del sentido de la intervención con carácter netamente defensivo.

También la regla de abstinencia en el curso del trabajo con psicóticos sufre múltiples transgresiones que inciden en la transferencia y en la actividad interpretativa. Estoy de acuerdo con O. Mannoni cuando dice que un brote agudo en el psicoanálisis del psicótico se anuncia por una llamada telefónica del paciente o de la familia. Un analista clásico como Rosenfeld comienza algunos análisis en pacientes institucionalizados y luego en los casos favorables continúa en el consultorio, recibiendo informaciones del personal de la institución sobre la conducta del paciente durante las interrupciones. Esta conducta es frecuentemente seguida en nuestro medio con este tipo de paciente. La institucionalización que parecía algo absolutamente inevitable en pacientes crónicos muy agresivos, felizmente es menos frecuente desde que un amplio espectro de drogas permiten evitarla o reducirla en el tiempo. En mi país, es muy habitual que los psiquiatras envíen psicóticos a un psicoanálisis y que los sigan controlando desde el punto de vista de la medicación.

En el contrato que establezco inicialmente para trabajar con un paciente psicótico exijo dos condiciones: Una, contar con una persona de la familia que se haga responsable de la concurrencia del paciente al consultorio, del pago de los honorarios, etc. y a la cual puede recurrir en diversas situaciones complicadas que surgen en el análisis del paciente. Es una elección difícil de realizar, porque los familiares directos que son los que acompañan casi siempre al paciente en las entrevistas iniciales, son personas en general muy perturbadas. La otra es la participación de un psiquiatra con formación analítica que se hará cargo de la medicación en el caso necesario, de las entrevistas que soliciten los familiares, de la indicación de la terapia familiar y/o individual de otros integrantes u otras formas donde la inclusión del paciente o no, será decidida por el analista y el paciente de acuerdo a la marcha del trabajo. Cuando se trata

de un brote agudo que requiere medicación, mi conducta es que las sesiones continúen al mismo ritmo anterior al brote. Si el paciente se niega a continuar las sesiones en la institución, en caso de estar internado, espero que el paciente pueda concurrir al consultorio. Searles³⁰ que se autocalifica analista no clásico hace traer al paciente por el personal de enfermería o se traslada a la habitación del paciente si esto no es posible. En los últimos años varias líneas psicoanalíticas sostienen la necesidad del trabajo sistemático con la familia pero esto se realiza de distintas maneras. Los colegas conocerán la técnica que García Badaracco³¹ desarrolló y perfeccionó a lo largo del tiempo y que le ha permitido realizar profundas investigaciones sobre la estructura psicótica por lo que me eximo de consideraciones más extensas. *En nuestro* medio formas diferentes de trabajo con el paciente y la familia han sido desarrolladas por analistas como Gadea, Morón y Vares.³²

Coincido con los autores que describen frases en el mismo, especialmente en una primera fase “sin contacto” o de “aparente falta de contacto”, de un período inicial pre—simbiótico y un período posterior simbiótico que se resuelve en condiciones favorables en un período final de separación gradual y particularmente delicado. Sin embargo, esta fase sin contacto la he encontrado solamente en casos crónicos que inician un tratamiento psicoanalítico.

En las condiciones que acabo de resumir brevemente el problema de la interpretación requiere ciertas puntualizaciones. No voy a exponer mi teoría personal sobre la psicosis que he tratado en anteriores publicaciones:³³ sólo diré

³⁰ Searles, H. *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona. Gedisa, 1980

³¹ García Badaracco, .I. TI psicoanalista trabajando con pacientes psicóticos *Rev. de Psicoanálisis*, 40: 19-26, 1983

³² Gadea, H., Morón. R. y Vares. A. *Comentarios acerca de la técnica con psicóticos*. Jornadas de A.P.U. Montevideo. 1987.

³³ Mendilaharsu, C.: *Una preposición revolucionaria Into*”. *Rev. Urug. de Psicoanal.*, 62:25-32. 1983.

Mendilaharsu, C.: *“Algunas reflexiones Sobre el pensamiento y lenguaje en la psicosis*. *Temas de Psicoanal.* 6; 1985.

Acevedo de Mendilaharsu, S.: *“Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis*. *Rev. Urug.*

que para poder interpretar es cesado tener una o distintas hipótesis sobre la estructura específica y sobre los dinamismos en juego. En mi concepción sobre el aparato mental de este tipo de paciente coincido con De Paola en la existencia de una parte no psicótica capaz de establecer transferencia.

Las características yoicas que tienen su origen en las primeras etapas del desarrollo por fallas en las primeras identificaciones, son las de un Yo con múltiples clivajes y una organización endeble que hace que sus funciones y sus estrategias defensivas estén perturbadas en forma sistemática, poniendo en juego dinamismos primitivos. Por otro lado postulo la existencia de un sector destructivo de la personalidad constituido básicamente por introyectos malignos, con características del no—vínculo entre sí, que he llamado núcleo amalgamático. Este acumula a partir de la hora O, en el curso de la vida, las experiencias negativas que hacen cada vez más fuertes en su función perturbadora. No puedo extenderme sobre las distintas eventualidades que se dan cuando la invasión del sector destructivo desorganiza y fragmenta a este Yo y a sus configuraciones narcisistas poco cohesivas. El núcleo amalgamático desde luego, sin *potencialidad* transferencial, queda al margen de la tarea interpretativa que se cumple con el Yo restante por medio del que se instala una transferencia narcisista. En esta “atmósfera” enrarecida por dinamismos psíquicos primitivos donde la identificación proyectiva patológica y el clivaje predominan, se justifica la denominación de transferencia psicótica. En algunos pacientes, adolescentes y/o adultos, aparecen “modelos relacionales” vinculados con la identificación adhesiva de Meltzer.

En las primeras etapas del tratamiento evito en general la intervención propiamente interpretativa: considero que lo fundamental es la actitud receptiva, firme, de paz, y tranquilidad, que De Paola describe con gran justeza. Esto no significa desconocer la posibilidad de algunas interpretaciones precoces como lo

sostiene De Paola pero no lo considero siempre posible.

La interpretación propiamente dicha, tal como se la puede entender en la neurosis, necesita no sólo de un vínculo transferencial, aún cuando éste sea inestable, sino del restablecimiento de la interacción dialógica si se ha producido una ruptura previa con funcionamiento monológica del sujeto. En trabajos anteriores hemos estudiado sobre bases lingüísticas en un sentido pragmático e interactivo (Behares) el lenguaje esquizofrénico. La producción verbal interdiológica requiere desde luego la conservación del valor signo de la palabra y de su significación compartida. Coincido con Berenstein en que la ruptura del contexto lingüístico ocurre frecuentemente en la psicosis, pero no lo extendería a todas sus formas ni tampoco a una permanencia o fijeza en el tiempo. Puede ser “momentos” en los que evidentemente la interpretación no tiene lugar.

Por último: ¿qué se busca con la interpretación en la psicosis? El analista dirigido en gran parte por la intuición y por sus reacciones emocionales actúa, interpretando en dos sentidos: 1) El primero, orientado a la reconstrucción del Yo, puede en forma gradual lograr que “fragmentos” dispersos del mismo puedan ser reincorporados a través de dinamismos introyectivos. (Searles va más allá de esta línea sosteniendo que reconstruye el Yo del paciente en su propio aparato mental y se le devuelve al paciente una vez unificado.) En este proceso intervienen decisivamente identificaciones con el analista. 2) El segundo se dirige al delirio y a los fantasmas psicóticos. Este es un proceso extremadamente lento y gradual que encuentra en primer lugar “la pétrea muralla de la convicción delirante”. No hay que olvidar que el delirio es una neorealidad que en determinado momento resulta vital para el paciente. Las estructuras delirantes tienen infinitas formas con participación variable de fenómenos alucinatorios y de fragmentos pseudológicos, a veces constituyendo el existir del paciente, mientras que en otras situaciones ocupan un sector, muy “escondido” constituyendo *lo* que he llamado en trabajos anteriores “subsistemas delirantes”. La tarea de ir desentrañando esa maraña delirante en

la que intervienen dinamismos psíquicos patológicos combinados en fórmulas distintas, en simultaneidad con el proceso de reconstrucción yoica, puede llevar a un paciente psicótico, en un largo lapso, a recobrar su individuación, a volver a ser humano y vivir en paz en un mundo socializado y compartido.

Pequeña historia de un Centro de día para niños psicóticos

El lugar del psicoanalista

*Maren Ulriksen de Viñar**

A Roger Zagdoun, **

Pierre Nguyen ***

Jean-Marie Menguy ****

y a los equipos médico-psicológicos
de Bezons, Argenteuil y Herblay.

La primera pregunta ante estas **notas** es qué lugar puede ocupar **un** proyecto de Institución para niños psicóticos y con graves alteraciones de desarrollo, en una revista de una asociación de psicoanalistas, cuando, a la evidencia, se trata de una Institución dentro del campo de la asistencia psiquiátrica.

¿Se tratará entonces de psicoanálisis aplicado? ¿Aplicación de un modelo teórico a una situación concreta, llámese Institución, niño enfermo, familia, equipo, o interrelaciones en la institución? ¿De psicoanálisis Individual en la Institución, lo que Implica las condiciones necesarias para realizar la cura? ¿O

* Joaquin Núñez 2946

** Médico—Jefe del Intersector de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Argenteuil, Val d'Oise, Francia.

*** Médico—Jefe Adjunto, responsable del Equipo de Sector de Herblay.

**** Médico Responsable del Equipo de Sector de Argenteuil.

psicoanálisis **de** la institución como propugnan algunas corrientes a través del valor terapéutico de la micro—sociedad institucional que Incluye en ella al psicoanalista?

Estaríamos en el campo institucional frente al riesgo de “*placa ge*” del psicoanálisis transformándolo en lo que no es: modelo referencial teórico—clínico que dé cuenta del funcionamiento mental y de la patología individual, de los grupos humanos, de la institución.,operación de aplicación que al mismo tiempo lo vacía de su especificidad, que es un modo particular de la escucha, en una situación definida, en un marco que permite desplegar formas relacionales propias del analista y del analizando, permitiendo una reconstrucción y una creación en el proceso mismo.

