

## EDITORIAL

En los orígenes no había fronteras. Durante un buen tiempo –que quizás no podamos delimitar con precisión– la práctica de S. Freud con sus pacientes “nerviosos” se nutría de distintas técnicas vigentes en la época, interrogándolas tanto en sus procesos operativos como en las teorías que las sustentaban. Práctica y elaboración teóricas se movían en una articulación creativa a partir de las dificultades. En todo caso, allí se situaba una frontera, pretil hacia lo desconocido, zona donde lo pensado disponible hacía crisis frente a lo no pensado, momento de búsqueda de nuevas palabras, ideas y recursos técnicos para la investigación y la terapia.

Así comenzó a trabajar y a construirse el psicoanálisis, en un movimiento de articulación teórico-práctica sujeto permanentemente a revisiones, rectificaciones y a veces mutaciones, que han ido definiendo el perfil de un área de trabajo específica. El material humano motivo de investigación y terapia era, predominantemente, concebido dentro del campo de las neurosis, aun cuando incursiones en la psicosis y las perversiones permitieron ampliar y profundizar la teoría.

Parte de la investigación postfreudiana y sus concomitantes desarrollos teóricos sí tuvieron como punto de partida el abordaje de otras patologías y otras franjas etarias: psicosis, psicopatías, enfermedades psicosomáticas, “fronterizos”, trastornos narcisistas de la personalidad, estudiados ya no sólo en adultos, sino en niños y adolescentes. En su núcleo creativo estos crecimientos no son meras aplicaciones de una teoría y una técnica, sino descubrimientos de nuevas zonas de trabajo analítico.

No podemos, hoy, hablar de la teoría y la práctica analíticas. Sabemos de nuestro poliglotismo teórico y las diversas modalidades y variantes prácticas. Los intentos de delimitar qué es el psicoanálisis han resultado controversiales, cuando no meramente formales. Por momentos, el

movimiento psicoanalítico aparece oscilando entre definiciones formales y dogmáticas que escamotean lo esencialmente renovador del psicoanálisis e indefiniciones que, al borrar todo límite, corren el riesgo de un “todo vale”, equivalente al “nada vale”, preocupante “moda” cultural de este fin de siglo.

Las opiniones acerca de la ubicación de la frontera de la práctica analítica no son homogéneas y esta diversidad nos parece auspiciosa, marca de la vitalidad del psicoanálisis y de los psicoanalistas en su afán de incursionar en zonas de la clínica poco exploradas. Podemos compartir - dentro de esa diversidad de posturas- aquella que pone, como eje central del trabajo analítico, la transferencia. Su estudio y utilización operativa se constituye en un desafío para cada analista, más aún cuando se interna en las fronteras. La posibilidad de sostener la investigación y el procesamiento de la transferencia en distintas circunstancias clínicas nos aparece como lo específicamente analítico, campo que se puede constituir o no en cada caso y cuyas fronteras singulares dependerán de la posibilidad del trabajo en transferencia.

Este número de nuestra revista recoge casos donde el campo específico del psicoanálisis se abre a situaciones nuevas que lo ponen a prueba.

## **GENEALOGÍA E HISTORIZACIÓN EN LA PSICOSIS INFANTIL \***

*Esperanza P. de Plá\*\**

El acercamiento al mundo de la psicosis infantil utilizando el instrumento psicoanalítico es una de las experiencias clínicas más impactantes que conozco. Reúne lo más doloroso y lo más siniestro; lo más destructivo y desesperante para el analista, pero cuando esto se revierte, genera situaciones hermosamente creativas e inolvidables.

Largo es el camino recorrido para llegar al material clínico que ocupa el lugar central en este escrito, tanto en lo que se refiere al tiempo de relación analítica que había transcurrido entre Martín y yo (tres años y medio efectivos con una interrupción de un año), como en lo que se relaciona con la evolución de mis ideas. Los escritos de Dolto (3), Maud Mannoni (8) y Pankow (9) fueron importantes en este proceso, así como el diálogo permanente sostenido con Juan Carlos Pía.

La cuestión del lugar de los padres en el análisis de niños y especialmente de niños psicóticos es un punto clave para quienes laboramos en este campo y a la vez es una de las preguntas más difíciles de responder. ¿Hasta dónde incluirlos y de qué modo? Seguimos encontrando colegas que trabajan exclusivamente con el niño y que envían a los padres (sobre todo a la madre) a análisis personal con otras personas, al estilo del clásico tratamiento de Lebovici y Joyce McDougall (6). Quizás más frecuente en el presente en Latinoamérica es que los padres y otros familiares directos del pequeño sean tratados como grupo familiar por otro terapeuta, con o sin inclusión del paciente. En ambos estilos de trabajo, el

---

\* Presentado y discutido en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay en agosto de 1991.

\*\* Presidente Carranza 63, Colonia Coyoacán 21, México D.F., México.

contacto del analista del niño con los padres es mínimo y el desconocimiento de la historia familiar y del lugar que ocupa el pequeño en ésta suele ser muy grande. Dicho tipo de enfoque, directamente relacionado con el que Melanie Klein creó y desarrolló con Dick (4) tiene a la vez un enorme valor y graves inconvenientes. La gran importancia que para mí tiene este trabajo individual con nuestros pequeños pacientes fue planteada en algunos escritos previos (13) (14), ya que a través de él se intenta poner en marcha el proceso de organización del psiquismo a partir del nuevo vínculo analítico. En muchos casos de psicosis infantil está en juego incluso el nacimiento mismo del sujeto psíquico lo cual puede ser conceptualizado de diferentes maneras.<sup>1</sup> Es a partir de que se instala una represión funcionante que surge la posibilidad de inscripción de una nueva historia, que se construye a la vez con el analista y con la familia.

La intervención sobre el grupo familiar, ya sea como proceso paralelo realizado por otro terapeuta o directamente por el analista del niño, tiene como finalidad más evidente y generalmente aceptada promover relaciones más adecuadas, modificar funcionamientos patológicos, cortar círculos viciosos y estereotipias. La atención podrá dirigirse a las distorsiones de la comunicación, al funcionamiento de la familia como sistema o al nivel inconsciente de la patología de los miembros y del grupo.

Pero a mi entender este trabajo es insuficiente y no da cuenta verdaderamente de un hecho esencial de esta patología, o sea hasta qué punto **el niño psicótico surge de una intertextualidad que se inscribe como historia**. He discutido largamente (11, 12) sobre todo con quienes creen en la exclusiva etiología orgánica del autismo y de otras formas de psicosis infantiles, las razones que desde el psiquismo de la madre

---

1 Estudié este problema desde el punto de vista de los procesos identificatorios y su evolución, considerando la sustitución de las Identificaciones primitivas de naturaleza imaginaria por una identificación totalizadora, simbólica, núcleo del yo y base de las Identificaciones secundarias posteriores (9).

intervienen para que, en muchos casos, resulte tan inaccesible un bebé, para que la barrera que se levanta entre ellos sea tan infranqueable. Me parece evidente que, en general, es posible encontrar factores maternos (y paternos) que acentúan dicha barrera o incluso contribuyen a crearla.

Hay una afirmación básica sostenida por Françoise Dolto y por Jacques Lacan que dice que **la producción de un psicótico requiere por lo menos de tres generaciones**. E infinidad de veces la he repetido yo misma, pues la he visto confirmada ampliamente en mi experiencia clínica. La existencia de genealogías extrañas cargadas de muertos significativos, pero con frecuencia considerados “sin importancia” en las familias afectadas, de duelos no elaborados y cargas mortíferas mantenidas en secreto, se fueron haciendo cada vez más relevantes en mi práctica. Percibí con mayor agudeza que nunca, que es la madre quien sostiene la supervivencia simbólica del niño pero que, en ocasiones, no está capacitada para hacerlo. Plantearse lo genealógico es un modo de comprender esa incapacidad, pero en absoluto debemos olvidar que no es una continuidad clara y que hay un salto importante, una suerte de ruptura cuando surge el niño psicótico en una familia. Lo genealógico nos envía por un lado a la dimensión de lo real y por otro al enigmático mecanismo de la forclusión. Para este enfoque ambas ramas parentales resultan igualmente importantes y por lo tanto ya no es sólo la madre la que ocupa el lugar central.

Es también imprescindible recordar que esta nueva búsqueda de lo genealógico, para nada excluye que el analista siga sosteniendo una relación cuidadosa con los padres de acuerdo a la técnica habitual. Es de enorme importancia hacer conciencia de las consecuencias de nuestras actitudes con ellos. Ni la tan criticada posición acusatoria de unos, ni la tan deseada negación de toda responsabilidad de otros, resulta adecuada. La inevitable relación transferencial con los padres merece una constante atención. Aunque dicen aspirar a un cambio, sabemos que también cuidan

el equilibrio patológico del cual dependen profundamente. ¿Pueden tolerar el movimiento y la inestabilidad? ¿Es lo mejor que “reconozcan” ciertos niveles de los problemas que han transmitido sin conocerlos conscientemente? Muy variables son las opiniones al respecto y fuera del alcance de este texto su discusión, sin embargo no quise dejar de mencionar estos problemas antes de dar el salto hacia otra dimensión de la relación que existe entre el niño psicótico y sus padres.

### **Ubicación de lo genealógico**

En una presentación anterior de estas ideas había elegido el siguiente título: “¿Es la psicoterapia de las psicosis infantiles una experiencia correctiva o historizante?” (15). Con la forma interrogativa intentaba enfatizar, en primer lugar, el carácter polémico de mi planteo, y también subrayar que, aún desde un enfoque psicoanalítico, la consideración de la dimensión histórica en estos feroces trastornos de la humanización no ha alcanzado la relevancia que merece. Una serie de factores parecen contribuir para que los investigadores y los clínicos tiendan a olvidar la trama familiar que está en juego cuando se diagnostica a un niño de autista o de psicótico. La sospecha de organicidad, aún la indemostrable, suele pesar más que el drama humano observable y la precocidad de instalación del cuadro, sumada a lo rudimentario del desarrollo psíquico, apoya la fantasía de que se parte de cero, como si no hubiera nada antes, como si el psicótico por estar sumergido en su mundo no compartible quedara fuera del tiempo y de los lazos interpersonales.

Quiero volver a aclarar, como lo señalé al principio, que mi pregunta no buscaba marcar una real oposición entre lo correctivo y lo historizante, que ambas formas o enfoques de la intervención psicoanalítica son esenciales en la práctica y que deben complementarse en cada tratamiento.

Pero en los hechos ocurre con frecuencia que la dimensión histórica suele ignorarse o sufre un deslizamiento tergiversador. Si nos basamos en la teoría del desarrollo y consideramos la falta de estructura psíquica o el carácter bizarro de ésta en los niños psicóticos, resulta evidente que la creación del vínculo, el proponerse como objeto y trabajar desde esta perspectiva es tan difícil como imprescindible. Tenemos así el fundamento de una actitud correctiva. Conceptos como el de “preocupación maternal primaria” y “holding” de Winnicott (17), “matriz extrauterina” y “experiencia simbiótica correctiva” de Mahler (7), “continente-contenido” de Bion (2) y hasta el “new beginning” de Balint (1) acuden a nuestra mente y resultan muy adecuados para introducirnos en la barrera autista y para comprender y superar los períodos de regresión que debemos transitar con estos niños para comenzar su integración al mundo humano.

De esta manera, se crean a la vez una nueva relación y una “nueva historia”. Historia que suele pensarse desde los datos del desarrollo normal y que es común para todos los niños, solamente matizada por los eventos que fueron dándose en el curso del tratamiento. He ahí la base de mi discrepancia. ¿Podemos limitarnos a esta “historia” neoformada? ¿Qué ha ocurrido antes y qué hacemos con la otra, con la verdadera historia, con la que comienza en las generaciones anteriores y marcó traumáticamente a los progenitores y luego al niño? En la gran mayoría de los casos se la ignora, unos pocos la investigamos más a fondo y nos convencemos de su tremenda significación. Pero si ahora disponemos de ella ¿qué nos aporta para nuestra intervención con el paciente y su familia? ¿Cómo la incluimos? Son estas preguntas que me vienen inquietando desde hace varios años y hasta hace bastante poco las había dejado sin respuesta. Utilizando un ejemplo clínico trataré de mostrar algunos pasos dados en el camino de su contestación, así como la teorización con que la sustenta.

Antes de pasar a la situación clínica quisiera extenderme algo más sobre el tipo de información a la que me estoy refiriendo y al modo de obtenerla. Lo primero es tener muy presente que una aproximación detallada y cuidadosa de la familia para comprender el lugar que ocupa ese niño en las generaciones no es una información más, sino que se trata de un material privilegiado con el cual empieza a elaborarse una forma de reconstrucción psicoanalítica de la historia. Para que esto sea posible estableceremos una escucha del inconsciente desde el comienzo, lo cual es muy diferente a la conocida y en general rutinaria “historia del desarrollo” que tiene otro sentido, pues se basa en la idea de una “recopilación objetiva de datos” del nivel de la “historia natural de la enfermedad”. El primer paso *es* efectuar entrevistas abiertas totalmente o apenas dirigidas, realizadas a ambos padres, juntos e individualmente y *si es* importante a abuelos, tíos o quien consideremos relevante en la historia. El relato así obtenido no es en absoluto lineal pues se enriquece con digresiones, se ramifica, se complica y esto es lo mejor para ir más allá de lo manifiesto. Es un texto que no se cierra o completa nunca, ya que cuando nos aproximamos en el tratamiento a ciertos puntos significativos, vemos cómo adquiere nuevos sentidos y es preciso volver a entrevistar a los familiares para ampliarlo. He aquí un aspecto importante: es desde el material de las sesiones que nos hacemos nuevas preguntas cuya respuesta tratamos de hallar en los adultos.

Ocurre sin embargo que, aunque nos parezcan apasionantes, estas historias no son fáciles de comunicar porque en la mayoría de los casos los datos lindan con lo increíble y resultan tan extraordinarios que suenan a “cuento”. Cuando una distinguida colega europea me comentó, a propósito de un trabajo anterior mío sobre este tema, me dijo que ella no encontraba hechos tan tremendos como los que yo describía en sus pacientes autistas. Me limité a preguntarle si ella profundizaba en las historias con cuidado, tal como yo lo recomendaba y por supuesto me respondió que no. ¿Qué de

doloroso y terrible se juega en la genealogía de nuestros pequeños psicóticos que cuesta tanto saber sobre ella?

¿Qué encontramos? Que hay hechos, detalles muy particulares, muy insólitos en la historia del padre y de la madre en varias generaciones. Que el niño ocupa un lugar muy especial en una encrucijada de esas dos historias y que los efectos de ello recaen sobre su crianza, sobre su cuerpo, sobre la relación del niño con sus padres y en general con el mundo. Que al acercarnos durante el análisis a estos hechos, van surgiendo aspectos más sorprendentes y con frecuencia siniestros, que vienen directamente del material de las sesiones.

Quiero aclarar que decir que la madre es fría o psicótica, o que el padre es tiránico y maltratador o afirmaciones por el estilo, para nada refleja nuestros hallazgos en lo que tienen de dramático, ni describe el extraño pegoteo que en general presentan estas familias. ¿Qué habría detrás de la obsesividad de los padres de los autistas de Leo Kanner? Reflexiones sobre este problema han sido presentadas en un trabajo anterior que utiliza el actual enfoque en que lo genealógico toma un lugar central. Tanto más central cuanto más oculto se encuentre (11).

## Martín y las historias

De Martín he hablado y escrito en otras ocasiones. Mi relación con su historia se ha ido completando a lo largo de años, y su complejidad, ese efecto creador de un **sentido siniestro**, que sobrecoge y que se infiltra en la trama de su vida desde las generaciones se ha ido **abriendo paso** en mí trabajosamente. **La verdadera resistencia es la del analista**, dice Lacan.

En 1987 presenté esta viñeta en un trabajo titulado “En el fondo del espejo” (12), para jerarquizar el tipo de “situaciones especulares” que estaban presentes en las sesiones:

*Martín tiene seis años. A los tres aún no había adquirido el lenguaje y se diagnosticó autismo. Ha estado en tratamiento psicoanalítico desde entonces. En el momento de la sesión atraviesa por un período de agresión que se exagera al ser sometida la madre a una pequeña operación del seno, Martín propone un juego de roles y representa personajes de diferentes grados de maldad (monstruo, gato pícaro, fantasma, etc.) que me atacan y asustan. De pronto al pasar ante el espejo queda como capturado por la imagen. Transcurren algunos minutos y le pregunto: “¿Qué ves?” Sin moverse dice: “Nada, no se ve nada porque es un fantasma”. Le digo: “¿No está Martín?”... Me siento ignorada. Tiene los ojos fijos en su imagen y luego de unos momentos insisto: “¿Qué ves?, ¿qué pasa?”, pero ya no contesta. Al rato empiezo a notar que, muy lentamente, va acercando su cara al espejo hasta apoyar su nariz en la superficie en un gesto que me recuerda a Narciso uniéndose con su imagen en el río. Luego de unos momentos se separa en forma brusca y sale corriendo por el cuarto haciendo una serie de movimientos bizarros, aleteos y otros manierismos acompañados de ruidos guturales, que en la época autista eran muy frecuentes y ahora sólo aparecen esporádicamente en momentos angustiosos. Le digo que a veces se siente muy malo conmigo*

*y con mamá y que así se vio en el espejo y por eso se asustó mucho y ya no se vio más. Se va calmando lentamente pero queda confuso, como perdido, hasta el fin de la sesión.*

La historia de Martín que presenté en ese momento estaba muy incompleta, sólo gradualmente en las entrevistas mensuales que mantengo con los padres pude captar los detalles que rodean su nacimiento, que son los que verdaderamente aportan un carácter siniestro al relato.

En la primera versión de la historia alcancé a saber que Martín es el segundo varón de un matrimonio de jóvenes e inteligentes profesionistas. Hasta los dieciséis meses de edad la abuela materna vive en la casa y se encarga totalmente del bebé, debido a las ocupaciones de la madre. A esa edad la abuela parte bruscamente y regresa a su casa ubicada en otro país. Poco después cambian de empleada doméstica –que también cuidaba mucho al bebé– y se mudan de casa. En esa etapa, en que se acumulan ausencias, grandes modificaciones del entorno y en que por vez primera queda al cuidado exclusivo de su madre, Martín pierde muchos avances que había obtenido en su desarrollo y se instala el cuadro autista. “Fueron demasiados cambios y pérdidas para el bebé, pero entonces no nos dimos cuenta”, me dicen los padres. Interrogados sobre algún otro hecho importante de la historia de ellos me relatan que en la familia materna hay una muerte de gran importancia: Marcos, el tercer hijo, segundo varón de la fratría, diez años menor que la madre, muere a los dieciocho meses de edad de meningitis. Hasta aquí la primera versión de la historia, que me es relatada sin demasiada carga emocional. Lo del bebé fallecido es transmitido como un dato más que ya sabían que interesaba a los psicoanalistas, pues anteriormente un colega les había dicho que Martín cargaba con esa muerte; esto les resultaba bastante incomprensible afectivamente, aunque eran capaces de repetirlo intelectualmente, como quien relata una opinión ajena con la que no se puede hacer nada.

Y yo tampoco hice nada por un tiempo, nada más que registrarlo. Hasta que del material de las sesiones de Martín surgieron índices de que alrededor de la época del nacimiento y quizás antes habían ocurrido hechos de gran significación en los que era preciso profundizar y que tenían que ver directamente con el sufrimiento del niño; algo que se mantenía escondido y requería ser investigado. El símil arqueológico dominó por mucho tiempo mi mente, sobre todo porque sabía que había que ser muy cuidadosa y no romper lo que deseaba rescatar. Padres intelectualizadores, ejercitados a responder durante muchos años a los diferentes especialistas, dispuestos a colaborar mucho pero acostumbrados a poner todo el problema en el niño, requerían mucho tacto. Lo que encuentro “excavando” en ese pasado es una terrible etapa de dolor, hostilidad y culpa que anuda la vida de estas dos mujeres de una manera muy particular durante la corta vida de Marcos. Aquel bebé había sido un objeto de rivalidad y celos entre madre e hija y no sólo un “hijo” compartido como inicialmente habían manifestado. La madre de Martín, casi púber, se pone muy celosa por el nacimiento de su hermanito, pero también lo cuida, aunque con ambivalencia. La muerte del pequeño cae como un rayo y se suma poco después la enfermedad del padre que fallece cuando ella cuenta con quince años. El luto fue riguroso en la familia, también para la adolescente; visitaban varias veces por día el cementerio y no se podía reír. Un día que la jovencita se puso a cantar su madre le dijo: “Ahora sí estás contenta porque se murió mi hijito”. Todos los objetos que habían pertenecido al bebé fueron guardados cuidadosamente como esperando su vuelta.

Y pasan los años. Poco después de la boda, los padres de Martín emigran por un conjunto de razones explícitas: políticas, económicas y de perfeccionamiento profesional y también, en el fondo, por alejarse de las familias respectivas. Cuando nace su primer hijo la abuela no está en el país, llega a conocerlo a los seis meses y todo es normal. En cambio

cuando nace Martín, el segundo varón de la fratría, la abuela desembarca quince días antes del parto y trae como presentes la toalla y la colonia del bebé muerto, a medio usar, que tan largamente había guardado.

“... y yo no me opuse, fue un error... no sabía qué hacer... sí, usó toda la colonia... y la toalla. Mi mamá se ocupaba de él todo el día, yo llegaba en las tardes, le daba la última comida, lo bañaba (!) y lo dormía...” relata la madre con una inexpresividad de autómata (aunque en otros momentos puede ser una madre bastante sensible y preocupada por su hijo). De esta manera ella devuelve a su madre aquel niño perdido y colabora de manera inconsciente en la confusión con el muerto. Además, en el nombre elegido para el recién nacido, **Martín**, en que los padres en forma explícita tratan de poner algo nuevo, se repiten fatídicamente las dos primeras letras de **Marcos**.

La abuela cuida al bebé y mientras lo hace el pequeño se desarrolla aparentemente bien. Pero cuando está aproximándose la edad en que murió su hijo, parte bruscamente sin existir razón objetiva para ello, como aterrada de que pudiera repetirse la historia. Poco después, con la mudanza de domicilio, estos padres que como los de tantos niños autistas, son eficientes y en momentos claves tremendamente fríos e insensibles, hacen desaparecer “por razones prácticas” los juguetes y la cuna de Martín. Se produce entonces y casi de inmediato, otro corte sorpresivo y desorganizador, brutal para el pequeño. La frágil estructura psíquica lograda se desmorona.

En el fondo del espejo Martín sólo ve un fantasma, no se reconoce; en los ojos de la madre sólo halla a otro muerto y el conflicto entre las dos mujeres. ¿Y el padre del niño? Hijo de un padre autoritario y rígido que muere cuando él apenas comienza la adolescencia y de una madre extremadamente religiosa, está presente pero sin entender lo que ocurre, todo lo permite sin intervenir casi. La falta de empatía de ambos padres en

todo ese período es impactante. Dos “anécdotas” más que me erizaron la piel al enterarme. Cuando Martín le pregunta: “Mamá, ¿yo vivía en tu panza antes de nacer?”, ella le responde: “Los niños viven cuando salen de la panza, antes son fetos”. Y para aumentar las dificultades, hace poco me entero que la madre de manera cariñosa acostumbra llamar a Martín diciéndole “Mamita”, lo cual muestra que en algún sentido para ella su madre y su hijo se confunden y el niño la representa ahora que la abuela está lejos.<sup>2</sup> Afortunadamente en este momento el padre sí interviene, le señala la confusión y la presiona a abandonar ese hábito.

### **Martín y los mitos**

Hasta aquí la nueva versión histórica; hasta aquí el impacto de la extraordinaria ampliación de nuestra comprensión que esta indagación nos aporta. Pero ¿qué hacemos con esto? ¿Nos quedamos con el paquete o lo restituimos? ¿Cómo?

Hay una forma de intervención posible a nivel de la familia que se va intentando pacientemente durante todo el proceso, tratando de no dejarnos ganar por la desilusión cuando una y otra vez chocamos con la negación y la disociación tan eficaces en estos casos; el dar más ingerencia y peso a la palabra del padre es uno de los aspectos más importantes tal como puede verse en el pequeño ejemplo que acabo de mostrar. Pero lo que me preocupa más se refiere al propio niño. ¿Hay inscripción de estos hechos, tienen efectos en el psiquismo de Martín? ¿Podemos considerarlos otra dimensión de ese **saber que no se sabe** del inconsciente? Tengo la seguridad de que en la situación especular descrita está presente de algún modo esta historia, y en muchos otros momentos, especialmente cuando

---

2 En México es usual que los padres llamen cariñosamente “Mamita” o “Papito” a sus hijos, pero lo que es insólito es el cambio de género, que deja deslizar el sentido inconsciente que tiene este hijo para la madre de Martín.

hay vivencias psicóticas. Dicho de otra manera, planteo que esta historia generacional tuvo que ver con la génesis del trastorno y actualmente se relaciona con el funcionamiento psicótico residual del niño. Si es así, ¿cómo ponerla en palabras, cómo incluirla en el discurso? Es algo no solucionado, como tampoco lo está, a mi entender, la conceptualización metapsicológica de estos recuerdos sin palabras que nos llevan al misterioso terreno de los orígenes simbólicos del ser humano. Si vuelvo a retomar este caso es porque creo haber progresado un poco en responder estas preguntas.

Martín interrumpió un año su tratamiento porque se ausentó del país. Vivió cerca de su abuela, no en su casa por sugerencia mía, regresando luego a México y a las sesiones psicoanalíticas conmigo. Tiene ya entonces diez años y va a una escuela especial donde cursa tercer año, es muy amable y despierta cariño pero sigue siendo un poco raro. En las sesiones juega, inventa historias y me pide que las actuemos; a veces dibuja, sobre todo helicópteros. Un buen día llegan a la sesión los cuentos de hadas. Primero me pide que se los relate y como niño antes de dormir, se acuesta en el diván y los “devora” con fruición. Luego empieza a pedir que los representemos de acuerdo a su guión; en ciertas ocasiones ha dibujado algunas escenas. A veces es teatro, otras dice estar filmando una película, que incluso puede ser en inglés, para lo cual me pide escriba los subtítulos. Los dos cuentos preferidos son Blancanieves y la Bella Durmiente. El modo en que hace el relato, en que desarrolla, modifica o tacha los personajes toma sentido un buen día para mí; ese día, resalta sobre el fondo de una repetición que parecía resistencial, **un texto que se vuelve legible y que empieza a hablar, utilizando los mitos de nuestra época –estos son los cuentos de hadas–**, de la **historia-mito** personal de Martín. Ocurre así. Me comenta que Blancanieves y la Bella Durmiente le gustan porque son muy bellas. Le señalo que las dos deben luchar contra brujas muy malas.

Asiente y tomando un espejito de mano se mira con embeleso narcisista y dice: “Tú pregúntame, tú eres la reina mala. **Yo soy el espejito, siempre voy a ser el espejito como me gusta...**” Un escalofrío me recorre y digo: “Espejito, espejito, dime quién es la mujer más bella del mundo”. E impostando la voz responde: “Tú eres la más bella, ama mía”. Recuerdo en ese momento la frase publicada años antes sobre el material de este mismo paciente (p. 92): *“En el fondo del espejo, en los ojos de su madre (y de su abuela) Martín sólo encontró la muerte. Sin lugar en su generación, cayó a través de la superficie del espejo, sin conseguir reconocerse a sí mismo”*. Me di cuenta asombrada de que **el mejor lugar para no verse es ser el espejo mismo** y corroboré también lo que allí decía de la gran ambivalencia con la madre que se estaba poniendo en Juego.

Desde entonces sentí que había retornado el mito de Teseo (que había acompañado la fundación del Grupo)<sup>3</sup> y que había encontrado el hilo de Ariadna que podía sacarnos del laberinto, no en forma infalible pero sí posible. Un hilo que se teje y desteje en las sesiones, que se esconde y reaparece y que no deja de generar nuevas versiones del drama, donde Martín cambia y representa cada vez más diferentes personajes, porque es capaz de ocupar otros lugares subjetivos.

Rápidamente les contaré las escenas principales. La del espejo es central y tiene varios matices, ya que, interpretándole yo que el espejo es esclavo, que es un objeto que nunca se ve a sí mismo, empieza a identificarse cada vez con más frecuencia con el pastor que tiene en sus manos la vida de Blancanieves y la deja escapar. En una ocasión el pastor Martín dice: “No puedo matarte bella niña, eso está contra la naturaleza”. “Yo he matado animales para comer pero nunca maté gente” y decide sacrificar un venado para engañar a la reina llevándole su corazón en lugar

---

3 Se refiere a la Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo y la Psicosis Infantil. **Grupo Teseo**, que fue fundada en mayo de 1987, en la ciudad de México, por un grupo de investigadores en este campo en el que está incluida la autora.

del de Blancanieves. Pero a partir de esta desobediencia pasa a ser el perseguido por la reina bruja, porque el espejo, papel que retoma con fruición, siempre dice la verdad. Es así que denuncia que Blancanieves sigue con vida y que el pastor Martín es un traidor, por lo que es detenido por soldados y condenado a muerte.

Algunas puntualizaciones: la escena de la bruja disfrazada de viejecita que lleva la manzana envenenada tiene mucha importancia en su guión: yo soy la bruja y él representa a Blancanieves pero luego pasa a ser el príncipe salvador que lucha con la bruja, a la cual castiga envenenándola con su propia manzana. Los enanitos aparecen muy brevemente o nada en su cuento, como que esos personajes amables no le importaran demasiado. Blancanieves y el pastor Martín se salvan a la vez y la escena del beso con que el príncipe rescata a Blancanieves está muy jerarquizada.

Quiero aclarar que en las sesiones siguen persistiendo otros juegos y que, sobre todo, aparecen varios otros cuentos alternando con el ya descrito.

La historia de la Bella Durmiente y su modo de relatarla me produjo también gran impacto por la relación que tiene con la historia del pequeño Martín. Se desarrolla y complejiza paralelamente a la de Blancanieves a medida que el niño propone versiones actuadas por nosotros, otras representadas por muñecos y en una ocasión dibujada en forma de comics. El cuento empieza cuando la reina dice que quiere tener un hijo y el rey muy firmemente le dice: “Pues lo vas a tener”. Hacen el plan de la fiesta a la que no van a invitar al hada mala o bruja (así la designa indistintamente) y luego viene la escena de la fiesta que se va enriqueciendo en detalles. Un día el cuento de Martín invade mi espacio onírico y me despierto con la imagen de una bola de fuego que llega a la fiesta en que se celebra el nacimiento de la niña (así la describe Martín). De la bola sale la bruja trayendo el maleficio que primero es de muerte y pasa luego a ser un sueño

de cien años. Horrorizada, con la sensación de estar presenciando algo siniestro, caigo en la cuenta de que mi paciente está representando así la llegada de la abuela con la toalla y la colonia del hijo muerto a medio usar. Desde antes de nacer Martín debía morir a medias, dormir cien años o ser autista casi mudo los cuatro primeros años de su vida. Pero creo que más me asusté cuando vi que hay otro lugar que él ocupa en esta historia. El modo de control que tiene la bruja sobre lo que ocurre en el castillo es una bola de cristal; así sabe de la fiesta del nacimiento y de que la niña cumple quince años. En una sesión representa dicha situación poniendo su cabeza en mi regazo (yo hago de bruja) y diciéndome que pase mis manos sobre ella como sobre una bola de cristal. El entonces dice: “Hay una fiesta, ha nacido una niña, etc.”. Ser el espejo y la bola de cristal de la madre-abuela omnipotente le fascina; son roles que lo atraen y lo aprisionan. ¿Querrá, podrá salir de ese lugar? Ellas disputan la vida de un hijo común que atraviesa el tiempo y el espacio y queda inmóvil: Mar-tín y Mar-cos, a medias el mismo hasta en el nombre. ¿Podrá salir de ese lugar de sueño casi eterno que pesa sobre él y arrancarse de esa ubicación fascinante de instrumento narcisista de control sobre la vida de la otra, madre sobre hija y viceversa?<sup>4</sup>

Muy brevemente me referiré a las características de la **contratransferencia** que debí superar durante este proceso psicoanalítico. Como ya sabemos, especialmente cuando de niños psicóticos se trata, quien sostiene el proceso sobre todo inicialmente es el psicoanalista; es su deseo el que sale a la búsqueda de la creación del deseo del paciente, lo cual es la

---

4 La evolución del texto de los cuentos me ha hecho sentir optimista ya que, en los seis meses posteriores a la escritura de este trabajo el personaje central pasó a ser el pastor Martín, acosado por la reina bruja para cortarle la cabeza por traición, y defendido por su padre, el rey de las Montañas más Lejanas, que lucha para liberarlo. El pacto es que se resuelva por medio de un partido de fútbol que, por supuesto, ganan los pastores contra los soldados de la reina. Al final es expulsada a su castillo y se le prohíbe regresar al país de las Montañas más Lejanas. La angustia que manifiesta Martín durante estas luchas es tan intensa que parece estarse realmente jugando su vida en estos partidos. La visita prolongada de la abuela a la familia, en ocasión del undécimo cumpleaños de Martín, ha sido un hecho muy significativo durante este período.

base de la instalación de una transferencia. En el presente y desde hace ya mucho tiempo Martín tiene una intensa relación transferencial conmigo. El modo en que toleró un año de separación me hace pensar en una parte muy recuperada, que funciona muy neuróticamente y de la que no he hablado expresamente aquí, pero que es condición de lo expuesto en estas páginas, o sea, que para que alcance este nivel de expresión la conflictiva psicótica de fondo se requiere un aparato psíquico bastante estructurado.

Ya he citado algunas de las emociones que han acompañado y a veces anticipado la comprensión de ciertos materiales muy impactantes: horror, sorpresa, susto, impotencia, pero también interés y curiosidad enormes. Viví también la invasión de mi espacio onírico, y con cierta frecuencia en algunos períodos una somnolencia irresistible en las sesiones que me resultaba desesperante e ilógica, porque en absoluto me sentía aburrida y al contrario estaba muy interesada en oír. Creo que la causa fundamental de esta reacción es el “ataque al pensamiento” (Bion, 2), que lo defiende de que yo comprenda y mueva lo doloroso de su intimidad. Pero por supuesto siempre favorecida por cualquier insuficiencia en mi disponibilidad psíquica durante la sesión, como por ejemplo fatiga, preocupación o tristeza. Es el triunfo del lado dormido, siniestro, de Blancanieves, de la Bella Durmiente, de Martín autista, de mí-psicoanalista, también prisionera en su bosque encantado.

Llegamos por último al delicado problema de la forma de intervención ante este tipo de material. Interpretaciones y construcciones deben encontrar su lugar, su tiempo y su modalidad. Tratándose de psicoanálisis de niños en el cual jugando, actuando, modelando, se interpreta en muchas ocasiones más atinadamente y mejor que hablando, la verbalización no resulta lo central. Es Winnicott un buen modelo en este sentido. Pero sí pienso que además de jugar hay que verbalizar y hacerlo desde una posición que nos rescate de lo imaginario cautivante antes citado. La

interpretación da cuenta del funcionamiento del aparato psíquico, y es el modo adecuado de intervenir respecto al conflicto persecutorio y a la fascinación especular que captura a Martín. Lo que recomiendo es hacer interpretaciones cuidadosas, pocas en número y precisas en su forma, que no sean traducciones de lo preconscious sino lecturas de lo inconsciente.