*Colocar la teoría al comienzo y utilizar los datos y sus correlatos llamados técnicos para “aplicarlos” a lo concreto de tal o cual situación artificialmente asimilada a aquello que se ha conocido en llamar situación analítica, no puede sirio alterar la escucha, desviar el proceso, y por consecuencia ocultar el debate.*¹

Las preguntas planteadas son aquellas que atraviesan necesariamente, para poder funcionar, a todo analista trabajando en una Institución de asistencia (o de cura), aún en aquellos servicios poco institucionalizados como es el consultorio externo. Las interrogantes sobre el psicoanálisis y, el psicoanalista en la institución, recorren el lugar y la función de cada uno en ella; al ser evitadas, no pensadas, no formuladas en palabras, no Inscritas en el funcionamiento de la institución se estructuran, en el silencio, como supuestos implícitos, polos de atracción de proyecciones, de Idealización, de actuación de conflictos y de perversión, cerrando el círculo con la evitación y obturación de una discusión abierta. Quedan por ahora apenas esbozadas estas preguntas, que merecen una

¹ J.L. Lang: *Psychanalyse et Institution de cure pour Enfants?*. Conferencia, Noviembre 1980, Biblioteca A.P.U. (traducción personal)

atención y un amplio desarrollo que desborda este trabajo.

Para mayor información sobre estas cuestiones, el lector puede referirse entre otros, a la obra ya clásica de P.C. Racamier, a los excelentes trabajos de J.L. Lang. Maud Mannoni, B. Penot. y otros, así como a los clásicos trabajos de José Bleger.

Mi propósito con este trabajo es dar cuenta de algunos elementos de reflexión que desde la práctica Institucional y desde el trabajo de un equipo permitieran el nacimiento de *un* proyecto y la apertura de un centro de día especializado. Deseo transmitir parte del recorrido que hicimos para imaginar y crear una institución para niños psicóticos que se postulara **terapéutica**, incluyendo en ella la dimensión psicoanalítica.

El problema a pensar es: ¿Psicoanálisis para hacer qué en la institución? Como lo señala J.L. Lang (ob. cit). *“es ésta la pregunta mas filosa y que hay que plantear sin ambigüedad”*. Trataremos de circundarla en filigrana a lo largo de este trabajo.

A pesar de la profusión actual de artículos sobre las instituciones de cura, y los importantes aportes teóricos y clínicos sobre la psicosis infantil, no me parece posible evitar esta coyuntura fundante que es el transitar de un equipo por la peripecia de su praxis, y por el trabajo de **creación** de un proyecto, anclado en la historia de ese equipo, que pasa a constituir un ideal del grupo. Función ésta indispensable para investir el trabajo con niños psicóticos. Ideal de un equipo que no debe confundirse con elevar al lugar de ideal al psicoanálisis como sistema teórico o explicativo, lo cual no dejaría de ser una vez más un engaño.

Un poco de historia

Luego de ocho años de trabajo en asistencia psiquiátrica de policlínica, pluridisciplinaria, destinada a los niños y sus familias en un área suburbana de la región parisina,² el equipo se cuestiona sobre el limitado alcance de los recursos terapéuticos empleados para responder a la demanda de niños psicóticos y con trastornos graves del desarrollo, a excepción de aquellos casos seguidos durante años donde fue posible conjugar la participación de la familia con los esfuerzos de varios intervinientes.^{3,4}

A lo largo de esos primeros años, se había logrado disminuir sensiblemente la edad de la primera consulta y el equipo se veía confrontado a un número importante de niños pequeños con las graves dificultades señaladas. En una primera instancia se propuso ampliar el trabajo con estos niños y, además del seguimiento individual, se recibió una tarde por semana a un grupo de preescolares a cargo de tres terapeutas (psiquiatra, psicólogo y educador) y paralelamente, la asistente social se puso a disposición de los padres en la sala de espera, organizándose a partir de ahí el grupo de padres.

² Me refiero a la Salud Mental organizada en Francia en la llamada Psiquiatría de atención de Sector, a cargo del Estado, donde la atención es gratuita. El pilar organizador es la sectorización de servicios siguiendo la distribución de la población por áreas geográficas de responsabilidad que permite implementar la atención de acuerdo a la doctrina de servicio público de salud, es decir permitiendo una cobertura igualitaria, **universal, integral, eficiente** y **oportuna** de los problemas en Salud Mental. En otras palabras, la instalación de los equipos y del Servicio, en el **lugar** de vida de los niños y sus familias, de la escuela, de los lugares de recreación y de vida social, permite tomar a cargo los cuidados adecuados y continuos, desde el nacimiento hasta la edad adulta.

³ Entre estos recursos se cuenta con consultas terapéuticas individuales y familiares, terapias psicoanalíticas de lenguaje, en psicomotricidad, educativas, de apoyo, así como seguimiento por asistente social

Este equipo terapéutico⁵ se reunía semanalmente para evaluar su trabajo. Al cabo de tres años, los doce niños que pasaron por el grupo evolucionaron favorablemente, pero en forma limitada.

La Impresión compartida por los terapeutas fue la de estar frente a una demanda muy intensa de vínculo hacia los adultos de parte de estos niños, para lo cual ni el tiempo de trabajo ni el intervalo semanal permitían responder. Se hizo evidente la necesidad de brindar a estos niños una estructura terapéutica capaz de recibirlos todos los días, varias horas por día. Tres elementos fundamentales surgieron aquí: la necesidad de **disponibilidad** personalizada de un terapeuta a la escucha de la demanda del niño, en un **tiempo suficientemente largo, con un ritmo** de frecuencia diaria, y la necesidad de disponer de otros **espacios además de la sala de juegos.**

Se constituyó un grupo interdisciplinario para estudiar un proyecto y contando con la aprobación del médico jefe del Sector, se transmitió regularmente la información del trabajo a los otros equipos del Sector, con el fin de recoger sugerencias, aportes, discrepancias.

Me parece importante anotar que ese equipo tuvo una relativa autonomía para crear un proyecto concreto, dentro de las directivas generales de salud.

Fue necesario partir de tres limitaciones:

1) la dependencia administrativa y de gestión del hospital zonal general, que implica ajustarse a una normatividad administrativa;

2) las limitaciones presupuestales, obligaron a ajustar los objetivos del centro y limitar el número de niños a integrar;

3) cumplir con el imperativo de la política en Salud Mental, de financiar sólo

⁴ Como ejemplo, ver: "El Desamparo desde la clínica de un niño psicótico", de Maren Ulriksen de Viñar. Rev. Urug.de Psicoanálisis, N^o 67, pag.33-53. 1988.

⁵ Todos sus miembros tienen formación psicoanalítica, pero su tarea no es la de psicoanálisis ni de terapia psicoanalítica.

proyectos por programa, para lo cual fue indispensable el trabajo previo de policlínica y su evaluación que objetivo las necesidades y las carencias existentes.

Por último, esta institución debe necesariamente estar articulada con los tres equipos trabajando en el área del Sector de Psiquiatría Infantil, ya que ellos reciben las primeras consultas y desde ahí se propone al niño para su ingreso en el Centro.

El proyecto

Principios generales

El Centro de día es concebido como una institución abierta 6 a 8 *horas* por día, toda la semana, cuya finalidad es ser un lugar de **recepción** y **cuidados** de niños pequeños, de 2 a 7 años, presentando una patología grave del desarrollo. En esta patología se incluyen cuadros muy diversos, principalmente las psicosis infantiles precoces (autismo infantil precoz y psicosis simbióticas), las parapsicosis, las disarmonías evolutivas y otros como las neurosis graves y los trastornos de la personalidad.

Dentro de esta patología grave, la experiencia clínica muestra que la mayoría de estos niños lograr aunque sea parcialmente el acceso a formas rudimentarias de comunicación, preverbales o gestuales, donde se reconocen sectores sanos, o menos enfermos, a través de los cuales se esboza la relación al otro, rudimentos de la función simbólica y la movilidad potencial de la estructuración en curso. De ahí el interés de comenzar un cuidado intensivo de estos niños en etapas precoces del desarrollo.

Para lograr el diagnóstico precoz y la derivación al equipo de Salud Mental es indispensable apoyarse en una red de conexiones de trabajo y de confianza entre el área de Salud Mental y los servicios de Protección Materno–Infantil.

La perspectiva del Centro es la de situarse como un recurso más del Sector, ampliando y diversificando los medios terapéuticos, siendo un lugar de pasaje para el niño y de ningún modo un lugar de Instalación de por vida. Está entonces fijado de antemano un momento de entrada, no más allá de los 5 años, y un momento de salida, no más allá de los 7 años.

El objetivo durante ese tiempo de pasaje, será a través de la acción terapéutica intentar revertir la patología en curso, en vías estructuración, apoyándose en las potencialidades del niño para transitar por una nueva experiencia relacional, por una otra historia, con el equipo del Centro, que le permita en el mejor de los casos, pasar de un lugar asignado de alienación a un lugar de sujeto entre otros.

El centro se propone también trabajar de modo articulado, aunque independiente, con el área Preescolar y Escolar (Ministerio de la Educación Nacional). Esto implicó durante el estudio del proyecto reunirse con los Inspectores del área, para informarlos y lograr posteriormente el acuerdo de mantener la inscripción escolar del niño durante su estadía en el Centro, inscripción que permite para algunos niños la integración a tiempo parcial en el Jardín de Infantes, y para otros la posibilidad de una integración futura en el circuito escolar.

Nos pareció importante la función simbólica que cumple esta instancia de mantener la inscripción del niño en la escuela, el lugar natural del niño normal, siendo el mismo tiempo un modo de respetar la ley de integración escolar vigente en Francia.

El centro puede ser entonces una alternativa al Preescolar, o un lugar complementario, pero su función es radicalmente diferente. El Preescolar permite al niño la socialización, aporta una estimulación al desarrollo global, sensorio motriz, cognitiva, relacional, utilizando técnicas educativas y de juego, flexibles pero programadas siguiendo y apoyándose en el ritmo normal y espontáneo del desarrollo del niño.

El Centro de día reconoce las fracturas, los retardos, las desviaciones del desarrollo **de cada niño en particular, y actúa tanto** a nivel individual del sufrimiento y la demanda de cada niño, como a través de la estructura y del colectivo Institucional.

Pensar las funciones terapéuticas de la Institución

Psicoterapia institucional. El lugar del psicoanalista

Nos parece importante rescatar de las diversas experiencias Institucionales, el papel asignado al **encuadre**, entendiendo por tal al que hace referencia a la ley, al lenguaje, a las relaciones interpersonales, a la estructura familiar, reconociendo éstas como bases Indispensables para la construcción y desarrollo de la persona.

El encuadre sostiene la estructura propia de la institución que va desarrollándose en el sentido diacrónico, en una historia institucional, con un estilo particular.