En cuanto a las construcciones o a la transmisión de la historia reconstruida creo que hay que ser muy reflexivo y observador antes de usarlas directamente. Las construcciones están en nuestra cabeza y nos dan una referencia central con respecto a la cual conectar las interpretaciones. No debemos creerlas a pie juntillas porque son necesariamente incompletas y aproximativas. Las construimos en cierta medida desde nuestra propia locura y por eso para algunos pueden parecer delirantes. Con ellas intentamos explicar la estructura y, sobre todo, recuperar ese fragmento de verdad que pertenece a la historia del conflicto pulsional e intersubjetivo y que en estos casos también daría cuenta del conflicto generacional. Cuando las vemos desarrollarse y ampliarse desde el material de las sesiones, como ha ocurrido con los cuentos de Martín, nos hallamos ante una suerte de confirmación de las hipótesis que merece mayor reflexión e investigación para que nos aporte al máximo su utilización clínica. Creo que se está imaginarizando de ese modo algo que parecía no tener palabras, he ahí lo más interesante. Me parece evidente que una construcción que privilegie la trama de la historia, comunicada precozmente, corre el riesgo de ser inductora o reduccionista de la fantasía inconsciente que tan cuidadosamente tratamos de descubrir. En Martín algún tímido intento que hice en ese sentido no tuvo otro destino que el de ser ignorado. Ahora pienso que esa respuesta fue la mejor. Tengo la suerte de ir a su lado, sin adelantarme, sin correr, esperando sus señales, a sabiendas durante todo este trayecto que es él quien sabe, quien ha oído y visto todo. (Lacan) (5)

## Bibliografía

1. BALINT, M. *La falta básica*. Paidós, Buenos Aires, 1982.
2. BION, D.W. *Volviendo a pensar*. Hormé, Buenos Aires, 1972.
3. DOLTO, F. *Seminario de psicoanálisis de niños*. Siglo XXI, 1982.
4. KLEIN, M. *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*. En “Contribuciones al psicoanálisis”, Hormé, Buenos Aires, 1964.
5. LACAN, J. Conferencia sobre el síntoma dictada en Ginebra en 1975.
6. LBOVICI, S. y MC DOUGALL, J. *Un caso de psicosis infantil*. Presses Universitaires de France. París, 1960.
7. MAHLER, M. *Las vicisitudes de la individuación. Psicosis infantil* Ed. Joaquín Mortiz, México, 1972
8. MANNONI, M. *El niño, su “enfermedad” y los otros*. Ed. du Seuil, 1967.
9. PANKOW, G. *Estructura familiar y psicosis*. Ed. Aubier Montaigne, París, 1977.
10. PLA, E.P. de y CRUZ, M. *El misterio de los orígenes. Procesos identificadorios en el tratamiento de los niños psicóticos*. 34° Congreso de la IPA, Hamburgo, 1985. Publicado en Revista de Psicoanálisis, XLII, N° 5, 1985.
11. PLA, E.P. de *El niño y la escuela* en “Psicosis infantil y retardo mental” N° 3, México, 1991.
12. PLA, E.P. de *En el fondo del espejo*, en “Cuadernos de Psicoanálisis”, Vol. XX, N° 1-2, 1988.
13. PLA, E.P. de *Infancia y locura*, en “Psicosis infantil y retardo mental” N° 1, México, 1989.

14. PLA, E.P. de *Un aporte al controvertido campo de la etiología de la psicosis infantil* en “Psicosis infantil y retardo mental” N° 2, México, 1990.
15. PLA, E.P. de *¿Es la psicoterapia de las psicosis infantiles una experiencia correctiva o historizante?* Presentado en el XXXII Congreso Mexicano de Psicoanálisis, diciembre de 1990, Guadalajara, Jalisco.
16. PLA, J.C. *Escena, fantasía y escritura transindividual* en Revista Uruguay de Psicoanálisis N° 59.
17. WINNICOTT, D.W. *La preocupación maternal primaria*, en “De la pediatría al psicoanálisis”. Ed. Payot, París, 1975.

**GABRIEL**  
**TRATAMIENTO DE UN NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN**

*Marta Cárdenas de Espasandín\**

## **INTRODUCCIÓN**

Esta comunicación tiene por finalidad dar a conocer una experiencia clínica que me ha tocado vivir en mi carácter de psicoanalista, y que me ha resultado tan enriquecedora que promueve mi esfuerzo por transmitirla.

En nuestro medio –salvo excepciones– no se han realizado tratamientos de tipo psicoanalítico a niños con Retardo Mental. Incluso se ha considerado una contraindicación terapéutica, como si fuera necesario un coeficiente intelectual por lo menos normal, para poder transitar las fantasías y deseos inconscientes, y como si la solución para estos niños fuera derivarlos hacia una adaptación superficial reeducadora, sin pretensiones de mayores cambios. Me he preguntado si esta postura encuentra su base en una valoración de la inteligencia como cualidad humana “princeps”, como si fuera gestora de lo humano, detrás de la cual se ocultan las verdaderas dificultades de aceptación nuestras, como terapeutas, de las más profundas fallas del ser humano.

Acercarnos a los niños con defectos en su desarrollo, acercarnos a los débiles mentales, acercarnos a los psicóticos, no es más (ni menos) que acercarnos a partes de nosotros mismos, que se hacen presentes en distintos humanos que forman parte de la Humanidad tanto como nosotros, y que merecen toda nuestra atención.

---

\* Francisco Araúcho 1162, apto. 302, 11300 Montevideo.

## LA HISTORIA

Gabriel es un niño que nació con un Síndrome de Down, primer hijo varón de una pareja que ya tenían en ese momento dos hijas mujeres de 13 y 11 años de edad. Llegó a un hogar de buen nivel socioeconómico, con una integración familiar relativamente buena.

Fue un niño deseado, luego de un período en que la madre sufrió varias intervenciones por poliposis intestinal. Queda embarazada de Gabriel a la edad de 34 años. Ella dice: *“sólo yo sospechaba. Este chico viene distinto –decía yo, porque no daba patadas–. El médico me decía que no dijera pavadas”*.

Durante el trabajo de parto se detuvieron las contracciones, las pulsaciones del feto se enlentecieron y finalmente nace por cesárea. *“Mi esposo se desmayó cuando le dieron la noticia, yo estaba con anestesia. Él es optimista, pero ahí se despatarró”*.

Cuando se lo trajeron a la madre, inmediatamente ella reconoció la anomalía, aunque los familiares se la negaban. *“Lloré mucho”*. Pesó 2k 800 al nacer y no tenía reflejo de succión. La madre lo relaciona con que las enfermeras por su cuenta; en la nursery, le pusieron una sonda gástrica para alimentarlo. Pero de hecho tuvo que ser alimentado con cuenta-gotas durante un largo tiempo hasta que pudo aceptar la mamadera.

Inmediatamente se pusieron en contacto con técnicas de estimulación precoz: *“tenerlo mucho pegado a mi, luz, sonidos, movimiento...”*.

Me trae una granea en la que están anotados con detalle cada índice de maduración del niño. Se sentó a los 6 meses, caminó a los 14 meses. Se le hizo estudio genético porque asombraba su buen desarrollo. El diagnóstico fue Mosaicismo, lo que explica que en varias áreas su desarrollo fuera adecuado a su edad -el control esfinteriano lo logró a los 3

años- aunque en otras se ponen de manifiesto dificultades, especialmente en las áreas de motricidad fina y de lenguaje. “Y en el jugar –agrega la madre– en eso se queda, no sabe jugar”.

Desde los 2 años fue integrado al ámbito escolar.

Es de hacer notar que Gabriel, sobreprotegido por su ambiente familiar, parece haber crecido en una atmósfera de cuidados especiales por un lado, y de afecto y aceptación por otro, siendo integrado a todos los acontecimientos familiares, como viajes, cumpleaños, salidas, no sólo a nivel de su grupo primario, sino también en relación a primos, tíos, amigos de la familia.

En el momento que llega a mí, Gabriel tiene ocho años, ha nacido un hermanito hace dos años, del cual Gabriel se muestra muy celoso, sobre todo desde que éste empezó a caminar y llamar la atención de su familia.

Está integrado a 1er. año, con limitaciones en el aprendizaje, recibiendo tratamiento foniátrico y de psicomotricidad. Concorre también a un club deportivo dos veces por semana y tiene una maestra especializada que trabaja con él todas las mañanas durante dos horas.

Usa lentes, audífonos en sus oídos y aparato de ortodoncia por la macroglosia.

La idea de la familia es que hay que exigirle, si no “se queda”. Lo describen como cariñoso y con tendencia a la pasividad, trata de respaldarse siempre en otros.

Traen un estudio psicológico en que se resaltan: un coeficiente intelectual normal medio, dificultades específicas en cuanto a motricidad y lenguaje, y la conveniencia de una psicoterapia dado que presenta una inhibición del juego, ansiedad y celos del hermanito y dificultad para encontrar su lugar en la familia.

## COMIENZO DEL TRATAMIENTO

Decido comenzar a trabajar con él, preguntándome muchas cosas.

¿Como sería trabajar con un niño mongólico? ¿Qué podría yo aportarle a este niño? ¿Me convertiría en un agregado específico más, dentro de su agenda de actividades de estimulación?

¿Qué tipo de vínculo podría establecerse con él? y en ese caso, ¿surgiría una transferencia? ¿De qué tipo sería ésta?

Niño con un coeficiente intelectual normal medio, pero en un mongolismo, ¿qué posibilidades de simbolización habría en él?

¿Cómo sería el desarrollo de su psiquismo, la formación de instancias, sería equiparable a la de un niño “normal”?

Así como tiene anomalías morfológicas específicas, ¿tendría también anomalías psicológicas específicas?

Con todas estas preguntas en mi cabeza, comenzamos a trabajar.

En las primeras entrevistas, se comporta formalmente, usa hojas y lápices para dibujar los elementos que lo rodean: estufa, mesa, árboles. Son dibujos muy rudimentarios, distorsionados, se diría que hay una dificultad en la percepción. Puedo reconocerlos porque le pido que los nombre y él los señala, sus palabras son ininteligibles para mí.

Utiliza luego maderas para hacer una torre y coloca sobre ella una figura humana pequeña. Me mira con cara de triunfo. Luego la hace caer y la construye nuevamente. Yo lo tomo en relación a él: sus logros, mantenerse sobre lo que logra, o venirse abajo.

Hace entonces una hilera de personas junto a la torre de tal modo que la última de la fila, que es la figura humana pequeña, empuja a la siguiente y van cayendo en serie y finalmente caen todas sobre la torre y cae todo.

Lo siento como una respuesta directa a mis palabras, el diálogo está abierto, este niño tiene posibilidades de comunicación, y muy ricas, a nivel simbólico del juego.

Transmite su vivencia de construcción y de derrumbe; y cierto potencial agresivo que lo lleva a “tirar abajo” todo lo que está en torno a él o en continuidad con él.

La formalidad va siendo progresivamente dejada de lado y Gabriel se va mostrando tal cual es.

Su juego se va convirtiendo en una búsqueda-reconocimiento de sí mismo y de su lugar en el mundo.

Llega, cierra los ojos, al abrir la caja abre simultáneamente sus ojos: como descubrir, encontrarse con algo propio. Da vuelta la caja con todo su contenido sobre la mesa, haciendo una montaña indiscriminada.

Rasga un trocito de papel glacé rojo y lo pega sobre otro papel rojo. Hace rollos finos de plasticina a los que arranca trocitos de los extremos que tira al suelo.

Yo hablo del trocito de papel que separa y pega en otro, como él, que se despega de mamá y se queda acá conmigo, como una separación y un cambio de lugar. Y agrego: “los pedacitos que tiras, algo que separas y es para tirar”.

Va al baño a hacer caca: pedacitos que salen de él que son para tirar.

Une todos los rollos de plasticina en una sola masa, sobre la que va colocando bolitas y contando: 1...2...3... hasta 8.

8 es el número que corresponde a su edad. Y hablo de su necesidad de un piso, sostén (torta de cumpleaños), sobre la cual él pueda sentirse seguro y pueda ir cumpliendo años, ir creciendo.

## **MAS ADELANTE - AFIANZAMIENTO DE LA TRANSFERENCIA**

Más adelante tirará y destrozará todos sus juguetes, dará fuertes puñetazos contra la masa de plastilina-sostén, para finalmente descargar su agresividad directamente contra mí, proyectiles contra mi persona, contra las paredes, contra la ventana. Será necesario ponerle límites y será difícil poner el límite de la hora a la sesión.

Todo este despliegue de actividad, muestra el establecimiento de la transferencia, que no se diferencia en nada, de la que aparece en el tratamiento de otros niños, aunque cada uno tenga su originalidad.

Gabriel está haciendo “uso del analista”, en el sentido que Winnicott emplea este término: poder destruir al analista y que éste sobreviva a la destrucción (6).

Mostraría esto que el diagnóstico de subdotación intelectual no es un impedimento para realizar un tratamiento de tipo psicoanalítico, y me alentó a seguir adelante con el trabajo; sin saber a qué punto habríamos de llegar.

En progresivas sesiones él juega a tirar sus cosas y que yo las recoja, seguido de un tirarlas a donde es imposible alcanzarlas, para terminar tirándose él desde la mesa, desde las sillas, teniendo yo que sostenerlo para que no se lastime.

Tirar lejos, perder, despojarse de cosas, quedar él también perdido, como salido de un lugar, caído.

Dramáticas sesiones en que expresa su vivencia de falta de lugar, de ser arrojado (como eran en la realidad antiguamente arrojados estos niños desde la cima del Monte Taigeto (4) y, sus dudas acerca del derecho a vivir su propia vida.

Progresivamente aparece un deseo de controlar lo que se le escapa, lo que pierde, lo que se le va. Comienza a recoger él algunas cosas y a esconderlas como buscando lugares seguros donde ubicarlas: adentro de un cuaderno, atrás de la cortina, y concomitantemente juega a esconderse él y que yo lo encuentre.

## **PRIMERAS REFLEXIONES**

En este punto me detengo para reflexionar sobre la secuencia.

Podría pensarse que Gabriel va, desde una indiscriminación inicial, al desarrollo de un Fort-da, donde en el comienzo predominaba el Fort-tirar lejos y luego se va incluyendo un da-recuperar.

Par ausencia-presencia que va constituyendo un afuera y un adentro, un yo y-no yo, dentro de él mismo.

Se trata del surgimiento, a través de la actividad motriz, del juego y de la transferencia, de ciertas categorías de pensamiento o representaciones mentales que permiten el establecimiento del “ser” (en el sentido de que D. Gil le da (3), en cuanto a “existencia”, núcleo del yo, que será luego yo instancia y yo persona, a través de un amplio recorrido.

Digo esto porque creo que en estas primeras etapas del trabajo con Gabriel, estamos más cerca de los procesos que operan en la identificación primaria, movimiento que se da desde el niño hacia los otros “donde se interrelacionan aspectos de la maduración neurofisiológica, deseos, vivencias, acontecimientos, fantasías, gestadas en la interrelación del niño con su medio”.

Es algo de esto que hace fuerza desde Gabriel, haciéndose presente en la repetición, algo de su UNIDAD NARCISISTA fallada, y que habrá que reconstruir.

Algo de la vivencia de sus padres en las primeras etapas de vida de Gabriel, debe ser lo que está presente en esta falla. Algo de lo que la frase siguiente enuncia:

“El niño,preciado reducto del narcisismo parental, cuando no es normal, evoca lo real de un modo violento. Se diría que no hay palabras para cubrir semejante agujero. Es encontrarse cara a cara con la castración”. (1)

Gabriel necesita de la presencia de un otro con quien jugar la ausencia, juego de presencia-ausencia, que le permita poder encontrar-encontrarse, para llegar a reconocerse a sí mismo.

Esto se realiza a partir de un punto en que me vive como presente pero separada de él, incluye nuevos juegos en que aparecen su iniciativa y su creatividad.

## **NUEVOS JUEGOS. BÚSQUEDA DE SU IDENTIDAD**

Primero es a tirar la pelota contra la puerta; no desaparece, vuelve a él. Luego ubicado él en un lugar y yo en otro, el juego es a pasarnos la pelota y cada tanto hacer algún gol ... juego que con el transcurrir del tiempo pasará de ser el perdedor a ganarme por muchos goles, a luchar contra mí como cuadros contrarios. A veces es “nenas” contra varones: él con todo su equipo de compañeros de clase, yo con los nombres femeninos correspondientes a sus masculinos. O simplemente Nacional contra Peñarol o Uruguay contra Bolivia.

Va afirmando así una identidad propia a ser defendida, identidad de un “sí mismo” a defender, e identidad de un sexo propio a defender.

Otro juego es el de roles. El es el maestro, yo la alumna, o viceversa, yo soy la maestra que lo pone en penitencia porque él “tira piedras” contra

el pizarrón. O es el juego de la guerra, somos bandos contrarios que con los materiales-armas que él reparte, nos atacamos cada cual desde su sitio.

A medida que se dan estos juegos, con los que elabora su autoafirmación, su identidad propia en base a una separación y reconocimiento de espacios propios de cada uno, va cediendo la agresión directa. Es necesario el uso de la agresividad para lograr la separación, pero ya no es directa, aparece simbolizada en el juego.

Y junto a la separación, se va produciendo un acercamiento, que como la agresión, por momentos es masivo, intrusivo, es directo, su cuerpo y el mío en comunicación-exploración (que describiré luego x brevemente por las ansiedades que despertó en mí), y que luego también se irá simbolizando en juego de roles que repetirá muchas veces, con ricas variantes. Somos novios, nos ponemos uno al otro las alianzas, nos casamos en una seria ceremonia, bailamos juntos, hacemos pasar a nuestros invitados, y en el momento del banquete algo le sucede al comer: se atraganta y muere. O tiene una pistola y se dispara un tiro en la cabeza.

Aunque hay en estos juegos, un registro de temor a la muerte, por sus deseos incestuosos, hay por detrás un jugar a ser el muerto para convocar un ser querido vivo. Muchas veces debo llorar largo rato, desesperarme por su muerte, pedir ayuda a alguien que lo reviva, ser el médico que le administra los remedios con cuentagotas, (como la madre en el comienzo de su vida, cuando él estaba por morir).

Ser-cuerpo libidinizado en la relación, para ser amado en su existencia tal como ella sea o para ser llorado ante su desaparición. Gabriel necesita reasegurarse de que es querido, que su presencia importa, que hay un deseo en otro de que él viva. Sus fantasmas de muerte se hacen presentes, ya no como en el inicio en que eran actuaciones impulsivas, que ponían en peligro real su integridad, y que exigían de mí salvarlo de sus golpes y caídas autodestructivas, poniendo límites a su auto y

heteroagresividad. Ahora estamos transitando esto, pero no ya en lo real, sino en lo imaginario, en el mundo de sus fantasías que se despliegan en el área de un juego creativo y simbólico.

De jugar de un modo en que él siempre perdía, era pasivo, yo tenía que alcanzarle las cosas, pasa, muy progresivamente, a un animarse a ganar, a mostrar sus deseos de ganar, competir (aunque tenga que mentir o engañar para lograrlo), que se acompaña de temores de si será aceptado así, o de lo contrario se imagina muerto.

Se va dando así el pasaje de la castración imaginaria, en que la fantasía es ser muerto, a la castración simbólica que implica la aceptación de sus límites (no sólo en lo que a su anomalía física se refiere), que posibiliten su inserción en la cultura, límites en la rivalidad con su padre y su amor edípico hacia su madre.

## **LOS LÍMITES**

Hay una etapa de acercamiento físico, en la cual es necesario desentrañar, cuanto corresponde a una necesidad de Gabriel de sentirse aceptado con su cuerpo “distinto”, reconocer su cuerpo tomando el mío como espejo, como proceso de importancia vital en él, pero al mismo tiempo saberlo limitar cuando comienza a erotizarse y nos deslizamos hacia el incesto.

Hace tiempo que alternamos juegos de la guerra, con juegos de pelota-fútbol, Juegos de roles maestro-alumno y Juegos de pareja: “los investigadores privados”.

Hace tiempo también que Gabriel viene con cuentos de cosas que ocurren en la escuela, o un viaje de su familia, o un cumpleaños de un amigo ... trae su vida real con lenguaje verbal.

Pero junto a esto trae un juego sin palabras. Interrumpe lo que venimos haciendo, para acercarse, los dos sentados en el suelo, la suela de sus zapatos contra la suela de los míos, las palmas de sus manos contra mis palmas, entrelazar sus dedos entre los míos, acariciar tiernamente mis manos con sus dedos y yo hacer lo mismo con él (adviento su piel áspera y rugosa, que pienso que deberá tener una sensibilidad especial), me da un beso en la cabeza, yo uno a él. Todo esto en un estado de concentración y seriedad, que crea un clima de algo muy importante para él, uno diría como un ceremonial en una iglesia.

Otras veces el juego corporal es “transitivado” por la pelota. En una sesión en que la madre está de viaje, viene resfriado, triste, sin fuerzas para hacer goles, se va tirando al suelo, queda tirado con la cabeza contra el piso ... y luego me hace tirar la pelota contra él. Yo debo tirar y embocar con la pelota en un pañuelo que él va colocando sobre distintas partes de su cuerpo y que yo voy nombrando: en la mano, en la pierna, en la boca, en la cabeza, en los ojos.

Es como él se siente, lastimado en cada parte de su cuerpo, como al irse mamá el quedó así, sintiéndose hecho pedazos.

Pero también es como que cada toque de la pelota en cada zona dolorida, lo va curando, como que puede ir uniendo sus pedazos a través de la pelota que lo toca.

Al decirle esto, él se para y juego a hacer equilibrio con la pelota sobre su mano.

En otras sesiones, él me tirará la pelota a mí y yo a él, nombrando el lugar del cuerpo tocado, con una frase: te amo ... en tu pie. Te amo ... en tu boca ... Te amo ... en tu cabeza. Te amo ... en tu pito. Te amo ... en tu pichí. Te amo ... en tu caca.

Otras veces son juegos de incorporación: muerde la pelota y me la envía. Yo debo morderla y enviársela.

Son juegos con inclusiones recíprocas, paradójicos a veces, como cuando yo debo embocar con la pelota en su cabeza fija y el tanto es de él, y es tanto mío cuando él tira y emboca en mi cabeza quieta.

La pelota es luego lo que se interpone entre su cuerpo y el mío, lo único que nos separa: unidos por las manos con la pelota interpuesta, unidos por la frente o por la nariz, con la pelota entre los dos, unidos por la boca, con las dos bocas sobre la pelota ... pero es un juego en el que se va erotizando y que yo interpreto ya no solo en términos de un querer conocer-encontrando lo suyo en mí, sino en términos de un deseo erótico hacia mamá, al cual pongo límites hablando de lo prohibido por papá.

Lo que sirve para unir, sirve también para separar.

Trabajando el vínculo primario con la madre, aquél que le permitirá reconocerse como en un espejo, integrar sus pedazos, identificarse como una unidad, surgen fantasías a ser incluido dentro del cuerpo de la madre, o incluirla él dentro del suyo (comerse la pelota. Otras veces en esta línea somos león-leona que nos devoramos mutuamente).

Y allí surge en mí una inquietud, la necesidad de poner un límite, pasar de una función materna que otorga identidad (sin caer en la fusión), a una función materna que es frustración de sus deseos y a una función paterna que establece una prohibición (impidiendo de ese modo la fusión).

La pelota aparece como objeto metafórico y metonímico: pelota-pecho que lo une a mamá, pero que yo introduzco como pelota-pene de papá que se interpone y nos separa.

Momento de entrecruzamiento de funciones, momento de máxima exigencia y dudas en mí, ¿cuánto permitir?, ¿cuánto frustrar sin lesionar?

Momento de instauración de instancias: ¿un superyo que prohíbe, un yo que limite y controle las pulsiones provenientes del ello?

¿Formación de un aparato psíquico en que actúe la represión de un modo eficaz?

Aparece como algo externo, puesto desde mí, pero que nos involucra a los dos. ¿Será que yo también ahí como un espejo le devuelvo “algo” para que él lo incorpore? Si es así, es un espejo con una rajadura, la imagen que le devuelvo es deformada, ya no es la misma que él me da, hay un “algo más” en el espejo.

A través de las sensaciones: besar, ser besado, acariciar, ser acariciado, es como si él distinguiera su cuerpo del mío y encontrara límites entre el cuerpo de él y el mío, en el sentido de un yo-no yo.

Pero al mismo tiempo encuentra en mi el límite de lo prohibido, un límite externo a ambos y que se nos impone a los dos.

Y es en el curso de muchas repetidas sesiones, que se da el acercamiento y el límite, y en que se superponen las fantasías respecto de su origen, su necesidad de ser querido, amado como hijo, y sus deseos incestuosos y la culpa.

Las fantasías de muerte aparecen a veces en relación a su nacimiento. Somos una pareja, estamos en Navidad, nace un bebé, Papá Noel mata al bebé. Viene otro bebé que ponemos en la cuna, pero somos la pareja en el “Castillo de la Suerte”, y lo que sacamos de premio fue el chancho.

O somos una pareja haciendo el amor, escucha sobre mi barriga los latidos del bebé y al nacer lo mata. Me mata a mí y se mata él.

Es como si expresara a través del juego, los distintos desenlaces posibles de su conflictiva edípica. Identificado con el bebé a ser matado, desvalorizado, castigado por querer ubicarse en el lugar del padre, o siendo él quien realiza el crimen de la pareja parental y su propio suicidio. Trágicos destinos sobredeterminados: el bebé no querido en el momento de nacer, necesitado de acercamiento y reaseguramiento del amor, y el niño hijo, fruto de la pareja, que debe ser frustrado, limitado en el amor, ubicado como tercero excluido.

Difícil tarea ésta, de aceptar y separar, que llevamos jugando desde hace meses, sesión tras sesión, procurando la elaboración de sus conflictos y preocupaciones en torno a su origen y a su destino.

Gabriel lleva ya 5 años de tratamiento. Se ha convertido en un púber de 13 años. Sigue integrado en el colegio que lo acogió, brindándole un lugar para su desarrollo intelectual y social. Tiene amigos, juega bien al fútbol en el que participa con mucho interés. Su aprendizaje escolar es limitado, no sigue el nivel de la clase (5º grado), pero es aceptado y querido por sus maestros y compañeros.

Cada tantos meses nos reunimos los distintos técnicos que trabajamos con él: maestra, fonoaudióloga, psicomotricista, psicóloga del colegio, reeducadora pedagógica, e intercambiamos nuestras opiniones e inquietudes.

Gabriel avanza, madura, crece, hace progresos notorios en el lenguaje, en la integración, en su auto-valoración.

Pero siempre nos queda un interrogante: ¿hasta dónde podrá llegar?, ¿cuál es el límite de sus posibilidades?

¿Pero acaso ésta no es la pregunta que se hace cada padre sobre su hijo, cada analista sobre su paciente?

“Tampoco sé donde mueren los pájaros, pero eso no me impide disfrutar de su vuelo ...”(2)

## **TRES AÑOS DESPUÉS**

Gabriel y yo hemos seguido trabajando, y nos hemos planteado juntos la posibilidad de una terminación.

En mí estaba presente la duda: ¿sería posible para Gabriel elaborar una separación?, ¿habría adquirido la función de simbolización en grado

suficiente como para trabajar esta pérdida, o habría que plantearlo como una interrupción?

Creo que aparecieron elementos en el material que me anunciaban a mí la terminación.

Por un lado sus logros: la verbalización, que pese a las dificultades fonológicas llenaban a veces la totalidad de las sesiones; por otro lado la autopercepción de sus limitaciones, tomando conciencia de ellas pudo jugarlas, verbalizarlas y llorarlas.

También aparecieron indicios en el juego de un “encierro” y querer buscar la salida, o que yo pusiera mi atención en otros que no fueran él.

Consideré que siendo un niño lento en su ritmo de adquisiciones, también tendríamos que darnos un tiempo largo para que él pudiera integrar la separación.

Mostraré cómo poniendo límites a su despliegue corporal, Gabriel logró, a mi entender, una elaboración de nuestro fin de tratamiento, de un modo simbólico que incluyó la creación poética (¿sublimación?).

## **LA NOVELA ROMÁNTICA ELABORACIÓN DE LA SEPARACIÓN**

Al final de una sesión en que le hablo de nuestra finalización, que lo vamos a ir haciendo y hablando de a poco, él me toma la mano, me acaricia, se aferra. Yo le digo que tiene miedo de separarse y perder a Marta.

Toma una hoja y escribe: *Marta, sos suave y linda, tu novio Gabriel.*

Sigue acariciando mi mano y me dice: “¿Y?” señalando una hoja para que yo conteste. Escribo: Gabriel, sos bueno y lindo, tu amiga Marta. La mira serio. Remarco lo de amiga, que él es realmente para mí una

persona buena y linda y que yo lo aprecio como amiga. Pero no su novia. Sigue serio. Es la hora y su despedida quiere ser efusiva. Yo lo limito.

Se continúa así una correspondencia epistolar que marca el clima de todas las sesiones, y a través de la cual se va elaborando la separación.

Entra muy correcto y me escribe una carta: *Amiga Marta, te quiero mucho, tu amigo Gabriel* Y me dice: “novios no”. Como que entendió lo que hablamos la vez pasada y se ubica en lo que somos = amigos.

Le escribo: Amigo Gabriel, yo también te quiero mucho y te voy a recordar siempre, tu amiga Marta. La lee, sonrío.

Luego carta de él: *Marta, el sábado me voy a Bariloche. Te quiero mucho, tu amigo Gabriel.*

Yo resalto oralmente que él me escribe: “me voy”, ahora de paseo, luego para siempre, aunque sigamos siendo amigos, con la puerta abierta para ir y volver.

Carta de él: *Amiga Marta, te deseo gracias y suerte en mi vida, no te olvides de mí porque te quiero mucho, Gabriel.*

En las sesiones subsiguientes las cartas van y vienen, transmitiendo sentimientos, en relación a la separación. Transcribo frases de él, que expresan vivencias de muerte, duelo, negación, rabia.

\* *Marta, vas a matar a tu esposo, o te mato yo a vos.*

\* *Marta, no separemos, porque voy a llorar mucho.*

\* *Marta, asesina, no separemos, juntos siempre.*

\* *Amiga Marta, vamos a jugar a los novios, sí o no?* Yo le respondo que podemos jugar a los novios pero sin tocarnos los cuerpos, sin caricias ni besos ni abrazos, sólo jugar en el aire.

\* *Marta, vos tenés razón que no tocamos los cuerpos, te amo en el aire, tu amigo Gabriel.*

\* Marta, no vamos a separar porque tengo bronca, yo también tengo una esposa de verdad, tocar de verdad y otra como vos, tu amor en el aire. Gabriel.

\* *Querida Marta: vos sabés que no se puede tocar el cuerpo ajeno, estás linda, los ojos lindos, y también la boca linda. Mándale un beso a tu esposo que vos tenés siempre a tu lado. Tu amor en el aire. Gabriel.*

Otro día:

*Marta, yo voy a matar a tu esposo, si o no, porque yo me mato solo sin vos. Vas a llorar muy fuerte hasta que los vecinos oigan.*

Le contesto: Amigo Gabriel: no mates a mi esposo que yo elegí para vivir con él. No te mates solo sin mí, porque **tú puedes vivir solo sin mí** y disfrutar de tu vida, de tus amigos, de tus parientes, de tus cosas que aprendes, sin necesidad de Marta. Tú ya puedes vivir sin mí, sin morirme. Y yo te voy a querer siempre en mi corazón, aunque nos separemos. Tu amor en el aire. Marta.

- *Marta, yo me pongo a llorar, porque no voy a matar a tu esposo, vos tenés razón. Te amo en el aire. Gabriel*

- Amigo Gabriel, si tú no matas a mi esposo porque yo tengo razón, tú te pones a llorar. ¿Por qué te pones a llorar?

- **Amiga amada Marta: la vida es así mismo porque este año se termina el mes de diciembre del año 1991 y empieza el otro año 1992. ¿Por qué te vas sin mí? tu amigo y querido Gabriel.**

- Querido amigo Gabriel: sí, la vida es así, y eso dan ganas de llorar, porque siempre se pierde algo (1991) pero también algo empieza (1992). Me voy sin ti porque tú no eres mío, tú eres libre y tienes tu propia vida para vivir. Yo no te mato, sólo te dejo libre, sin mí, porque no me necesitas más. Y yo, aunque me quede sin ti, te sigo queriendo siempre en mi corazón. Tu amiga Marta.

- *Amiga Marta; muchas gracias, me gustó la carta que me enviaste, ésta sería el FIN. Gabriel.*

Pero sigue reiterando:

\* *Amiga Marta, no separemos. Porque sos mía. Te quiero mucho. En los casamientos te quiero como de antes de casarse. Sos mi novia para siempre. Vas a separar con tu esposo y conmigo no.*

Y por momentos aceptando:

\* *Amiga Marta Cárdenas: vos me querés mucho porque yo quiero mucho a Marta, los ojos están azules en el mar, en cielo las estrellas brillan. Esto es un verso de amor. Te quiero mucho, tu amor en el aire, te amo en el aire.*

Y así, con nuestro amor en el aire, está planteado finalizar nuestro trabajo en Diciembre de 1991.

Gabriel mismo trajo la fecha, lo conversamos con los padres. Es el fin del vuelo.

A mí me deja llena de inquietudes, envuelta en un aire plagado de incertidumbre, pero también por el aire van las cartas, las voces, los recuerdos, las posibilidades de comunicación.

Y yo espero que este modo de elaborar Gabriel la separación, a través de su creación poética, signifique para nosotros, lo que R. Tagore logra expresarnos sutilmente de una situación de encuentro y despedida. (5)

*“Fijos los ojos en el cielo distante, me preguntó:*

*- Nuestros días juntos, ¿se han desvanecido por completo?*

*¿nada queda de ellos?*

*Permanecí en silencio durante un momento. Después respondí:*

*- Todas las estrellas están ahí,*

*en la profundidad de la luz del día”*

.....

*En la estación siguiente, descendió del tren. Yo seguí viaje, solo.”*

*Julio 1992*

## **Resumen**

Se plantea la historia de un niño de ocho años, portador de un síndrome de Down, quien llega con indicación de tratamiento por su inestabilidad emocional, sus dificultades en la comunicación verbal y ausencia de juego, elementos que se suman a los trastornos propios de su enfermedad: lento desarrollo psicomotriz e intelectual, dificultades de la visión y en la audición, macroglosia, implantación baja de las orejas, facies características, etc.

Se presentan las primeras sesiones de tratamiento, tendientes a descubrir sus posibilidades de comunicación y el establecimiento de transferencias, que se va demostrando como posibles y ricas en el curso del mismo, y alientan a la terapeuta a continuar con el trabajo, aun cuando se realice en un campo que se podría describir como de “frontera” del psicoanálisis, dado lo poco explorado del mismo y las dudas acerca de las posibilidades de elaboración mental del paciente.