En la corriente **de** la Psicoterapia institucional se ubica la acción terapéutica (o enloquecedora) **en y por el “Colectivo”**.⁶ Básicamente el paciente psicótico es recibido por un grupo humano (equipo “*soignant* de cuidados) que constituye el Colectivo, en tanto conjunto complejo, dinámico, que muestra y oculta y que se estructura y funciona de manera propia en cada Institución.

Maud Mannoni sostiene que es sobre el encuadre en el cual el paciente está tomado (agarrado), que hay que actuar.⁷

⁶ Jean Oury: “Quelques problèmes théoriques de psychotérapie institutionnelle”.in *Enfance Alienée, L'enfant, la psychose et l'institution*. Denoël, 1984, París (traducción personal)

⁷ Maud Mannoni, Prologue. *Enfance Aliennée, L'enfant, la psychose et l'institution*, Denoël, 1984. París, pag. 16

Se estructura entonces un nivel de trabajo del equipo en su conjunto, diferente del de las tareas propias específicas a cada uno, en el que se alterna la distribución de tareas. La institución se organiza alrededor de su **“producción”**: funcionamiento propio de su economía, gestión, empleo del tiempo, jerarquía, arquitectura, comida, vacaciones, tareas de manutención, salidas periódicas al exterior (por ejemplo, piscina, playa, paseos, campamentos, etc.) y la totalidad del equipo participa en el funcionamiento de la vida institucional. Dice Jean Oury:⁸ *“Si este trabajo permanente no está inscrito en el programa general de lo que llamamos Psicoterapia institucional (...) ésta se convierte en una futilidad peligrosa.”*

Se intenta así movilizar las funciones y los lugares en la Institución, evitando la rigidización y la formación de lugares privilegiados que operan como zonas de realización ideal de deseo, al lado de otras que se constituyen en lugares de trabajo desvalorizado.

Este modo de organización, dentro de un encuadre, apunta a la dialectización de la demanda dentro del grupo, y a crear las condiciones mínimas para que la institución pueda “cuidar las personas que allí están, no aplastando el deseo de las mismas.

Al mismo tiempo, al rotar el personal en las tareas generales, se induce necesariamente la problemática de la castración, y a la vez se lucha contra la formación de pequeños islotes de poder, lugares aislados del resto, considerados como sistemas patógenos dentro del Colectivo.

El funcionamiento de la Institución, a través de su grupo humano, se presenta como un conjunto de signos que “hablan”, y es ese lenguaje, conjunto significativo, el que se intenta descifrar, describir, leer.

⁸ ob. cit., pag. 242

Lenguaje que se lee en una praxis institucional, praxis a través de la puesta en funcionamiento de diversos ejes—pivotes, como pueden ser reuniones diversas, actividades variables, escalas de responsabilidades; cada uno de estos ejes es denominado (por ejemplo) de información, de decisión, de psicoterapia, etc., y en ellos alguien ejerce la función de dirección y responsabilidad.

Otras corrientes teóricas con experiencia en instituciones para niños,^{9, 10} ven la ventaja principal del medio institucional en el hecho de que los intervinientes (equipo y niños) puedan tomar conciencia, a posteriori, de los movimientos patógenos que allí ocurren, siendo la elaboración en común muchas veces suficiente para evitar la repetición

Para que la función terapéutica en una institución sea posible, en el sentido de recibir al niño y a su familia, acoger los síntomas, permitiendo como hemos señalado, la repetición del pasado, su puesta en acción en la institución, el surgimiento del a—posteriori, creando nuevos sentidos a la historia vivida en ella, permitiendo el despliegue y el cambio en las Investiduras, y la emergencia de los contenidos fantasmáticos con su cortejo relacional, es necesario que la institución sirva de **sostén** a estos procesos.

Se necesitan las condiciones mínimas que garanticen la posibilidad de este tipo de trabajo, para que la institución tome el rol de auxiliar del aparato psíquico, sostenga las funciones desfallecientes y actúe “relanzando la actividad

⁹ B. Penot: *Depsychotiser en Institution?*, Bulletin de Psychologie, T. XXXVI, N° 36, pag.619-624

¹⁰ R. Diatkine: “*Psychanalyse et institution pour enfants*”, in *Journal de la psychanalyse de l’enfant.*, 3, *Psychanalyse de l’Enfant? Colloque de Monaco*, Paidós/Le centurion, 1987, París.

psíquica”.¹¹ Esto supone abrir áreas para investimentos variados, diversificados, vivientes y tolerables.

Una concepción psicoanalítica **de** la institución permite mantener esta función. Sostiene Ph. Jeammet que *no es posible* eludir una referencia teórica a un modelo terapéutico, y si el objetivo de la institución es lograr un cambio en el funcionamiento mental de los niños, debemos tomar en cuenta el conocimiento específico que aporta el psicoanálisis. En este sentido no se trata de aplicar el modelo de la cura ni del encuadre psicoanalítico, ni de interpretaciones salvajes.

Se trata de darse un marco teórico, que sirva de principio organizador y a la vez admita la confrontación entre la práctica y la teoría. El modelo psicoanalítico es actualmente la referencia dominante, enriquecido por la experiencia ya larga de diversas Instituciones terapéuticas.

Tres puntos generales básicos: La necesidad de una relación para lograr el cambio; la fuerza y el peso de la repetición y la posibilidad de apoyarse en ella, y el funcionamiento psíquico como lugar de articulación del afecto y de desarrollo de capacidades inteligentes,¹² permiten trazar obvias relaciones con la teoría psicoanalítica.

Por otra parte se admite el **valor de la palabra** (en tanto historia o mito) en la institución, y **de su transmisión**, así como de **la escucha** de la palabra del niño y de su medio. En este plano se hace pivotear la acción terapéutica en la

¹¹ Ph. Jeammet: Plurahté de la psychanalyse dans les institutions. Importance d'un modèle du fonctionnement mentale sur la vie de Institution“ in Journal de la Psychanalyse de l'Enfant, 3, Psychanalyse de l'Enfant? Colloque de Monaco, Paidós/Le Centurion, 1987, París

¹² Ph. Jeammet. ob. cit. pag 155

capacidad de comunicación y de asociación del equipo, abriendo la escucha a los movimientos contratransferenciales y al surgimiento de lo Inédito, lo Imprevisto.

La vocación antisegregativa de tal institución se fundamenta en el trabajo atento, constante de dejar abierto espacios para el surgimiento del sujeto, en tanto **otro**.

Hemos señalado también la búsqueda y la producción de sentidos en el trabajo Institucional, ya sea con los niños (el sin—sentido no existe en los niños psicóticos¹³) o en el seno del equipo, interrogando tanto su práctica clínica como atendiendo a su propio funcionamiento, a sus gestos, a su lenguaje.

Un verdadero cuestionamiento del grupo institucional acerca de sí mismo, centrado en el reconocimiento del lugar del sujeto, funda una **ética del trabajo terapéutico**.

Es la institución como Ideal, representación imaginaria de la institución y su investimento libidinal, la que constituye en sí el objeto común, compartido, del yo/no-yo del equipo y los niños, el que funda e instituye el **encuadre**. Es el **equipo** el que por su funcionamiento instauro un **espacio psíquico**, oferta indispensable para el paciente, niño psicótico. Este espacio psíquico, en tanto trama o espacio institucional, marco terapéutico que pone en funcionamiento un medio ambiente corriente, un hogar, puede concebirse como espacio-cuerpo maternal, receptor de la simbiosis, del apego, sostén donde el yo y la Identidad se construyen.

En este marco institucional estamos planteando una **dimensión colectiva**, de acción pluridisciplinaria, multidimensional (muy evidente como polos de tensión cuando se introduce al lado del trabajo terapéutico el trabajo

¹³ T. Lainé: “Quelques remarques sur le thème: Institution et psychanalyse”. in Journal de la Psychanalyse de l’Enfant, 3. Psychanalyse de l’enfant? Colloque de Monaco, Paidós/Le Centurion, 1987, París

pedagógico). Esta dimensión debe estar **separada de la cura psicoanalítica individual** que a veces se instaura en el mismo centro. Son dos aproximaciones que deben mantenerse clivadas y enunciadas separadamente, pero coexistiendo dentro del encuadre Institucional, permitiendo el funcionamiento de ambas.

El encuadre Institucional opera como **tercero**, en tanto no-proceso, conjunto de constantes que constituyen una permanencia, creando una continuidad y un continente que son condiciones para la evolución dentro de él del proceso terapéutico. Este encuadre institucional no es neutro, ni inmutable, ni mudo. Por el contrario, permite la elaboración de la distinción yo-no yo, favorece el interjuego identificatorio a través de la creación de un “área transicional”.¹⁴ En el seno de todo grupo humano y con mayor razón en un grupo “Institucionalizado”, aparecen manifestaciones del orden de la repetición. El grupo tiene una inercia propia que opera como una especie de “máquina”, cuya presión es alienante para su funcionamiento. En otro nivel todo grupo se manifiesta a través de conflictos permanentes, ataques, rivalidad, destructividad. R. Moury¹⁵ llama “trabajo de lo Negativo”, relacionándolo con la destructividad (pulsión de Muerte) hacia los objetos de amor, los contenidos psíquicos y el propio aparato psíquico, siendo sus efectos multiplicados por los fenómenos grupales. Señala asimismo el aspecto positivo y necesario de este “trabajo de lo Negativo”, en el sentido de que éste se ubica en el inicio de la construcción del objeto y estructuración del aparato psíquico, a través de la puesta a distancia, destrucción y proyección de contenidos de muerte.

¹⁴ J.L. Lang: “Cadre psychanalytique et/ou cadre Institutionnel”, en Journal de la Psychanalyse de l’enfant, 2. Le cadre. Paidós/Le Centurion, 1986, Paris

¹⁵ “Le travail du Negatif en institution, “Cadre et processus, in Journal de la psychanalyse de l’enfant”. 3, Psychanalyse de l’enfant?, Colloque de Monaco, Paidós/Le Centurion, 1987, París

Este trabajo con **lo negativo, forma parte del proceso de instauración del encuadre** institucional, que no nace por decreto, sino que **se construye**.

Todas las corrientes psicoanalíticas francesas concuerdan que **el rol del psicoanalista responsable de institución** es precisamente el de mantener el encuadre, para lo cual es necesario que asuma el rol de continente de lo Negativo del grupo-equipo terapéutico, con el fin de protegerlos de su autodestrucción. Es interesante destacar que este rol, difícil y resbaladizo, es posible asumirlo manteniendo una separación entre su campo propio de pensamiento y el de otros modos de aproximación al niño y su patología. Es decir “no tomándose por un psicoanalista”,¹⁶ reconociendo la multidimensión del equipo, y el **lugar de cada uno en la alteridad**. Dialécticamente, es esta posición del psicoanalista la que permite por parte del resto del equipo, el reconocimiento de la dimensión del Inconsciente y del rol y lugar del psicoanalista, garante de esta dimensión.