En el transcurso de las sesiones se puede observar un progreso en su estructuración psíquica, que va desde una indiscriminación inicial, atravesando juegos reiterados de presencia-ausencia, construcción-destrucción, fusión-separación, hasta el establecimiento de una identidad propia y la instauración de juegos con claros contenidos edípicos, en los que se entrelazan el deseo y la muerte, que pasan a ser simbolizados en múltiples y variadas fantasías.

Se plantea finalmente la terminación, luego de ocho años de tratamiento, la cual consideramos debe ser una fase prolongada, adecuada a

los tiempos propios del paciente, a fin de que le sea posible elaborar la pérdida. En esta etapa aparece un mecanismo de sublimación a través de la creación poética.

En opinión de la autora, este caso sería una muestra de las posibilidades de tratamiento psicoanalítico en un sujeto con baja capacidad de simbolización. Esta parece desarrollarse más en función de sus crecimientos afectivos y vivencias emocionales en el transcurso de la transferencia-contratransferencia, base de nuestro trabajo, que de acuerdo a un “valor” intelectual dado.

## **Bibliografía**

1. ARIAS, Mónica V. “La escucha de lo indecible”. Cap. XVI En *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Alfredo Jerusalinsky y col. Ed. Nueva Visión. 1988.
2. CORIAT, Elsa. “Una psicoanalista en París”. Cap. XIX en *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil* Alfredo Jerusalinsky y col. Ed. Nueva Visión. 1988.
3. GIL, Daniel. “El yo y la identificación primaria”. En *Temas de Psicoanálisis*. Año VI - No. 10, Nov. 88.
4. MISES, Roger. *El niño deficiente mental*. Amorrortu Editores. 1975.
5. TAGORE, Rabindranath. Cap. 30 en *Lipika*. Ed. Pomaire. 1921.
6. WINNICOTT, D.W. *Realidad y juego*. 1971. Ed. Gedisa, B.A.

**EL VALOR DE LA CANCIÓN DE CUNA:**  
**ENTRE LA ORGANIZACIÓN PSICOSOMÁTICA DE LA MADRE Y**  
**LA ORGANIZACIÓN PSICOSOMÁTICA DEL BEBÉ**  
(Primera Comunicación)

*Marina Altmann de Litvan (Coordinadora)\**

*Moría Teresa Arcos*

*Fedora Espinal de Carbajal*

*M<sup>a</sup> del Carmen González de Píriz*

*Gabriela Nogueira*

*Soledad Próspero*

*María Marta Sapriza*

*Elsa Silva*

*Manuel Viera*

*Alicia Weissensbeerg de Perkal*

*Ema Wolf*

*El arrorró es la madre de todos  
los cantares y los cantares de  
todas las madres.*

RODRIGO CARO (argentino)

Entre los años 1190 y 1250 reinó, como emperador del Sacro Imperio Romano Germánico, Federico II, nieto de Barbarroja. Fue el primero a quien “se le ocurrió” realizar una experiencia sobre la privación emocional en el lactante. Salimbeni, un cronista de la época que lo conoció personalmente, relata de la siguiente manera los hechos: “La segunda locura de Federico fue la de querer saber qué género de lenguaje y qué

---

\* José María Montero 3096, Montevideo.

manera de hablar tendrían los niños si crecían sin que nadie les hubiera hablado antes. Para ello ordenó a las nodrizas y a los cuidadores que alimentaran a los niños, los bañaran y cuidaran, pero sin balbucear con ellos, sin hablarles de ninguna manera, pues quería saber si estos niños cuando hablaran lo harían en hebreo, que era el idioma más antiguo, en griego, en latín, en árabe, o en la lengua de los padres de quienes habían nacido. Pero buscó en vano, pues todos los niños murieron ya que no podían vivir sin las caricias, los rostros alegres y las palabras de amor de las nodrizas. Por eso se llaman ‘canciones de cuna’ los cantos que canta una mujer cuando balancea la cuna para hacer dormir al niño; y sin estos cantos el niño duerme mal y no tiene reposo”. (Citado por J. de Ajuriaguerra, del libro “El terror y la tortura” de Daniel Gil)

## **Introducción**

Este trabajo se inscribe en un grupo de estudio de psicopatología de niños con enfoque psicoanalítico que comenzó en 1989. Dicho grupo funciona dentro de la órbita del Departamento de Psicología Médica y la Cátedra de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina del Uruguay en la Clínica Pediátrica Médica B del Hospital de Niños Pereira Rossell, Montevideo.

A partir de 1990 se comienzan a investigar trastornos psicopatológicos en lactantes. A tales efectos se realiza un abordaje descriptivo sobre la base de situaciones clínicas, introduciendo reflexiones teóricas surgidas desde la bibliografía y observaciones de los integrantes del grupo.

En el trabajo se intenta investigar aquellos elementos de la relación madre-bebé que podrían tener un valor regulador de la excitación y por lo tanto cumplir una función estructurante entre los procesos organizativos de

la madre y los procesos de organización-desorganización-reorganización del niño.

Actualmente el grupo analiza la relación de la canción de cuna con la organización psicosomática de la madre y sus efectos sobre la organización psicosomática del bebé.

Diversas observaciones clínicas promovieron en el grupo el interés de investigar la función de la canción de cuna en niños hospitalizados por problemas psicosomáticos, lo que nos llevó incluso a cotejar nuestras inquietudes con otras disciplinas que abordan el tema (musicología).<sup>1</sup>

### **Consideraciones teóricas**

Definimos a la canción de cuna como un fenómeno vincular, una zona de encuentro entre la madre y el bebé, íntima, secreta, serena, donde se abre un tiempo de espera y esperanza que pone en juego **las sincronías y ritmos entre éstos**.

Es comunicación, pero por la vía del afecto (angustia, depresión, alegría); recurre a una sintaxis hecha de sonidos, de gestos y más todavía a la utilización que hacen uno del otro (lo mismo que de otros objetos) para expresarse. Cada momento entre ellos es una transformación mutua que une a la relación experiencia y significación.

La canción de cuna transmite un mensaje que combina lo personal y familiar con la expresión cultural del grupo de pertenencia que va modificándose generación a generación de acuerdo a las pautas de cambio de la cultura. Desarrollan entre ambos un idioma que se sitúa en alguna parte entre el farfuleo del bebé y el lenguaje abstracto de la madre. La madre acaricia y envuelve a su bebé con su tono de voz y le susurra su historia familiar, cultural, sus valores, ideales y representaciones.

---

1 Agradecemos la colaboración de la musicóloga Lili Vivas de Firpo.

La comunicación entre el preconscious materno y un aparato psíquico donde aún no está instalada la diferenciación preconscious-inconscious ayuda a que el niño forme su aparato psíquico individual y también contribuye a la inscripción del registro unconscious familiar ayudándolo a identificarse con sus padres, con su historia y a crear sentimientos y vínculos.

La integración combinada del sonido y del silencio, realizada por los códigos verbal y musical, constituye una protección, una envoltura sonora musical verbal que puede ser eficaz frente a dimensiones traumáticas.

Pensamos que la canción de cuna podría cumplir una función reguladora del equilibrio de la interacción madre-bebé en niños con padecimiento psicossomático así como también funcionar como un posible recurso profiláctico.

### **Consideraciones grupales**

El grupo de estudio está formado por personas de origen cristiano Y judío. Rememorando la historia infantil, se recordó la canción de cuna que cada uno de los miembros cantó a sus hijos y recibió de sus padres o abuelas. La canción de cuna se vincula al folklore y a costumbres o paisajes locales. Tradicionalmente se transmite en forma oral y es adaptada y modificada según cada realidad nacional.

En nuestro medio la canción tradicional y básica es el “Arroró”, pero también encontramos una predisposición de las madres a “inventar” sobre tonadas conocidas. (Nota 1)

En los primeros encuentros madre-bebé, mientras ambos conforman una unidad, la canción de cuna hace surgir el mundo interior materno y aquello que siente provenir de su propia envoltura afectiva impregnada de lo familiar cultural; proyecta sus vivencias infantiles vinculadas a su

historia familiar, a sus identificaciones y afinidades con determinados valores.

A partir de estas consideraciones decidimos estudiar el contenido temático de un par de canciones rioplatenses y de tradición judeo-cristiana.

De por sí el nombre “Arrorró” evoca la unidad madre-niño; su temática es preparatoria para la llegada del sueño. Su letra, además de la repetición como elemento inductor del dormir, refleja indiscriminación y **apropiación** de la madre hacia el niño (“**pedazo de mi corazón**”) y narcisización del hijo (“**mi sol**”).

La canción supone que la madre tiene que tener la aptitud para **detectar las** necesidades del bebé (“este niño lindo se quiere dormir”) en el momento justo, y crear el espacio necesario para investir la función del sueño, protegiendo al niño de la sobreestimulación. El “pícaro sueño” anuncia un corte en la indiscriminación entre la madre y el bebé en la medida que éste se duerme.

*Arrorró mi niño, arrorró mi sol  
arrorró pedazo de mi corazón.  
Este niño lindo se quiere dormir  
y el pícaro sueño no quiere venir.  
Duérmase mi niño, duérmase mi sol  
duérmase pedazo de mi corazón.*

La conocida canción de cuna Santa Ana, sobre la misma tonada que el arrorró, nos remite a la abuela universal católica.

*Señora Santa Ana, señora Santa Ana,  
¿por qué llora el niño?  
Por una manzana*

*que se te ha perdido.  
Vaya Ud. a mi casa,  
yo le daré dos, una para el niño  
y otra para vos.*

En el vínculo con su hijo, y por la falta de una función **decodificadora**, la madre recurre a su propia madre (Santa Ana, madre de la Virgen María) para que la ayude a entender el llanto del niño, para saber qué le ocurre. Santa Ana responde que es un llanto de hambre y de dolor por la pérdida, para lo cual ofrece dos soluciones diferentes: los discrimina (“una para el niño y otra para vos”) al mismo tiempo que plantea una regresión (“vaya Ud. a mi casa”) útil para que la madre pueda recibir la manzana-casa-pecho de su propia madre, que le permitirá a su vez investir su propia función materna y develar el sentido del pedido de su hijo.

Desde el punto de vista de las organizaciones psicosomáticas estaríamos en una canción en donde se presentaría un nivel de integración de distintas funciones: el dormir, el comer, las pérdidas, etc. a diferencia del arorró donde solamente está en juego la función de dormir.

De la tradición judía folklórica de la Europa Oriental del siglo XIX, nos llega una popular canción de cuna sobre la época de pasas de uva y almendras (en Ydisch Rozhinkes mit Mandlen).

*Debajo de la cunita de la pequeña Sarita  
se encuentra un cabrito blanco y puro.  
El cabrito viajó a negociar  
papas de uva y almendras.  
¿Cuál es la mejor mercadería?  
La pareja de novios va a estudiar la Torah.  
Debajo de la cunita de la niñita*

*se encuentra un cabrito blanco y puro.*

*El cabrito viajó a negociar*

*pasas de uva y almendras.*

En esta canción se refleja la realidad judía de la Europa Oriental especialmente en Polonia y Rusia. A través de la canción la madre introduce al bebé en la realidad cotidiana.

El mensaje de esta canción une elementos de comunicación primaria (el cabrito capaz de dar leche), intercambios que permiten la inserción en la vida cotidiana, deseos de prosperidad futura que se logran a medida que se producen sucesivas separaciones (irse a negociar pasas de uva y almendras) y mantenimiento de los valores religiosos tradicionales (“estudiar la torah”).

Se nota asimismo que la madre trasmite sus ideales culturales expresados a través del deseo, en este caso, de que su hijo logre ser “un buen negociante de pasas de uva y almendras” y que obtenga “la mejor mercadería”.

Esta canción de cuna, a diferencia de las que vimos anteriormente, que se limitaban a las funciones corporales y a su investimento libidinal, trasmite muy precozmente al bebé los ideales maternos socio-culturales de una época.

### **Consideraciones metodológicas**

Para abordar el estudio del valor de la canción de cuna recurrimos a dos caminos:

- **campo de la experiencia subjetiva:** la reconstrucción grupal del bebé inferido que cada uno de los miembros del grupo porta en su interior donde nos preguntábamos acerca del valor de la canción de cuna en cada uno de

nosotros apelando a nuestras propias experiencias infantiles para “entrar en contacto”, enlazarnos con el mundo del bebé.

- **campo de la investigación empírica:** a través de distintas video-filmaciones de entrevistas de situaciones de relación madre-bebé en las que participaban dos o tres miembros del grupo para observar la naturaleza de la relación entre ambos. En base a lo observado en las filmaciones y a vía experimental se confeccionaron fichas de evaluación psicosomática a los efectos de aplicar criterios uniformes, fundamentalmente dirigidos a investigar:

- tono vital de la madre
- calidad de la relación de objeto: plenitud, elasticidad y estabilidad
- niveles de estimulación
- ritmos, la reactividad y estilo de la descargas
- canales sensoriales privilegiados
- expresión verbal y contenido del lenguaje
- tipo de pensamiento
- cualidad del relato fantasmático etc.
- personalidad de la madre: formaciones ideales, ansiedades, depresiones, etc.

### **Descripción del contexto**

Se trata de niños que se encuentran hospitalizados por situaciones de desorganización psicosomática. Los casos escogidos están entre los tres y seis meses de edad y todos presentaron cuadros de diarrea de segundo grado, con deshidratación y acidosis.

Se trata de niños provenientes de familias que pertenecen a un medio sociocultural deficitario: sus necesidades básicas no están cubiertas,

muchos han emigrado del interior a la ciudad, las parejas parentales son irregulares y carenciadas, madres adolescentes, madres solas, proles numerosas, embarazos no controlados, falta de seguimiento pediátrico.

Los pacientes llegan a la situación de internación seriamente enfermos. Son sometidos a variadas maniobras que los sobreestimulan. Están internados en salas colectivas con la constante presencia de la madre.

Para la selección de pacientes intentábamos elegir aquellos pacientes que a pesar de estar internados tenían una evolución favorable que hacía predecir un buen pronóstico médico. Descartábamos aquellos pacientes que habían nacido prematuros o tenían enfermedades congénitas o malformaciones.

Trabajaríamos con la fase primaria (período neonatal, primer trimestre, segundo trimestre) donde las defensas psicosomáticas están aseguradas por la función maternal y la interacción oficial como el regulador del equilibrio psicosomático.

### **Organización psicosomática**

Son las características constitutivas del bebé, el mosaico primario, los ritmos, la reactividad y el estilo de las descargas, según Fierre Marty, lo que en primer lugar va a entrar en resonancia con las particularidades paternas y maternas en su singularidad. La interacción entre el bebé, la madre y el padre es tal que cuando el bebé presenta una sintomatología psicosomática precoz se reactivan en los padres viejas problemáticas, determinadas también por las características personales propias del bebé.

Entendemos que la organización psicosomática es un modelo para la comprensión de las distintas fijaciones que gráficamente se ilustra como el mosaico primario desde donde se erige un formato piramidal que abarcará desde los niveles más arcaicos somáticos hasta las formas más elaboradas

del desarrollo mental y que llevará a constituir la cadena evolutiva central, las cadenas laterales y las cadenas paralelas de la organización psicosomática.

Para que se establezcan fijaciones somatofuncionales, es necesario un cierto nivel de estimulación que incentive la zona. La disminución muy marcada de las excitaciones interiores y exteriores actúa como una especie de asepsia que no deja lugar a los “traumatismos” que son necesarios para producir fijaciones.

Las funciones somáticas en el desarrollo pueden ser incentivadas de dos maneras: estimulando una función somática en sus aspectos de automatización y repetición permanente o estimulando una función en la realización de un programa que tiene que cumplir esa misma función somática integrada a otras funciones y a otras relaciones.

Es a través de la función materna que se podrán fijar los funcionamientos automáticos que permitirán en la medida que queden adecuadamente fijados, su integración al funcionamiento yoico y a la integración de otros aspectos corporales del yo. La función materna ayuda al establecimiento de esas fijaciones en la medida que se invisten numerosas funciones, orificios, etc.

Cuando bajo la influencia de traumatismos pasados o actuales esos elementos diversos de un nivel evolutivo dado no se encuentran en su lugar en el momento querido, fracasa la formación de la nueva organización funcional.

## **Casos clínicos**

### **Fernando y la madre que inventa canciones**

Ni bien la madre y su bebé entran a la entrevista, Fernando se pone a llorar frente a la presencia de los entrevistadores. Su llanto estimula en la

madre la búsqueda de un sentido para así calmar la desorganización del bebé. De inmediato toma la iniciativa y pone en movimiento sus habilidades maternas; trata de interrogarse frente al llanto estridente del bebé; va buscando distintas alternativas en pocos segundos: se para, le alcanza un juguete, le alcanza el chupete, hace movimientos repetitivos con una pierna; comienza a hamacarlo, palmeteándolo con una mano y dice: “Está asustado”.

Nuestra observación coincide con lo planteado por Díaz Resello et al. (op. cit.): “La madre, merced a su identificación con el bebé, a través de sus diferentes actividades rítmicas (palmoteo, estimulaciones táctiles, movimientos corporales) entra en el ritmo desorganizado de su hijo y lo saca organizándolo.” La madre de Fernando lo estrecha fuertemente contra su cuerpo, como introduciendo al bebé en su propio ritmo y balance, logrando de esta forma eliminar el displacer y el llanto; invade el sensorio del bebé con estímulos que atraen su atención y ofician a modo de estímulo guía.

La entonación de la voz de la madre tiene un cierto tono musical, una cadencia que va dejando como silencios que esperan una respuesta de Fernando. Es así que ésta no solamente lo envuelve con sus movimientos, con su mirada, sino también a través del tono de voz y los silencios.

La madre nos relata lo que sucede a la hora de dormir: “El está acostumbrado a que yo le ponga el brazo (como almohada) y a dormirse conmigo; es de lo más mimoso”. Mientras la madre habla el bebé le responde con ciertos balbuceos. Nos cuenta que el bebé tiene trastornos de sueño, pero lo hace con gran complacencia, como si eso no despertara en ella incomodidad. Se sienta nuevamente en la silla, y el bebé empieza a lloriquear. La madre se para nuevamente, lo mece en brazos y comienza a cantarle el arrorró.

Rosine Debray plantea que “El sueño del niño y sus perturbaciones permiten captar en vivo un aspecto esencial de las necesidades afectivas del lactante, que se hallan repartidas equilibradamente entre los dos polos de la investidura, por una parte repliegue sobre sí mismo (investidura narcisista) y por otra parte, ligazón a la madre (investidura objetal).”

Mientras su madre va cantando, Fernando le responde con ronroneos (producto de un pasaje del aire por las cuerdas vocales flácidas); se miran mutuamente, están como hipnotizados –y el grupo también–. Ella le dice: “Sí, mi amor. Yo canto el arorró pero también invento.”

La voz materna (Nota 2) es una expresión de los afectos que están en juego en la interacción madre-bebé; la voz de la madre, su cadencia y tono, constituyen otra vía de encuentro plena de significaciones. Según expresa García Lorca la madre no quiere ser fascinadora de serpientes aunque en el fondo emplea la misma técnica; tiene necesidad de la palabra para mantener al niño pendiente de sus labios.

La madre introduce la palabra y la poesía a su bebé que, si bien no habla ni comprende, **goza igual de la rima y el ritmo**. Le canta para que concilie el sueño, para que logre una adecuada separación, para su buen dormir, pero a su vez le manifiesta su presencia con su voz, tranquilizándolo y dándole seguridad. Es una acción socializadora.

En los estudios realizados por Díaz Resello y otros identificaron diferentes tipos de comportamientos verbales maternos tales como la voz añorada, el eco y la regresión de enlace. En este último caso los signos y las señales que el recién nacido emite y la madre capta intuitivamente pertenecen a lo cenestésico (equilibrio, tensión muscular, postura, temperatura, vibración, contacto cutáneo y corporal, ritmo, tiempo, duración, etc. y probablemente otras que pasan desapercibidas para el adulto).

La canción de cuna podría tener una función de “envoltura” cuando se muestra dentro de un conjunto de estímulos concordantes, armónicos y también podría llegar a tener un sentido de “discriminación” cuando se canta de tal manera que la voz se incluye como un estímulo ajeno al bebé que lo diferencia de su madre.

En la canción de cuna que ella introduce evidentemente está la presencia de algo vincular, íntimo, entre ella y el bebé, donde hay un “invento”. Cuando introduce el “pícaro sueño”, la picardía está presente también por el modo en que ella nos relata lo que sucede entre ella y su hijo a la hora de dormir.

Al terminar la canción el bebé se canta a sí mismo; tiene su propia envoltura musical integrada a momentos placenteros en el vínculo con su madre. El bebé se calma, la mira, sonrío y luego se duerme. Fernando llama la atención por su gran excitabilidad, su angustia frente a la visión de otros que no sean su madre y su intensa necesidad de contacto proximal con ella. Estas características podrían relacionarse con la situación traumática de enfermedad e internación y con una modalidad previa en el vínculo madre-hijo donde aparece una dificultad para separarse expresada en la imposibilidad del niño de permanecer o dormirse solo, de día o de noche. Esto se enlaza con elementos significativos en la historia de la madre, separaciones precoces, migración sola del campo a la ciudad en la adolescencia.

Cuando se refiere a estas situaciones de pérdida y angustia así como a la enfermedad e internación de su hijo muestra una dificultad en la expresión verbal de los afectos, en el contacto con su mundo interno fantasmático utilizando un pensamiento concreto. Cuando describe la enfermedad de su bebé nos habla en primera persona: “Estuve internada seis días”.

## **Jessica: una canción de cuna para la mamá**

Nos encontramos con una joven madre de 19 años que sostiene adecuadamente a su bebé de cuatro meses. Se muestra reticente a ser entrevistada, aunque más adelante la situación se revierte y establece un estrecho contacto con los entrevistadores aunque persiste un sentimiento de vergüenza al referirse específicamente a la canción de cuna.

Al comienzo de la entrevista la madre se muestra muy ansiosa, luego disminuye la ansiedad pero reaparece cuando relata la muerte de su madre.

Observamos que es capaz de percibir los sentimientos de la nena, diferenciarlos de lo corporal: “Estaba como triste, recién hoy tiene sonrisa; en la casa me miraba y me miraba, pero nada cuando está mal. Ella no es así; en casa me habla, me mira, me conversa”.

La madre responde a las necesidades de la beba; cuando la duerme la hamaca, la mira, la pone muy cerca de su cuerpo para que se calme, le palmea la cola, se balancea. Intervienen canales visuales, táctiles y cenestésicos. Esta armonía se rompe cuando comienza a relatar la muerte de su madre.

Allí el balanceo, el contacto físico, la mirada, los mimos y besos están presentes más en relación a los requerimientos propios de la madre; se aproxima a la hija apretándola contra sí; la besa con avidez; la hamaca más intensamente a pesar de que la beba está dormida; la aprisiona como si intentara recuperar a través de ella algo del vínculo con su objeto materno perdido. Su respuesta no es totalmente inadecuada pero está interferida por elementos depresivos, duelos no elaborados. Por otra parte, es ella quien establece los ritmos de alimentación y sueño de la beba; la despierta para darle de comer, etc. ¿Manejo obsesivo para ocultar depresión?

Tal como vamos observando, la organización psicosomática de esta madre se ve afectada por los duelos no elaborados y esto determina

también que la calidad de la relación de objeto tenga momentos de plenitud y otros de desconexión, en donde ella está invadida por su relación con sus objetos internos.

La situación de internación es un acontecimiento que es vivido en este caso como traumático (“la doctora me dijo que estaba gravísima”) y que llevó a la madre a un nivel de regresión donde predominan las defensas de tipo paranoide. A nivel somático hay distintas descargas que se manifiestan en un particular balanceo y movimientos bruscos y rítmicos con sus piernas que ofician como un intento de regulación del equilibrio psicosomático.

A nivel mental, Interrogamos las posibilidades fantasmáticas de la madre

–elemento clave para la evaluación del preconscious– investigando en qué forma se preparó la llegada del hijo, cómo se eligió su nombre, qué fantasías generó el embarazo, qué expectativas se originaron.

La madre de Jessica quedó embarazada tomando pastillas. No se controló. No anotó a la niña en el Registro Civil. Le es difícil hablar de este embarazo y del parto. Frente a cualquier pregunta sobre Jessica responde refiriéndose a su primer hijo. La madre tiene una lista de nombres y elige – “rapidito, rapidito”– Jessica Alejandra; pero “mi marido quería ponerle Fernanda Andrea, que es el femenino del nombre del varón”.

Existe la fantasía de haber tenido mellizos: con diferencia de un año, los dos hijos se enfermaron de lo mismo en el mismo mes, hospitalizados en la misma sala, nacieron en igual día y mes, “parecen mellizos”. Nos preguntamos, ¿habrá suficiente espacio mental para esta beba?

Hay un prototipo de niño que duerme, come y sonrío que la hace sentir buena madre. Cuando se persigue, recurre a esta imagen tranquilizadora que se acompaña de representaciones de buena madre, buena esposa. Esto se vincula con lo que más adelante se observa en

relación a la canción de cuna donde estas imágenes compensan sus sentimientos de dolor frente a la pérdida de su propia madre.

Hay un encuentro con la beba en la canción de cuna; la estimula; es punto de encuentro entre ambas, pero no la duerme; la beba se ríe cuando la madre le canta. La madre dice: “Le canto lo que le cantaba al varón; ella no es como el varón, yo le canto y se ríe; tengo que hamacarla y golpearle la colita”.

Luego la madre le canta a Jessica la canción completa de Santa Ana. Esto de alguna manera confirma lo que ya hemos visto, la necesidad de esta mujer de recurrir a su propia madre interna, retrayéndose del vínculo con su beba.

La madre nos dice: “La doctora me dijo que yo al golpearla así, al ponerla así, es como sentir los latidos del corazón. Le canto la Señora Santa Ana y el arorró mi niño”.

Dice que le canta desde los dos meses estas canciones, que las aprendió de su abuela, de cómo la madre le cantaba a un hermanito más chico y de un libro de tercer año de escuela.

La canción de cuna en este contexto no cumple la función de calmar a la beba sino que es un canto para la propia madre. Habla de la muerte de la madre, se deprime, llora, pone a la beba contra su pecho más que para calmarla, para calmarse ella, como si fuera ella la que necesita ser abrazada, besada y acunada.

## **La familia arrorró Roque, Roque y Roxana**

A la entrevista madre-bebé concurre una pareja adolescente con su bebé de seis meses. Se muestran muy unidos los tres; la mirada del bebé, que está en el regazo de su madre, se dirige alternativamente a uno y otro de los padres, así como a los entrevistadores.

El embarazo de Roque fue el punto de partida de la constitución de esta pareja que tuvo que emigrar del interior (“solos y con dos bolsos”) a buscar trabajo. Para Roque y Roxana volverse padres reavivó situaciones antiguas en relación a sus propios padres. Volverse madre o padre es tomar su lugar en la cadena de generaciones. El niño, que lleva el nombre de su padre, de su tío y abuelo, es reconocido inmediatamente después del parto.

Roxana no le canta a su hijo, no entiende lo que significa “canción de cuna”, aunque sí la reconoce cuando se menciona concretamente el arrorró. Si bien nos dice que no le canta, envuelve a su bebé con sus brazos, miradas y gestos, acunándolo suavemente.

A lo largo de la entrevista tuvimos la impresión de que la madre, muy niña aún, proveniente de una familia numerosa y poco contenedora, no se siente aún capaz de cantar canciones de cuna, sino más bien de escucharlas o recibirlas ella.

Esta madre tiene un vínculo afectuoso y tierno con su hijo, jerarquiza el jugueteo corporal, sobre todo con las manos, caricias en la cabeza, en el lóbulo de la oreja, golpeteos en el abdomen, expresando así su modalidad para vehicular el afecto. Roque experimenta con su madre una sensación simultánea de estímulos concordantes facilitando de este modo el “acople” o “ensamble” entre dos sistemas de comunicación: el preverbal o corporal (proximal) y el verbal (distal). Esta madre utiliza la comunicación corporal más que otras formas más elaboradas o simbolizadas como el lenguaje o el

canto aunque no observamos el balanceo o movimiento rítmico que la mayoría de las madres realizan al acunar o cantar a su bebé.

En cuanto a otros intercambios vocales entre la madre y el bebé, ésta comenta que su hijo aún no dice mamá. En ese mismo instante, Roque emite una respuesta sonora, pero no con un sonido fonético sino originado en estructuras corporales profundas, proveniente del pasaje de aire por los órganos de fonación.

La presencia del padre, que se muestra tierno, cariñoso, cuidadoso de los controles médicos y portavoz de la ley, compensa la pobreza del funcionamiento psíquico de Roxana (preconsciente con escasas representaciones y poca fluidez en el lenguaje).

### **Jonathan y la madre que no canta**

Nos encontramos con una bonita mujer de 21 años, prostituta, llamativa y de grandes ojos que no sabe, que no logra sostener a su bebé en forma adecuada. Su actitud es casi grotesca, con una posición forzada de sus brazos. Por su parte el bebé llora incesantemente expresando su incomodidad, rechazando el contacto corporal con su madre: hay momentos en que ella intenta acercarse corporalmente y el bebé se aleja apoyándose en sus talones.

En la medida que Jonathan continúa llorando de manera desesperada, y a sugerencia de los entrevistadores, la madre va a la sala y vuelve con una mamadera de leche –fría– que se la introduce de manera insistente e invasora provocando el rechazo del bebé y aumentando su llanto.

La madre es incapaz de contener el desbordamiento del niño. No le brinda “la envoltura maternal” necesaria a través del “sostenimiento” que le permita a su vez “aliviar” el desborde del llanto. No logra calmarlo ni serenarlo y no decodifica sus necesidades.

Esta madre, afectada en su capacidad de *rêverie* (Bion), no ofrecerá más que un sistema de paraexcitación insuficiente a la emoción expulsional desbordante de su bebé.

Sin embargo hubo algo que logró modificar ligeramente esta situación: cuando la madre lo sostiene un poco alejado de su cuerpo y le hace dar saltitos rítmicos, al tiempo que lo golpetea con una mano rítmicamente, el bebé se calma. Observamos aquí que la actividad rítmica puede ser tan gratificante para el bebé como el acople del seno.

Pero esta madre que hace bailar rítmica y bruscamente a su bebé, que escucha en la sala a todo volumen su radiograbador, reconoce que a su bebé no le canta “para que no agarre mañas”.

El baño sonoro es un elemento fundamental para introducir al lactante en su ambiente humano; sus cualidades de contención, su armonía y su continuidad (o su caos, sus rupturas) evocan también el fusional intrauterino. Pero inauguran, simultáneamente, por los intercambios bilaterales que favorecen, la actividad relacional del niño con su ambiente y establecen las primicias del sí-mismo.

Lecours plantea que el baño sonoro no basta, empero, para asegurar la elaboración de una envoltura músico-verbal. Para ello es necesario que la vivencia sonora se apuntele en las experiencias táctiles y visuales. Es entonces que se organizan los códigos musical y verbal que llevan a distinguir dentro de éste por ejemplo el “ambiente sonoro familiar”. En ese sentido, la radio prendida en la sala escuchando un tango remite seguramente al baño sonoro familiar.

La complejidad de esta elaboración mental del vivenciar sonoro, por una parte, y la importancia de su investidura relacional, por la otra! Aplican la posible fragilidad de esta organización psicosomática.

La falta de una envoltura sonora que lo proteja contra los estímulos (la madre de Jonathan ni le canta ni le habla), no es en este caso más que otra

expresión de la mala calidad del vínculo madre-bebé. Los grandes ojos de la madre tampoco logran las funciones básicas de la mirada que promoverían la atención del bebé: no hay fascinación mutua, hay un permanente desencuentro de miradas y actitudes. Su expresión facial no invita al vínculo.

## **Consideraciones finales**

Este trabajo grupal no pretende más que ser una primera comunicación sobre un tema que requiere ulteriores profundizaciones tanto en el número de casos como por las características particulares de la organización psicosomática del bebé y de la madre, que son altamente individuales. La canción de cuna no puede ser vista por sí sola sino inscrita en todo el vínculo madre-bebé.

A nuestro parecer, frente a situaciones de morbilidad del hijo, frente a acontecimientos traumáticos como es la internación, se genera en la madre ansiedad y una preocupación por lo corporal del hijo, que se manifiesta a nivel de lenguaje o en la manipulación corporal del bebé. Esta manipulación corporal estaría destinada a lograr, a través del cuerpo, una contención de la organización psicosomática.

Pensamos que la integración combinada del sonido y del silencio, realizada por los códigos verbal y musical, puede constituir una protección adecuada, una envoltura sonora musical verbal que puede ser eficaz.

El valor de la canción de cuna varía a través de los distintos casos observados. No siempre adquirió el sentido de un espacio vincular entre la madre y el bebé, ya que a veces era una actividad claramente intrapsíquica con la cual la madre se relacionaba con sus objetos internos (Jessica) en tanto en el caso de Fernando aparecía como una actividad vincular.

La canción de cuna, la voz y el tono en que era cantada, podía cumplir una función de envoltura junto con otros elementos de la relación madre-bebé.

Los distintos casos clínicos nos hicieron pensar en los distintos aspectos de la canción de cuna. Uno de ellos tiene que ver con el ritmo, que permite acompañar lo verbal con lo corporal. Otro se refiere a las palabras y al significado de las mismas. Otro aspecto se refiere más específicamente a las funciones de la canción, si actúa como envoltura o si actúa discriminando la voz de la madre y separándola de los contactos corporales.

Asimismo es importante observar quién es el destinatario de la canción de cuna, si la madre canta a su bebé o si se canta a sí misma para recuperar un vínculo con su propia madre.

En cuanto al contenido temático hemos observado que algunas canciones son muy sencillas y que preparan, anteceden las funciones del sueño, como el arorró, en tanto otras como Señora Santa Ana establecen la integración de distintas funciones como comer y dormir. La elección de la temática de la canción de cuna pasa por la historia personal de la madre.

Por todo lo que antecede podemos inferir que la canción de cuna puede, por el modo de ser cantada, estar unida al fascículo central de la organización psíquica, como algo que la madre entrega y está suficientemente mentalizado, pero puede haber situaciones en las que las madres canten a sus hijos como sonido o descarga sonora no adecuadamente ligada al fascículo central y por tanto vinculada más bien a las cadenas laterales de la organización psicosomática.

Cuando no existe la canción de cuna vemos que hay, como en el caso de Jonathan, un baño sonoro familiar que no cumple ninguna función reguladora de la excitación.

Lo que importa es ver de qué manera la canción de cuna se inscribe en la elaboración psíquica de tal manera que permita una verdadera reanimación del aparato mental tanto del padre, como de la madre o del bebé.

### **Nota 1**

En la canción de cuna la canción y el sonido están aunados en ritmos en 2/4, 3/4 y/o 6/8 para crear un clima de apaciguamiento de todas las emociones y preparar al niño para el descanso reparador del sueño. El ritmo generalmente imita al zarandeo cadencioso de una cuna o el acunar amoroso de los brazos maternos.

La letra es incidental, corresponde al lugar de origen. Se vincula a las costumbres, al paisaje, al folklore. Las canciones de cuna tradicionales o folklóricas se han transmitido en forma oral con música.

La canción de cuna puede tener un origen genético o cultural. Según el musicólogo uruguayo Lauro Ayestarán, nuestra canción de cuna es de origen español. Se remonta a las Cortes del Rey Alfonso XII, el Sabio (siglo XII), muy ricas en poetas y músicos, donde alternaron trovadores provenzales y gallegos, Juglares de Casulla y otros venidos de diferentes países. El propio Rey era un trovador de gran lirismo. A él corresponde la recopilación de un gran número de melodías de las que se conservan una 400 en la biblioteca de El Escorial y a las que se les llamó Cantigas. Nuestras canciones “Nana” (mujer, casa y madre) y el ‘Arrorró’ son una remodelación de las Cantigas 232 y 249 recopiladas en el Códice J.B.

Según Ayestarán, el arrorró es la melodía más socializada del Uruguay y pertenece a su folklore.

La canción de cuna tiene una cadencia singular. Sus estrofas tienen una duración aproximada que oscila entre 3 y 5 segundos, y su secuencia rítmica y el tono de voz calman al bebé y lo hacen dormir.

Más allá del contenido verbal e idioma, en todas se establecen pequeñas secuencias rítmicas, que se reiteran de forma regular, siendo las frases de la canción cortas y de sintaxis simple.

## **Nota 2**

Según Pichón Riviére y Alvarez de Toledo, “la voz es el primer instrumento musical ... La voz y la mano han sido, en el origen de la música, los dos primeros instrumentos, así como en el niño, el contacto, la voz y la succión son las experiencias fundamentales.”

“Por medio de la voz y de la mano, en el canto y el batir de palmas, el individuo representaba simultáneamente su unidad y su separación del objeto con el cual se unía, al ordenar su canto con el batir de las palmas y colocarse al unísono con los demás. Es como si así el hombre hubiera obtenido dos tipos de música, una música del interior de su cuerpo producida por la proyección del aire, voz y flato a través de los orificios, y la música de la superficie que obtenía por la percusión.”

Los musicólogos por su parte plantean que la canción de cuna es una forma de música en la que al lenguaje musical sonoro se le une otro lenguaje, el verbal articulado. El lenguaje verbal traduce el pensamiento. El lenguaje musical traduce la emoción. Estos dos lenguajes al unirse producen una imagen directamente vinculada al contenido de ambos.

Según sea la combinación de estos sonidos, provocarán en el ser humano reacciones químicas determinadas y nuestros estados emocionales pueden vivir euforia, tristeza, placer, sosiego, etc.

## Bibliografía

- ANZIEU, D.K., HOUZEL, A., MISSENERD, M., ENRIQUEZ, A., ANZIEU, J., GUILLAUMIN, J., DORON, E., LECOURT, T., NATHAN *Las envolturas psíquicas*. Amorrortu Ed., 1990.
- BERENSTEIN, Isidoro. *Psicoanalizar a una familia*. Psicología Profunda. Paidós, 1990.
- BOLLAS, Christopher *Le langage secret de la mère et de l'enfant*. Du Secret. Nouvelle Revue de Psychanalyse N°1, Gallimard, París, 1976.
- DEBRAY, Rosine *Bébé-mère en revolte*. Paidós Le Centurión, 1987.
- DÍAZ ROSELLO, José Luis; GUERRA, Víctor; STRAUCH, Magdalena; RODRÍGUEZ REGA, Cristina; BERNARDI, Ricardo *La madre y su bebé: primeras interacciones*. Ed. Roca Viva, 1991.
- LANGER, Susanne *Nueva clave de la filosofía*. Ed. Sur, Buenos Aires, 1958.
- MARTY, Pierre *L'ordre psychosomatique*. Colection Science de l'Homme, Payot, París, 1985.
- RAKER, Enrique. *Aportaciones al psicoanálisis de la música*. Revista de Psicoanálisis, T.IX, N° 1, enero-febrero-marzo de 1952.
- PICHÓN RIVIERE, A.A. de; ALVAREZ DE TOLEDO, L.G. *La música y los instrumentos musicales*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, jul-set. 1955, Buenos Aires.
- STERN, Daniel. *The interpersonal world of the infant* Basic Books, 1985.

# LO TRANSGENERACIONAL Y LAS IDENTIFICACIONES ALIENANTES

*Silvia Sapriza\**

## **A modo de introducción**

Mi objetivo en esta comunicación es volcar al pensar colectivo esta experiencia singular con este paciente, con plena conciencia de lo delicado e íntimo de lo que se nos confía, pero a su vez, el escribir es un modo privilegiado en el acrecentamiento de nuestra comprensión y eficacia en nuestro continuado esfuerzo de transformación del dolor humano.<sup>1</sup>

Trataré entonces de comunicar algunos de los problemas que se me plantearon en el análisis de un niño, así como las consideraciones teóricas a las que éstos dieron lugar.

El análisis de Facundo fue desde sus seis años hasta los diez y si lo tuviera que caracterizar en pocas palabras diría que lo saliente fue la violencia y el desborde, violencia que llevaba a veces, a sus límites, mi función de analista.

Se presentó el complejo problema de la técnica en el análisis de niños, acerca del cómo articular el trabajo individual con el niño con su familia, que lleva a su vez al tema del diagnóstico e indicación de tratamiento. Problemas que ahora no consideraré porque mi interés es interrogarme acerca de la irreductible agresividad de este niño a lo largo del tratamiento.

Interrogante que me conducirá a reflexionar acerca de lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo; acerca de las identificaciones que se están

---

\* Duvimioso Terra 1172, 11200 Montevideo.

1 Bion, W.R. (2) afirma: "... como el trabajo científico exige la comunicación del descubrimiento a otros colegas, el psicoanalista debe transformar su experiencia privada de psicoanálisis para que se haga pública".

constituyendo en el niño, y finalmente a la problemática de la transmisión transgeneracional.

## **Presentación del material**

En el momento de comenzar el análisis, Facundo tiene casi seis años, es el mayor de dos hermanos.

Motivo de consulta: asma y un gran oposicionismo en la familia. Asimismo presenta lamparones en el cuero cabelludo porque tiene el hábito, desde chico, de enroscarse el pelo y luego tirar de él; empezó de bebé, enroscando el pelo de la madre.

En las entrevistas iniciales con los padres me llama la atención que no hay intercambio entre ellos. El padre se mantiene en silencio, evidenciando su apuro por irse, en tanto que la madre describe los múltiples problemas orgánicos de Facundo, muy alérgico.

La madre piensa que Facundo tiene «angustia de muerte» por los comentarios que le ha hecho cuando ella ha tenido que estar en cama, así como también le ha preguntado si se pondrá triste si él mismo se muere.

La muerte va a estar muy presente en el trabajo con este niño y es uno de los elementos que me interroga y al que intentaré acercar alguna reflexión.

## **Primera sesión (Precedida por dos entrevistas previas)**

Facundo está con tos, su respiración es ruidosa, evidenciando su asma. Toma la cascola roja y pregunta ¿hay más colores?... la pone en un recipiente, mezcla varios colores, se ensucia la manga diciendo “¡esto es una mierda! ¿hay tijera? ¿Me haces un nene? Yo hago la cara -dice- a mí no me sale el cuerpo” (le señalo su pedido de que aquí logremos hacer a

Facundo, entero). El canta “un día fui a la fiesta con todos los disfraces”. Le pregunto y me dice “Vi los cabezudos” (ahí tose mucho) y se va al piso a jugar con las maderas de manera que yo no lo vea y en seguida “¿me puedo ir?” Toma una plasticina, dice que va a hacer algo y luego partiéndola dice que se va a llevar la mitad. Le digo que ya sabe que sus cosas son para trabajar aquí ¿por qué será que quiere llevárselo? Me dice que “se va a llevar el dibujo”. Digo: “¿como queriendo conservar lo que vamos a ir haciendo juntos?” El insiste. Entonces digo que hoy se lo lleve pero que tenemos que ver por qué necesita hacerlo de este modo. Me dice como triunfante “¡me lo escondí!” Le digo “¿como si pensaras que esa es la única manera de obtener cosas, a escondidas?”

## **Comentarios**

En esta primera sesión, el asma se hace presente, recordándonos que Facundo psicopatológicamente considerado, entraría en la categoría de pacientes psicosomáticos.

En los dos primeros años de análisis, sus ataques de asma van a ser como el barómetro de la angustia, en ese cortocircuito mente-cuerpo frente al conflicto, característico de los pacientes psicosomáticos.

Sélika Mendilaharsu en un trabajo sobre La identidad (1) dice: “Una organización narcisista patológica persistente en una parte del Yo, está en la base de la dificultad en la adquisición de la identidad, en las psicosis”. Organización narcisista patológica dada por las dificultades en el logro de la individuación, en el logro de la necesaria diferenciación self-objeto. En este sentido es ilustrativo el dibujo de la casa que en otras sesiones hará Facundo: hace la casa clásica pero en el rectángulo debajo del techo diciendo que es el patio, ahí dibuja flores, de manera que el adentro y el afuera quedan sincopados.

En esta primera sesión ya aparece también algo que va a estar muy presente en mi trabajo con Facundo y que es el desafío a los límites. El “me lo escondí” y querer llevárselo es muy frecuente en él, incluso cosas de otros pacientes. Desafío a los límites, no sólo en actuaciones como estas, también en el juego va a ser importante (por ejemplo: el niño que desafía a la maestra llevando figuritas a la clase o montando el caballo que es sólo «e la maestra, o en el juego a las cartas el constante hacerme trampas).

En esta primera sesión también está la demanda “¿hay más?” que n el va a ser muy importante. Es frecuente que cuando lo recibo, lo primero que me dice es “¿me trajiste?” aunque no se acuerde qué me había pedido. Además quiere lo mío, mi birrome, mi cuaderno, dibujar en *él*. No le alcanza con que le traiga uno igual. Dice Sélíka A. de Mendilaharsu, en ese trabajo: “Un amor primitivo, oral, voraz, insaciable, intrincado con una intensa agresividad, caracteriza este vínculo dual... que se da en esta organización narcisista”.

En esta primera sesión hay algo allí enigmático, cuando luego de decir que no sabe hacer al nene, habla que tiene disfraces y que vio los cabezudos. Sesiones después dirá que tiene dos disfraces: uno de Drácula y otro de La Mujer Araña, que aprieta un botón y sale uno o el otro. ¿Se referirá a identificaciones con las figuras paternas? ¿introyectos, fruto de sus proyecciones y ataque a los padres fantaseados?, ¿o identificación con aspectos mortíferos, proyecciones de los padres reales?

Se me plantea aquí el problema de lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo. Muy al comienzo del análisis, me dice la madre que Facundo ha empezado a ir al cuarto de ellos porque le vienen ideas que el padre se puede morir y que unos días después le dijo que él se quiere morir. Facundo, sesiones después, quiere que la madre entre con él y entonces primero ensucia con agua, cascola, grita, destrata, hace un dibujo y le dice a la madre “¡no mires! ¡no te gusta nada mío! ¡no te burles!” Luego apaga la luz, y empieza

a cantar una canción con una voz muy dulce, recostado a la madre. Parece otro niño.

Yo en ese momento señalo ese cambio teniendo como bisagra la mirada de la madre. Digo, que lo lleva a mostrarse tan diferente a como él es en realidad, lo cual nos muestra con esa canción tan linda, y pregunto “¿qué pasará con esa mirada de mamá?”

Pocos días después tenemos una entrevista sólo con los padres y conozco algo más su problemática.

La madre comenta que quedó muy conmovida por las entrevistas con Facundo, que ella quiere ayudarlo. Y ya finalizando la entrevista, me comenta que la madre de su marido se suicidó cuando él tenía cinco años y que cuando Facundo dice que se quiere morir a ella le preocupa mucho.

Planteo si por allí pasará lo de la mirada que perturba a Facundo.

Es notoria la molestia del padre con el tema; yo no insisto.

En próximas entrevistas podemos hablar de esta situación traumática del padre de Facundo: a los cinco años encuentra a su madre ahogada en la piscina de la casa. De esto él no tiene ningún recuerdo; lo sabe por relatos de la familia. Un año antes había fallecido el padre. Luego de la muerte de su madre pasa a vivir con unos tíos, quedando así separado de sus hermanos. Esto sus hijos no lo saben y él no quiere que lo sepan “porque no tiene ninguna explicación para darles, el día que la tenga, sí”.

Trato de mostrarle que esta explicación que busca es la necesidad de elaborar esta situación; asimismo trato de mostrarles que esta situación traumática mantenida en secreto, como tabú, es muy nociva para todos y que seguramente Facundo lo pone de manifiesto con sus dificultades.

Esta situación traumática de la historia del padre de Facundo mantenida en secreto, así como la ausencia total de afecto en el padre al relatar lo sucedido me sorprende y me lleva a pensar en el mecanismo de la desmentida.

¿Clivaje del Yo? “ya lo sé, pero aún así no lo creo”...

(Desmentida, renegación, *Verleugnung*, *den de la réalité*, *disavowal*. Dificultad de traducción que creo refleja el carácter inconcluso y ambiguo de este concepto freudiano, que por esto mismo invita a la investigación).

Varios autores franceses contemporáneos han trabajado sobre problemas de esta índole, entre ellos me ha interesado especialmente un trabajo de Saranes, sobre la desmentida (2) donde trae un caso clínico similar, en que una situación traumática de la infancia del padre del paciente, ha quedado “fuera de circulación” bajo el mecanismo de la desmentida, y muestra cómo eso desmentido en los padres vuelve en el síntoma del hijo.<sup>2,3</sup>

Facundo, por su parte, en su casa insiste con el tema de la muerte, le dice a la madre que se quiere ir de la casa, que se quiere morir, le pregunta “¿si dejo de respirar me muero?” Los padres se van unos días de viaje y él les escribe una carta, según los padres, con un tono de despedida, que el padre asocia con aquella carta dejada por su madre al suicidarse. Tenemos una entrevista -sin Facundo- el padre no quiere hablarlo con él.

Trato que vean cómo el “secreto” vuelve en Facundo, de esta manera, de la necesidad que esto se abra, se hable, pero él se niega.

El padre termina la entrevista porque va a llegar tarde a una reunión importante para la que tiene que hacer carretera, y dice enojado “¿qué quieren, que me mate...?”

Lo veo realmente frágil y que no se puede insistir.

Pero me siento muy mal, como analista de Facundo, sintiéndome sumergida en medio de una dinámica familiar, donde la desmentida del

---

2 Marcelo Viñar hace un planteo que va en esa misma línea de pensamiento en un trabajo sobre una paciente grave, publicado en la Revista uruguaya de Psicoanálisis en 1987 (20).

3 María Torok y Nicolas Abraham (19) trabajan también estos problemas y los abordan desde la perspectiva del duelo. Proponen los conceptos de fantasma y de “cripta” para esto encapsulado, fuera de circulación en el discurso familiar. Un hecho existente y negado a la vez -doble registro. Se lo conoce pero queda allí no disponible para que se historice, se elabore y tiene efectos.

suicidio de la abuela ocupa un lugar central y como dice Fanny Schkolnik<sup>4</sup> (18) cuando lo familiar se da en torno a la desmentida, no querer ver-saber lo que uno ve, aquí de la muerte de la madre, esto lleva a otras desmentidas, desmentidas de las diferencias de sexos, de la diferencia entre fantasía y realidad, desmentida de las diferencias generacionales, desmentida de la alteridad, que se ve en patologías narcisistas.

Hay algo de trampa en este no hablar de la muerte de la abuela, que luego se reproduce en múltiples trampas. Trampa importante en el análisis en que yo siento haber caído. A los tres años y medio de comenzado el análisis de Facundo, un día me llama su madre para pedirme una entrevista porque está preocupada por su hijo y me dice que si bien su marido no quiere que se hable de la muerte de su madre, que ella considera que yo debo saber lo del cassette.

Es entonces que me entero que por la época en que Facundo empezó su análisis, la madre lo encontró llorando escuchando el cassette que su marido le había grabado tiempo antes, en un momento de profunda depresión.

El padre de Facundo en la entrevista se enoja mucho con su mujer, le increpa “¿por qué me haces pasar por esto, de tener que hablar con ella de esto...?”

Pone claramente de manifiesto que no es su tiempo. Aún no puede acercarse a pensar, a hablar, de lo profundamente dolorosa de su historia con toda la depresión que supone y ante la cual habría recurrido a defensas tan arcaicas y enérgicas como la desmentida y la escisión. Al tiempo que habría tomado, en forma inconsciente, a su hijo para develar y al mismo tiempo ocultar su problema. Ya que por una parte el pedido de análisis es a la edad que él mismo tenía cuando el “hundimiento familiar”, en su deseo, creo, de recibir ayuda en tanto hijo y también en tanto padre. Pero al mismo

---

4 Comunicación personal.

tiempo hace todo el esfuerzo posible para que su duelo quede allí, en su hijo, como mágicamente congelado, como el cassette, de lo que no hay que hablar. Quedando entonces Facundo como depositario de su duelo encapsulado, de su depresión no elaborada.

A la luz de esto, creo que toman un nuevo sentido las actuaciones y juegos de Facundo que tienen que ver con la agresividad. Por ejemplo el juego a la maestra en que un alumno agrede de distintas maneras a la maestra así como al buen vínculo que tiene ésta con otro alumno. En otro momento yo soy el alumno que insulta, agrede y él hace de maestra sádica: me pone en la penitencia que es una especie de máquina de tortura y con control remoto -sin estar presente- me va inmovilizando con gran violencia: quiero hablar y me tapa la boca, luego los oídos, los ojos, finalmente quiero moverme y no puedo...

En ese momento lo pensé y se lo planteé en términos de ataque y culpa, como que figuraba así a una madre interna terrible, la que él sentía que lo podía ahogar en los ataques de asma.

Pero ahora pienso si no es así que él se vive a sí mismo preso en una identificación alienante con los aspectos desmentidos, clivados y proyectados de su padre. Como el cassette. ¿No es también a mí como su analista que me vive inmovilizada por su padre? Entonces su odio, que desborda muchas veces el juego, en un destrato insoportable, sería el de él identificado con su padre,-y además el de él mismo porque le he fallado como analista.

En alguna sesión llegó a lastimarme, así como él mismo se lastima en forma importante a la salida de una sesión.

Podríamos pensar entonces que en este niño sus síntomas: asma, lamparón (como agujero) en la cabeza, oposicionismo, estarían articulando lo individual y lo familiar, en ese doble compromiso paradójico, como sostiene Saranes. Poniendo en evidencia desde el lado individual una

organización narcisista patológica que une lo edípico, y por otro lado pondría en evidencia la desmentida del padre, desmentida del duelo por esta abuela suicida. En este sentido no podemos dejar de relacionar la asfixia en el ataque de asma de Facundo con la asfixia de su abuela.

También recuerdo el dibujo de la casa en los comienzos del análisis en que el adentro y el afuera quedaban sincopados. ¿Una condensación en que figuraría así lo fusional del vínculo con la madre -en ese “cuerpo para dos, como dice McDougall de algunos pacientes psicósomáticos- al tiempo que figuraría también la intrusión paterna?

Asimismo es válido plantearnos si en su arrancarse cabellos no expresaría justamente su deseo de quitar, de arrancar de él esta problemática de doble vertiente, de cruce, diríamos, de lo intrasubjetivo y de lo intersubjetivo.

Después de estas consideraciones y volviendo a la pregunta inicial, entonces, ¿como pensamos la agresividad en este niño?

- ¿Como propia del vínculo fusional, preedípico, con la madre?
- ¿Como identificación alienante con los aspectos clivados y mortíferos de su padre, fruto de la desmentida del suicidio de la abuela que vuelve ahora en sus síntomas y verbalizado cuando él dice que se quiere morir?
- ¿O por el contrario, la agresividad como oposición desesperada a quedar prisionero en esas identificaciones alienantes? Como una forma de defensa, entonces, ante una depresión muy profunda.

Facundo, si bien ya no se ataca de asma, ni se arranca el pelo, su oposicionismo en lo social es muy importante. Oposicionismo que también abarca al análisis. Quiere dejar de venir, dice: “¿por qué él y los otros de su casa no?”

Para él, creo, tratarse en forma individual es consolidar el lugar del enfermo de la familia.

Para hablar de esto, tenemos una entrevista con él y los padres que fue muy dramática: Facundo llorando, con gran angustia le dice a la madre que a él no lo mira, no sabe de sus cosas, y al padre, que es el que más necesita tratarse.

Quedan en que van a ver a un analista de familia y fijamos una fecha para la interrupción del tratamiento.

Y el día de la última sesión, el padre le insiste a Facundo y entra con él a la sesión, dramatizando así la intrusión parental...

### **Acerca de las identificaciones alienantes**

Voy a finalizar esta presentación esbozando algunas reflexiones que espero poder profundizar en el futuro.

El análisis de Facundo me llevó a pensar en lo que autores actuales llaman “identificaciones alienantes”, así como también en la desmentida y en la transmisión transgeneracional. Ante problemas tan complejos y vastos, sólo querría ahora tomar el de las identificaciones alienantes y tratar de ubicar esta patología particular de la identificación en el contexto más amplio de una teoría de las identificaciones, empezando por lo que Freud ha dicho al respecto.

La identificación fue utilizada muy tempranamente por Freud, sobre todo en relación con los síntomas histéricos, “pero este concepto de identificación va adquiriendo progresivamente en la obra de Freud, el valor central que, más que un mecanismo psicológico entre otros, hace de él la operación en virtud de la cual se constituye el sujeto humano”(14).

La exposición más completa que intentó dar Freud del concepto de identificación se encuentra en el capítulo VII de Psicología de las Masas y Análisis del Yo.

En este trabajo Freud define la identificación diciendo que “el Yo toma sobre sí las propiedades del objeto” (6).

Definición que Laplanche desarrolla como: “Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente sobre el modelo de éste” (14).

Si pensamos, con Freud, que el sujeto se constituye y se diferencia mediante identificaciones, tenemos pues a la identificación en el corazón mismo de la génesis del Yo.

En este capítulo Freud plantea, también, que hay que hacer la distinción entre identificación y elección del objeto. “La identificación corresponde al Yo, a lo que uno quiere ser, en tanto que las relaciones de objeto, apuntan a lo que uno querría tener” (6). Pero si pensamos que las diferentes modalidades identificatorias van a depender de las relaciones objétales, tenemos entonces, que el concepto de identificación articula lo estructural y lo pulsional.

A lo largo de la obra de Freud se encuentran diversos modelos de identificación, modelos contrapuestos, que como señala Widlöcher, (21) se superponen sólo parcialmente: *Identificación primaria e identificación secundaria. Identificaciones narcisistas e identificaciones histéricas. Identificaciones yoicas y superyoicas.*

**Identificación primaria.** Freud en el “Yo y el Ello” describe la identificación primaria en estos términos: “Al comienzo de todo en la fase primitiva oral del individuo, es por completo imposible distinguir entre investidura de objeto e Identificación” (8).

También se refiere a ella en Tres Ensayos, cuando en 1915 en uno de los agregados a la obra, al describir la fase oral dice: “El objeto de una actividad es también el de la otra: la meta sexual es la incorporación del

objeto, *el paradigma de lo que más tarde en calidad de identificación desempeñará un papel psíquico tan importante*” (9).

Es decir, la identificación primaria tiene como base la incorporación oral, pero siendo esto sólo una metáfora (como lo explica H. Garbarino).

Por lo tanto esta identificación primaria, la de los orígenes, es fusional, sujeto y objeto están confundidos. “Yo soy el pecho” (1 1). No hay distinción yo, no-yo.

Es importante distinguir esta identificación primaria fusional tal como la plantea en el Yo y el Ello, de la identificación preedípica, a la que se refiere en Psicología de las Masas, “como la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto” y que desempeña un papel importante en la prehistoria del complejo de Edipo: “el varoncito toma al padre como su ideal: querría crecer y ser como él” (6).

Si bien estas identificaciones serían primarias en tanto no suponen abandono de carga de objeto como sucede en las identificaciones secundarias post-edípicas, sin embargo en estas identificaciones preedípicas, sí hay distinción yo, no-yo, así como también diferencia de género.<sup>5</sup>

Freud resume así en el capítulo VII: “... en primer lugar la identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto”. (Es la identificación primaria que incluye la de los orígenes y la preedípica); en segundo lugar, pasa a sustituir a una ligazón libidinoso de objeto por la vía regresiva, mediante introyección del objeto en el Yo, por así decir; (identificación secundaria, con abandono de carga de objeto)<sup>6</sup> y, en tercer lugar, puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales. “Es la identificación histérica por comunidad no sexual, mediante una importante

---

5 En nuestro medio han hecho una rica discusión del problema: el Dr. H. Garbarino (12); Mirta Casas de Pereda (3); Daniel Gil (13).

6 Los agregados entre paréntesis son míos. También los subrayados.

comunidad afectiva”. Es una identificación parcial -dice Freud- y es la que se da entre los individuos de un grupo en que comparten un ideal común, generalmente encarnado por un líder.

Estas serían para Freud, las identificaciones constitutivas de todo sujeto. Pertenecen por tanto, al campo de la normalidad.

**En el campo de la patología** Freud considera tres tipos de identificaciones:

- 1) La identificación histérica, en la neurosis.
- 2) La identificación en la homosexualidad masculina, y
- 3) La identificación en la melancolía (identificación psicótica).

1) La *identificación histérica*, tan elocuentemente mostrada en el caso Dora, es para Freud un mecanismo privilegiado en la producción de síntomas en la histeria de conversión (10). Lo que distingue a la identificación histérica es el ser triangular, vehiculiza el deseo; en la tríada edípica se es como uno para tener al otro. (El ejemplo de Dora cuando con su tos y (7) afonía se identifica con el padre para tener a la Sra. K, así como también en otro momento se identifica con la Sra. K para tener al padre). Es el campo del Edipo, del deseo, de la represión, de la vuelta de lo reprimido, de la neurosis, de la metáfora del conflicto.

En cambio muy diferentes son las otras dos formas patológicas de identificación que Freud considera al final del cap. VII y que yo querría cotejar con las identificaciones alienantes.

2) *La identificación en la homosexualidad masculina* (Tomando como ej. a Leonardo). Dice Freud “el joven ha estado fijado a su madre, en el sentido del complejo de Edipo, durante un tiempo y con una intensidad inusualmente grandes. Al llegar a la pubertad sobreviene una vuelta repentina: el joven no abandona a su madre sino que se identifica con ella,

se trasmuda en ella y ahora busca objetos que puedan sustituirle al Yo de él, a quienes él pueda amar y cuidar como lo experimentó de su madre”(6).

Es decir hay un doble movimiento de lo que resulta a mi entender un clivaje del Yo: por un lado el objeto madre es introyectado en el Yo y trasmuda al Yo en un aspecto en extremo importante (el carácter sexual) y a su vez su Yo en tanto hijo amado es proyectado en los objetos (púberes) a los que ahora ama (se ama) como la madre lo amó, identificado ahora con su madre. Doble identificación, especular y narcisista.

3) *La identificación en la melancolía.* Dice Freud: “Las melancolías nos muestran al Yo dividido, descompuesto en dos fragmentos, uno de los cuales arroja su furia sobre el otro. Este otro fragmento es alterado por introyección, que incluye al objeto perdido” (6). Es decir, la identificación en la melancolía está marcada por la fuerte ambivalencia, la introyección del objeto se hará en una parte del Yo (el que ama al objeto) en tanto que desde la otra parte del Yo se descarga el odio hacia este objeto ahora en el Yo. De ahí la famosa frase de Freud: “La sombra del objeto cayó sobre el Yo”.

Vemos entonces que estas dos formas de identificaciones patológicas tienen algunos rasgos comunes: tanto la de la homosexualidad masculina como la de la melancolía, son identificaciones narcisistas (por elección narcisista del objeto). Ambas identificaciones, además, pienso, están sustentadas por el mecanismo de la desmentida.

Si bien esto Freud no lo dice explícitamente, creo que es válido plantear que así como en la melancolía habría una desmentida de la pérdida del objeto en ese movimiento de identificación melancólica, así también en la homosexualidad habría una desmentida de la alteridad (el otro es mi espejo, soy Yo). Desmentida, en tanto que se percibe al otro pero que no tiene significación como un otro distinto, sino que solamente es *su* espejo.

Desmentida de la alteridad que acompaña la desmentida de la diferencia de sexos, a la que sí Freud se refiere al hablar del fetichismo pocos años después.

Desmentida que en ambos casos tiene como efecto el clivaje del Yo.

Hasta aquí Freud o por lo menos lo que pienso es una lectura posible de él. Veamos ahora esta otra patología de la identificación a la que se refieren autores actuales: *las identificaciones alienantes*.

Mostré cómo, en el trabajo con este paciente niño y sus padres, me encontré con que *la historia traumática del padre* había posado a *ser parte constitutiva del psiquismo de su hijo*; fue desde esa perspectiva que se nos aclaraba gran parte de las producciones psíquicas de Facundo, tanto de su sintomatología como en el trabajo de análisis.

Y a este fenómeno, Baranes (2) por un lado, Haydée Faimberg (5) por otro, también Bernard Penot (17), llaman “*identificación alienante*”. (Alienante en la medida que se somete a la historia de otro).

Voy a tomar entonces parte de lo expuesto sobre el tema por Haydée Faimberg en su trabajo: “El telescopaje de generaciones: la genealogía de ciertas identificaciones” (4). Afirma esta autora que esta patología de la identificación se da con padres que mantienen “una relación narcisista de objeto que tolera al objeto sólo en la medida en que pueda extraer de éste una validación placentera del Yo”. Recordemos, dice, lo que afirma Freud en *Instintos y sus Vicisitudes*: “El yo es equivalente del placer; el no-yo equivalente del displacer”. “El niño, sigue diciendo Haydée Faimberg, es objeto de odio para estos padres narcisistas, no sólo porque sea diferente, sino, sobre todo, y paradójicamente, porque su historia está ligada a la historia de sus padres y de todo lo que rechazan en su sistema de regulación narcisista. No hay así espacio psíquico para que el niño desarrolle su identidad libre del poder alienante del narcisismo de los padres”(4). Para ilustrar su exposición trae un ejemplo clínico que tiene mucho en común

con mi paciente, por eso, ahora, apoyándome en Faimberg, diría que el psiquismo de Facundo ha sido víctima de una intrusión y está sometido a un objeto excesivamente presente, expulsado por el padre en un proceso que con Faimberg, podría expresarse en los términos siguientes:

“La muerte de mis padres es una realidad que odio; la expulso, la deposito en mi hijo a quien odio y rechazo”. Esta formulación corresponde a la fantasía inconsciente constitutiva del no-yo del padre, convertida en identificación alienante para su hijo, quien pasa a ser ese no-yo, y definiéndose de ese modo adquiere, según la autora, una identidad negativa. Doble movimiento entonces en esa trama intersubjetiva: expulsión de la historia traumática por parte del padre y apropiación por parte del hijo. Quien, al someterse a un poder ajeno, su Yo queda escindido.

Facundo se habría identificado entonces, en forma silenciosa e inconsciente con este padre-hijo silencioso frente a la muerte de sus padres.

Facundo habría quedado así paralizado en su propio deseo, pues teme por este padre-hijo que necesita renegar de la muerte de sus padres. El tiempo se ha detenido, es el tiempo circular de la desmentida de la situación traumática, de la desmentida de la diferencia generacional y de la alteridad.

Se trata de la intrusión tiránica de la historia que concierne al padre. En ese sentido hay un “demasiado pleno”, un objeto que no se ausenta jamás. Es decir que también aquí, como en la melancolía, podríamos decir que “la sombra del objeto cayó sobre el Yo”. Pero aquí, a diferencia de la melancolía, no es un objeto en el Yo al que se odia y ataca, sino, por el contrario, es un objeto al que hay que cuidar, proteger, incluso al costo de negarse a su existencia singular, paralizando su deseo. Y, además, otra diferencia importante: aquí, es más que el vínculo con un objeto, se trata como vemos, de la historia de ese objeto con sus propios objetos, en lo que

Faimberg llama “telescopaje generacional” (ya que el padre forma parte de un sistema familiar, intervienen por lo menos tres generaciones).

Si hacemos ahora un cotejo entre estas identificaciones, podríamos decir que tanto en la homosexualidad masculina, como en la melancolía, como en las identificaciones alienantes, estamos en el campo de la patología de las identificaciones narcisistas, donde la desmentida y clivaje del Yo parecen ser centrales.

Gran parte de las diferencias entre ellas parece estar dada por qué es lo que mueve a desmentir y qué es lo desmentido. Así en la homosexualidad masculina se desmiente la diferencia de sexos y también la alteridad en esa dificultad de renunciar al placer de esa relación narcisista, sin límites, dual, especular. En la melancolía se desmiente la pérdida del objeto por dificultad de renunciar a él y, paradójicamente, porque esa elección previa de objeto se hizo con una débil carga objetal, se eligió narcisísticamente al otro, estando allí más en juego el sujeto que el objeto, por eso, como dice Freud, ante el tener que renunciar a ese objeto, no puede trasladar esa investidura a otros objetos, sino que la vuelve al Yo, alojando ahora a ese objeto-Yo, al que también se odia y ataca por la fuerte ambivalencia, propia del melancólico.

En la identificación alienante el enfoque es más amplio y abarcativo: es la trama intersubjetiva. Lo que mueve a la desmentida es lo traumático de una historia, la incapacidad de tolerar el dolor frente a hechos de su realidad que odia y reniega, constituyendo su no-yo que expulsa en el hijo quien a su vez se lo apropia, pasando entonces ese no-yo del padre a formar parte ahora del psiquismo del hijo.

Habría entonces en la identificación alienante: desmentida de lo traumático, de la alteridad, y de la diferencia generacional.

Se nos abre aquí todo un campo de investigación al que sólo me puedo asomar con estos esbozos, campo de la patología de la transmisión

transgeneracional, donde narcisismo, desmentida como defensa frente a situaciones traumáticas y el consiguiente clivaje del Yo parecen jugar un papel preponderante.

## **Resumen**

A partir del interrogante que me plantea la intensa agresividad de un paciente niño, auto y hetero-agresividad, tanto a nivel de sus síntomas (asma, arrancarse el pelo, oposicionismo) así como en el trabajo de análisis, me introduzco en el oscuro campo de lo transindividual, de la transmisión transgeneracional.

Planteo entonces que este niño estaría poniendo de manifiesto en sus síntomas aquello traumático de la historia de su padre. Hecho traumático que habría caído bajo el mecanismo de la desmentida y mantenido en secreto, fuera de circulación en el discurso familiar. Dando lugar así, en el niño, a lo que autores actuales llaman «identificaciones alienantes» (en el sentido que se somete a la historia de otro).

Finalmente hago consideraciones sobre este tipo particular de patología de la identificación ubicándola en el contexto más amplio de la teoría freudiana de las identificaciones.