El Equipo

El funcionamiento del pequeño equipo de trabajo constituido por psiquiatra, psicoanalista, asistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, psicomotricista y educador especializado, es ya un modelo de lo que en la Institución sostiene la función terapéutica, es decir, el reconocimiento de diversos campos de reflexión y de acción que se superponen, o recortan sin confundirse. Es necesario destacar que uno de los pilares de este tipo de instituciones, son los “educadores”, profesión de reciente creación en el Uruguay, que cumplen una función polivalente de acompañamiento en el quehacer cotidiano, educativo en un sentido amplio. Son en general, con la enfermera psiquiátrica, quienes tienen mayor permanencia al lado del niño, pasando a ser su relación privilegiada en la Institución.

¹⁶ R. Moury, ob. cit.

Desde el inicio del proyecto, se coloca en un nivel de igualdad de participación a diferentes profesionales, estando la coordinación del grupo a cargo de un psiquiatra psicoanalista, cuyo rol en la orientación del proyecto se sostiene de la libre y amplia circulación de la palabra y del aporte de todos los técnicos.

Este modo de funcionamiento marca el precedente de una tarea central en la institución, el de la **reunión de síntesis** del equipo que recoge las vivencias de cada participante con el niño psicótico, su evolución en la Institución y evalúa el proyecto terapéutico para cada niño.

Para pensar concretamente en la organización del Centro y los contenidos de trabajo diario cada miembro del equipo intentó definir su función específica, sus límites así como su Inclusión en el funcionamiento global de la institución. Se partió de la experiencia clínica y de la formación personal de cada uno. Intentando recrear los momentos terapéuticos, los aspectos deficientes en los cuidados ambulatorios, y manejar hipótesis sobre aquello que nos excedió y resultó insoportable, desbordante, Inmanejable en el contacto con la psicosis. El equipo pone así a funcionar anticipadamente su capacidad de *“réverie”*, *función de pensar al niño*, que se transformará en la marcha Institucional en pilar terapéutico.

Desde esta puesta en juego imaginaria pudimos *“Inventar”* un proyecto real y realizable para *“nuestros niños-pacientes”*. No se trata de construir un modelo total o totalizante, sino de abrir un espacio de creación y de juego para el equipo adulto que es en si mismo la disponibilidad de escucha al otro, la posibilidad de encuentro con lo nuevo, lo inesperado e inédito.

No se nos escapa el lugar investido de ideal imaginario que toma un tal proyecto, necesario para lograr la puesta en marcha de una empresa difícil. Esto no implica negar que en la praxis misma la institución deberá —sin perder los objetivos— modificarse para resolver la problemática concreta y las dificultades del quehacer.

Los puntos de acuerdo en el concepto de psicosis

Fue necesario transitar por la concepción de psicosis infantil, y lograr algunos acuerdos básicos no para una definición teórica acabada, sino para sostener una **ética compartida**.

He aquí algunos de estos ejes:

—I—

Podemos pensar al niño psicótico como aquél que ha fracasado en su relación a la palabra de los padres. El lenguaje preexiste a la aparición del sujeto y puede, por así decirlo, engendrarlo o alienarlo. El niño responde “*locamente*” a un contexto, al modo como está “sujetado”, atrapado en el campo del deseo del adulto, cumpliendo una función de objeto (en el sentido de objeto a de Lacan) en la relación de los adultos entre ellos. Como señala Maud Mannoni:¹⁷ “*El síntoma del niño rellena en el discurso familiar, el vacío que ahí crea una verdad que no es decible. Así ese síntoma es necesario para aquellos que tienen que protegerse contra el saber de la verdad en cuestión. Al querer tratar el síntoma, es al niño que se rechaza.*” Si aceptamos como clínicamente válida esta línea conceptual y sus desarrollos, la práctica institucional debe acordarse a ella. Veremos de qué manera.

¹⁷ 17. ob. cit. pag. 21 (traducción personal)

Recibir la psicosis

En primer lugar al Centro se ingresa paradójicamente, a través del síntoma. Es entonces fundamental **recibir la psicosis**, los síntomas del niño, suspendiendo de parte del equipo todo juicio de atribución,¹⁸ lo que significa en los hechos una **no-intervención**. Se acoge el síntoma como lenguaje cifrado del sujeto frente a una solicitud del otro (padres, abuelos en la fantasmática de los padres, etc.) a la cual el niño no puede más responder, o no pudo nunca responder a nivel simbólico. No intervenir, sino dar recepción, acogida, abre la posibilidad de reconocimiento del sujeto en su autenticidad simbólica. Así se subviertan los términos, el niño-síntoma no es más solicitado como objeto ... de médicos, psicólogos, educadores.

Es esta una primera perspectiva del trabajo institucional: dejar esta apertura, abrir un no-saber, una no-intervención del propio deseo (institucional) para recibir al niño tal cual se presenta.

La **recepción** es una función compleja que debe rozar, acercarse al surgimiento de lo que podrá ser la investidura del paciente por la institución. Es éste el momento de **encuentro** entre el niño psicótico y la institución, a través del equipo, en que actúa la red de deseos y fantasías manifiestos y latentes que tienen que ver con la demanda del niño y su familia, y la demanda propia de la institución, tomadas ambas en el marco más amplio del contexto social, político y económico.

Muchas preguntas surgen en este punto: ¿Se recibe al niño psicótico, o sólo a una parte de él, el síntoma, mientras la palabra verdadera que lo representa

¹⁸ B. Penot: "Dépsychotiser en institution?" Bulletin de Psychologie, T.XXXVI N° 360 pag.619-624.

circula en otro lado, fuera de la institución? Y la recepción, ¿qué recibe, qué reconoce del niño? ¿Cómo y qué inviste en él de su propio proyecto institucional? ¿Cómo es recibido e incluido en la trama de ese Colectivo?

“La forma que toma la recepción —dice J. Oury¹⁹ sintetizando su importancia— es una imagen proyectada de la estructura profunda del Colectivo.”

Recibir la psicosis no funciona por sí misma, por el mero hecho de postularlo. El niño psicótico en la institución promueve, cuanto más regresivo o dificultades presente, y a veces sorpresivamente, sentimientos muy contradictorios, actitudes encontradas entre los miembros del equipo que lo recibe. Nuevamente la reunión de síntesis abre la posibilidad de la comunicación de estas vivencias, insanas y pasionales. Como dice B. Penot²⁰ cuando se logra reconstruir la historia del paciente y su familia nos sorprende el carácter repetitivo en relación a lo que pasa en la institución: la distribución de roles, excluyentes, dentro del equipo, aparece reproduciendo una estructura anterior, intrafamiliar: se trataría de algo así como *“el despliegue en la Institución de algo de la constelación originaria del sujeto”*.

Durante los años de trabajo en policlínica con niños muy perturbados, nos encontramos con frecuencia asumiendo posiciones extremas y contradictorias dentro del equipo, que rápidamente se vivían como conflictos personales: metodológicamente²¹ en la reunión de síntesis se parte del supuesto de que las diferentes posiciones subjetivas del equipo corresponden a elementos complementarios, dispersos, del caso en cuestión, en que cada miembro del

¹⁹ ob. cit. pag.240

²⁰ Ob. cit

²¹ En este punto concordamos totalmente con la experiencia que trae B. Penot de un Centro de día para adolescentes psicóticos, avalado por la experiencia de otros grupos de trabajo. (ob. cit.)

equipo soporta con su particularidad subjetiva tal o cual aspecto parcial: es importante entonces recoger todos estos elementos y reconocerlos como existentes: es este reconocimiento de existencia el que opera como restitución, permitiendo a los diversos componentes intrínsecos del caso “el existir, el co-existir sin destruirse unos a otros”.²² Este despliegue de lo que podemos llamar transferencia estallada, o “*proyecciones escicionales*”²³ del psicótico, toma como lugar de apoyo al equipo en su conjunto induciendo dificultades en su organización y funcionamiento. Que estos movimientos sean recibidos, pensados y asumidos en el espacio psíquico de cada técnico y su vivencia expresada a nivel de la palabra en el seno de la reunión de equipo produce la mayor parte de las veces efectos de atenuación o modificación de los síntomas del niño, como si se desarticulara o rompiera la repetición.

El niño en la familia

En segundo lugar hablamos del lugar del **niño en el discurso familiar**. La primera apuesta al Ingresar el niño en la trama institucional es la de darle otro lugar, abrirle un espacio a ser ocupado por él en la medida que él lo busque. ¿Pero la familia del niño?, ¿podemos obviar un trabajo con ella, erigiendo al Centro y a su equipo como familia sustitutiva? ¿Centro y equipo como padres apoderadores ejecutando un rapto del niño? Institución de cura para niños, y para colmo alienados en mayor o menor medida, ¿qué mejor tentación que un niño psicótico, para ejercer el poder de la institución, escondiendo la vocación totalizante-totalitaria, a través de fines loables como la medicina, la educación, la beneficencia...!

Este es uno de los riesgos que se corren si dejamos de lado a los padres; sería negarles su lugar legal en la cadena generacional e instituimos en dueños de la

²² B. Penot. (ob. cit.)

verdad, entrando y encerrándonos con ellos en el círculo de locura y alienación. Las Instituciones psiquiátricas pueden funcionar así. El corolario es que no podemos excluir, no reconocer a los padres. ¿De qué modo entonces incluirlos?

La **primera consulta** de la familia con el niño se realiza por lo general con un equipo de sector, de consulta externa. La importancia de este primer encuentro reside en el despliegue masivo de ansiedades, de posiciones subjetivas, y de resistencias, que según su escucha y manejo clínico, pueden abrir u obturar las posibilidades terapéuticas futuras. Sabemos cuán difícil suele ser la movilización del lugar enquistado del niño en la familia y cuán poderoso el desconocimiento de enfermedad y la repetición. Una condición de esta primera recepción de la familia y el niño es su calidad, que implica además de su experiencia personal la disponibilidad de un consultante para permanecer a lo largo del trabajo con el niño como referente de esa familia, con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados —proyecto terapéutico—, garante de la continuidad de una historia. No se trata de crear un vínculo único e irremplazable, sino estable, lo cual se da a través del equipo mismo donde ante la ausencia temporal o definitiva del consultante, alguien otro puede asumir ese rol, sin perder la memoria anterior de esa historia.