## **Bibliografía**

1. Acevedo de Mendilaharsu, S. “La identidad, algunas de sus vicisitudes”. Rev. Psicot. Psicoanalítica tomo II n. 4; 1988.
2. Baranes, J.J. “Desmentida, identificaciones alienantes, tiempo de la generación”. En “Lo negativo” AM Ed.
- 2'. Bion, W.R. “Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento”. Centro Editor de Am. Lat. S.A. 1965: 48.
2. Casas de Pereda, M. “Sobre las identificaciones: un desarrollo freudiano”. Temas de Psicoanálisis v. 5, n. 7; 1986: 89-97.
3. Faimberg, Haydée. “El telescopaje de generaciones: la genealogía de ciertas identificaciones”. Revista de Psicoanálisis v. 42, n. 5; 1985: 1043-56.
4. Faimberg, Haydée. “A la escucha del telescopaje de generaciones: pertinencia psicoanalítica del concepto”. Revista de Psicoanálisis de Madrid. N° 15. Mayo 1992.
5. 6 Freud, Sigmund. “Psicología de las masas y análisis del Yo”. O.C. Amorrortu. Tomo XVII, cap. VII 1921; 99-104.
6. Freud, Sigmund: “Fragmento de análisis de un caso de histeria” (Dora) O.C. Amorrortu, Tomo VII; 1901-1905.
7. Freud, S. “El Yo y el Ello”. O.C. Amorrortu. Tomo XIX 1923: 33.
8. Freud, S. “Tres ensayos de teoría sexual”. O.C. Amorrortu. T. VII 1905: 180.
9. Freud, S. “La interpretación de los sueños”. O.C. Am. Tomo IV. 1900: 165.
10. Freud, S. “Conclusiones, ideas, problemas”. O.C. Am. Tomo XXIII 1938-41: 301.
11. Garbarino, Héctor. “Estudios sobre Narcisismo”. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Vol. 2; 1986.

12. Gil, Daniel. "El Yo y la identificación primaria. Temas de Psicoanálisis" v. 6, n. 10; 1988: 39-46.
13. Laplanche, J., Pontalis, J.B. "Diccionario de Psicoanálisis". Ed. Labor.
14. McDougall, J. "Un cuerpo para dos". Rev. Psicot. Psicoanalítica. Tomo II n. 3 1987.
15. Penot, Bernard. "Figure du Déni" En deça du négatif. Dunod.
16. Penot, Bernard. "La psychose subjectivée". Adolescence v. 9, n. 2; 1991: 217-34.
17. Schkolnik, F., Svarcas, M. "El dilema del paciente narcisista-fronterizo: entre la desmentida y la discriminación". Revista Uruguaya de Psicoanálisis n. 74; 1991: 161-9.
18. Torok, MaríayAbraham, Nicolás. "L'Ecorce et le noyau". Flammarton.
19. Viñar, Marcelo. Jimena. Rev. Uruguaya de Psicoanálisis. N. 65, 1987: 73-98.
20. Widlöcher, Daniel: "El deseo de identificación y los efectos estructurales en la obra de Freud". Libro Anual de Psicoanálisis. 1985; 235-248.

## EL YO Y EL SER EN LOS FRONTERIZOS

*Héctor Garbarino\**

*Soy como la arena,  
húmeda se sostiene,  
seca se desmorona.*

(De una paciente fronteriza)

Nos vamos a referir en este trabajo a lo que consideramos el núcleo central de la patología de los fronterizos, sin pretender abarcarla en toda su complejidad. Los autores que se han ocupado del tema, Grinker, Pelegrin (6), entre otros, han destacado su presentación multiforme. En cuanto a su clasificación nosográfica, unos la consideran una forma de la psicosis, otros una caracteropatía grave. Nosotros, por nuestra parte, desde la teoría del ser, pensamos que el yo y el ser constituyen el centro de la patología de estos enfermos.

Si describimos las relaciones entre el yo y el ser, sus interferencias, oposiciones, sus influencias recíprocas, habremos dado un paso importante en la caracterización del núcleo estructural básico que, según nosotros, define esta patología.<sup>1</sup>

Especialmente la distinción que hemos realizado entre los dos narcisismos del yo y del ser la consideramos fundamental para su mayor

---

\* Br. Artigas 1339, 11200 Montevideo.

1 Las investigaciones realizadas hasta ahora no nos parece que aborden lo esencial, desde el punto de vista metapsicológico. Searles (8), por ejemplo, que tiene una larga experiencia con estos pacientes, hace observaciones clínicas y terapéuticas muy justas, pero su comprensión teórica está basada fundamentalmente en Mahler, que si bien ha hecho contribuciones de gran valor al describir las diferentes fases que llevan a la individuación, nos parece que la patología de los fronterizos exige además otros postulados teóricos. Kernberg (4) por su parte, se basa en Melanie Klein, pero las posiciones que ella describe, tan útiles en otras circunstancias, son insuficientes para explicar la patología de estos pacientes y aún pueden desviar la exacta comprensión metapsicológica de los mismos. Creemos que la introducción de la instancia del ser abre posibilidades más ciertas de comprensión.

esclarecimiento. Vemos a estos pacientes oscilando constantemente entre uno y otro narcisismo, sin poder afincarse en ninguno de ellos. Entendemos la patología de estos enfermos como una consecuencia de los fines opuestos de estos dos narcisismos, uno aspirando a conservar su comunicación con la instancia del ser y de este modo vivir en un mundo intermedio, y el otro aspirando a la unidad e integración yoica.

El conflicto de base, metapsicológico, es un conflicto intersistémico entre el yo y el ser o, más precisamente, entre los dos narcisismos del yo y del ser que hemos mencionado.<sup>2</sup>

Vemos, pues, al yo de estos pacientes en una encrucijada, puesto que por un lado el yo, en su aspecto más auténtico, se pone al servicio del narcisismo del ser, buscando la unión con el Todo y situándose en otros parámetros espacio-temporales, pero por otro lado este mismo yo -que posee su propio narcisismo, aunque en estado deficitario- se encuentra solicitado y urgido por una comunidad de individuos que le exigen el desarrollo de su narcisismo yoico y con él su integración al medio social.

Con estos pacientes no estamos en presencia de individuos, punto que ya hemos destacado en otra ocasión.<sup>3</sup>

El conflicto es, en definitiva, como hemos dicho, un conflicto entre los dos narcisismos, un narcisismo del yo que busca la cohesión e integración yoica, y un narcisismo del ser que anhela la unión con el todo. Los intereses de ambos narcisismos son, por consiguiente, opuestos, y el conflicto es la consecuencia de que estos pacientes no pueden abandonar ni uno ni otro. Así, por ejemplo, una paciente se sentía dividida en dos mitades; mientras una mitad quería vivir lo maravilloso y eterno de la

---

2 F. Schkolniky M. Svarcas (7), en cambio, consideran la patología fronteriza como la consecuencia de la acción del mecanismo primitivo de la renegación del objeto que daría lugar a la escisión yoica.

3 Peter L. Giovacchini (3), refiriéndose a los adolescentes borderline, hace una descripción clínica similar a la nuestra, aunque la teoriza de un modo diferente. Dice por ejemplo: "Tenían escasa sensación de sí mismos, como seres distintos o separados, incluso separados de su entorno. Un paciente adolescente se veía fusionado con los objetos externos y con los objetos inanimados. Si se hundía en un sillón, pasaba a sentirse parte de ese sillón. No experimentaba pánico, como suele ocurrir cuando los pacientes se confunden y pierden los límites del Yo."

existencia, situándose en un tiempo y espacio no cotidianos, la otra mitad la humillaba y le decía que era un desastre y todo lo hacía mal. Es decir que mientras una mitad estaba en función del narcisismo del ser, la otra en función del narcisismo yoico sentía la censura superyoica que disminuía su autoestima.

Otra paciente tenía dos amantes; mientras uno estaba al servicio del narcisismo del ser, dado que su vinculación con él la hacía sentirse intemporal, ubicándola fuera del tiempo yoico, el otro estaba al servicio del narcisismo yoico, ayudándola a responder a los requerimientos de la realidad cotidiana, constituyendo su “cable a tierra”.

Esta grave perturbación en el desarrollo del yo, que ha sido incapaz de someter la instancia del ser, trae aparejada una perturbación similar en la configuración del esquema corporal. El cuerpo ocupa un lugar central en la patología fronteriza.<sup>4</sup> Como el yo no ha logrado su unidad, el cuerpo imaginario carece de un espacio propio, limitado por la piel, autocontenido y sienten, por el contrario, que se continúan con el espacio exterior, y aún en la situación extrema, pueden sentir que se han desprendido de su cuerpo.

De cualquier manera, el predominio del narcisismo del ser sobre el narcisismo yoico determina que no se sientan cómodos en su cuerpo y que vivan a éste como una cárcel. Como decía una paciente: “Estoy en mi cuerpo como rata encerrada”.

La percepción del propio cuerpo suele estar seriamente perturbada. Con motivo del insuficiente investimento narcisístico que han recibido de parte de la madre, sienten a su cuerpo cansado y envejecido o con partes muertas. Como el yo no tiene un espacio propio, no ven con sus ojos sensoriales sino que perciben sus propias representaciones y es así que se queja, por ejemplo, de tener arrugas y las carnes flácidas.

---

4 Para mayores detalles sobre la significación del cuerpo en el fronterizo, ver el trabajo de S. Flechner y E. Uslenghi (1).

Contribuye a esta percepción de un cuerpo desinvertido el pobre desarrollo de la pulsión sexual, que se encuentra limitada a las pulsiones parciales pregenitales y fundamentalmente a la piel, que está fuertemente investida. En cambio, la sexualidad genital que es muy pobre y con frecuencia prácticamente inexistente, no parece preocupar demasiado a estos pacientes, lo cual no creemos que sea producto de una negación, sino más bien porque la sexualidad no juega en ellos el rol central que se observa en las neurosis. Las manifestaciones sexuales suelen estar en función del narcisismo, constituyendo un medio de sostén para un yo claudicante.

Pero el medio de sostén principal lo constituye el mecanismo primitivo de la fusión, medio de defensa complejo análogo a la identificación primaria utilizada por el recién nacido para identificarse con su madre. Pero las identificaciones primarias en el caso de estos pacientes han sido fallidas o insuficientes, de modo que la madre no ha logrado humanizar a su bebé, y éste ha seguido primordialmente en comunicación abierta con el cosmos. De modo que la relación con la madre es fundamentalmente una relación con la madre-universo. Tiene similitudes y diferencias con el mecanismo descrito por Kohut (5) en las personalidades narcisistas. En ambos, el objeto es vivido como una extensión ilimitada del sujeto, no habiéndose alcanzado aún la diferenciación sujeto-objeto; pero no nos parece ser la expresión, como en las personalidades narcisistas, de una grandiosidad omnipotente, puesto que el fronterizo carece de un yo cohesivo. No está destinado, por consiguiente, originariamente, a ejercer un dominio y control tiránico sobre el objeto, como es el caso de las personalidades grandiosas narcisistas sino que es un objeto necesitado para poder conservar cierto equilibrio del yo, aunque éste sea frágil. El dominio que pueden ejercer sobre el objeto no es función de un deseo omnipotente del yo, sino de la necesidad de sobrevivir. Necesitan de otro para sentir

cierta cohesión y unidad yoica, aunque esto no lo logren nunca completamente. Las personas elegidas para este vínculo fusional padecen también de importante patología narcisista, lo que les permite entender las necesidades fusionales del fronterizo, y soportar el vínculo durante un tiempo más o menos largo. El vínculo termina por ser asfixiante, especialmente para el objeto que se presta a la fusión, porque la dependencia del fronterizo de su objeto es muy similar a la del bebé con su madre.

Para sentirse uno necesitan de la fusión con otro. Son como entes que no tienen existencia en sí, y sólo la adquieren por mediación de otro, que queda relegado a la función, prácticamente permanente, de objeto acompañante.

Cuando el objeto no se presta más a la fusión, sienten la terrible angustia del desmoronamiento, como planta arrancada de raíz. Sienten entonces la angustia de no ser y la consiguiente muerte psíquica, que una paciente describía así: “se detiene el tiempo, el cuerpo entra en la nada y en la mente siento un viento frío, pierdo la consistencia corporal, no me llevo a caer pero me hundo para adentro”.

La angustia de no ser se expresa por estas sensaciones corporales abisales como también estas otras: “siento al corazón que cae hacia abajo, quiero gritar y el grito no sale y siento al cuerpo que cae en el vacío”.

Decimos que este mecanismo de la fusión es complejo porque puede estar al servicio a la vez del narcisismo del yo y del narcisismo del ser. Si bien los fronterizos necesitan fusionarse con un objeto para dotar a su yo de cierta consistencia que los ponga al abrigo de la posibilidad de su desintegración, la fusión con el objeto suele ser también un medio para conectarse con los símbolos universales. Así por ejemplo, una paciente<sup>5</sup>

---

5 Ya nos hemos referido a esta paciente en una ocasión anterior (2). Allí también hemos descrito la particularísima relación que tienen estos pacientes con los símbolos universales.

sentía que completaba el círculo con su compañero y esto no sólo en la fantasía sino que también concretamente buscaba enlazar los cuerpos formando un círculo. De este modo se introducía en un tiempo circular, tiempo mítico propio del régimen topológico bidimensional que le prometía una juventud eterna. Cuando se rompía el círculo porque el compañero no se prestaba a la fusión, sentía que envejecía, porque el tiempo yoico diacrónico se introducía en el vínculo. De esta manera servía también al narcisismo yoico porque le permitía negar la muerte individual.

Esta particularísima situación del fronterizo sirviendo simultáneamente a dos narcisismos que tienen fines opuestos puede explicar muchas de las paradojas que observamos en la conducta de estos pacientes. Marginados de la vida social por su deseo de reinstalarse en la instancia del ser -deseo por otra parte imposible de realizar- se angustian por no tener un sentimiento de identidad que les permita encontrar un sentido a su vida. Pero a su vez adquirir esta identidad social e integrarse a la comunidad de individuos constituye un peligro porque les quitaría lo que tienen de diferente, lo que constituiría una herida narcisista insoportable. Esta situación aparece claramente en el siguiente sueño: “Era una institución donde se reformaba a los jóvenes y se los transformaba en cosas iguales y yo iba de un lado a otro cargando mi equipaje”.<sup>6</sup>

De cualquier manera sufren por carecer de un sentimiento de identidad y se procuran identidades de prestado, en base a identificaciones miméticas, naturalmente transitorias y que sólo constituyen un paliativo. Así una paciente aprendía las actividades de su compañero y con cada compañero realizaba una actividad diferente.

---

6 Paciente de Gloria Büsh.

En este trabajo hemos querido poner el acento en lo que entendemos es el conflicto central del fronterizo: no poder realizarse satisfactoriamente ni en el narcisismo del yo ni en el narcisismo del ser.

*Abril 1991*

## **Bibliografía**

1. FLECHNER, S. y USLENGHI, E. *El Ser y el cuerpo en el paciente fronterizo*. En “El Ser en Psicoanálisis” de Héctor Garbarino.
2. GARBARINO, Héctor. *El Ser en los fronterizos, a propósito del “caso Laura”*. En “El Ser en Psicoanálisis”.
3. GIOVACCHINI, Peter D. *El adolescente borderline como objeto transicional: una variación común*. En: “Adolescentes Borderline”, Ed. Nueva Visión.
4. KERNBERG, Otto F. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
5. KOHUT, H. *Análisis del Self*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
6. PELEGRIN, C. *Ensayos sobre la organización borderline*. Revista de Psicoanálisis, T.XLV, N° 4, 1988.
7. SCHKOLNIK, F. y SVARCAS, M. *El dilema del paciente narcisista-fronterizo: entre la desmentida y la discriminación*.
8. SEARLES, Harold F. *My work with borderline patients*. Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey, London.

## POLISEMIA DEL NARCISISMO

*Fanny Schkolnik\**

Los desarrollos post-freudianos, particularmente en relación a patologías no neuróticas, han llevado a profundizar en los diversos sentidos de la noción de narcisismo, tanto a nivel de la teoría como de la clínica.

El propio Freud se encarga de mostrarnos la polisemia del término con tres propuestas metapsicológicas diferentes. La primera es la que se refiere a la orientación de la libido hacia el yo, tanto en el caso del que se ama a sí mismo, como en el amor al objeto por proyección del yo ideal (5). La segunda propuesta está relacionada con la anterior, pero tiene matices distintos de importancia que justifican pensarla separadamente. Es la de la retirada de la libido de un mundo exterior amenazante a un sí mismo en el cual no existe un yo bien conformado (6). Y la tercera, es la de la indiscriminación yo no-yo, que se pone en evidencia en el sentimiento oceánico, vinculado a un resto de narcisismo originario (7). La misma indiscriminación está en la identificación primaria, caracterizada precisamente por ser esencialmente fusional.

A nivel de la clínica, hablamos de una patología del narcisismo cuando alguien se ocupa sólo de sí mismo como si se desatiende; con el que se aísla como con el que busca a los otros para deslumbrarlos y confirmar su existencia en su mirada; o con el que no logra discriminarse de otras personas, animales y objetos inanimados.

Finalmente, pensamos que estamos frente a esta dimensión del psiquismo cuando alguien mantiene una autoestima estable, que le permite cuidar sus propias cosas y manejarse en un nivel de ambiciones que le

---

\* Francisco Muñoz 3013, Ap. 401, 11300 Montevideo.

posibilitan logros y realizaciones de diverso orden, acordes a los ideales del yo. En este caso hablamos de narcisismo trófico.

¿Cómo encontrar el hilo que una estos diversos sentidos y nos permita sostener la utilidad de un concepto que remite a situaciones tan distintas?

B. Grunberger (10) propone considerarlo como un factor siempre presente en el psiquismo, que nunca puede pensarse aisladamente sino en relación con otros factores, enfoque que da cuenta acertadamente de la clínica. ¿Cómo no valorar la incidencia del interjuego pulsional, las características del yo y el superyo o los mecanismos de defensa predominantes? De este planteo se desprende que el narcisismo resultará del vínculo con diversos elementos que surgen de cada constelación psíquica y lo tiñen de diferentes colores. Pero la posibilidad de pensar en la especificidad del narcisismo se borra demasiado radicalmente en la afirmación de Grunberger.

Kohut (11) ha trabajado el concepto a partir de la noción de catectización libidinal del sí mismo (que implica representaciones y sentimientos de sí). Para él, lo característico del narcisismo no está en la orientación de la libido sino en la cualidad de la investidura, que se expresa por las formas particulares que adopta el vínculo con el otro y las características de la transferencia. Pero eso nos lleva a pensar en dos libidos de naturaleza distinta, estableciendo una separación entre libido sexual y narcisista que, a mí entender, no refleja suficientemente la clínica de las diferentes formas de patología narcisista.

R. Bernardi (3) define al narcisismo en función de las representaciones de sí y los sentimientos de sí. Su propuesta da la posibilidad de concebir los diversos trastornos vinculados a él en relación a una carencia representacional, a las dificultades de integración entre las representaciones de sí o a la falla en su relación con las representaciones de objeto.

Pero aquí no se destaca suficientemente el carácter intersubjetivo del narcisismo, el hecho de que las representaciones y sentimientos de sí se construyen y sostienen en el vínculo con un otro, que remite en última instancia a la relación con el objeto arcaico.

J. McDougall (12), como muchos otros autores franceses, subraya particularmente este aspecto de la relación con el otro, diciendo que a Narciso le fascina ese otro que lo refleja y que las fallas en la representación y catectización del sí mismo surgen de las carencias que existieron en el vínculo especular con la madre.

Una madre que no pudo reflejar al hijo para confirmarle su existencia, por su carácter de ausente o porque ella misma buscaba reflejarse en él. Es en la apertura a la alteridad que el ser humano adquiere su identidad, en un movimiento mutuo entre la catectización del sí mismo y del objeto; movimiento pendular entre la identidad subjetiva y sexual, buscada en la relación con otro y a través del otro.

Retomando ideas de un trabajo anterior pienso que junto a lo especular están las sincronías, propias de los vínculos tempranos, que al modo de una danza configuran movimientos acompasados que posibilitan el necesario interjuego de encuentros y separaciones con el otro que está en la base de la constitución del sujeto.

Desde el punto de vista psicopatológico, las muy diversas manifestaciones de la patología del narcisismo se podrían agrupar en dos grandes sectores. En un primer grupo, está el caso de los pacientes neuróticos y patologías narcisistas próximas a la neurosis, en los que lo más afectado remite a los sentimientos de sí, dando fundamentalmente alteraciones de la autoestima. En un segundo grupo, integrado por psicóticos, fronterizos y patologías narcisistas severas, es la propia constitución de las representaciones de sí que está afectada, configurando

fallas en la simbolización que dificultan un verdadero desprendimiento del objeto arcaico y el logro de una identidad.

En términos más generales, la patología del narcisismo en las diversas entidades psicopatológicas es el resultado de fallas en el logro de la alteridad y trastornos en la autoestima.

En la neurosis, el narcisismo se anuda a la angustia de castración que resulta del conflicto básico entre los deseos edípicos y la represión. De allí surgen las fallas en la autoestima, resignificando a su vez carencias a nivel pre-edípico.

En la psicosis, el narcisismo está ligado a angustias más arcaicas del orden de la aniquilación o el derrumbe psíquico, vinculadas a carencias importantes a nivel de la identificación primaria, que a su vez determinan fallas en la constitución del yo. Predominan defensas primitivas, como el repudio y la identificación proyectiva masiva. Hay una indiferenciación entre representaciones de sí y de objeto y una ruptura más o menos importante con el mundo exterior, con el cual intentan reconectarse a través del delirio. Tal como lo plantea P. Aulagnier (1), así como en la neurosis lo reprimido de los padres entra en relación de complementariedad con lo que va a constituirse como reprimido en el niño excluyendo la posibilidad de transgresión y de realización de lo prohibido, en la psicosis, lo no reprimido en los padres hace que las investiduras primordiales que constituyen lo arcaico para el niño se vuelvan no metabolizables.

En los pacientes fronterizos confluyen los problemas derivados de una falla en la constitución de las representaciones de sí con los de la carencia de investimento narcisista. De ahí que el estudio e investigación de esta patología nos permite profundizar en los diversos matices del narcisismo.

Son pacientes con una indiferenciación parcial entre las representaciones de sí y de objeto y carencias importantes en el investimento que dan lugar a marcados sentimientos depresivos y vivencias

de vacío. El narcisismo en ellos toma la forma que le da el importante desinvestmento de las representaciones de sí, a lo que se suma la desmentida de la alteridad con la consiguiente escisión del yo y la existencia de una madre que no estuvo ni presente ni ausente constituyéndose en un otro que dio lugar a vivencias del orden de lo ominoso; familiar y a la vez extraño (9). Se percibe la presencia de ese otro pero no se la admite y se actúa desconociéndola, generándose dos posturas. Una, más madura, que responde a la percepción de dicha presencia. Y otra, que da cuenta de un modo de funcionamiento más arcaico del yo, caracterizado por la indiscriminación. En alguna medida, ambas posturas se influyen mutuamente y el paciente no llega a ser nunca un neurótico ni un psicótico (14).

Si bien estos pacientes se estructuran como tales en torno a esta escisión básica, secundariamente actúan otros mecanismos de defensa primitivos que dan lugar a nuevas escisiones. De ahí que Green nos aporta la imagen de un archipiélago con múltiples islas que por momentos parecen no comunicarse entre sí. Las representaciones de sí y de objeto insuficientemente diferenciadas dan lugar a identificaciones patógenas, muchas veces con objetos inanimados o con animales, que contribuyen al establecimiento de verdaderos núcleos confusionales. La mala integración de estas representaciones de sí da lugar a lo que Kernberg ha llamado difusión de identidad.

Por otro lado, a mi modo de ver, no es posible separar radicalmente la dimensión narcisista de la sexual objetal. Ambas se condensan y se manifiestan por conductas que muestran el anudamiento entre la angustia de castración y la angustia de aniquilación. Y la sexualidad constituye muchas veces la única forma de escenificar mediante diversos tipos de actuación lo que no puede manifestarse de otra manera debido a las importantes fallas en la simbolización.

Las carencias resultantes de un déficit del investimento narcisista generan sentimientos de desvitalización, vacío y una depresión profunda y persistente. Es frecuente que hagan severos intentos de autoeliminación. Esta desvitalización, que se expresa muchas veces por vivencias de no ser, responde a fallas en los vínculos primarios y efectos de la pulsión de muerte que no puede ser neutralizada por el yo.

Diversos autores (Faimberg (4), Penot (13), Baranes (2) y otros), se refieren al efecto de los traumas no procesados a nivel familiar que se transmiten a través de las generaciones constituyendo identificaciones alienantes de las cuales estos pacientes no pueden desprenderse más que por un largo proceso de desidentificación y una labor de construcción o reconstrucción de lo que no ha sido procesado a nivel familiar.

La atmósfera particular que envuelve al paciente y sus vínculos se reedita con el analista.

Así lo he sentido en la experiencia de análisis con Pedro que consultó por primera vez a los 40 años porque se sentía “indefinido”. No pudo terminar sus estudios de abogacía. Sólo ha tenido una experiencia de trabajo en una oficina pública cuando tenía veinte años, en la que estuvo unos pocos meses y de la que se tuvo que ir por un confuso episodio con su Jefe luego del cual requirió internación psiquiátrica. Sufre de episodios depresivos muy intensos cuyos factores desencadenantes no puede precisar y durante los cuales aumenta su “encierro”. Es hijo único de padres muy mayores. Tiene una pareja desde hace diez años, con la que casi no mantiene relaciones sexuales, y con quien vive, alternativamente y por temporadas, en casa de sus padres. No tiene hijos y nunca se ha planteado tenerlos.

Todos estos datos fueron llegando en forma confusa, exigiéndome un esfuerzo grande de comprensión para establecer nexos en lo que aparecía desconectado.

Pocos meses después de comenzar su análisis me trajo un cuento, “El hombre de ceniza” que trataba de las peripecias vividas por alguien siempre amenazado de desaparecer. Me impactó mucho encontrarme con esa imagen que daba cuenta de lo que yo misma había empezado a sentir en el encuentro con él. Por momentos me parecía que se borraba, se volvía más etéreo e inmaterial. Y me invadían vivencias de inquietud y extrañeza. ¿Era una persona o una sombra? Ropas grises o de colores desteñidos, que no cambiaban con las estaciones del año, tonos monocordes y un cuerpo que se movía en forma rígida, por sectores, en bloque, como un muñeco articulado, contribuían a producirme la impresión de alguien raro que parecía tener algo de inanimado.

El escenario del análisis se fue poblando de otras figuras que se instalaban como verdaderos fantasmas. Se convertía él mismo en uno u otro personaje cambiando la modulación de la voz o haciendo gestos particulares.

Junto a esos aspectos no integrados que mostraba en su cuerpo, en su discurso y en su historia, mantuvo siempre el juicio de realidad y estableció conmigo un vínculo muy comprometido, próximo y afectivamente importante.

Tuve que procesar lo que provocaba en mí el contacto con eso indefinido, como paso imprescindible para ayudarlo a diferenciarse de sus padres, discriminar el pasado del presente y acercarse a descubrir el futuro.

En el proceso de análisis ha ido alternando los momentos de desconfianza, agresividad y desánimo, con otros en que se sentía reconocido como sujeto y más confiado en el tratamiento. Actualmente, después de cuatro años, se podría decir que empieza a enhebrar vivencias sueltas para armar su historia. Se han aflojado en parte los nudos que lo atan a sus padres. Luego de la muerte de su madre se abocó a la reparación de la casa paterna. En cada pared, en cada rincón de la casa, se encontraba

con un pedazo de sí mismo que hasta ahora no había podido reconocer. Aún queda un largo trecho por recorrer en este trabajo centrado en la discriminación y la desidentificación que implica un largo y penoso proceso de subjetivación.

Volviendo ahora a repensar el narcisismo, luego de analizar sus aspectos metapsicológicos, clínicos y psicopatológicos, pienso que el concepto de patologías narcisistas, al que se refieren muchos autores actuales, resulta útil para caracterizar los cuadros que están incluidos en esa amplia brecha que se abre entre neurosis y psicosis, en la que las alteraciones están fundamentalmente a nivel de las representaciones y los sentimientos de sí.

Sin embargo, importa destacar que el narcisismo está presente en toda la patología así como en la vida psíquica normal y la condición narcisista no es específica de una particular entidad psicopatológica.

*Octubre 1992*

## **Bibliografía**

1. AUGLAGNIER, Piera. *La violencia de la interpretación*. Amorrortu. Buenos Aires, 1977.
2. BARANES, J.J. Desmentida, identificaciones alienantes, tiempo de generación. En: *Lo negativo*. Amorrortu. Buenos Aires, 1991.
3. BERNARDI, R. *Representaciones de sí*. R.U.P. No. 61, 1982.
4. BION, W. *Volviendo a pensar*. Hormé. Buenos Aires, 1972.
5. FREUD, S. *Introducción del narcisismo*. *Obras completas*. Amorrortu, Tomo XIV. Buenos Aires, 1979.
6. FREUD, S. *Puntuatizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*. *Obras completas*. Amorrortu. Tomo XII. Buenos Aires, 1979.

7. FREUD, S. *El malestar en la cultura. Obras completas.* Amorrortu Tomo XXI. Buenos Aires, 1979.
8. FREUD, S. *Fetichismo. Obras completas.* Amorrortu. Tomo XXI Buenos Aires, 1979.
9. FREUD, S. *Lo ominoso. Obras completas.* Amorrortu Tomo XVIII. Buenos Aires, 1979.
10. GRUNBERGER, B. *El narcisismo.* Editorial TRIEB. Buenos Aires, 1980.
11. KOHUT, H. *Análisis del self.* Amorrortu. Buenos Aires, 1977.
12. MC. DOUGALL, J. *Alegato por cierta anormalidad.* Ediciones Petrel Barcelona, 1982.
13. PENOT, B. *Figures du den.* Dunod, París, 1989.
14. SCHKOLNIK, F.; SVARCAS, M. *El dilema del paciente narcisista-fronterizo.* R.U.P. No. 74, 1991.

# UN AGUJERO EN EL MURO

*Cristina M. de Bagattni\**

*con la colaboración de*

*Cristina Pivel y Rosario Oyenard*

*“He aquí mi torturador*

*el enemigo de mi vida”*

Exclama DIMITRI KARAMASOV

## INTRODUCCIÓN

Las fronteras de la clínica psicoanalítica son muchas y diversas. Por varios motivos pensé que ésta podría ser una de ellas. Un caso que parece ser de crónicas policiales, una consulta hospitalaria con pocas posibilidades de hacer algo. Alguien que nos enfrenta a los límites de nuestro entender y a nuestro quehacer como psicoanalistas. Esto hace de esta frontera un muro que no podemos atravesar. Hacemos en el muro un agujero para observar y tratar de entender.

Creemos que otros no entienden o no lo entendieron antes que nosotros. El alcanzar algo de este orden no nos lleva a un hacer psicoanalítico. Nuestra praxis queda suspendida y la frustración fructífera de nuestra omnipotencia que ello nos produce, nos lleva a seguir buscando en las nunca entendidas profundidades de lo inconsciente, de la historia, de la vida.

Cuando trataba de buscar un título para este trabajo, sólo venían a mí textos de la literatura que todos y ninguno daban cuenta de esta historia: Crónica de una muerte anunciada, Fuente Ovejuna, Los hermanos

---

\* Navarra 1941, Montevideo 11600.

Karamazov, Cría Cuervos. Concluí pensando que eso tenía que ver con lo que planteé anteriormente y le llamé: Un agujero en el muro.

Suele decirse que en el hospital no existen las neurosis. Sujetos sometidos a las más increíbles y aberrantes historias de vida parecen no haber tenido tiempo para recorrer la Castración y el Edipo.

Con esta historia pretendo demostrar cómo, atravesados por la misma división humana, simplemente aparece una terrible y cruel puesta en escena (repetida una y mil veces en el hospital) de lo que en todo ser humano sucumbe a otras leyes. El deseo, el narcisismo, la vida y la muerte. Incesto y Parricidio, presentes y actuados en un inconsciente “fuera de sí”, perteneciente a un otro, sometido a explicaciones que la razón asiste sacándolo del marco de la humanidad.

Sobre uno de estos deseos, el Parricidio, nos vamos a referir. Dice Freud en Dostoievsky y el Parricidio: “El parricidio es el crimen principal y primordial tanto de la humanidad como del individuo. En todo caso, es la principal fuente de sentimiento de culpa, no sabemos si la única...” Nos habla luego de la angustia de castración y de la resignación (en el varón) del deseo incestuoso y parricida. Teresa, la paciente de la cual vamos a contar, es mujer y mata a su padre, motivo de consulta inusual (no encontramos en la literatura consultada ningún caso de parricidio en donde una mujer mate a su padre), se podría decir que desde un lugar de identificación masculina y podrá ser cierto (odio y amor al padre, identificación con él, -uso de armas- amor a la madre). Castración donde ella no es inscripta y sentimiento de culpa que se escinde. Defensa que se hace colectiva: el padre debía de morir, lo merecía, Teresa no es una criminal, es inocente.

La maldición edípica pesa sobre nosotros, pocos llegan al fin de este destino trágico y “si el parricidio es en lo imaginario el crimen de todos, permanece en la realidad como crimen de algunos”. El complejo de Edipo

permite comprender el parricidio pero no lo explica. La irrupción de un deseo tan intensamente prohibido en una irreparable realidad nos enfrenta al abismo de lo incomprensible. Se pregunta Ochonisky: ¿por qué un deseo tan universal no es más que excepcionalmente realizado? Como dice Freud, es la principal fuente de sentimiento de culpa, interdicción social, amenaza... ¿pero entonces, por qué a veces se realiza?

## LOS HECHOS

### El crimen

Todos sabían desde **su lugar** qué iba a suceder. Todos sabían **en algún lugar** qué iba a suceder. Sólo faltaba que las circunstancias, el azar o los crueles hilos de lo **no dicho** o dicho a medias apretaran el gatillo. Teresa, una adolescente de quince años, mataría a su padre de un balazo. Lo mataría, aparentemente, una mañana cualquiera ante un hecho repetido desde antaño. El padre golpea al hermano de Teresa (de 14 años), que se ha fugado del liceo como tantas otras veces. Teresa había jurado que la próxima vez lo mataría, juramentos que tantas veces quedaron en el aire, esta vez lo hiere de muerte, en la cabeza. Lleva luego el arma a su sien, una vecina corre y arrebató el arma, la tira a un baldío.

¡Pobre niña! En el suelo yace agonizante otro pobre niño, el padre de Teresa, que no tuvo la suerte de morir entonces, determinante inconsciente de la muerte de este adulto (38 años), del cual queremos plantear cómo estaba condenado a morir desde su infancia.

Teresa corre hacia otra casa en donde la palabra ¡mamá! no va a ser pronunciada, no va hacia su hogar, va a lo de una amiga y grita: ¡maté a mi padre! ¡maté a mi padre!

## ENTRE EL GESTO HOMICIDA Y EL GESTO SUICIDA

### El dilema yo o el otro

Dos gestos sostienen dos actos. Un gesto suicida lleva a Teresa la noche antes del crimen a ingerir benzodiazepinas (que tomaba su padre). Puesta en acto de un deseo que no se realiza: le avisa a su madre. Es internada y le hacen un lavado gástrico. Desea vivir.

Esa noche ingiere los comprimidos cuando su padre le prohíbe ver a su novio. El padre sale de la casa a buscarlo para, según ella cree, darle muerte. **¿Prohibición exogámica?**, luego que el novio pide autorización por escrito para visitarla en su casa. Escena de un drama que ella vive como ajeno (en la entrevista) y relata sin angustia: “El lo iba a matar, no había forma de entendernos”. **El sentimiento de pertenencia** a ese padre del que no se puede liberar si no es con su muerte o la de ella se intuye, en un relato donde no hay lugar para la duda, ni posibilidad para la angustia.

Fracasa el acto suicida y en “ese saber de todos”, la mañana del crimen, el hermano de Teresa no concurre al liceo. Sospecha del padre que sale en su búsqueda, furioso, descolocado de su lugar, portador de una palabra que no es oída desde siempre, función paterna fallante, sólo queda lugar para la violencia y la actuación. Al volver ambos, padre e hijo se reúnen en el corredor del apartamento en que vivían, se produce una violenta discusión, el padre lo golpea contra la pared. Teresa nos dice: “cuando papá salió de la casa (¿a matar al novio? ¿a buscar al hermano?) fui al cajón donde él guardaba las armas, al comprobar que estaba cerrado, le revisé el bolso y encontré la llave, la saqué, abrí el cajón, estaban el revólver y los calmantes. Cerré el cajón y dejé la llave en el bolso. Cuando papá empezó a golpear a Eduardo, volví al bolso, abrí el cajón, agarré el revólver y tiré.”

El relato es policial, frío y distante, no hay llanto, no hay dolor ni por él ni por ella. Sólo por la hermanita de Teresa, más pequeña, “que extraña a papá”. Proyección en la hermana de esa niña, Teresa, cuyo amor escinde, y cuyo odio comparte. Relata así la madre: “Nos castigaba con frecuencia, violentamente, a todos. Quince días antes el hermano demoró en un mandado, puso agua a hervir, la puso en el termo y le quemó el brazo sin decirle ni una palabra. Teresa le dijo al hermano: “la próxima vez que te pegue a vos o a mi yo lo mato.” “El Yo o el Otro” se transforma aquí en las palabras de la madre en: “él o nosotros”.

Los hermanos se unen con la complicidad materna, él se fugará del liceo la noche posterior al intento de suicidio de ella, provoca o convoca la violencia paterna y **el gesto homicida**, éste si, se transforma en un **acto parricida** cuyo ejecutor aparente es quien aprieta el gatillo: Teresa.

## LA NEGACIÓN COLECTIVA

Un día me piden que supervise un caso de parricidio. (Yo concurreo al hospital a tratar de hacer un entendimiento psicodinámico de los pacientes y un posterior seguimiento en base a esta comprensión). Pienso y digo: ¡No! Eso debe ser un psicótico, ¿qué vamos a seguir?

Recolocándome en mi lugar, decido verlo. El pase del Poder Judicial, fechado con carácter urgente dos meses atrás dice: “*cuadro de ansiedad depresiva intensa desencadenado por la muerte del padre*” En el sobre del hospital figura una especie de diagnóstico en la carátula, dice: *Duelo*.

El hecho, el parricidio, había sido borrado. Circulaba, maníacamente, la frase: “un torturador menos”. Esto no podía ser inscrito en ningún lugar, de lo familiar a lo social todo estaba aclarado. Pienso y comento que, en esos meses había sido aprobada por referéndum la ley de Caducidad,

aprobado el silencio. Escribo Parricidio en el sobre y comenzamos a trabajar.

## **PRIMER INDICIO DE UN MANDATO FAMILIAR**

### **Vine porque me mandaron**

Teresa es una adolescente que no tiene nada llamativo en su aspecto. El temor de la entrevistadora que se sienta frente a ella -¿cómo hablar de alguien que mató al padre?- provoca quizá, en un enlace transferencia! paranoico, las escasas intervenciones de Teresa y de quien la entrevista, la tranquilidad aparente, en donde la calma de las aguas, la “reticencia”, **esconde un tiburón que de los dos lados se teme que salte. El lenguaje se convierte en un instrumento de comunicación correcto y preciso. No hay irrupción del afecto. El inconsciente, mantenido oculto y controlado en un nuevo acto**, que es ahora también socialmente compartido, impide la aparición del lapsus, de los sueños, la fantasía, la culpa o la duda. **Todo debía ser así. No podía suceder de otra manera.** Expresa: “Venir acá no me iba a aportar nada” “Vine porque me mandaron”. Mandato familiar que marca en su presencia y en su existencia, la ejecución de un crimen del que nadie es ajeno.

La madre de Teresa, sentada a su lado en una de las entrevistas, nos introduce en el terror familiar y en la increíble ambivalencia del amor y del odio. Así surgirán en su relato, desde la violencia extrema de “ese hombre” a “ese otro hombre” que era “tan bueno con ella”, le festejó el cumpleaños de 15 y gastó tanto dinero, **“a Teresa era a la que más quería”**.

Tanto la quería, que al prohibirle los vínculos exogámicos y amenazar de muerte al novio, ella se ve atrapada en una relación incestuosa (no sabemos si actuada) donde la madre se presenta cómplice, observadora silenciosa que mueve los hilos más siniestros de esta historia anunciada.

## **ENTRE LA REPETICIÓN Y EL MANDATO TRANSGENERACIONAL**

### **Ese hombre muerto dice: mátame**

Torturador familiar, cuida asesinos (es su trabajo), desde hace muchos años, el padre de Teresa le enseña a manejar las armas, a **defenderse de posibles atacantes** (barrio peligroso). El hermano, temeroso, la madre ajena, en ausencia del padre es Teresa quien ocupa su lugar, y si hay un ruido afuera de la casa, es Teresa quien toma el arma y sale, sin miedo, a mirar y **defender su hogar**.

Maneja las anuas igual que su padre. Vinculó e identifica clon con aspectos de una violencia que es defensa aparente de algo que viene de afuera, pero que va a irrumpir desde un adentro marcado desde generaciones anteriores. Es así que, además de enseñarle a tirar, le dice a Teresa **una frase** que ella repite en las entrevistas para justificar lo irreductible del dilema: era él o yo. La frase era: “De la cárcel se sale, del cementerio no”. Amenaza de muerte a la hija que “Impide la denuncia”, puerta abierta a un pedido de muerte, destino del que no podrá escapar.

### **Desde antes de nacer**

Teresa es fruto de un primer embarazo de su madre adolescente. No era deseada. Precipita un casamiento entre los padres. La madre asegura que ella era **indiferente** al sexo del bebé y que el padre **quería un varón**. Sólo tenían elegido el nombre de varón. Es así que al nacer, el padre le **pone el nombre de la madrina y de una hermana de él** que estaban presentes cuando nació.

No sabemos qué vínculos unían al padre con esta hermana cuyo nombre llevará Teresa “por azar”.

Todo el relato de su historia posterior es “terriblemente normal”.

## **LO TRANSGENERACIONAL DESDE EL LADO DEL PADRE (a través del relato de la madre)**

El padre tenía 38 años, era conocido como un hombre violento y procedía de una familia numerosa con profundos antecedentes policiales.

Esta familia era radicalmente rechazada por él, e impedía todo contacto con la misma, decía que él no pertenecía a ese núcleo familiar, estaba del otro lado de la violencia. “La cuidaba” y quería que sus hijos fueran rectos y honestos.

Su madre, a la que se negaba a ver, lo había dado a criar a su propia madre (abuela paterna de Teresa) abandonándolo. Su padre, violento, lo colgaba cuando se portaba mal, de un colgante o viga que había en el patio, y **prendía fuego debajo de él** o de sus hermanos, haciendo una fogata. También lo ataba a patas de animales, acciones a las que la madre contribuyó muchas veces antes de abandonarlo.

Ese niño maltratado no murió, sobreviviente de los deseos de muerte de sus padres, quizás culpable por sobrevivir a éstos, cuidará en los niños asesinos sus propios deseos homicidas, pero desde el inconsciente estos deseos pulsan por salir, se escapan, y esa fuerza de algo marcado “a fuego” en su infancia **corregirá** esta historia de terror, **matando en él mismo a través de su hija, a ese niño y a su padre.**

Un hermano (tío de Teresa), también sobreviviente, no desplaza la escena e intenta a través de tres tiros que no logran su fin, matar a la madre (abuela materna de Teresa). Luego se va del país.

Otro hermano castiga a sus hijos y a su mujer. Una prima de Teresa, hija de este tío, es violada y asesinada. Teresa nos dice: “y al padre no le importó”.

Escapar de esta historia, como dijimos, marcada a fuego, parece una tarea imposible. El niño condenado a muerte debe morir. Dice Eduardo Gaicano refiriéndose a Raúl Sendic: “pocos hombres conocí que hubieran atravesado las pruebas del dolor y la violencia, rara hazaña, con la ternura invicta”. Yo me pregunto entonces: cuando el dolor y la violencia vienen de aquellos que deberían amarnos, ¿hay posibilidades de escapar a la repetición y a la muerte?

Desde antes de nacer alguien queda entonces determinado a morir, desde antes de nacer alguien va a estar determinado a matar. Teresa nos dice: “él me enseñó a tirar, en las fiestas tiraba al cielo y nos hacía tirar a nosotros. Después tuvimos miedo porque el arma tiraba para atrás. A lo último había comprado un arma chica, una 22, que él decía que era mía. Si yo iba a un cumpleaños sola, me hacía llevarla y yo la dejaba al salir en la casa de una vecina”.

La madre dice: “ella lo adoraba al padre, él también la quería, decía que Teresa era lo que él más quería”.

## **LO TRANSGENERACIONAL DESDE EL LADO DE LA MADRE**

La ruptura de la historia paterna no iba a poder ser realizada. La repetición pujando desde el lado de la historia materna termina desplegando el escenario del crimen que restablecerá un ficticio orden establecido.

La madre tiene 33 años. Embarazada a los 16 años, se casa con el padre de Teresa, con el que mantenía relaciones **desde los once años**. Había sido una niña abandonada desde muy pequeña por el padre (sabe que éste vive, pero nunca lo volvió a ver). Vivió desde entonces con su madre y

dos hermanos en un “criarse solos”, pues la abuela de Teresa (doméstica) debía trabajar todo el día para mantenerlos. Se casa.

## **Desde siempre**

**Una ley arbitraria, donde la violencia trataba de instaurar un orden que no podía imponer la palabra,** se había infiltrado lenta y progresivamente, de generación en generación, en el funcionamiento familiar.

Quemaduras nuevas (del hermano de Teresa) y viejas (del padre) que no impiden la fuga que justificará la violencia y violencia que justificará la muerte.

Una madre cuyo propio sadismo se satisfacía en los castigos impuestos por este padre al que ella se había unido antes de ser mujer. Carente de padre, abandonada, no oye, no permite entrar la palabra paterna si no es por la violencia y el terror que infiltra en sus hijos. En realidad sentimos que es el correlato que ella trae (sin que digamos que no existiera realmente violencia), el que introduce el verdadero terror en los hijos, y el convencimiento de la imposibilidad de salida. Nunca hizo ella nada para modificar la situación. Nunca hubo internaciones ni denuncias por maltrato, no hay cicatrices de quemaduras en el hermano de Teresa. Ella nunca intentó dejarlo aunque castigara a sus hijos.

Este padre que **podía matar**, fue creado en lo imaginario, **desde el deseo suicida del padre** (un niño realmente torturado) y **desde el deseo homicida de la madre** (una niña realmente abandonada).

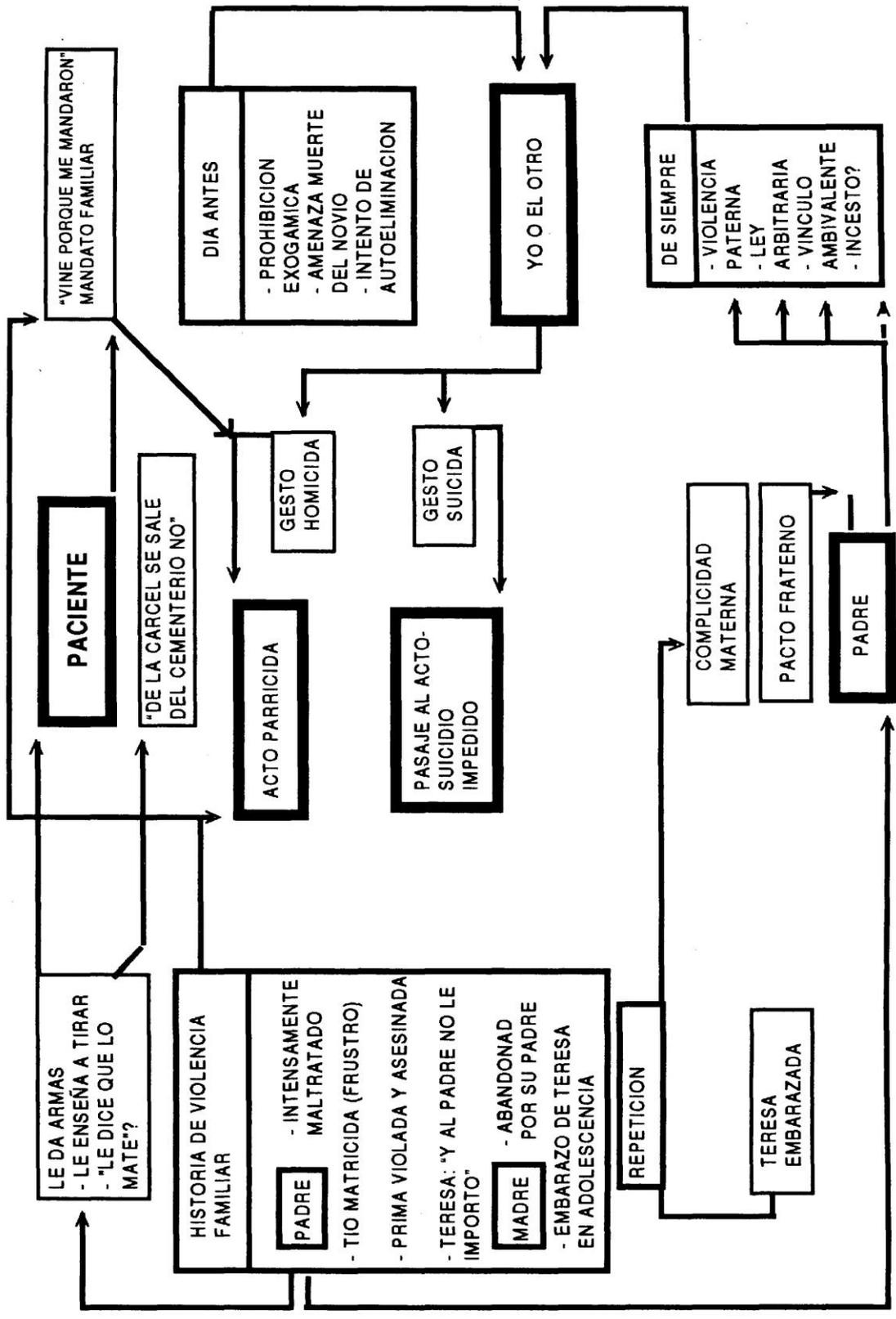
Lo incestuoso, convidado de piedra, se une a la violencia en la prohibición sobre la vida sexual de Teresa. Ella no podía ser de otro hombre. La madre ve en la hija a la persona que su marido “más quería”, era a la que él celaba. Y ella, espectadora de esa situación, queda

siniestramente en silencio, que es, ahora en la entrevista, borbotón de palabras.

Familia sin ley, necesita volver a un equilibrio o hallarlo por primera vez. Teresa, como en Fuente Ovejuna, sólo será el brazo ejecutor de esa “solución”, del restablecimiento de un orden. ¿Orden?

Un año después de la muerte de su padre, Teresa se encuentra, al igual que la madre a su edad, embarazada, sin padre. Se va de su casa para casarse y tener su bebé.

La repetición cierra su ciclo. El padre de este bebé (ahora sí varón) será el mismo hombre que el padre de Teresa había salido a matar la tarde antes del crimen.



## ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE PARRICIDIO

La palabra parricidio proviene del latín: parricidium. De pater, padre y caedere, matar. Es la muerte violenta que uno da a su padre o a su madre o a un pariente. El parricidio es uno de los crímenes más reprobados por la sociedad y por la conciencia individual por desacralizar el amor existente entre padres e hijos y poner en evidencia las raíces profundas de la agresividad.

Desde los tiempos más lejanos, el parricidio ha inspirado una especie de horror sagrado, ha sido considerado como el acto más espantoso, más monstruoso que pueda cometerse.

Recibían los parricidas la pena máxima como castigo. Foucault en *Vigilar y Castigar*, transcribe la muerte de Damians a quien se le aplicó la pena de parricidio por atentar contra el Rey.

Es muy difícil poder llegar a entender este macabro castigo de descuartizamiento. Trae el ejemplo para mostrar cómo han cambiado los estilos penales, desde el siglo XIX a nuestros días: la desaparición de los suplicios sobre el cuerpo del inculgado.

Su excepcional gravedad hace dudar en admitir que pueda ser el hecho de un hombre “normal”. Ochonisky nos trae una aproximación a la historia de la jurisprudencia sobre el Parricidio, que me parece interesante transmitir: Roma no reprimía el parricidio como la mayoría de las antiguas legislaciones. Solón interrogado sobre el silencio respecto a esto respondió que él no había creído pudiera encontrarse alguien que fuera capaz de cometer un crimen tan monstruoso.

Rómulus y los reyes de Roma que le sucedieron guardaron el mismo silencio, les pareció en efecto, que pronunciar una pena contra un crimen que revuelve tan fuerte la naturaleza, sería más que prevenirlo, enseñar a los hombres a mirarlo como posible.

Es por tanto que en el 451 /450 antes de Cristo, que fue promulgada la Ley de las Doce Tablas reprimiendo el parricidio: ahora bien, si nosotros creemos en Plutarco, en Rómulo, es solamente en los tiempos que siguieron a las guerras de Aníbal, hacia el 200 A.C. que un romano llamado Puglius Malévolus ayudado de sus esclavos, envenenó a su madre y que otro romano, Lucius Ostius, osó matar a su padre.

El parricidio perteneció pues durante mucho tiempo en Roma como un crimen mitológico (el de Cronos mutilando a su padre Ouranus y tomando su lugar de maestro del mundo antes de ser a su vez destronado y castigado por su hijo Júpiter).

Hay que recordar que la familia romana se apoya sobre una autoridad paterna absoluta, de derecho divino, viviente el padre tiene derecho de vida y de muerte sobre sus hijos, muerto, se vuelve a su vez una divinidad que hay que temer y evocar.

Otra consecuencia de la organización patriarcal de la Roma antigua, es la severidad del castigo infringido al parricida. La Ley de las Doce Tablas se expresa así: “Si alguno ha matado a su padre o a su madre, luego de haberle envuelto la cabeza, debe ser cosido en una bolsa y tirado al agua”. El suplicio reservado al parricida es el mismo aquí que se infringe al sacrilegio.

Juristas ven aquí aún más que la pena de muerte: “El medio de abandonar al culpable viviente a la cólera de Janus”. El agua, en efecto, pertenece a Janus, Dios de las fuentes y de los ríos. Si recordamos también que Janus es para los romanos el dios creador, padre de todos los hombres y de todos los dioses (Janus Pater), que él precede a la aparición de la vida individual, es decir a la concepción (Janus Concibus) estamos fundamentados en ver en este suplicio un simbolismo de volver a la situación fetal y al elemento original. No solamente la muerte del culpable, sino su aniquilamiento. A continuación la severidad del castigo no ha hecho

más que aumentar: el parricida tiene la boca cerrada por una bolsa de cuero, se encerrará con él en la bolsa o culeus animales tales como serpientes, un mono, y a veces un perro y un gallo. Es solamente mucho más tarde, en el segundo siglo D.C. que el Emperador Adriano abolió el suplicio del culeus; los parricidas fueron, desde entonces, quemados vivos o lanzados a las bestias feroces.

En Francia, en la antigua Jurisprudencia, el parricida era castigado con una espantable crueldad.

Luego de la pregunta ordinaria y extraordinaria hasta la retracción pública en Notre Dame, desnudo en camisa, la antorcha de cera con el peso de dos libras en el puño, la calcinación de la mano criminal (símbolo evidente de la castración), el desgarramiento de los brazos y de las nalgas por tenazas ardientes, el rozamiento de las heridas con plomo fundido, el aceite hirviendo, pez ardiente, cera y azufre, en fin, el descuartizamiento por cuatro caballos durante a veces varias horas.

Beccaria, en 1764, se rebeló contra la crueldad de estas ejecuciones, común por otra parte a todos los países de Europa, él escribió: “El mismo espíritu de ferocidad que guía la mano del parricida y del asesino, ha también guiado la mano del legislador...”

Es que el legislador es un padre, él reprime despiadadamente el asesinato de otro padre.

Es instructivo, en este sentido, seguir a través de la historia el castigo del parricida. La revolución en el Código Penal de 1791 castigó todavía al parricidio con la pena de muerte, pero sin otro agravante que ser conducido al suplicio la cabeza y la cara envueltas en una tela negra.

El Código Imperial de 1810 restableció la mutilación del puño, que es nuevamente suprimida en 1832.

La jurisdicción francesa actual permanece impregnada de esta severidad, el parricida es castigado con la pena de muerte. Las excusas

legales le son rechazadas, él puede sin embargo, beneficiarse por circunstancias atenuantes o causas destructivas de criminalidad, tales como la demencia o la legítima defensa. El culpable condenado a muerte por parricida es todavía objeto de un ceremonial particular previsto por el artículo 13 del Código Penal, es conducido al lugar de la ejecución en camisa, pies desnudos y la cabeza cubierta de un velo negro.

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS**

Ochonisky estudia exhaustivamente doce casos de parricidios, muchos de ellos condenados a cadenas perpetuas y trabajos forzados. El común denominador es, quizá, la intensa crueldad y salvajismo del crimen, no hallada en el caso de Teresa. **No hay en la casuística que Ochonisky presenta ningún caso de una mujer que mate a su padre**, y tampoco una estructura psicopatológica única. Su estudio cubre un período de ocho años. De cualquier forma ella concluye que existe en todos los parricidas un deficiente sentido de la realidad, un sentido particular de la muerte y de la negación del otro y una especial y distorsionada relación de objeto. No habría un hiatus entre lo real y lo imaginario, se confunden en el mismo universo: el del fantasma. El tiempo se acorta hasta no existir más, entre el deseo de muerte y la muerte dada. El pasaje al acto, cualquiera sea su duración efectiva, dice esta autora, se sitúa fuera del tiempo. Para el parricida matar al otro no significa sólo matarlo, sino borrarlo. La muerte del otro denota el aniquilamiento. Quisiera que el objeto no hubiera jamás existido. Plantea relaciones de objeto estrechas y caracterizadas por la regresión pregenital, un yo débil e identificaciones parentales frágiles o ausentes, que borrarían temporariamente toda superestructura. Esto suponemos es lo que lleva a comparar el parricidio con el Crimen Pasional.

Seceff, citado por ella, y luego Lagache, han aplicado al crimen pasional el término de “acto grave”. En el parricidio, Ochonisky encuentra las etapas descritas por estos autores del “acto grave” (asentimiento ineficaz, asentimiento formulado, la crisis), etapas que corresponden al conflicto de personalidad con la idea homicida. Se esquematizan así:

1) Sufre por la **existencia de incitaciones** a ver desaparecer por ejemplo a su padre o a su madre. **Es preconsciente.**

2) En alguna ocasión sueña, empieza a desear “es una lástima que no le suceda un accidente”. Esta enmarcación abre la etapa del **asentimiento ineficaz**, siendo la toma de conciencia de un estado que había sido mantenido subterráneo. La reflexión no podría hacerse, dice Lagache, si el inconsciente no lo hubiera ya preparado. Esta toma de conciencia lleva a un conflicto con la personalidad. El deseo de muerte sacude al individuo. Comprende, evalúa y rechaza la idea. La idea homicida se detiene frecuentemente en este estadio y muere en una realización indirecta, haciendo aparecer (chistes, canciones, etc.) la idea homicida como banal e insignificante.

Pero la idea parricida puede ir más lejos y el siguiente estadio:

3) **El asentimiento formulado:** “Mi padre o mi madre deben desaparecer” y, al mismo tiempo “yo ayudaré a su desaparición”.

(Esta etapa es la que recabamos en el historial de Teresa). Se exageran los motivos para hacerlo desaparecer y un día (como lo vimos en Teresa), una discusión, un acontecimiento fuera de serie (escena del novio), viene a dar a estas ideas la ocasión de manifestarse bruscamente en:

4) La crisis, el crimen. El sentido de la crisis es, habiendo sido decidida la desaparición, aceptar las consecuencias de esta situación, es decir, la ejecución del acto. El conflicto alcanza su paroxismo, la explosión es inminente. El conflicto no es más la idea homicida, sino el acto

homicida. Nada puede liberarlo. Muchas veces como en Teresa, se piensa primero en el suicidio. Luego del acto, un alivio.

En el parricidio no habría hiatus entre lo real y lo imaginario que se confunde en un mismo universo. Es a la vez “el fantasma” y el “ser de carne y hueso”. Este “fantasma” vimos como en Teresa se construye desde lo transgeneracional, dándole una fuerza inusitada al mismo. La muerte del otro pierde su carácter de realidad carnal, aterrante y se convierte en realización imaginaria del deseo de muerte, deseo que se sitúa en esta situación familiar fuera del tiempo.

El parricidio en la literatura también nos habla de este fuera del tiempo. Dice Freud: “Si tres obras de arte de la literatura de todos los tiempos tratan del mismo tema, a saber el parricidio: Edipo, Hamlet y Los Hermanos Karamasov, ser o no ser, la clave de la tragedia, es siempre el cuestionamiento de la existencia misma”.

Frederic Wertham explica estos casos clínicos como **crisis catatímicas**; su manifestación primordial consiste en el desarrollo de la idea de que un acto violento -contra otros o contra sí mismo- es la única solución para un profundo conflicto afectivo, cuya naturaleza verdadera permanece oculta debajo del nivel de conciencia del paciente. Describe cinco etapas en las crisis catatímicas, algunas de las cuales se asemejan a las etapas de Ochoisky.

Wertham hizo un seguimiento en la cárcel de un joven que había matado a su madre. Lo vio durante 20 años. Es recién en esa época (etapa V) que él admite que podía haber habido **otra solución**.

Ver cuadro.

## LAS CINCO ETAPAS DE LA CRISIS CATASTIMICA

ETAPA I	ETAPA II	ETAPA III	ETAPA IV	ETAPA V
<p>Desasosiego</p> <p>La situación externa es considerada como causante de la tensión interior</p> <p>El individuo centra el pensamiento sobre si mismo</p>	<p>Intensa lucha interior</p>	<p>Abrumadora tensión afectiva</p>	<p>Inmediato alivio de la tensión</p>	<p>Restablecimiento del equilibrio interior</p>
<p>- Experiencias traumáticas desencadenantes</p>				
<p>- Punto de cristalización en la idea de que un acto violento es la única manera de salir del paso</p>				
<p>- La preocupación por el acto violento se torna aguda y excluye todo otro pensamiento</p>				
<p>- Ejecución del acto violento</p>				
<p>- Comprensión de que la situación exterior no justifica suficientemente el acto violento cometido</p>				
<p>- Comienzo de la comprensión</p>				
<p>- Persistente falta de comprensión</p>				
<p>- Recuperación</p>				

**TRANSCRIPCIÓN DEL ATENEO A PROPÓSITO DEL CASO,  
REALIZADO EN LA APU EL 5 DE SETIEMBRE DE 1991  
(RESUMEN PARCIAL DE LAS EXPOSICIONES)**

**Vida M. de Prego:** Algunos comentarios para empezar la discusión. Cuando hablaban de la madre, esta madre pasiva de alguna manera, le había dicho que lo quería abandonar y no lo abandonaba por miedo a que él, que había prometido matarlos, lo hiciera. La madre era pasiva por miedo. Si ella dice que era bueno, nos está señalando una cosa extraña, una negación...no sé qué nombre darle.

Ahora dos cosas que se me habían ocurrido de la forma en que Teresa aparece cuando lave a ella, como sin culpa... Duelo, pero no parece una situación de duelo. Yo creo que es porque ella puede pasar al acto, es decir, no quedarse en fantasía, fantasía reprimida y todo lo demás, porque la violencia y el deseo de matar al padre circula por todos, por toda la familia y por la madre también. No es solamente el círculo de ese grupo familiar, sino que viene de otro círculo, abuelos, tíos. Es una situación de una violencia tan intensa que debe haber habido algo así como un acostumbramiento a la violencia.

Y lo otro más bien relacionado con la aceptación de la ley: no al incesto, no al parricidio. Está relacionado precisamente en el varón por la necesidad de cuidar su virilidad, es algo muy temido la pérdida de su genital, de su potencia (llamémosle pene o falo de acuerdo a distintos autores).

Cuando el grupo familiar es de una violencia tan intensa y donde el niño, la niña, los niños de la casa son atacados violentamente, pasando al acto (no verbalmente sino golpeando al niño) por una situación del desplazamiento del genital a todo el cuerpo es como si esos niños fueran todos los días castrados. Entonces, si ya están castrados a repetición, uno de

los fundamentos para no efectuar el parricidio no estaría. Hay una serie de violencias que son como castraciones a repetición. Sabemos que en la angustia de castración está presente en una operación de amígdalas y en una paliza.

Entonces, se me había ocurrido, si esa castración permanente, repetida, no propicia el pasaje del acto de algo que en otros no se realiza, precisamente para evitar la castración.

**C.M. de Bagattini:** Una de las cosas que nosotros nos interrogábamos, es que este señor cuidaba a asesinos. De los 40 chicos internados en su trabajo casi todos tenían 2 ó 3 homicidios. Todos eran maltratados, provenían de hogares con violencia familiar, como lo fue Teresa desde su infancia. Habían cometido homicidios, pero con un desplazamiento. Como si mataran afuera lo que no mataban en su hogar. ¿Por qué estos chicos que realmente empuñan armas, que eran asesinos, no mataban al “padre que los castigaba”?

**Vida M de Prego:** En esos casos yo pensaba si no actúa un mecanismo de desplazamiento. Pero en el caso de Teresa, yo decía que la agresividad o el deseo de matar circulan. Cuando se pasa al acto, cuando no hay un desplazamiento: ¿se mata realmente al padre? Alguien dijo Fuente Ovejuna, un hermano u otro, o la madre, alguien lo iba a matar. Eso refuerza realmente el pasaje al acto.

Yo pensaba: cuando ella dice “me mandaron”, yo siento como que a ella la mandaron a matar al padre, entre todos: los hijos y la madre. Como que es la mano ejecutora de algo, lo que ella hace. Entonces no hay culpa... si la mandaron.

**Juan Carlos Neme:** Me resultó muy interesante, pero sumamente impactante. Yo recordaba un comentario de un médico que hace poco está periciando a la pareja que mató a los padres de ella y a la hermana. El comentario de esta persona era que desde el punto de vista psicopatológico

no había ninguna alteración grave en ninguno de los dos. También carecían, como en este caso, de sentimientos de culpa. De lo único que se lamentan es que deben estar separados.

Esto hace, por un lado, que esta falta de culpa nos ponga en una disyuntiva muy grande de qué es lo que pasa con esta situación. Pero, por otro lado, al no haber grandes trastornos psicopatológicos... También con que todos somos parricidas en potencia, lo que nos aproxima más a esta situación. Creo que todas estas cosas están en juego y que realmente es un tema sumamente difícil de abordar y el trabajo de ustedes es realmente valioso y aporta un tema con el que no nos enfrentamos habitualmente.

**C.M. de Bagattini:** Respondiendo a esto de la culpa, Werthan sigue un caso 15 años. Un varón que mata a la madre. Recién 15 años después puede atisbar otra solución. Teresa no puede ver que hay otra salida más que esa: o yo o el otro, y no hay otra.

**Juan Carlos Neme:** Esta situación de Teresa fue desencadenada, pero en la otra situación, mataron a los padres; esperaron, tuvieron una reunión con la hermana y sus amigos. Después, asesinaron a la hermana. Sin saber muy bien por qué.

**C.M. de Bagattini:** Los jueces nos dijeron a nosotros que este señor al que tu te referís, que fue asesinado, violaba a esta chica y a la hermana también, desde la más tierna infancia. Pero mató a la hermana también.

**P.V. de Hoffnung:** Todos estamos impactados, pero tiene que ver con el horror de algo que está en potencia en cada uno y que lo que hace distinta manera, no sólo en la fantasía. Se puede matar de distintas maneras, pero no llegando a este último acto, a la muerte real. Ustedes traen con lo que termina. Bueno, no sé si termina. Pero el filicidio está desde la prima violada y asesinada y Teresa diciendo “y al padre no le importó”. Ustedes lo marcaron muy bien. Es decir, el filicidio y todo tipo de... castración. Lo que tú decías Vida, me gustaría pensarlo más. Todo esto de la vida puesta

en juego momento a momento, como es prenderles una hoguera. Es tan espantoso.

**C.M. de Bagattini:** Al padre. La madre del padre, al muerto. De niño lo torturaba la madre, de viejo, entre comillas porque tenía 38 años, lo mató la hija. Quedó apretado. Era un niño... Esta historia circulaba en la casa. Circula de la misma manera el horror, la exposición a una vivencia mortífera de distintas maneras.

**P.V. de Hoffnung:** Cómo podemos decir que no hay nada de patología, cuando hay una patología de todo ese grupo y de la historia de las varias generaciones que hace que todos los integrantes de ese clan tengan todos una configuración patológica general, familiar.

Una pregunta... La indicación por la que viene que dice “cuadro de ansiedad depresiva intensa, desencadenada por la muerte del padre”.

Sería que la estaba viviendo la paciente, o es el técnico que frente a un cuadro así... En mis recuerdos remotos hace unos 20 años en el Vilardebó, cuando iba a hacer estudios psicológicos, me dijeron que le hiciera un estudio a un parricida.

Lo que yo recuerdo es que en ese momento vi a una persona tan tranquila. Tenía muchas características obsesivas. Una persona tan paciente, tan obsequiosa, no me provocó ningún temor. Cuando terminó el estudio me di cuenta que yo había estado en toda un ala del hospital donde no había nadie y yo estaba con él, sola. Ni se me ocurrió tener miedo por mí misma.

**H. Gadea:** Yo había pedido la palabra porque me había sorprendido un poco el comentario de que no presentaba ninguna alteración psicopatológica muy importante. Me preguntaba si no la presentaba en lo manifiesto y tratando de abordar más profundamente la situación de la paciente, si no aparecían elementos que mostraran los mecanismos que estuvieran funcionando en base a clivajes muy importantes.

**L. Valdez:** Primero, una cosa que llama la atención es que rápidamente en el grupo es como si todos nos hubiéramos puesto de acuerdo en ponernos del lado de Teresa.