En esta recepción de la familia y el niño—síntoma, es importante escuchar de qué modo la locura o enfermedad del niño ha sido retomada en la vida fantasmática de sus padres. Una condición para que el niño emita o reencuentre su propia palabra sería el que pueda separar su verdad **de** los deseos de muerte y de los múltiples modos de alienación en que él se ha perdido a través de a fijación a alguien otro. ¿Sería éste un trabajo previo al Ingreso del niño en el Centro? No me parece posible que un niño llegue a una institución sin antes haber transitado un cierto tiempo por estas cuestiones, más cuanto más pequeño sea el niño. Es además una etapa previa Indispensable que permite a los padres participar en la Indicación terapéutica, ya que el contrato al ingresar al Centro se

²³ P.C. Rameier “Le psychoanalyste sans divan” , Payot, 1973. Paris.

hará con ellos.

Es también importante el apoyo de la familia en un equipo externo excéntrico a la institución, al cual puede recurrir periódicamente, y que constituye un otro lugar en caso de conflicto o ruptura con el Centro.

La importancia de la permanencia geográfica y temporal de los equipos de sector permite a través de una estructura estable y segura, el recoger, organizar y restaurar los pedazos que estas familias van dejando en los Interminables recorridos por médicos, servicios sociales y otros, expresando así la incoherencia y la discordancia de su funcionamiento y de la demanda.

Valoramos desde esta óptica el contar con una red asistencial, cuyo eje es el equipo de sector, al cual se articulan orgánicamente otras estructuras terapéuticas, más “*pesadas*”, más institucionalizadas, como es el caso del Centro de día.

¿Cuál sería entonces el vínculo, o el trabajo del Centro con la familia? Se parte del principio de que el Centro de día no es obligatorio como es la transcripción y asistencia en la escuela. Es necesario que exista un pedido de tratamiento y éste se explicita de algún modo: los padres confían su hijo a la institución y ésta asume simbólicamente a través del cuidado del niño la función parental desfalleciente, sin sustituirlos. Dos cualidades debe cuidar la Institución: la **fiabilidad** y la **confianza**, junto con un postulado básico: siempre se responde a los padres, siempre se puede recibirlos e intercambiar acerca del hijo, desde luego de un modo organizado. El Centro es una casa abierta a los padres, y el equipo organizará espacio y tiempo para informar e intercambiar sobre las diversas actividades, roles, etc., sin ambigüedades dentro del marco del secreto profesional que se le debe al niño. Las interferencias, llamados, olvidos, irrupciones, ausencias de los padres, se tratan como parte del material del caso, y a partir de su lectura y su correlación con el niño en la institución, podrán surgir formas puntuales o más organizadas de trabajo con el grupo familiar.

Las entrevistas periódicas con los padres o grupos de padres son tareas indispensables a organizar según los recursos del equipo.

La experiencia ha mostrado cuán importante es la indentificación de los terapeutas (equipo) con los padres de los niños que están a su cargo para que el tratamiento de larga duración, se mantenga y evolucione. En este trabajo cada miembro del equipo se siente cuestionado como padre, siendo a veces muy difícil mantener una actitud de buena receptividad con la familia donde aparece el rechazo, el odio y las propuestas perversas hacia los hijos.

En relación a lo señalado a propósito del movimiento repetitivo de la historia familiar en la institución, podemos ver ahí identificaciones inconscientes que duplican actitudes parentales en el equipo con el niño, y que pueden llevar a situaciones muy locas. Es ésta una dirección permanente de reflexión del trabajo institucional que necesita de la escucha tanto en el interior de la misma, como de la familia. Una actitud fundamental es la de recibir a la familia partiendo del supuesto que un trabajo con ella es posible.

Una escena diferente y de gran interés es el que abre el grupo de padres, periódico, con participación de algunos terapeutas entrenados en grupos; se establece ahí la circulación de relatos, hechos, vivencias que la familias puede expresar en palabras, imaginar, simbolizar, mostrando aquello que ha adquirido “*valor de realidad psíquica*”²⁴ y que puede ser compartido con un cierto monto de afecto y excitación. Queda siempre, un resto importante, que no llega a ser formulado y que con frecuencia se refiere a la patología más grave del hijo, expresándose por el contrario como central lo que se hace notorio socialmente: el fracaso escolar, por ejemplo.

Sin embargo, entre ellos, los padres intercambian opiniones acertadas,

²⁴ B. Penot: Quel partage avec les parents?, Les textes du Centre Alfred Binet, Parents, Junio de 1984, pag. 111–115.

consejos, incluso señalamientos muy exactos a nivel relacional o educativo mostrando, cuando la mirada se dirige a otro-par, un saber preconsciente y una capacidad de funcionar adecuadamente con buenos padres: hecho que rara vez ocurre en la consulta individual. El grupo es en general bien investido y al finalizar el trabajo con el niño, los padres hacen un verdadero duelo al tener que separarse.

— II —

Un segundo aspecto para pensar la psicosis infantil y los cuadros de perturbaciones graves del desarrollo lo constituye una aproximación estructural, reconociendo aquellos rasgos, mecanismos y posiciones específicos del “*núcleo psicótico*”.²⁵

Podemos partir de uno de los hechos salientes, el **autismo**, presente en mayor o en menor grado en todos estos niños, considerándolo como manifestación central de una estructura psíquica relativamente cerrada, en la que predominan los mecanismos proyectivos, y donde los procesos introyectivos e identificatorios están bloqueados o profundamente modificados.

Debemos plantearnos si es pertinente, en estos casos, un abordaje interpretativo, es decir intentar buscar sentidos a ese modo de funcionar, y discutir la posibilidad de ofrecer al niño un psicoanálisis Individual. La vía del *lenguaje no se ha mostrado* la de *más* útil acceso a estos niños pequeños; el lenguaje en tanto instrumento relacional, acceso a lo simbólico y a la organización de la realidad está selectivamente dañado, atacado. Junto con la proyección de la angustia de muerte y la puesta en juego de defensas extremas a la persecución, el niño expulsa y niega una parte de su propio aparato de pensar, fundamentalmente las representaciones ligadas a las palabras y a los

²⁵ . J.L. Lang: Introduction á la psychopathologie Infantile. Dunod, 1979, Paris.

significantes verbales simbólicos.

En este mismo plano se puede situar el apego a una relación objetal primitiva narcisista, fusional o dual sin acceso a la triangulación de la relación, así como el defecto profundo en la personalización con la imposibilidad del uso del yo”, y una falta de distinción pronominal.

En cambio, a partir de la noción de recepción, acogida, y de la disponibilidad de una persona en esta función, se pueden ir desplegando otros niveles de funcionamiento relacional. Así **otro lenguaje** puede expresarse a través del cuerpo, de los gestos, de actitudes, sonidos, acciones simples de la vida cotidiana. Esta vía abre la posibilidad de interjuego de la proyección–introyección. En el Centro de día se puede ofrecer, en un tiempo de duración y ritmos suficientes y constantes, una relación no-verbal (o pre-verbal) a través de un terapeuta:²⁶ esto significa estar atento, disponible, a la iniciativa del niño, a sus movimientos, tratando de “interpretar” para responder con el cuerpo (acción) o con la palabra a su acercamiento o rechazo, evitando toda intrusión y toda intención pedagógica. Desde luego que puede ser necesario contener al niño en situaciones de peligro, de autoagresiones o de violencia hacia los otros. Importa señalar el rol del equipo y del grupo de niños que permite y soporta la dispersión y fragmentación de la transferencia psicótica, agresiva, tan difícil de tolerar en una relación individual.

Desde su llegada al Centro, **un** miembro del equipo se encargará del niño, y será responsable de él, en el sentido de ocuparse de sus **necesidades**: alimentación, cuidados y aseo corporal, sueño, etc. Deberá **pensar** en él, y ofrecerle una relación privilegiada y estable, descartando toda intervención interpretativa hacia el niño.

El apuntalamiento al encargado del niño es una de las tareas centrales del

²⁶ Educador u otro miembro del equipo, **no analista**

psicoanalista en la institución, a través de reuniones personalizadas y periódicas donde escucha las vicisitudes, los problemas del quehacer diario del técnico con el niño. El contenido de esta tarea pasa por el reconocimiento de los afectos contratransferenciales, la búsqueda de estrategias de aproximación al niño con el fin de atenuar sus conflictos y mejorar la comunicación a partir de una comprensión de la fantasmática subyacente propia del niño y de las reacciones que provoca en el medio institucional.

En la experiencia de los Centros de día de Ginebra, J. Manzano y E. Palacio-Espasa²⁷ han descrito las diversas evoluciones de los niños psicóticos relacionando las mejorías con la posibilidad de investimento de una persona o del grupo de niños. La evolución fue muy escasa cuando el niño sólo logró Investir un objeto inanimado, sin mostrar apego a una persona.

El eje de la acción terapéutica está dado por la disminución de la defensa autística que permite la aproximación a través de la relación corporal, y el cambio en el desarrollo de las investiduras libidinales a través de las experiencias de satisfacción compartida con el técnico. Es así como una persona exterior al niño se transforma en relación privilegiada, indispensable.

Dicen los autores citados que la nueva relación que se establece se puede calificar de “psicosis simbiótica experimental”, donde el niño se identifica de manera omnipotente a través de la Identificación proyectiva de tipo adhesivo (Meltzer). El niño se apodera de esa persona, y el equipo respeta y favorece esa relación. Con el transcurrir del tiempo el niño va experimentando vivencias muy penosas de frustración, separación y pérdida, que acompañan la diferenciación de un otro. Es en estos momentos que surgen importantes manifestaciones agresivas hacia una persona de elección, lo que marca una calidad más

²⁷ J. Manzano, E. Palacio-Espasa: “Etude sur la psychose infantile. SIMEP. 198.3, Lyon, Ville urbanne, Paris.

diferenciada, diferente de las ansiedades catastróficas de los primeros tiempos. El hecho de ofrecer una relación privilegiada de escucha (el cuerpo en un primer tiempo), de estimulación (en el sentido de acompañamiento a la iniciación–deseo del niño) y de continuidad, en el seno de un equipo y de un encuadre Institucional, permite, en muchos casos, evitar las evoluciones más graves hacia la psicosis deficitaria o la psicosis desintegrativa.

Es en un segundo tiempo que se evaluará la indicación de una psicoterapia psicoanalítica, a realizarse dentro o fuera de la institución.

—II—

Un tercer punto evaluado en relación a la psicosis infantil fueron los aportes de Winnicott y de Bion, refrendados por el estudio de las historias familiares de esos niños, donde se destaca la **importancia en la discontinuidad de los cuidados maternos** y en general las falencias en las funciones paternas.

A este respecto se discutió la importancia del concepto de “**hogar**” en el funcionamiento institucional, en el sentido de representante del cuerpo y función materna, continente de las ansiedades básicas del niño y del desamparo. Como lo señalamos anteriormente no se trata de sustituir a los padres del niño, sino de crear un “**área transicional**”, en la realidad cotidiana del Centro, apoyada en el espacio psíquico continente y pensante del equipo terapéutico que permite el despliegue de nuevas e Inéditas experiencias relacionales, de juego, de placer.

Esto implica darle importancia central a la **casa**, a su cuidado y

embellecimiento, al mantenimiento, en los que participa el equipo en su conjunto a través de acciones concretas y de la posibilidad de dejar cada uno sus marcas personales. Así cada cual podrá, en acuerdo y con el apoyo del equipo, dedicar tiempo para cambiar, mejorar, reparar, adornar un lugar de la casa. Se ha constatado que el niño psicótico no permanece indiferente a esta dimensión, que podemos relacionar a la vivencia estética, organizante que describe Meltzer. La casa puede ser “hogar” (home, heim), lugar de hospitalidad (en contraposición con hospitalismo y asilo).

También los padres al acercarse al Centro, aprecian y son conmovidos por este aspecto acogedor, grato, de la casa que va a la par con la calidad de recepción y la confianza en la institución.

Este cuidado del cuerpo-casa señala que la Institución es capaz de recibir la expresión de las fantasías arcaicas, de ataque, de deseos de muerte, y que no es destruida, pudiendo al contrario transformar estas proyecciones agresivas en capacidad de reparación y vida.

Por otra parte, siguiendo en esta línea, se consideran los apodes de Meltzer a la comprensión del estado autista, donde señala que el problema principal consiste en el paso de la bidimensionalidad a la tridimensionalidad. Esta tercera dimensión significa la experiencia de los lugares (espacios) y del tiempo, lo cual abre la posibilidad de experimentar en un transcurrir psíquico, las emociones, el pensar y la producción de sentidos y de símbolos. Es decir a partir de este pasaje se abre la conciencia de lo interno y externo, tanto de los objetos como del yo.

Ya señalamos la importancia de la disponibilidad de un educador, por ejemplo, para el niño psicótico y el trabajo relacional de aproximación-separación donde también se marcan los tiempos y los espacios.

Ahora queremos destacar otro aspecto relacionado a la organización propia de la Institución, en la cual se pueden hacer trabajar estos conceptos a través de la organización de los tiempos, ritmos y espacios, entradas y salidas que

servirán de red de circulación al niño dentro de la institución.

Se pensó en la organización de un día del niño en la institución centrandolo la reflexión en el trabajo con el tiempo y el espacio.

Se propuso destacar los llamados “**Tiempos fuertes**”, es decir, aquellos que ritman la **recepción**, la llegada del niño al Centro, la **comida** (en este caso el almuerzo), la siesta y la **separación** en el momento de partida del niño al final del día. No ahondaremos en los aspectos propiamente técnicos, que dependen de condiciones locales, del tamaño del Centro, del número de niños y del equipo. Destacamos la necesidad de asegurar el funcionamiento organizado y pensado de estos tiempos, la distribución de responsabilidades, su calidad en relación al niño en cuestión, y las formas que toma cada una.

En segundo lugar se denominaron “**los entre-tiempos**”, intermedios del espacio-tiempo situado entre los tiempos fuertes, cuyos contenidos son diversas actividades pensadas según lo posible para el nivel de desarrollo y la patología *del* niño. Entre ellas se incluyen el área educativa y de estimulación, el trabajo con el lenguaje, la lectura y el relato de cuentos, la expresión a través de instrumentos y vocalizaciones, el canto, las actividades físicas y psicomotrices, la construcción y actividades socializantes, pintura y talleres de expresión con tierra, colores, etc. Cada actividad tiene adjudicado un espacio en la planta física, o la posibilidad de enmarcar el espacio específico y el material mediador de la actividad junto con algunas consignas claras de reconocimiento de lugares y personas, así como formas (rituales que se van estructurando) de entrada y salida marcando los cambios y pasajes de tiempo y espacio.

Entre estas actividades dos a destacar en su valor específico:

- 1) **el juego libre**, de descarga y placer motores que puede realizarse en una gran sala con un grupo de niños con materiales que no presenten peligro de agresión ni daño físico, como ser colchones, almohadones, etc., que permitan una amplia evolución gestual y de movimiento del cuerpo en el espacio. Es necesario también contar con un área de juego al aire libre, de

jardín con elementos simples (tipo jardín de Infantes).

- 2) **actividades de tipo “regresivas”**, como pueden ser áreas específicas de piscina y juego con barro. Esto necesita de materiales poco costosos, como una piscina inflable y un rincón de juego con tierra y agua. Ambas áreas, delimitadas, permiten la expresión más arcaica con la puesta en juego del cuerpo y la simbolización de sus productos. Un momento muy importante es el tomar a cargo, al final de la actividad, el cuerpo del niño, a través del baño, el secarlo, el vestirlo, peinarlo. Esto constituye un tiempo de repliegue, de calma y de re-estructuración.

Es en “los entre-tiempos” donde pueden apodar su trabajo específico el fonoaudiólogo y el psicomotricista, actuando conjuntamente con el equipo básico de educadores y enfermeras.

—IV—

Por último se evaluó la posibilidad de contar dentro del Centro con la posibilidad de ofrecerlo al niño, luego de evaluación de su indicación, **psicoterapia psicoanalítica.**

En cuanto al psicoanálisis individual, en este proyecto específico de Centro, donde se establecen tiempos de pasaje entre 2 a 5 años, y en razón de los argumentos ya expuestos, se decidió impulsar la puesta en marcha de la cura fuera de la institución, a través de los recursos del equipo .de sector, donde vive el niño.

Sin embargo, tomando en cuenta los límites reales y los costos del abordaje individual, se decidió impulsar en el Centro la psicoterapia psicoanalítica de grupo; los psicoanalistas trabajando en la institución, decidirán su encuadre propio, participando con el equipo en las indicaciones. Ya señalamos las

condiciones del marco institucional y el reconocimiento mutuo necesarios para funcionar lado a lado actividades terapéuticas diferentes.

No me parece oportuno incluir aquí los aspectos organizativos concretos y la planificación del trabajo interno del Centro de día. Será, si es posible, motivo de otro trabajo, ya que esta pequeña historia toma forma real en la apertura de este Centro de día en Argenteuil, París, ocurrida recientemente en Mayo, mientras finalizaba este artículo.

En esta pequeña historia se entrelazan el trabajo paciente, inteligente y creativo de un equipo de sector en Francia, el apoyo y estímulo permanente de psicoanalistas responsables del Servicio de Sector de Psiquiatría Infantil de Argenteuil, con mi propio recorrido y pertenencia a una y otra tierra, a una y otra lengua, a uno y otro grupo humano.

A modo de conclusión

Para finalizar, deseo retomar la pregunta ¿Psicoanálisis para hacer qué en la institución?

Algo creo que ha sido adelantado implícita y explícitamente a lo largo de este desarrollo. Queda mucho sin decir, queda mucho por descubrir en la praxis Institucional real, vivida.

Exponiéndome a ser parcial quiero rescatar en primer lugar, la necesidad de la presencia de un deseo asumido y de un investimento particular junto con la disponibilidad y plasticidad sostenida del psicoanalista, al introducirse y participar en el campo inédito que abre la institución, dejándose sacudir, cuestionar, para ser modificado por la experiencia.

Nada más peligroso y desvirtuador que la tentación de escuchar sentidos “para interpretar” creyendo detentar la verdad sobre un niño, un equipo o una situación, o de querer ejercer el poder a través de una “supervisión”.

Por el contrario —y es el segundo punto que quiero destacar— el psicoanalista puede usar su **capacidad de escucha**,²⁸ tiempo que permite el surgimiento de un no-sentido y hace evidente la repetición. Sólo en un segundo tiempo, en aquellas instancias institucionales donde se intenta colectivamente encontrar sentidos, puede participar en una puesta en acto de su palabra, ayudando a formular hipótesis de sentido que se pondrán a prueba en el a—posteriori (nachträglich), como efectos de verdad o de creación. Esta capacidad de escucha implica también tolerar el resto inabarcable, impensable así como la oscuridad del proceso que lleva a cambios en el niño.

Por último, como señala J. L. Lang,²⁹ el psicoanalista en su rol institucional esencial deberá ser el garante del reconocimiento y del respeto, en la Institución, de la **dimensión del inconsciente**. Este reconocimiento supone un intercambio, un repartir, una cierta connivencia —de nivel inconsciente— con los otros miembros del equipo, resguardando lo propio, lo que a cada uno se le revela en su propio nivel de elaboración.

Debemos avanzar, siguiendo a J. L. Lang, con otra pregunta, poco explicitada en trabajos sobre la institución, pero central en la teoría psicoanalítica: ¿Dónde se sitúa, que ocurre con la **sexualidad** en el ámbito institucional? ¿Cómo se la toma en cuenta en relación al niño psicótico, o gravemente perturbado? ¿Cómo funciona y circula en el grupo de adultos? Queda formulada como un aspecto que no puede obviarse ya que sabemos que en aquellos lugares donde se convive con la muerte —en este caso, muerte psíquica y trabajo de lo negativo” de la psicosis y de la institución— la sexualidad se despliega y se actúa para conjurar lo siniestro.

²⁸ Fanny Schkolnik. Intervención al Panel: “Escucha e interpretación analítica en el campo de la Salud Mental”, 2ª Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental, Montevideo, 1988.

²⁹ Conferencia: *Psychanalyse et institution de Cure pour enfants*”. ob. cit.

Quisiera al terminar, insistir en que junto con el desafío a la identidad del psicoanalista, se abren en el trabajo institucional una gran riqueza de experiencias y amplias interrogantes, teóricas y técnicas para el psicoanálisis.

RESEÑA DE REVISTA

A. Green

Pourquoi le mal?