**C.M. de Bagattini:** Eso pasó siempre.

**L. Valdez:** La relación con ese padre era espantosa, etc. Eso para mí es un primer hecho sospechoso. Yo diría, con mis años de Vilardebó y de entrada en los cuadros bajos, que en primer lugar el “vine porque me mandaron” es una cosa que uno escucha en todas las personalidades psicopáticas.

No podemos mezclar el nivel descriptivo-semiológico con un nivel de intento de comprensión psicoanalítica. Creo que sino se podría sobreinterpretar. Con las cosas que he escuchado, incluso con la reacción de ponerse un poco del lado de la paciente; plantearía desde el punto de vista psiquiátrico la posibilidad del diagnóstico de una personalidad psicopática.

**L.E. Prego Silva:** Yo estaba pensando lo mismo. Dos psicopáticos, en análisis, se reunieron por azar y estaba presentando uno de ellos a Jorge Mom. Empecé a preguntarle cómo había llegado uno a la primera entrevista. Era realmente un relato bastante impactante y yo le dije: “fue tremendo”. Me dijo Jorge: “¿te angustiaste?” “Mira...horrores!” “¿y el paciente?” “No”.

Cuando un paciente te cuente algo horrible, tú te angustias y él no, no te preocupes. No hagas más nada, pone psicopatía y ya está. Es una frase dicha hace 20 años que se ha confirmado absolutamente, sin ninguna excepción a través de los años. Esto coincide con lo que tú estás diciendo.

Lo que iba a preguntar es qué grado de ansiedad tenía Teresa en el momento de relatar esto. Bueno, despertó la angustia en todos, ¿y en ella?

**C.M. de Bagattini:** Esta misma reacción que tuvo Talo recién, la tuve yo. Mató al padre, decía yo. Pero no cualquiera lo hace, hay que animarse a hacerlo. Lebovici habla de enfermos prepsicopáticos.

**L.E. Prego Silva:** Quiero dejar sentado algo, que ese diagnóstico de prepsicopático, prepsicótico, no me gusta. Es como decir que nosotros estamos en estado de premuerte. Prepsicótico va a llegar, premuerte también. El “pre” es un estado al que estamos expuestos todos. Es absurdo totalmente. Es como si hubiera timidez para signar el diagnóstico. Yo hace muchos años, algo así como 40 años, trabajaba en el Instituto Penal y se había abierto una escuela correctiva de inadaptados. Un invento muy siniestro; era para todos los individuos que están en estado de predelito. Entonces la población debe ser Montevideo, en predelito estamos todos.

**L. Valdez:** El gesto suicida este, yo lo veía como una coartada, porque esta muchacha en estas condiciones, con esta lucidez, si realmente se quiere matar, se pega un balazo. Naturalmente, es muy difícil hablar sin tener contacto directo con el paciente. Yo dudaría en asimilar lo que sería el parricidio en el sentido en que hablamos a un nivel psicoanalítico, con lo que es en esta situación. El parricidio, de alguna forma, entraría en una cuestión más edípica. Aquí está vinculado a la sobrevivencia ¿no? Yo o el otro.

A mí me parece que como en todas estas situaciones estamos en un campo que es el del psicoanálisis aplicado, donde son esquemas psicoanalíticos, ideas psicoanalíticas que se aplican a situaciones. Pero, que no podemos hablar psicoanalíticamente, sin esa situación particular del encuentro psicoanalítico, de la relación con el paciente prolongada en el tiempo. Por eso desde el punto de vista psicoanalítico es difícil opinar.

**C.M. de Bagattini:** Esto está unido en la literatura, porque, además, lo que trae la literatura es lo endogámico de estos grupos familiares. Las fantasías incestuosas pueden estar presentes. En los varones que mataron a

las madres se ve muy bien eso, en los casos de Ochonisky. Hay una relación que gira en el aire en los otros casos mucho más claro entre incesto y parricidio.

**C.M. de Steiner:** Me parece muy enriquecedor el estudio de este tipo de casos en la Asociación. Me uno en parte a lo que dijo Neme, Talo y Gadea en este sentido: a mi entender, yo pienso en la estructura familiar, generacional de todas estas familias. *Lo* que clásicamente nos ayuda a entender en psicoanálisis lo que sería una estructura familiar donde el movimiento del Edipo se produce, creo que en esta familia no se logra. Realmente mató al padre. Si lo miramos psicoanalíticamente uno podría decir apuradamente, mata al padre. Pero para mi no mata al padre, mata a alguien que llamamos papá. Pero para Teresa yo no sé si alcanzó en la estructuración familiar el status de papá. Por algo se pregunta, qué pasa con la culpa, qué pasa con la angustia.

Yo creo que en todos nosotros hay un parricida en potencia, desde el lado de lo simbólico. Todo esto se desencadena a partir de una prohibición.

Entonces yo me pregunto ¿a quién mató y por qué mató Teresa?

Por la frustración, por la prohibición, ¿qué la lleva a este desencuentro?

**L. Valdez:** Esto aparece en personalidades narcisistas. Por eso yo quería saber si el estudio psicológico tenía algo que ver con eso.

**C.M. de Bagattini:** No. El estudio psicológico fue hecho a ciegas. Al técnico que lo vio, le pedimos que no hiciera la historia y sí aplicara los tests para evitar quedar invadido de la historia de Teresa. (Lee el estudio psicológico).

**R.M. de Neme:** Habría mucho que pensar en cómo se ve esto en relación a cómo aparecen las fantasías. En la literatura, pensaba en Edipo, que en realidad mata sin saber. ¿Qué tipo de escisión tiene que haber en

esos actos? Otra pregunta es ¿cómo es la relación con la beba y el marido de esta persona?

**B. de León:** A mí lo que me llama la atención es que no tiene orden del Juez. ¿Todo está resuelto?

**C.M. de Bagattini:** Ella no está con obligación de nada.

**B. de León:** ¿Cuántas veces va?

**C. Pivel:** Ahora, con suerte, dos veces por año, yo la cito. A mí el Juez no me pidió ningún informe.

**C.M. de Bagattini:** Nada. O sea que pasamos de las torturas más grandes a los parricidas, a la ausencia total de pena. Ni siquiera el hecho de tener que tratarse en este momento. Como si nada hubiese pasado.

**F. Schkolnik:** Psicoanalíticamente si uno piensa en escisión... ¿Qué tipo de escisión? Desde el punto de vista freudiano hay una escisión pero no hay una desmentida. Ella acepta la situación. Un tipo de escisión como si ese acto interior pudiéramos homologarlo a una actuación en el cuerpo. El tipo de escisión en el paciente psicósomático, que es que algo pasó en el estómago, en algún lugar, pero psíquicamente eso no tiene representación.

Es como si ella tuviera una desconexión del área psíquica en que quedara desconectada de ciertas cosas que ella hace en el mundo externo y que funciona como escisión. Es claro que es un cuadro que desde el punto de vista psicoanalítico es muy difícil.

**C.M. de Bagattini:** Desde el punto de vista de la psiquiatría también. Porque si uno ve a esta chica, no tiene síntomas ni nada, ni conductas antisociales que uno pudiera decir... Separada del acto parricida no existe ninguna posibilidad de psicopatía.

**J.C. Neme:** Los mecanismos de defensa que aparecen en el estudio psicológico son representativos. Yo no soy psicólogo, pero en los psicósomáticos, ¿qué mecanismos aparecen? ¿Si aparecen los mecanismos

neuróticos o no? Me parece interesante ver si responden como neuróticos o podemos hablar de escisión momentánea, que no sea un pasaje al acto.

**J.C. Capó:** Yo quería decir que el ambiente familiar de violencia generacional que se ha descrito a mí me parece que contribuye a determinar anormalidades a nivel de las instancias de los ideales del Yo y del Superyo. De modo tal, que a mí me parece que lo que en psicoanálisis decimos que fantasean los neuróticos, en los psicóticos está palmariamente ahí. Entonces, hay elementos como el incesto. Demostrado tan gráficamente: el nombre de la hermana del padre es el nombre que se le pone a la hija! Es decir que si removemos un terreno, no podemos encontrar ahí todos los elementos de un neurótico. Si no que ahí hay como evidencia y acá digo muy bien la palabra: la psicosis.

Entonces me parece que este crimen motivado-inmotivado estaría dentro de los crímenes que se veían en los delirios pasionales. Es decir, que el pasaje al acto alivia. Lo que encontró Pola cuando estuvo con un paciente así y no sintió ninguna inquietud porque ya se había quitado el motivo reivindicador de la acción, ya había desaparecido el sentido. Ella sentía como que la paciente esta “caliente”. Como que estaba pasionalmente poseída de ira.

**C. Pivel:** No, no.

**J.C. Capó:** Yo tuve esa impresión. Podríamos decir que había un momento fecundo, delirante, que precedió el acto, que se luxó con él y después estaríamos en estos intervalos libres en que la paciente funciona restablecida. Se curó de su delirio “pasional”. Pero es una paciente que hay que vigilar como una psicosis.

Todo restablecimiento social de esta paciente, a uno lo deja horrorizado, en el sentido en que pueda andar sin ninguna reinserción institucional asistencial, de por vida.

**C.M. de Bagattini:** Hay parricidas seguidos con vidas normales hasta el resto de sus existencias.

**J.C. Neme:** El horror de esta situación nos lleva de alguna manera a querer forzar determinado cuadro psicopatológico. Como que tenemos que plantear nuestra ignorancia. Es decir, no sabemos qué es lo que pasa. Podemos plantear hipótesis como decía Juan. No es un cuadro conocido.

**R. Oyenard:** Ochonisky en 12 casos, no tiene ningún neurótico. Pero tiene 2 esquizofrénicos, un delirio crónico, etc.

**C. Pivel:** No hay un sólo cuadro clínico.

**J.C. Neme:** Esto de que todos somos asesinos estaba dicho por Freud. En Tótem y Tabú trae el crimen de la horda como una situación de realidad.

**C.M. de Bagattini:** Freud dijo que el Edipo y el parricidio no tenían nada que ver con la culpa criminal, que los Juzgaran.

**L. Valdez:** Yo creo que en esta paciente no hay elementos en contra del diagnóstico de personalidades psicopáticas. El que reestructura un tipo de vida en que se pasa períodos libres es perfectamente compatible. Dentro de la personalidad psicopática hay una cantidad de matices y de formas.

**C.M. de Bagattini:** Sería más que nada pensando en una negación de la realidad psíquica interna. Sería un parricidio en ese sentido, desde el punto de vista dinámico. Eso dice Lebovici, que tienen una mala estructuración superyoica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Berenstein, I. - Familia y Enfermedad Mental, Editorial Paidós, Buenos Aires – 1984.
- Berenstein, I. - Aportes personales en la supervisión del caso.
- Berro, Graciela y Col. - Familia y Violencia, Revista Uruguaya de Derecho de Familia - Año V - No. 6 - junio 1991.
- Berro, Guido y Col. - Síndrome de niño maltratado en el ámbito familiar, Revista Uruguaya de Derecho de Familia - Año V - No.6 junio 1991.
- Bespali de Cosens, Y. - Psicoanálisis en el ámbito de la psiquiatría forense en Uruguay - 2das. Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental –junio 1988 - Montevideo.
- Enciclopedia Universal Ilustrada - Espasa 1900. Biblioteca del Palacio Legislativo.
- Foucault, M. - Vigilar y Castigar - Siglo veintiuno editores - México, 1976.
- Freud, S. - Dostoievsky y el Parricidio. Amorrortu Ed. T.XXI 1928.
- Galiano E. - Días y noches de amor y de guerra. Ediciones del Chanchito, 1978.
- Gil D. - Aportes personales en la supervisión del caso.
- Goldstein, R. - Sigmund Freud: Forensic Psychiatrist Bull Am Acad Psychiatry Law, Vol. 11, No. 3, 1983.
- Lebovici, S. - Les enfants qui torturent et qui assassinent. L'enfant dans la famille - Vol. II, Masson et Cié - 1974.
- Ochonisky, Annie - Contribution a l'étude du parricide: a propos de douze observations cliniques. Psychiatrie de l'enfant (1963) VI, 2.
- Werthan, F. - Leyenda Oscura, Psicología de un Crimen – Biblioteca Documentos, Paidós, Buenos Aires, 1956.
- Zac, Joel - Psicopatía Tomo I Editorial Kaigieman, 1977.

## **SIDA: IMPLICANCIAS CRIMINOLÓGICAS UNA APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA \***

*Juan Carlos Neme\*\**

La aparición del SIDA y de los pacientes HIV+ ha creado una verdadera conmoción por las implicancias que esta afección acarrea en campos esenciales en la vida del hombre: la sexualidad y la muerte.

En el psicoanálisis ha generado problemas sumamente complejos en la relación paciente-analista, en la que este último se ve confrontado permanentemente con situaciones en las que no es suficiente la escucha atenta con su atención flotante y la libre asociación, ya que somos testigos, cómplices mudos, de acontecimientos y comportamientos que implican situaciones de riesgo para el propio paciente y para los demás.

Estas situaciones de riesgo en algunas oportunidades implicarían sanciones penales desde el punto de vista legal, pudiendo conllevar en sí misma una connotación criminológica.

Los problemas éticos se vuelven acuciantes en cuanto a la confiabilidad, a la culpabilidad, a la notificación, denuncia a terceros, etc.

El objetivo de este trabajo será, más que dar respuestas, reflexionar juntos acerca de los múltiples problemas que estas situaciones clínicas nos plantean. Propondré líneas de comprensión y una aproximación psicodinámica para alguno de los múltiples comportamientos que puedan generar hechos delictivos y plausibles de sanciones penales. Teniendo en cuenta la diversidad de factores desde el punto de visto biomédico psicológico, sociofamiliar, asistencial, médico-legal y otros, es necesario

---

\* Presentado en las Segundas Jornadas Uruguayas de Criminología (Noviembre de 1991).

\*\* Tomás Diago 713, 11300 Montevideo.

enfaticar la necesidad de que este tipo de problemas sea encarado por un equipo interdisciplinario que realmente pueda hacerse cargo de la realidad de la dimensión de los fenómenos que acompañan tanto al portador del HIV+ como al enfermo de SIDA.

Consideraré en primer término cuáles son las distintas etapas que el sujeto recorre desde la sospecha de ser portador hasta la muerte.

Siguiendo a Nichols, distinguimos cuatro etapas:

1. de diagnóstico, crisis emocional;
2. estabilización, ajuste y readaptación;
3. deterioro, pérdida de esperanza, la muerte y el morir;
4. estado terminal, la necesidad de contacto y apoyo familiar.

Debemos tener en cuenta algunos factores previos que si bien no configuran un perfil de estructura de la personalidad común para estos pacientes, sí constituyen rasgos de funcionamiento psíquico que pueden incidir como factores de riesgo. El narcisismo, la omnipotencia y los mecanismos de negación de la realidad, los llevan a creerse invulnerables, acentuando así las posibilidades de contaminación. Se evidencian además actitudes masoquistas y de autodestrucción generadas por intensos sentimientos de culpa quizás vinculados a una vida sexual no totalmente aceptada (de cinco homosexuales, uno lo acepta públicamente), o en la necesidad de una vida promiscua heterosexual.

Otro aspecto lo constituyen los vínculos de tipo narcisista, donde el contacto corporal tiene gran importancia y constituye uno de los elementos fundamentales de la comunicación.

En estos sujetos el enfermar conlleva una herida narcisista y fracaso en su forma de vínculo que se vuelve dañina y peligrosa, que son los ingredientes en que la persona tiene que zozobrar. Cuanto más necesitado se encuentra de apoyo y sostén, sus formas habituales de relación con el

otro se ven bloqueadas dificultando así la elaboración de situaciones de duelo que la pérdida de la salud implica.

Contrariamente a los beneficios de otras enfermedades, sobre todo las más graves, en que los mecanismos de regresión se ponen más de manifiesto, acarreando un incremento de los cuidados y la necesidad de ternura que conllevan, los pacientes HIV+ crean verdaderas situaciones fobígenas en que tanto los técnicos como las otras personas tienen temor de tomar contacto con ellos, volviendo a manifestar problemas similares los que existían con los leprosos. Estos debían deambular con una campanilla al cuello que con sus sonidos posibilitaban a los demás alejarse de ellos. Esto lleva a una mayor desolación y aislamiento favoreciendo los cuadros depresivos que en algunas oportunidades llevan al suicidio.

El diagnóstico constituye un acontecimiento emocional desgarrador. Las reacciones típicas que surgen son el shock, la incredulidad, la negación, bloqueo afectivo. En contraste otros pacientes pueden manifestar ansiedad o pánico.

Como pacientes que se enfrentan a una enfermedad potencialmente fatal, la negación puede ser un mecanismo de defensa útil y necesario.

Una de las reacciones que por lo general surge a partir del diagnóstico de la enfermedad plantea algunas situaciones que es de importancia destacar. En muchas ocasiones el diagnóstico HIV+ se efectúa en una persona asintomática. En ese sentido las circunstancias son similares a aquellas afecciones que son detectadas por chequeos médicos periódicos en una población sana. Esto hace que el pasaje de sano a enfermo se efectúe sin mediar una sintomatología que inicie esa condición. Otras situaciones tienen que ver con connotaciones más específicas que la enfermedad acarrea donde los factores psicosociales tienen un rol protagónico.

La enfermedad se manifiesta en personas jóvenes y con una vida sexual activa, en una edad que no se espera sufrir una enfermedad

potencialmente mortal. Amenaza la vida, está vinculada a una sexualidad culpógena, con la posibilidad de infectar a otros, creando una verdadera patología del contacto. Se hacen vulnerables a las infecciones sintiéndose desprotegidos, por lo tanto, frente a cualquier enfermedad y no tienen un tratamiento efectivo. Las poblaciones en riesgo quedan descritas como la de drogadictos, varones homosexuales, hemofílicos y en la actualidad se incluyen en las mismas, tanto los varones como las mujeres heterosexuales. La mayor libertad sexual de la mujer en la actualidad que posibilita un mayor número de relaciones sexuales con distintas personas, las coloca a su vez en mayores condiciones de riesgo.

Estas son algunas de las numerosas características que esta enfermedad presenta.

En relación con el tratamiento psicoanalítico estos pacientes no demandan por conflicto intrapsíquico como estamos habituados en nuestra práctica, sino que lo hacen motivados por la presencia de la infección HIV+ o de la enfermedad SIDA. Están de acuerdo en esto los diversos autores (Hildebrant y otros) en que se crea un campo dinámico especial en que los fenómenos de transferencia-contratransferencia y sobre todo la contratransferencia adquieren un nuevo status.

La consulta se efectúa algunas veces por la amenaza concreta del deterioro físico unido a la desfiguración, debilitamiento, infección y muerte; en pacientes en que la apariencia física ha jugado muchas veces un rol primordial, tanto en su vida privada como en su vida profesional.

Otra de las expectativas de la consulta tiene que ver con la esperanza omnipotente de curación, depositada en él analista.

Otro de los motivos tiene que ver con las angustias de contacto y de que no sea protegido, aunque culpándose de poder infectar a otros con el contacto.

En otras oportunidades pueden consultar por temores muchas veces justificados del rechazo por parte de la sociedad, la pérdida de sus compañeros de trabajo, el abandono del cual pueden ser objeto por parte de sus amantes y amigos íntimos.

El abandono social no sólo supone un aislamiento con respecto a la sociedad y a los compañeros de trabajo, sino también en relación con las relaciones sexuales íntimas y las amistades más próximas.

En muchas situaciones, los pacientes desean interrumpir la actividad sexual interpersonal. Esto es extremadamente difícil ya que el sexo ha sido una de las principales formas de contacto y comunicación.

Hay que intentar comprender lo que significa realmente la sexualidad para el individuo y el impacto que la pérdida de efectividad determina en su vida.

Los sentimientos de culpa acerca de la consulta sexual pasada que pueden haber sido la causa del contagio de la enfermedad, constituye otro de los problemas con que se ven enfrentados estos pacientes.

Se han verificado distintas formas de comportamiento como respuesta a estos sentimientos de culpa:

1. Uno es la abstinencia.
2. Rechazo de los hechos, que implica continuar con un elevado nivel de actividad sexual.
3. La abstinencia de la relación con amigos íntimos a la vez que se inician múltiples contactos sexuales anónimos.
4. Aumento del uso de drogas o alcohol.
5. Desarrollo de pequeños grupos de contacto sexual.

En estas distintas formas de comportamiento es donde se intrincan los problemas éticos y legales, pero antes de entrar en ellos queremos señalar que se ponen en juego distintos mecanismos por los cuales por un lado existe una identificación con el agresor que es aquel sujeto que ha

contagiado la infección y que entonces por medio de esta identificación activamente a través de relaciones sexuales promiscuas y anónimas va a constituirse él en el agente de contagio.

Por otro lado, en estos pacientes en que el contacto físico constituye una fundamental forma de comunicación y en el momento en que están sintiéndose tan angustiados por toda la situación que padecen, la necesidad de contacto se incrementa. Por lo tanto también es otra vía por la cual hay incremento de las relaciones sexuales.

Incapaces de efectuar una adecuada mentalización de sus conflictos, los manifiestan en las actuaciones en el mundo exterior con lo cual la neutralidad del analista se ve cuestionada desde distintas áreas, creando situaciones contratransferenciales abrumadoras, porque ponen en cuestionamiento la confidencialidad y sus límites.

La importancia de ésta deriva de dos fuentes distintas. Por razones morales, el respeto a la dignidad y la autonomía del paciente exige que sea inviolable la información que proporcionen suponiendo que estará protegido de otras personas. Desde el punto de vista pragmático, la confidencialidad es esencial para que el paciente pueda ser sincero. Sin asegurarle confidencialidad, el paciente podrá sentirse inhibido para revelar información importante en los distintos aspectos. Sin confidencialidad puede acabarse la misma posibilidad de establecer una relación terapéutica.

Muchos tribunales de los EE.UU. han reconocido el imperativo moral de proteger a terceros en peligro inmediato. La Corte Suprema de Justicia de California determinó que si un psicoterapeuta cree a su leal saber y entender que un paciente representa una amenaza física directa para un tercero, debe alertar de eso a la persona en peligro. Otros han establecido no el deber de advertir sino sólo la autoridad para hacerlo. Con esa norma la determinación de advertir sigue siendo un asunto de discreción profesional. En casi todos los casos han limitado su interés protector a

terceros identificables expuestos a un peligro real probable, quienes han considerado las dimensiones bioéticas y no sólo legales del conflicto entre la exigencia de confidencialidad y el deber de advertir, han determinado que existen circunstancias en las que se puede violar la confidencialidad en la relación médico-enfermo.

Se plantea la problemática situación de cómo actuar cuando un paciente infectado por un HIV+ se niega a advertir el peligro de infección a las parejas identificables que ha tenido o tiene y que no sospechan esa posibilidad. La Asociación Médica Americana publicó varias declaraciones sobre los aspectos éticos planteados por la epidemia de SIDA. En ese documento se pronunció claramente respecto al asunto de la notificación. Los médicos deben tratar de convencer a los pacientes de su obligación de notificar a las personas que no sospechan nada. En caso de que fallaran en su intento, deberían buscar la intervención de las autoridades de Salud Pública. Se aprobó también la idea de que los médicos deberían tener el derecho de violar la confidencialidad para advertir a las personas que no sospechan nada. En consideración con el compromiso con la autonomía profesional hizo que la Comisión determinara que la decisión de violar la confidencialidad era competencia del médico no imponible por ley.

El sujeto infectado se convierte en un arma poderosa y potencialmente criminal. Las leyes penales se centran en una conducta que se ha reproducido. El Derecho Penal le impone sanciones a los culpables de actos peligrosos. Las sanciones penales suelen ser limitadas y proporcionales al caudal del delito y se plantean las dificultades de aplicar los principios generales del Derecho Penal a una enfermedad infecciosa.

En varios Estados se han promulgado leyes específicamente relacionadas con el SIDA. Estas leyes son de distinto alcance, pero todos consideran delictivo que una persona a sabiendas se comporte de manera que represente un riesgo de transmisión HIV.

Una aproximación a este tema nos obliga a ubicarnos dentro del contexto en el cual últimamente se han efectuado determinados movimientos que reivindican los derechos del paciente y que plantean fundamentalmente el interrogante mayor que suscita en qué forma podemos conciliar los intereses de la protección de la salud pública con los derechos individuales de las personas vulnerables.

## **Bibliografía**

1. BAYER, R; GOSTIN, L. *Aspectos legales y éticos relativos al SIDA*. Págs. 473-488, Boletín O.P.S., 1991.
2. GRACIA, Diego. *Introducción a las bioética médica*, Págs. 374-378, Boletín O.P.S., 1990.
3. HILDEBRAN, P. *Panel sobre SIDA: perspectivas psicoanalíticas en pacientes HIV+*. 37° Congreso Internacional de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1991. En prensa.
4. LLANO ESCOBAR, A. *El morir humano ha cambiado*. Págs. 465-477, Boletín O.P.S., 1990.
5. NEME, J.C. *Panel sobre SIDA: perspectivas psicoanalíticas en pacientes HIV+*. 37° Congreso Internacional de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1991. En prensa.
6. NICHOLS, S.E. *Psychodynamic aspects of AIDS*. *Psychosomatics*. L. 4, págs. 1083-1098, 1983.
7. NICHOLS, S.E. *Psychotherapy and AIDS. Contemporary perspectives on psychotherapy with lesbians and gay men*. Stain and Cohen Ed., New York, Pleum Publishing.
8. WEINAL, E. *Panel sobre SIDA: perspectivas psicoanalíticas en pacientes HIV+*. 37° Congreso Internacional de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1991. En prensa.

## CUERPO, DOLOR Y LÍMITES

*Mireya Frioni de Ortega\**

*Gonzalo Varela Viglietti*

*“...hacer la experiencia de la  
situación límite del dolor y  
existir es uno y lo mismo”.*

JASPERS.

### **Introducción**

Nuestra práctica clínica actual nos enfrenta cada vez con más frecuencia a pacientes severamente perturbados ante los cuales nuestras teorías acerca de la neurosis nos resultan insuficientes. Constituyen para nosotros una dificultad pero también un desafío en tanto nos incitan a nuevas indagaciones.

¿Se trata de cambios en la psicopatología? ¿Se ha modificado la población que consulta? ¿Es que nos atrevemos hoy a trabajar con pacientes más graves que antes? ¿Será que nuestro mundo actual tolera mejor la neurosis y provoca un sufrimiento mayor en el ámbito narcisista?

Se trata de preguntas que seguramente podremos ir contestando a medida que avance nuestra comprensión de estos casos difíciles.

Dentro de estos pacientes severamente perturbados existe un grupo - el de los pacientes fronterizos- que ha sido motivo de esfuerzos de investigación intensos y promisorios en las últimas décadas. Sin embargo, no podemos decir aún que nuestra comprensión de esta patología fronteriza

---

\* Gurí 2263, Montevideo 11200.

haya avanzado tanto como lo ha hecho nuestra comprensión de la neurosis. Se encuentra en desarrollo y los distintos autores jerarquizan distintos aspectos que creen son los de mayor relevancia.

En esa línea se inscribe nuestro interés por un fenómeno que como el dolor se encuentra en el límite entre lo anímico y lo corporal. Se sitúa - pensamos nosotros- precisamente en la **“frontera”**: una línea de demarcación, “confines de un Estado”

–señala el diccionario de la Real Academia. Es zona de intercambios, une y separa, discrimina y vincula, es límite pero también acceso. Esta zona de frontera es además

–como lo ha puesto de relieve M. Mauss– una zona fecunda para la ciencia. Lo citamos de la Editorial de la revista de A.P.U. dedicada a “Fronteras” (9):

“Cuando una ciencia hace progresos no los hace jamás en el sentido de lo concreto, sino en el sentido de lo desconocido. Ahora bien, lo desconocido se encuentra en las fronteras de las ciencias...es generalmente en estos dominios no delimitados que yacen los problemas urgentes... es allí que es necesario penetrar”.

### **El dolor: en la frontera de lo psíquico y lo corporal**

Muy tempranamente Freud se ha planteado este problema del dolor y ya en 1890 en su artículo “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” (4) se le ve preocupado en torno a esa “acción recíproca” que caracteriza la relación entre lo anímico y lo corporal.

Allí el dolor es tomado en consideración en tanto le permite demostrar su estrecha dependencia de condiciones anímicas.

Cinco años después –probablemente en enero de 1895– y a propósito de la melancolía, Freud volverá sobre el tema del dolor en la última parte

del manuscrito G (5). En él define los efectos de la melancolía: “Inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello”. Lo explica del modo siguiente: si el grupo psíquico sufre una pérdida importante de magnitudes de excitación se produce de inmediato un “recogimiento dentro de lo psíquico” que tiene como efecto la succión de fuentes de excitación somática. Las neuronas asociadas deben ceder su excitación lo cual produce dolor. “La soltura de las asociaciones es siempre doliente” (5). Y Freud lo compara a un proceso de “hemorragia interna”, actúa como una herida, y de manera análoga al dolor. Habla en términos de una analogía buscando darnos una imagen. Freud pone en paralelo el dolor de la “hemorragia” psíquica en la melancolía con el dolor corporal.

Pontalis (13) ha señalado que se trata del mismo modelo: choque, concentración de la catexis, etc. el que sirve a Freud para dar cuenta del dolor físico y del dolor psíquico.

No hay allí metáfora ni creación de sentido sino simple analogía, transferencia directa de un registro a otro. Como si con el dolor el cuerpo se transformase en psiquis y la psiquis en cuerpo.

Pero habrá de esperar hasta 1895 -año de la redacción del “Proyecto de psicología” (6)- para encontrarnos con la primera exposición sistemática acerca de este tema. Allí, el tema del dolor es abordado fundamentalmente en dos apartados correspondientes al primer capítulo: el 6 “El Dolor”, y el 12 “La vivencia de dolor”.

El dolor es descrito como ejemplo de un fenómeno que produce el fracaso de los dispositivos -de naturaleza biológica- cuyo fin es apartar las grandes cantidades de estímulo exteriores del sistema nervioso. “El sistema de neuronas tiene la más decidida inclinación a huir del dolor” (6). Y se infiere que el mismo consiste en la **irrupción** de grandes magnitudes de excitación hacia “psi”. Para el dolor no existe ningún impedimento de conducción, “es el más imperioso de todos los procesos” (6), es decir aquel

que más que cualquier otro pone en juego la tendencia primaria de evitar todo aumento de tensión. Como se ve, se trata entonces de unas cantidades de orden más elevado que aquellas propias de los estímulos internos.

El dolor deja además como secuela en “psi” unas facilitaciones duraderas, “como traspasadas por el rayo” (6), ellas probablemente cancelen por completo las resistencias de las “barreras-contacto”.

El dolor produce entonces:

- un gran acrecentamiento en las cantidades de excitación que es percibido como displacer.
- una inclinación a la descarga.
- una facilitación entre dicha descarga y una imagen recuerdo del objeto excitador del dolor.

Si la imagen mnémica del objeto vinculado a la experiencia de dolor es de algún modo investida de nuevo desde la percepción se establece un estado que no es de dolor aunque posee con él cierta semejanza. En la reproducción de la vivencia -en el afecto nos dice Freud- no sobreviene dolor sino displacer.

El dolor es una experiencia de ruptura, y podríamos pensar entonces que en él la sensación prima sobre la representación. El displacer, en cambio -más vinculado a la representación- es investimento de un recuerdo.

El dolor consiste entonces en una “perforación”, en una ruptura y posee una **cualidad** particular que permite distinguirlo del displacer, pues es el resultante traumático de la ruptura de las defensas del aparato.

Muchos autores han insistido ya sobre la importancia de distinguir - en el pensamiento freudiano- entre “Schmerz” que significa “dolor” y “*Unlust*”, término utilizado por Freud para referirse al displacer (11) (13).

Para ambos Freud va a proponernos una teoría que destaca los aspectos económicos, pero mientras placer-displacer pueden entenderse en términos de aumento y disminución de cantidades, la vivencia de dolor no

puede comprenderse si no es en relación a un cuerpo y a sus límites (11): es necesario un cuerpo y un límite para que haya dolor, pues este implica precisamente para Freud una efracción, una perforación, ruptura de la protección antiestímulo que es perforada en un área circunscrita.

“El dolor es choque -nos dice Pontalis (13)- supone la existencia de límites: límites del cuerpo, límites del yo”, pero implica también -y esto ha sido a menudo pasado por alto- una descarga interna, lo que podría llamarse un “efecto de implosión”.

Se trata entonces de un fenómeno de “ruptura” de límites o barreras provocada por el choque de grandes cantidades de estímulo contra los dispositivos protectores a la que sigue luego una “descarga en el interior del cuerpo de la catexis así acrecentada”.

Este fenómeno de “implosión” o de descarga interna de las magnitudes de excitación acrecentadas ha sido utilizado por Green (10) para sostener que la experiencia de dolor nos reenvía al modelo del **afecto** de una manera más explícita que la experiencia de satisfacción. Pues, si bien es verdad que esta última se acompaña de afecto (descarga por la emotividad y la motricidad), las huellas de la experiencia de dolor hacen explícitamente referencia a una descarga interna y secretoria y Freud ha sostenido siempre que el afecto era el producto de una tal descarga interna.

Pero además, Freud ha señalado que en la vivencia del dolor y desde ese punto de la periferia donde se ha producido la efracción comienzan a afluir excitaciones sobre el aparato psíquico de manera continua. Ello sólo se produce de ordinario cuando las excitaciones provienen del interior del aparato. Estas excitaciones difundiéndose sobre el conjunto del aparato hacen fracasar la distinción habitual entre interior y exterior, lo que ha llevado a Freud a llamar Pseudo-pulsión (*Pseudo-troeb*) (7) a ese dolor que aunque proviniendo del exterior va a comportarse como fuente interna de estímulos de la que además ya no se podrá huir.

La importancia de esta Vivencia de dolor” no parece habersele escapado a Freud, que también en “El Yo y el ello” (8), y refiriéndose a la génesis del yo y a su separación del ello señala:

“La psicofisiología ha dilucidado suficientemente la manera en que el cuerpo propio cobra perfil y resalto desde el mundo de la percepción. También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y **el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio\*\***. (8) (subr. nuestro).

Decíamos al principio que el yo-cuerpo experimenta sensaciones de placer y también de dolor. En el “Proyecto” (6) Freud va a oponer la “vivencia de satisfacción” -que todos conocemos mejor pues ha tenido un destino destacado en el pensamiento freudiano- a la “vivencia de dolor” que Freud ha dejado más descuidada en tanto los desarrollos teóricos se centraron privilegiadamente sobre la primera. Esta oposición establecida en el “Proyecto” entre “vivencia de placer” y “vivencia de dolor” ha servido como base para que autores como Pontalis sostengan (13) que la pareja de opuestos no es allí placer-displacer, como cabría esperar sino placer-displacer de un lado -como proceso y principio que regla la experiencia de satisfacción- y dolor por otro. Se trata de un dualismo fundamental como los establecidos por Freud posteriormente “un antagonismo tanto más interesante cuanto se inscribe en el cuerpo, en dos experiencias corporales elementales e irrecusables: la pareja placer-dolor...” (13).