Nouvelle Revue de Psychanalyse, N° 38 Automne 1988

En este artículo, el autor se propone explorar el vínculo mal–enfermedad (*mal-maladie*), mal moral–enfermedad del alma y establece un paralelo entre las dos formas de expresión de la Pulsión de muerte que aparecen como obstáculos a la curación —la ligada (adscrita al Superyo, entendible en términos de culpa)— y la libre (que determina la adhesión a la enfermedad) y el problema del mal moral, explicable y analizable sólo parcialmente. El “mal sin porque” (A. Silesius) es equiparable al mal del alma en sus formas más rebeldes (reacción terapéutica negativa o masoquismo originario).

El trabajo se inicia con la revisión de los conceptos freudianos y kleinianos que iluminan esta problemática. En este sentido, examina la evolución del principio de placer—displacer, opuesto al de realidad, en la construcción del aparato psíquico en Freud y subraya la diferencia que, en cuanto al mal, tiene la teorización de “Pulsiones y sus destinos” frente a la de “La negación”. En el primer caso, el mundo exterior es postulado como originariamente indiferente, aunque opuesto al Yo; este es un Yo narcisista, autoerótico, capaz de satisfacerse a sí mismo, necesitado de los cuidados maternos que omnipotentemente se autoatribuye. Este Yo introyecta los objetos fuente de placer y

expulsa lejos de sí lo que le produce displacer; el descubrimiento del objeto y la toma de conciencia de que éste no es parte del Yo ni está a su absoluta disposición, harán surgir el odio. Diez años más tarde, el mundo exterior será postulado como, de entrada, odiado, extranjero, malo y el bebé como capaz de discriminar lo bueno y lo malo tempranamente, precediendo a la discriminación Yo— objeto.

La causa de este desplazamiento en la concepción freudiana reside en la introducción de la Pulsión de muerte; allí donde Freud examina la relación entre ésta y la negación, se modifica el mito de los orígenes.

De esta línea se reclama seguidora M. Klein. “La oposición Yo–interno bueno y Extraño–afuera–malo se transformará en oposición entre instintos de vida (buenos) e instintos de muerte (malos) y, de modo complementario entre objeto bueno y objeto malo.” Piensa Oreen que la evolución del principio de placer al de realidad será sustituida por la evolución de la posición esquizo-paranoide a la depresiva, paralelo lícito en la medida que Freud postula como condición necesaria para la instauración del principio de realidad, la pérdida de los objetos que han brindado satisfacción.

La dinámica de la posición depresiva y sus características, permiten captar “la articulación entre lo malo en el sentido de perseguidor, aquel que desea mi mal y lo malo en el sentido de pecador, aquel que en mí quiere el mal del otro”.

En Freud, juego de desplazamientos mediante, la situación edípica puede entenderse como la sustitución del Yo placer purificado por el objeto de deseo incestuoso, sustitución a la que corresponde la de lo extraño-malo-odiado por el obstáculo a la realización del deseo. Encontramos al Superyo, heredero del Complejo de Edipo: en Klein, en cambio, el término de la evolución psíquica de la sexualidad infantil es el duelo de la posición depresiva. El autor compara ambas teorías, señalando que pese a la importancia que Freud concede a la

Pulsión de muerte en sus últimos años, no deja nunca de tener en cuenta los efectos de la pulsión de vida a través del placer y la sexualidad, antídotos del mal. Klein desvaloriza lo sexual, idealiza el concepto de amor y transforma la castración —“con su fuerte carga semántica y simbólica”— en un avatar más de la agresividad sádica. Para Green, el principio de realidad desemboca en el Complejo de Edipo como “ordenador simbólico del orden humano.

En la historia del psicoanálisis hay también otro devenir, el que va del “mal” de la “posesión” histérica, desalojado de la escena por el hallazgo del fantasma de la perversión, a su retorno con el masoquismo primario y la reacción terapéutica negativa. Este retorno no es un retorno de lo mismo. En un caso, el “demonio” era la perversión. Esta ignora la represión, el retomo de lo reprimido, el conflicto; no guarda relación con el mal. En el otro, el masoquismo primario, sostén de la reacción terapéutica negativa. “vivida por el analista como un lazo perverso, que parece destinado a formar un sistema aislado, cerrado, destinado a la repetición”.

Ciertamente que ha habido una reconsideración de los puntos de vista de Freud sobre la perversión y que los trabajos de Stoller, para quién la perversión está ligada al odio, arrojaron nueva luz sobre este complicado tema. Sus observaciones —remarca Green— permitirían considerar a la perversión no ya como manifestación de sexualidad pura, sino incluyendo la operación de la Pulsión de muerte. Si bien Freud explicó así el sadismo, sería una simplificación proponer que toda perversión esté más o menos infiltrada de sadismo.

Aunque la mayoría de los autores contemporáneos coinciden en aceptar el carácter arbitrario y puramente social de las normas sexuales y, por ende, de la perversión, lo que “una ética libre de prejuicio” no aceptará es la violencia sexual impuesta a otro, “cuyo ejemplo princeps es el sometimiento sexual de los

niños”. Retorna aquí Green la línea del trauma sexual infantil, examinando aportes de Bergeret. . P. Aulagnier, Masud Khan y Ferenczi, y señala que el caso más extremo de violencia es el incesto porque se trata de un acto alienante. “Es sorprendente que el incesto no haya sido catalogado como una perversión”. Cuando la componente erótica de la sexualidad es dominada por la componente narcisística, “cuando el odio que tienen su fuente en la autoafirmación del yo, monopoliza casi enteramente al erotismo”, allí se ligan mal y sexualidad.

En cuanto al masoquismo primario, ha sido explicado por la hipótesis del vuelco interno de la pulsión de muerte, de la cual la agresividad sería la fracción secundariamente proyectada hacia el exterior. Green recuerda que los más fervientes defensores de la teoría de la Pulsión de muerte son aquellos que trabajan con desorganizaciones somáticas progresivas internas (P. Marty, por ejemplo) más que con exteriorizaciones de la pulsión agresiva, y adhiere a la teorización freudiana que relaciona el prototipo de la relación de odio con la lucha del Yo por su conservación y afirmación. El masoquismo puede ser interpretado como signo de una voluntad de poder invertida que es, prácticamente, infalible: “Al juego de ‘el que pierde, gana’ es fácil ser invencible”.

En la reacción terapéutica negativa se conjugan masoquismo primario, sentimiento inconsciente de culpa, narcisismo y odio a la realidad externa e interna, trabando el proceso analítico, manteniendo la neurosis de transferencia e impidiendo su liquidación, mientras que, simultáneamente se rechaza el lazo con el analista. El “mal” de la reacción terapéutica negativa desborda las explicaciones, no se agota en el sadismo del Superyo que es sobrepasado por el masoquismo del Yo; las faltas no son “pecados” sexuales, sino una falta más esencial: no tengo derecho de existir”.

Y agrega, a este complicado rompecabezas, otra pieza: la diferencia entre destructividad y sadismo. En el sadismo, está presente la posibilidad identificatoria con el otro a quién se le infringe daño; en la destructividad —la de los crímenes sin pasión— estamos frente a un desinvertimiento brutal, inconsciente, de aquellos a quienes se estaba ligado por vínculos de amor y odio. Así, el otro se vuelve, de un momento para otro, extranjero, desconocido, ajeno: aniquilación por nadificación (néantisation), insensibilidad ante el dolor del otro, amor del mal. Oreen enfoca (sin usar la palabra) el fanatismo: “Amar el mal es detectarlo, localizarlo, designarlo para poder erradicarlo, para pensar que una vez vencido el mal, el Bien soberano y la felicidad reinarán por doquier. No habrá culpa, entonces, porque las tareas más destructivas son acciones purificadoras.”

En un caso —perversión— transgresión, deseo de gozar de ella (en actos o en fantasías), excitante intelectual y afectivo; en el otro, destrucción pura, bajo la acción de una Pulsión de muerte a la que el autor le asigna una “función desobjetalizante”, ejercida sobre un otro transformado en cosa, al cual se le ha quitado su condición de semejante humano.

Desde estos desarrollos teóricos, el autor analiza personajes de la literatura (Shakespeare), indaga sobre la violencia en las canchas de fútbol y sobre la violencia cotidiana. La que todos nosotros, psicoanalistas, encontramos en el mundo de afuera de nuestro consultorio más que entre nuestros pacientes. Y no porque ellos —y nosotros— seamos “buenos”, sino porque la aceptación (sincera, va de suyo) del cuestionamiento de si mismo que todo análisis implica, deseada ese otro mal (no el de la perversión, no el del Superyo cruel), el que se sostiene en la indiferencia hacía el semejante, —el de la destructividad—, que lo declara “extranjero absoluto, ajeno hasta a la Humanidad”.

Aída Miraldi López

RESEÑA DE LIBROS

Moustapha Safouan

Le transfert et le désir de l'analyste

Aux Editions du Seuil, Paris, 1988

Editorial Paidós, Bs. As., 1989.

Moustapha Safouan nació en Egipto, fue discípulo de Lacan y miembro de la disuelta Escuela Freudiana de París. Publicó varios libros (*Le Structuralisme en Psychanalyse. La Sexualité Féminine, Eludes sur l'Oedipe, l'Inconscient et son Scribe, Jacques Lacan et la Formation des Analystes*, etc.) en los que, dentro de una leal filiación lacaniana, pone de manifiesto un espíritu inquieto y una incesante reflexión sobre el inconsciente.

“Le transfert et le désir de l'analyste” tiene como eje conductor el deseo del analista en la praxis analítica, deseo que Safouan lleva hasta sus últimas implicancias en lo que concierne al análisis didáctico, a la formación analítica, a la transmisión del psicoanálisis, a las razones de la no institucionalización y al propio porvenir del psicoanálisis.

El libro está dividido en 5 capítulos. En los 4 primeros el autor examina las teorías freudianas y postfreudianas sobre la transferencia y las teorías sobre la contratransferencia, marcando cuáles serían, a su criterio, los beneficios que hubiera aportado una visión lacaniana. En el 5to capítulo, es decir a partir de la mitad del libro, expone en forma ordenada y con finalidad esclarecedora las

ideas que, sobre la transferencia, aparecen dispersas en la obra de Lacan.

Señala que el abordaje del tema fue bastante tardío en dicha obra por dos razones: porque re quena una teoría previa del objeto del fantasma y de su relación con las instancias freudianas del ideal del Yo y del Yo ideal, y porque toda teoría del fantasma que hiciera abstracción de la inmanencia de su objeto al discurso, sólo constituía, dentro de dicha teoría, una aproximación biológica al problema.

Contrariamente a la posición de los psicoanalistas que asimilan la transferencia a una proyección o desplazamiento de actitudes infantiles sobre la persona del analista, y el objeto del fantasma a su correspondiente real o biológico, la teoría lacaniana sostiene que el Yo (*Moi* no es el sujeto al que se dirige la interpretación, que por el contrario el *Moi* se coloca “à travers” del discurso y que el objeto del fantasma no puede reducirse a su soporte biológico, la relación del sujeto al objeto del fantasma es esencial, así como el lugar del deseo en la economía libidinal.

Safouan hace un recorrido cronológico de la teoría de la transferencia partiendo de algunas proposiciones básicas: el psicoanálisis es el psicoanálisis de la transferencia y no hay analista sin un análisis didáctico, es decir sin aquel análisis en el cual se suspende la preocupación terapéutica y se cuestiona claramente al sujeto.

El “Discurso de Roma” es considerado por Safouan como el pasaje del *Moi* al sujeto y la posición del tercero. En él se dan los pasos para redefinir quién interpreta y a quién se dirige la interpretación. Retoma los temas del sujeto del inconciente, “verdadero sujeto”, del *Moi*., de identificación y alienación, de sujeto “supuesto saber” y hace la crítica de lo que considera la interferencia del conocimiento en la experiencia analítica. Esta crítica a la objetivación no niega la existencia del sujeto del conocimiento sino que afirma que el inconciente impone otra concepción del sujeto.

En las “Variantes de la cura tipo” pone de relieve la preocupación de Lacan

de distinguir la palabra constituyente del discurso constituido. Aborda el problema del narcisismo y de la finalidad del análisis con la crítica de la identificación al *Moi* del analista. La palabra, el acto analítico, son actualización de lo “simbólico”.

En “*La Verneinung*” examina los registros de lo Simbólico, lo Imaginado y la imagen no especular del falo. Señala la afinidad de los temas de muerte y castración, el lugar del Nombre del Padre como eficiencia significativa del nombre del padre en tanto simboliza la Interdicción de gozar de la madre, permitiendo el pasaje de la insuficiencia imaginaria a la falta simbólica (cuyo objeto sigue siendo imaginario, pero nunca reductible a la imagen del cuerpo propio y en este sentido no especular). La operación que describe Lacan como metáfora paterna Incluye el rechazo del goce y permite fundar la promesa. El falo no es el pene todos los otros objetos de los deseos inconcientes, cuya esencia es la falta. Deriva de lo imaginario pero de un imaginario no especular.

En “*La Cosa freudiana*” continúa el examen de la subjetividad en el análisis con la distinción entre el *Moi* y el sujeto sobre el esquema L. El esquema permite percibir que responder a la transferencia no es intervenir en tanto que el sujeto habla de nosotros sino en tanto se dirige a nosotros. El sujeto se constituye, dividido, como efecto de un saber que opera antes de ser sabido. La afirmación de “*La Cosa freudiana*”, que el orden de la cosa es el del lenguaje, marca un giro en las elaboraciones lacanianas, subrayado por Safouan, que le permite avanzar en el terreno de la metapsicología para construir una teoría general del deseo. Con ella se define el fin del análisis. El análisis “puro” es ahora un análisis esencialmente terapéutico porque consiste en extraer de la demanda lo que la aparenta al síntoma, a saber el deseo inconciente que la motiva.

En los capítulos siguientes examina las dos transferencias en el lugar del

objeto (a) (Sobre el informe de Daniel [agache) y la transferencia como engaño [Seminario sobre Transferencia (1960-1961)].

La profundización de los efectos del significante en la estructuración de la subjetividad pro sigue en “Los Cuatro Conceptos...” donde se articulan alienación y separación y el deseo del analista. Reperando el objeto a, más allá de su idealización como *agalma*, toma fin el engaño por donde la transferencia tiende a ejercerse en el sentido de cierre del inconciente. Este es el sentido de la liquidación de la transferencia. El fin del análisis reside en asumir la división máxima. Safouan se interroga sobre el destino de la pulsión después del fin del análisis planteando el problema de la sublimación.

En la “Proposición de octubre de 1967” enfoca la intención lacaniana de elaborar modos nuevos de funcionamiento institucional: el análisis como método necesario para la formación del analista, el pasaje al deseo del analista (del cual señala la ambigüedad), la experiencia de la *passé*. Vuelve a examinar de cerca el problema de la institucionalización del psicoanálisis en las “Conclusiones” señalando que cualquier solución que se proponga tiene que tomar en cuenta la diferencia específica a la que debe responder la institución psicoanalítica en relación a otras instituciones: “el recurso a una instancia tercera que encarne la autoridad va en sentido opuesto al que origina el advenimiento del sujeto y a la producción de un saber que transforma el saber precedente.”

Para finalizar este comentario diría que “Le transfert et le désir de l’Analyste” es una nueva lectura de los textos lacanianos en la que el autor retoma conceptos, selecciona, establece cortes y despliega nuevas relaciones sin simplificaciones imposibles pero Introduciendo mayor coherencia y orden en el tema. El resultado es la producción de un texto valioso, de interés no sólo para

los ya familiarizados con la teoría sino para aquellos que la abordan por primera vez y que redundará en beneficio de los estudiosos del psicoanálisis permitiendo una mejor confrontación y discusión con otros puntos de vista sobre la transferencia.

Sélika Acevedo de Mendilaharsu

RESEÑA DE LIBROS

Harold Searles

Escritos sobre

Esquizofrenia.

Barcelona, Editorial Gedisa, 1980. 318 páginas.

Título del original en inglés: “Collected Papers on Schizophrenia and related subjects”.

London, Hogarth Press, Ltd, 1966.

Escritos sobre Esquizofrenia es, como advierten los editores, una selección aprobada por el autor, de trabajos incluidos **en** la compilación que publicara The Hogarth Press en Londres en 1966, bajo el título “Collected Papers On Schizophrenia and related subjects”.

Harold Searles es un insólito, original y valiente psicoanalista. Su técnica, “no clásica”, según sus mismas palabras. va mucho más allá de la heterodoxia que marca esa tenue formulación. Parece justo valorar también que lo esencial del psicoanálisis no solamente se conserva sino que adquiere un vigor desconocido para todo lector de su obra.

Su vida como psicoanalista, también fuente de enseñanza, tiene dos épocas la primera transcurre en la Clínica Chesnut Lodge en U.S.A. durante 15 años (1949-1964) trabajando a tiempo completo en psicoterapia psicoanalítica de esquizofrénicos, Institucionalizados desde años atrás. Resulta asombrosa la

capacidad continente de Searles que le permitió realizar esa tarea durante tantas horas. Los que trabajamos con psicóticos conocemos los efectos de las contratransferencias cambiantes y convulsionadas y el monto de angustia movilizadas que amenaza desbordar el aparato mental del analista y que se acompaña frecuentemente de manifestaciones somáticas de agotamiento físico y disturbios subjetivos de la percepción de la temperatura corporal, frío o calor de intensidad inusual y de cambios bruscos. Searles después de esas Jornadas escribía sus notas en horas de la noche.

Además de esta tarea en la Clínica Chesnut Lodge. Searles no habla dejado completamente la práctica analítica como lo señala en el Prólogo de su libro “Le contre-transfert”, París, Gallimard, 1979 (desde 1958 fue analista didáctico y supervisor del Instituto Psicoanalítico de Washington).

En el segundo periodo, Searles acepta el *cargo* de Profesor de Psiquiatría en la Universidad de Washington y ejerce el psicoanálisis en forma privada. Se dedica a la docencia y publica gran parte de su obra. Su último libro, “*My work with borderline patients*”, Northvale, Jason Aronson, 1986, se refiere a su experiencia con estructuras límites que, como señala en el Prólogo, encontró en su mayoría en psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas que aspiraban a seguir la carrera analítica.

“Escritos sobre Esquizofrenia” está dividido en 7 capítulos de los que destaco el I, “Integración y Diferenciación en la Esquizofrenia”; el III, “La evolución de la Transferencia Materna en la *Psicoterapia* de Esquizofrénicos”; el IV, “La Comunicación Esquizofrénica”; el V, “Fases de la Interacción Paciente—Terapeuta en la Psicoterapia de la Esquizofrenia Crónica” y el VII, “La psicosis transferencial en la Psicoterapia de la Esquizofrenia Crónica”.

El autor propone considerar la esquizofrenia desde un punto de vista descriptivo como una perturbación de la Integración y diferenciación en el proceso unitario de crecimiento mental. La perturbación de *la Integración*

radica en las mismas instancias clásicas freudianas de la personalidad, Yo, Super Yo y Ello y en sus relaciones. Se apoya en conceptos de Jacobson y otros autores de la escuela americana. A un Yo muy disociado, formado por “Islas” sin vínculo alguno, corresponde un SuperYo de extrema crueldad que ataca a esos fragmentos. La perturbación de la diferenciación, Inseparable de la anterior, consiste en la pérdida de límites entre el Yo y el mundo externo.

Múltiples fragmentos de material clínico ilustran su técnica y su contratransferencia explícita, rasgo fundamental de la misma. Así por ejemplo dice pag. 144): “Una mujer hebefrénica y yo tuvimos durante años gran capacidad para irritarnos mutuamente: dedicábamos sesiones enteras a hacer comentarios vengativos y a torturarnos con recursos no verbales..., su primer comentario fue: “¿Sabe que Ud. es el Dr. Searles?... me sentí atacado, como de costumbre, y pensé con irritación e impaciencia: “Por supuesto que sé que soy el Dr. Searles”. Este fragmento ilustra el grado en que el terapeuta está inmerso en la psicosis del paciente, necesitando afirmar su identidad.

En otros ejemplos de transferencia erótica psicótica, Searles conciente de su excitación sexual, que explicita, pone límites también concientes a la misma. Todo esto muestra el compromiso que asume en un vínculo masivo en el que sin embargo una parte de sí sostiene la diferencia que le permite ocupar el lugar del terapeuta y mantener-

En contraste con este material, con pacientes no diferenciados, Searles señala el silencio, dominando muchos meses el espacio analítico.

En el capítulo V expresa sus ideas con respecto a la comunicación esquizofrénica, describiendo con intensidad el drama del paciente enfrentado a la urgencia de la comunicación con el otro, al mismo tiempo que a la necesidad de impedir que su delirio la contamine.

Para finalizar el breve comentario sobre este fascinante libro no puedo dejar de mencionar la sorpresa que producen en el lector los inesperados cambios en

pacientes crónicos que en su mayoría abandonan la institución en un lapso relativamente breve, insertándose, sin mayores limitaciones, en el mundo social.

Carlos Mendilaharsu