## **Cuerpo y dolor**

Joyce McDougall jerarquiza el dolor como puente privilegiado que asegura el vínculo entre soma y psiquis. Pero “ocurre que la frontera entre dolor físico y dolor psíquico es muy sutil, y tan confusa como los vínculos

entre cuerpo erógeno y cuerpo biológico. Así el discurso del dolor oculta siempre una paradoja y una contradicción inherente”. (12)

Si el psicosoma funciona como un todo habrá una correspondencia entre ambos. El dolor físico tendrá su efecto en el psiquismo y viceversa. Pero dicho tránsito puede bloquearse no permitiendo el libre pasaje.

Esto nos recuerda a un adolescente que frente a las pruebas de examen se sentía “fatigado, cansado”, se tiraba en cada sillón con largas horas de sueño, siendo su cuerpo el escenario en el que se despliega algo de naturaleza psíquica. Se trata de fenómenos en esencia narcisistas en tanto la libido de objeto es retirada sobre el cuerpo.

Para Freud el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales principalmente aquellas que parten de la superficie del cuerpo (8). Debe haber un cuerpo para que haya psiquis. Pero el sentimiento de identidad con el propio cuerpo no es algo que venga dado de entrada. Pasará mucho tiempo antes de que el niño pueda experimentar su cuerpo como algo propio con la certeza de que cuerpo y psiquis son uno. Esta unidad cuerpo-psiquis de la que hablamos no siempre se alcanza. En esta misma línea Winnicott (14) ha planteado que la enfermedad psicósomática es el negativo de un positivo en donde lo positivo sería la tendencia a la integración, que tiene como objetivo lograr la unidad de la psiquis y el soma. El sentimiento de la identidad psiquis-soma -la vivencia que el sujeto tiene de su propio cuerpo- el proceso de personalización como lo ha llamado Winnicott, nos hablan además de la relación que el individuo establece con el otro.

Mientras que en el neurótico el síntoma se encuentra en relación con fantasías inconscientes referidas a su anatomía pulsional (cuerpo erógeno) determinando su relación con el mundo externo, el paciente fronterizo parece en cambio capaz de despojarse de esa representación que el yo tiene del cuerpo y que llamamos esquema corporal. Para ella nuestro cuerpo se

encuentra separado del mundo exterior por una membrana limitante que es la piel. Sus orificios -cuyo valor erógeno ha señalado Freud- regulan a su vez los intercambios entre un adentro y un afuera definidos de acuerdo con el principio de realidad. En el fronterizo en cambio los límites corporales son difusos, cambiantes, sus contornos de pronto se desvanecen, y la piel parece no poder constituirse en ese límite corporal que constituye, siempre que el desarrollo yoico sea el adecuado. Su yo -podríamos pensar- no se revela como capaz de mantener al paciente dentro de los límites de su piel.

De esta forma lo expresó Dalí:

“Es verdad que, desde que tuve conciencia de las cosas, estuve ausente de mi mismo y me veía obligado a cada instante a comprobar si en realidad estaba en el mundo... Pero yo no tenía contornos. No era nada y a la vez lo era todo...Mi cuerpo, tanto como mi espíritu vivían en lo difuminado y en lo ambiguo, y yo igual existía en los objetos como en los paisajes. Mi espacio psicológico no estaba cristalizado en un cuerpo, sino que por el contrario, se hallaba disperso en un espacio indefinido, suspendido entre el cielo y la tierra...” (2)

El cuerpo, como dice Dalí, puede ablandarse, fusionarse, abandonarse, no ser nada o ser todo. Si decimos que esta piel no puede transformarse en continente del cuerpo es porque el paciente fronterizo nos sitúa frente a un cuerpo del cual se puede salir. Si la piel no puede transformarse en membrana limitante esto va a implicar para el sujeto todo un trastocamiento de lo objetivo y lo subjetivo, del adentro y del afuera. Los intercambios dejan de producirse a través de estas zonas erógenas predestinadas de las que nos habló Freud, y la piel se transforma -como decía Dalí- “en un saco lleno de agujeros, blando y difuminado”.

Pensamos a este cuerpo del fronterizo como un cuerpo pobremente vestido y libidinizado. Esto seguramente interfiere en la constitución de ese cuerpo erógeno del que hablábamos, y es consecuente con el

menoscabo que sufren a nivel de su sexualidad genital. El fronterizo ¿busca el placer sexual, o busca el contacto, el dolor? ¿Para qué? ¿Qué es lo que espera encontrar en él? ¿Su cuerpo? ¿Un límite? Pensamos que el fronterizo busca el dolor como forma de encontrar ese límite que le permita sentir que habita su cuerpo. Pero esto implica una paradoja pues -como decíamos más arriba- la experiencia del dolor consiste precisamente en la efracción de ese límite que él busca afanosamente. Así, al tiempo que lo crea en el dolor, también lo destruye y perfora. La efracción provocada por el dolor, junto a las características de ese estímulo -Pseudo-pulsión- que aunque externo parece interno, lo llevan a menudo a una “confusión” entre lo interno y lo externo.

La búsqueda del contacto, del dolor, la importancia concedida a la piel ¿tendrán que ver entonces en el fronterizo con el placer sexual?

Nuestro punto de vista nos lleva a jerarquizar su necesidad de experimentar un límite, una frontera, que les permita sentirse vivos.

Igualmente Dalí relata lo siguiente:

¡...y cuántas veces he provocado y sentido la muerte de cerca, desde el tiempo que me arrojaba desde lo alto de un muro o de una escalera para experimentar mi cuerpo, como en un filme al ralentí, con unas sensaciones en mis músculos y en mi carne martirizados pero vivos!...” (2)

Esta importancia concedida a la piel- en estos cuerpos inadecuadamente iniciados en el placer sexual- nos lleva a jerarquizar en ellos la importancia de la experiencia de dolor.

Propondremos ahora que de la misma forma que concedemos al placer sexual un papel fundante en la conformación de ese cuerpo que en el neurótico hemos dado en llamar “cuerpo erógeno”, de la misma forma deberíamos Jerarquizar la experiencia de dolor y de contacto en el paciente fronterizo capaz de proporcionarle un límite por precario que éste sea. Esto le permite organizar -aunque sea en forma precaria- una experiencia del

cuerpo, cuyo conocimiento -como lo señalaba Freud- parece provenir de estas experiencias dolorosas. Mucho antes que el psicoanálisis, la psicología se preguntaba ya acerca de cómo caracterizar el dolor ¿sensación o sentimiento? De lo que no cabe duda es de que un dolor que no se percibe no existe, y dicha percepción es directa, se da sin mediación alguna de palabras o representaciones. Se trata de “presentaciones de órgano” (1) que se propagan directamente en todos los niveles de la psiquis sin necesidad de intermediaciones ni facilitaciones de ningún tipo. Se trata de un fenómeno esencialmente subjetivo, el dolor no comunica, no sale de uno, “el dolor no puede sino gritarse pero ese grito no lo apacigua en nada”. (13)

## **Bibliografía**

1. Ancona, L. “Del sufrimiento al dolor mental: un objeto psicoanalítico”. Rev. de Psicoanál. t 46, No.6. Buenos Aires, Nov-dic. 1989.
2. Dalí, S. “Confesiones inconfesables”. Ed. Bruguera. Barcelona, 1975.
3. Frioni, M.; Varela, G. “El cuerpo del paciente fronterizo”. Presentado en el 1er. Congreso-Encuentro Internacional sobre pacientes severamente perturbados. Buenos Aires. APdeBA, Set. 1992.
4. Freud, S. “Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma)”. 1890. AE I. Buenos Aires.
5. Freud, S., “Manuscrito G”. 1895. A.E. I.
6. “ , “Proyecto...” (1950 [1895]). A.E. I.
7. “ , “La represión” (1915). A.E. XIV.
8. “ , “El yo y el ello” (1923). A.E. XIX.
9. Fronteras. Editorial. Rev. U. de Psicoanál. No. 75, Montevideo, 1992.

10. Green, A. "Le discours vivant". Le fil rouge. P.U.F. París, 1973.
11. Laplanche, J. "Problématiques: L'angoisse". Ed. P.U.F. París, 1980.
12. McDougall, J. "Plaidoyer pour une certaine anormalité".  
Connaissance de L'inconscient. Ed. Gallimard. París, 1979.
13. Pontalis, J.B. "Entre el sueño y el dolor". Ed. Sudamericana. Buenos Aires, 1978.
14. Winnicott, D. "La enfermedad psicosomática y sus aspectos positivos y negativos". En Rev. U. de Psicoanál. No. 61.

## LA FAMILIA NARCISO\*

*Bernard Penot\*\**

Partiendo de la patología narcisista presentada por numerosos adolescentes psicóticos o prepsicóticos trataremos de tener en cuenta la estrecha dependencia mantenida entre ellos y su núcleo familiar real. Nuestro modo de abordaje terapéutico en el cuadro de una Institución busca hacer trabajar los presupuestos narcisistas débiles de la familia con el fin de encontrar los puntos de contacto simbólicos que sean utilizables a partir de allí por el adolescente en su esfuerzo de existencia. Tal intento necesita una conceptualización particular, en los límites de la teoría psicoanalítica que remite sobre todo al rol de las instancias parentales y de abuelos y su grado de simbolización en el psiquismo.

La mayoría de los adolescentes que asistimos en el marco de una institución psicoterapéutica del tipo Hospital Diurno presentan lo que se puede caracterizar de manera global como una patología de su narcisismo.

Ya se trate de una “schize” cierta de su persona o más a menudo de alguna modalidad de clivaje de su yo, debido a la persistencia en sí mismos de una problemática de desmentida de la realidad psíquica, es la integridad misma o la integración de su aparato psíquico lo que está cuestionado. Es así que a través de las diversas sintomatologías delirantes, de conducta o psicósomáticas, la apuesta es la de crear las condiciones para el advenimiento de una entidad psíquica suficientemente unificada, diferenciada y autónoma.

---

\* La traducción fue realizada por la Prof. N. Novoa de Nin, en tanto que la corrección y ajuste de términos psicoanalíticos estuvo a cargo del Psic. Francisco Ameglio, del Dr. Alvaro Nin y de la Dra. Maren Ulriksen de Viñar.

\*\* Psiquiatra del Hospital Diurno de Pare Montsouris (Cerep. 20, Boulevard Jourdan 75014 París), miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París. El siguiente texto sobre el narcisismo de la familia y la Institución es el fruto de un trabajo de reflexión en grupo, en el que han participado durante dos años: Colette Bigeault, Lilian Brower-Gomes, Serge Kurts, Michéle Marilland, Bernard Penot, Guy Scharmann, Jean-Michel Zissmann.

Hemos enunciado la patología del narcisismo. Esto exige una puesta a punto del término. Fue alrededor de 1910 que S. Freud, al mismo tiempo que elaboraba su Metapsicología, recurrió al mito de Narciso y decidió hacer de ese sustantivo uno de sus conceptos referenciales básicos. Es ante todo el amor de su propia imagen que conlleva esta noción de narcisismo, con una connotación visual, aun cuando el mito griego lo asocia estrechamente, como se sabe, a la ninfa Eco.

En metapsicología, e independientemente de la noción de estadio genético, el fenómeno se inscribe de entrada en un tópico particular, el de la especularidad, en el espejo o en el eco. Esto ha sido retomado por Jacques Lacan en su famoso concepto del Gran Otro; y más recientemente por D.W. Winnicott que pone el acento sobre el espejo que constituye para el niño la mirada materna.

Pero al mismo tiempo, según los puntos de vista dinámico y económico, el concepto freudiano del narcisismo designa las fuerzas de autoconservación del individuo y más precisamente la autorregulación, la homeostasis de su Yo, instancia tejida con el hilo de la trama identificatoria de la que constituye una especie de resultante.

Es así que la función del narcisismo aparece girando en torno a dos finalidades complementarias: la de permitir una representación imaginaria globalizante de sí mismo y la de asegurar al máximo la regulación de las fuerzas de autoconservación.

En el ser humano algo doblará la problemática puramente especulativa del comienzo y esto, sin duda, muy precozmente; se trata del discurso proferido sobre el niño por el entorno, es decir, la significación que le será atribuida a este niño. Charles Perrault ha dado una excelente figuración de esto en los propósitos de las hadas sobre la cuna del recién nacido. Dicho discurso del entorno se confirmará más o menos decisivo, pero no deja de influir sobre la madre y su mirada-espejo, matriz del narcisismo del niño. El ser humano

se encuentra así literalmente “preconcebido”, y su amor propio está pues desde el comienzo bajo la dependencia de dos tipos de factores fundamentalmente heterogéneos: por un lado en lo que se refiere al orden de la representación de su propio cuerpo (zonas erógenas, transacciones con la madre en la especularidad) y por otro lado, el lugar que le otorgan en el discurso de su medio familiar (discurso no sólo verbal, ciertamente, y al que se prenderá la identidad misma de este individuo). Esos dos registros constituyen el narcisismo primario a pesar de su fundamental heterogeneidad. Es sin duda de los efectos de guillotinado, inherentes a esta no congruencia de los dos registros que provienen los efectos mortíferos que son privilegio del ser humano. La famosa “pulsión de muerte” encuentra allí su singular espacio.

Más tarde, a través del desarrollo de las relaciones con los objetos y de la simbolización triangular edípica, el narcisismo del sujeto tiende a autorregularse apoyándose sobre todo en sus “imágenes parentales” constituidas en el fantasma. Las garantías del narcisismo de este individuo “evolucionado” serán a partir de allí las instancias intra-psíquicas (Superyó e Ideal del yo) que él habrá desarrollado en relación con sus “imágenes”.

Pero aquí nos enfrentamos precisamente a lo que más o menos dramáticamente falta en muchos de los adolescentes que tratamos en el Hospital Diurno.

Con estos jóvenes pacientes, el terapeuta no puede válidamente fundar su comprensión ni regular su intervención recurriendo solamente a la primera o segunda tópica freudiana acerca de lo intrapsíquico, que sí resulta eficaz cuando se trata de una problemática neurótica. No se logrará por tres razones, por lo menos:

1. Se trata de jóvenes que presentan manifestaciones de alienación en el sentido propio. Es decir que lo que los mueve en el plano sintomático no es del orden de un deseo, más o menos reprimido, sino que resultaría de un

fantasma constituido en su inconsciente. Delirio o perturbación de conducta parecen más bien traducir algo de “otro” y que no podría imputárseles como imaginario personal.

2. Menos aún en tanto que la mayoría de estos adolescentes no disponen en ellos mismos de “imagos parentales” suficientemente constituidas en el fantasma. Permanecen por lo tanto largamente tributarios, en su economía narcisista, de sus representantes parentales y familiares reales, es decir, por una parte no simbolizados o internalizados.

3. Se llega a captar en ellos un registro de vivencia traumática directamente, donde el determinismo de repetición se dará libremente, ya se trate de repetición actuada (por ellos mismos) o inducida (en caso del protagonista). Ese registro poco mentalizado es particularmente difícil de reconocer, y sobre todo de apropiárselo subjetivamente, se manifiesta regido por una relación en forma de renegación del tipo: “no soy yo, es mi mano”. La institución terapéutica va a constituir naturalmente un campo donde esas repeticiones podrán re-vivirse. Se trata de llegar a una simbolización más efectiva para el interesado.<sup>1</sup>

De hecho, la vida fantasmática de estos sujetos aparece como singularmente reducida, en todo caso limitada, lacunaria, fragmentada. Cualquier fantasma personal unificador del sujeto no llega a establecerse, de manera de soportar su problemática narcisista. Esta carencia manifiesta, en lo que concierne a su capacidad de representarse a sí mismo, tiene por corolario hacer depender la regulación de su amor propio de la actualidad de sus relaciones intersubjetivas y sobre todo de sus interacciones con su familia real. Todo pasa como si su economía narcisista, por un lado no

---

1 En lo que se refiere a esta importante cuestión de la manipulación psicótica de la “transferencia” en la institución puede remitirse a “¿Despsicotizar en instituciones?” de Bernard Penot, Boletín de Psicología París VII, mayo-junio de 1983 y “Sujetos en sufrimiento”, o “El ladrón robado” en la revista Adolescencia (primavera del 84).

individualizada, sin instancias intrapsíquicas suficientemente constituidas, permaneciera confundida con la del grupo familiar actual.

El hacerse cargo de este tipo de casos, en una mirada evolutiva, interferirá necesariamente con la economía del grupo familiar. Puesto que se puede pensar -y eso se encuentra regularmente confirmado en la práctica- que esta dependencia es mutua. Dicho de otra manera, que si el adolescente continúa confundiendo narcisísticamente con su familia real, según modalidades más o menos especulativas y poco mediatizadas, la contrapartida es en general que esta misma familia utiliza al adolescente tal cual es, como una pieza esencial para su propio equilibrio narcisista.

Como terapeutas, nosotros consideramos a menudo que es sobre el narcisismo de todo un grupo familiar que está enfermo que se debe tratar. Esto se verifica, por el contrario, en la evaluación que podemos hacer a posteriori de nuestros casos: para aquellos que consideramos con un futuro desfavorable, se da regularmente que no hemos logrado una transacción suficiente con su grupo familiar, de manera de aliviarlo y permitirle evolucionar. Se trata casi siempre de casos en los que como equipo terapéutico fuimos incapaces de establecer un mínimo de relaciones identificatorias con los padres.

La evolución parece en última instancia estar guiada por el grado de aptitud de la familia para tolerar un cambio notable en su régimen de funcionamiento y poder soportar narcisísticamente semejante cambio.

Y es pues el narcisismo del grupo familiar que hemos llegado a considerar no solamente bajo el ángulo de la capacidad de amar una imagen integrada de sí mismo, sino también en lo que concierne al ejercicio de las funciones vitales de regulación y de autoconservación. La familia desde esta óptica puede ser considerada como un organismo vivo y la noción de narcisismo le es, pues, aplicable.

Pero como lo hemos ya mencionado acerca del individuo humano, el grupo familiar dependerá también para su régimen narcisista de dos ordenes de factores radicalmente heterogéneos. Por un lado, la presentación corporal, física de la familia con sus miembros constitutivos de varias generaciones y, por otro lado, el discurso que esta familia puede tener sobre ella misma, sobre el hilo de las alianzas sucesivas contraídas en cada generación. Se une aquí, en ese segundo registro, lo que los “sistémicos” llaman el mito familiar y que sería a la familia lo que la novela familiar es al individuo neurótico, es decir, un enlace esencial para soportar la función narcisista. Un autor sistémico como Caillé estima que el mito familiar es “la opinión que la familia tiene de sí misma como entidad y de sus miembros como portadores de roles”.

Lo interesante, por poco que se acepte considerar las cosas desde esta óptica, es que se llegará regularmente a la siguiente constatación: la carencia de tal adolescente para constituir un mito coherente e integrador de sí mismo corresponde a una dificultad similar de su grupo familiar representada míticamente de manera poco unificada. Más precisamente, se puede marcar cierta falta de integración de este adolescente, en tanto que sujeto, en cualquier mito portador del narcisismo de su familia y sobre el cual le sería posible, secundariamente, articular el suyo propio. El funcionamiento imaginario de esas familias confirma implicar líneas de fractura, de no articulación, de manera que las ideas fundamentales constitutivas de las herencias adquiridas históricamente de diversos lados van a sostener entre ellas relaciones de yuxtaposición más o menos incompatibles, relaciones en forma de descalificación (retractación); es decir que esos elementos constitutivos van a manifestarse marcadamente refractarios a toda articulación, aunque más no fuera en forma de contradicción, los unos con los otros y en consecuencia a su integración en un juego simbólico posible.

Se pueden globalmente distinguir dos grandes casos de figura:

1. El primero se observa sobre todo en los casos de psicosis confirmada. La desmentida se manifiesta en esos casos de alguna manera en un modo vertical, entre los linajes paterno y materno que se revelarán muy poco articulados entre sí en el discurso familiar, de manera que el adolescente está literalmente imposibilitado de unir (casar) en sí mismo a sus padres. Esto no excluye ciertamente entre ellos puntos de connivencia más o menos manifiestos o secretos, pero se van a confirmar marcadamente parciales, dejando en gran parte la herencia de cada uno de los padres ligada exclusivamente a su propio linaje. En el plano económico, esta disposición tiende a producir en el adolescente un funcionamiento narcisista en báscula: por poco que él se apoye mentalmente sobre un elemento de su herencia parental, perderá de golpe la del otro lado! Una tal economía narcisista se confirma desastrosa, trabando en él la constitución de una vivencia unitaria en términos de subjetivación.

Pero se pueden observar también numerosas formas más sutiles, más discretas de desmentida de ese tipo. Es bien a menudo en el seno de la persona de uno de los padres que puede ser localizada la fragmentación y la falta de articulación de su propio discurso (verbal y comportamental). El adolescente se encuentra así marcado indefinidamente por un principio que él no logra articular, integrar dialécticamente y que perdura en él bajo la forma de una lógica primaria cuyos términos mantienen entre ellos relaciones de exclusión. Se concibe que una problemática semejante sea de naturaleza tal como para trabar la constitución de la imago parental correspondiente.

2. El segundo caso de figura es de tipo más bien horizontal porque concierne a la relación transgeneracional: los padres van a mostrarse por el contrario sumamente cómplices con el plan imaginario, pero su complicidad a menudo dolorosa tendrá por característica excluir la

generación siguiente. Es quizás por razones diversas, a menudo complejas, donde la culpabilidad o la vergüenza de esta generación parental (o de los abuelos) juega un rol decisivo, formulándose generalmente bajo la forma de una preocupación por evitar al descendiente una fuente de sufrimiento. Se puede, por ejemplo, observar ese fenómeno cuando dos padres (o abuelos) son ambos sobrevivientes de deportación y que se esfuerzan por separar la generación siguiente, absteniéndose de asociarla a su experiencia. Pero puede darse también el caso de los padres implicados en un proceso de “colaboración” en la liberación de 1945. El efecto sobre su hijo será el mismo en la medida que éste se encontrará excluido de toda participación como sujeto a lo que causa nostalgia y polariza alguna cosa de ideal para sus padres, como si él no fuera considerado digno de tomar parte en eso. Este niño oscilará entonces entre dos estatutos aparentemente opuestos: ser el objeto de esta solicitud parental, la que le va a evitar “eso” o funcionar como pura instancia ideal para esos mismos padres, lo que podrían haber sido sin “eso”. Lo importante es que ambas posiciones lo cosifican en la fijación de un comportamiento alienado, determinado de antemano.

Una madre caracterizaría bien, en grupo de padres, una problemática de este tipo en su propia madre, hablando en un contexto diferente, de “amor propio mal ubicado”, y que en la circunstancia había inducido a una no-transmisión de principios (ideas) fundamentales a su generación.

En esos diversos casos de figura, lo importante es constatar que no es tanto el contenido imaginado como tal el tema en sí del mito, en el seno de una familia, que puede ser susceptible de un efecto patógeno trabando la subjetivación fantasmática al nivel de la última generación. Importa más la carencia en la “instauración de un mito familiar verdadero”, es decir el hecho que ningún discurso mítico haya podido articularse de manera de enlazar suficientemente los dos linajes (generaciones, en el primer caso), ni funcionar como modalidad transaccional entre las generaciones sucesivas

(segundo tipo). Nuestra acción terapéutica tendrá pues como tarea permitir la fabricación de un mayor mito, si se puede decir, en la familia. Más pensamientos sobre sí mismo. Se tratará de juntar los elementos existentes, más o menos dispersos, antes que denunciar como pretendidamente “tóxicos” los fragmentos míticos ya existentes y que mal que bien ya han hecho oficio de consenso parcial.

Esto se une a la cuestión general de “lo que puede ser traumático”: no surge tanto de una cualidad intrínseca a tal representación en sí, sino del hecho que no puede ser suficientemente ligada psíquicamente (en el espíritu de los padres en primer lugar). *Es* pues de la calidad del trabajo de simbolización que se tratará y será necesario esforzarse en encontrar marcas para el adolescente en ese sentido, por medio de la verbalización que pueda ser hecha.

Nuestro trabajo en equipo en cada caso realiza pues una participación en la economía misma de la familia y eso según dos modalidades complementarias: la primera se concretiza sobre todo en las reuniones “equipo/familia” alrededor del adolescente; éstas permiten intercambios múltiples y favorecen identificaciones mutuas de carácter más o menos parcial, por encima de la barrera paciente-equipo terapéutico. Otra modalidad de asociación de los padres es el grupo de padres fuera de la presencia de los adolescentes y de sus responsables de grupo.

La segunda modalidad de manejo de la economía familiar se efectúa en un registro diferente puesto que concierne a la vida psíquica del equipo terapéutico, partiendo del hecho que se efectúa a menudo una especie de repartición de ciertas posiciones familiares originarias en el seno mismo de este equipo, sobre un modo desplazado (transferencial). La síntesis clínica es el lugar privilegiado donde el equipo va a mostrarse heredero por una parte de la economía familiar misma.

Se tocarán allí seguramente los límites del narcisismo de este equipo y la cuestión de saber hasta dónde le será posible el participar en las modalidades transaccionales de ciertas familias sin cuestionar demasiado su narcisismo propio y sobre todo su ideal profesional.

En la práctica de los casos favorables se ve efectuarse un doble movimiento identificatorio: del equipo en dirección de la economía particular de la familia, como se ha dicho, pero también de la familia simultáneamente hacia el funcionamiento propio del equipo de la institución.

Se justifica entonces ensayar una evaluación teórica del encuentro de esos dos sistemas, la familia y la institución, disponiendo cada uno al principio de sus modalidades reguladoras propias, a menos que el sistema familiar se presente al comienzo, y por definición, como descompensado narcisísticamente.

Tanto para la familia como para el equipo terapéutico el devenir transaccional común dependerá de las modalidades de tolerancia y de la capacidad de cada uno de reaccionar a lo que le es extraño al principio. Y si el adolescente se encuentra, como se ha dicho, sumamente tributario de la necesidad de mantenerse en una cierta homeostasis con su grupo familiar, el terapeuta de la institución es igualmente tributario del ideal de su institución. Este investimento narcisista de la familia (o de la institución terapéutica) es evidentemente un investimento de tipo libidinal, con carácter globalmente amoroso (enamorado de sí mismo, se dice de Narciso). Está siempre ligado a una representación ideal del propio cuerpo (Yo ideal) por un lado, y al discurso referido de valor sobre sí mismo (ideal del Yo, consenso teórico), por otro lado.

La dificultad entre la familia y la institución terapéutica surge cuando uno de los sistemas ve al otro como susceptible de destruirlo; es lo que

ciertamente se puede observar en los casos de evolución desfavorable de los que hemos hablado.

Se ve bien en este aspecto que la cualidad funcional de las defensas adquiridas para mantenerse condiciona su aptitud a la relación transaccional y sobre todo a la relación terapéutica. Pero se sabe, por otro lado, que la calidad de esta defensa será largamente dependiente del carácter más o menos descompensado del narcisismo del sistema considerado. Es así que el hecho de trabajar en una recompensación cierta del narcisismo familiar, como lo permite en particular el grupo de padres, tendrá por efecto mejorar al mismo tiempo sus modalidades defensivas frente a la acción terapéutica. Se tratará entonces de lograr un manejo simbólico mejor del elemento-situación familiar imaginaria: una mejor metaforización de los elementos iniciales.

En los casos donde, en razón de su descalabro narcisista, ese tipo de acuerdo terapéutico del narcisismo familiar es necesario, es importante que el encuadre institucional y el funcionamiento del equipo sean acomodados, de manera de permitir una convivencia cierta de intercambios, o más precisamente una transicionalidad cierta entre el equipo y la familia. Pero no debe perderse de vista que una vez establecido ese tipo de transacción equipo-familia, cada uno de los protagonistas se encontrará de hecho, y durante un período, en una posición que se puede calificar de parcial en relación a la economía de conjunto y necesariamente de parcialidad. Es necesario subrayar que dicha práctica implica un estado de espíritu en los terapeutas sensiblemente diferente del que el médico o el psicoanalista tienden profesionalmente a mostrar a priori. En muchos casos, en efecto, se necesitarán meses para lograr recompensar suficientemente el narcisismo del grupo familiar. Una percepción global de los elementos transferenciales y sobre todo de lo que se juega entonces en el equipo, no puede derivarse sino del trabajo de elaboración en síntesis clínica con el conjunto de los

asistentes concertados para el caso. Dicho de otra manera, cada uno debe dar prueba de la más grande modestia en cuanto a su capacidad de “sintetizar” a priori la situación, de la cual él es, transferencialmente, parte. Se trata en efecto de determinismos de repetición, en los cuales el terapeuta se encontrará tomado en el plano de su propia subjetividad, y que se demuestran muy diferentes en sus posibilidades, lo que habitualmente se llama una “contratransferencia” (reacción subjetiva del terapeuta al investimento objetal y fantasmático al que él se ha prestado).

Pero todo nuestro propósito concerniente al abordaje directo y en equipo de la economía narcisista de algunas familias no tiene sentido psicoanalíticamente hablando en tanto fuese pertinente encarar en estos adolescentes un “más acá del fantasma constituido” (en una simbolización suficiente de las representaciones en juego). Esto no se da sin plantear problemas temibles, no sólo de orden técnico sino también ético al psicoanalista, y parece que en la mayoría de las publicaciones nuestros colegas se cuidan de enfocar esa acción como verdaderamente psicoanalítica en la medida que apuntan a una vida fantasmática de su paciente. Hay sin duda allí algo del orden de una “necesidad originaria” para el psicoanalista, puesto que su acto fundador está en el acento puesto por S. Freud sobre el fantasma sexual atribuido al niño, en ruptura con la teoría antecedente de la seducción por el adulto. Se puede en este aspecto evocar a M. Laufer con su referencia conceptual del “fantasma masturbatorio central” del adolescente.

Sin embargo, en un dominio “límite” de investigación psicoanalítica como el de la psicoterapia del autismo infantil, ese “más acá del fantasma” se ha impuesto como un principio muy patente para que los investigadores enfoquen directamente los fundamentos hipotéticos (reales) del famoso

narcisismo primario del ser humano, y por allí las condiciones mismas de lograr una vida fantasmática personal.<sup>2</sup>

Es aquí la perspectiva clásicamente freudiana del narcisismo primario, concebido como estadio genético, que puede mostrarse invalidante en el sentido que tiende a ocultar lo que es la posibilidad misma de un fantasma cualquiera, ligado a un mínimo de trabajo anterior de simbolización en el espacio maternal. Por otra parte, es un hecho que dicho narcisismo primario puede manifestarse como enfermo a cualquier edad, y ser entonces abordado como tal siendo para el adolescente un momento de conjunción particularmente propicia para un trabajo plurigeneracional.

Es un gran mérito para la escuela psicoanalítica inglesa el haber puesto el acento sobre la necesidad de un trabajo sobre el cuadro de la cura (cuadro de un despliegue posible de la vida psíquica). Nuestro propósito es mostrar aquí que las llaves determinantes de diversas patologías del narcisismo que nosotros tratamos no pueden abordarse a través solamente de la vida fantasmática del caso, la cual se muestra precisamente con lagunas, por la falta de un mínimo de simbolización de ciertos principios de su ambiente original (es decir, la matriz familiar sobre todo).

No podemos presentar en el cuadro limitado de esta publicación más que dos observaciones clínicas sucintas centradas sobre esta apuesta narcisista predominante. El lector podrá referirse a otras observaciones que han sido publicadas recientemente.<sup>3</sup>

Podrán darse cuenta cómo, en este tipo de casos, todo pasa como si cierto precio (energético) tuviera que pagarse para que lleguen a un mejor manejo simbólico de sus referentes parentales. Esto se opone al comienzo al principio del placer y el equipo terapéutico lo siente bastante.

---

2 Se podrá leer con provecho sobre el tema el trabajo de M.C. Laznik-Penot con un niño autista y su madre de lengua turca en "El Psicoanálisis del Niño" N° 5.

3 "¿Hay un sujeto en el congelador?" B. Penot, *Adolescencia*, 1987. "Cuando hay algo podrido en el padre" B. Penot, *Adolescencia*, 1988. "La infancia del delirio", *Psicoanálisis del Niño* N2 3.

Los dos casos clínicos que siguen conciernen este plazo crucial en materia de autonomización narcisista que constituye el acceso a la mayoría legal, sobre todo cuando ésta coincide con la salida del Hospital Diurno. Se verá en este aspecto el rol de la sexualidad real como impedimento para dar vueltas alrededor de lo mismo. Ninguno de estos dos adolescentes tuvo psicoterapia individual durante su permanencia en CEREP; sus madres, por el contrario, consintieron en hacerla pero fuera del mismo CEREP. La de Benjamín, antes de su admisión.

Nuestro propósito es mostrar un trabajo que permita cierto “desprendimiento” del adolescente de la captura por la economía narcisista familiar, evitándole el derrumbe que ocasionaría una salida prematura, en la ausencia de representantes narcisistas suficientemente constituidos en lo intrapsíquico.

## **Benjamín**

Con Benjamín, antigua psicosis infantil, hemos trabajado durante tres años en el Hospital Diurno para desprender este adolescente de la posición que se le había asignado en el funcionamiento familiar, probablemente desde su origen. Haciendo eso, era importante evitar una descompensación de uno u otro padre, como también del adolescente, con el riesgo de una *bouffée* delirante -y también tener en cuenta los límites narcisistas del equipo.

Benjamín tiene quince años cuando nos lo envía un CMPP, que lo conoce desde su primera infancia; era entonces un jovencito psicótico sobre el modo simbiótico, aunque ciertos síntomas evocaban una tendencia autista. El último de cuatro hijos, su nacimiento no fue deseado, dicen sus padres. Bien pronto frente a su comportamiento manifiestamente psicótico,

la madre tomó la decisión de tomarlo a su cargo, como ella dice y se consagró a ello, orientando hasta su vida profesional en ese sentido! Hubo sin embargo una pausa relativa. Benjamín fue colocado tres años en un internado pedagógico efectivo entre los ocho y diez años. Cuando ingresa en nuestro Hospital Diurno para adolescentes, el Joven tiene conocimientos que permiten pensar integrarlo en un grupo de 4° año.

Es sin duda la psicoterapia que la madre realiza para ella misma lo que le permite confiar su hijo a un establecimiento psiquiátrico como el nuestro, lo que ella había rechazado anteriormente. La familia aparece organizada alrededor de esta madre, verdadero sostén educativo. El padre, con un cargo importante en un servicio público, parece estar un poco en las nubes; sus propósitos contrastan con el *parti pris* de realismo de su esposa. Ambos parecen muy apegados a Benjamín, ella en el deber de hacerlo progresar; él en intercambios lúdicos de tipo primario, de los que la madre está excluida y que ella no ve con buenos ojos.

Un dato narcisista mayor radica en el hecho que el padre es un mellizo; se desprende de lo que él nos dijo que siempre estuvo netamente dominado durante toda su juventud. Su casamiento con su enérgica esposa ha imitado el casamiento de su mellizo, con el cual no tuvo después más que una relación lejana.

Benjamín se presenta en el Hospital como un animal temeroso, emitiendo un tic sonoro como un balido. El despierta regularmente el sadismo de los que lo rodean, y parece que la ausencia de conflictos y de agresiones en el entorno inmediato lo amenaza literalmente de no existencia. El exige la presencia protectora de un adulto, pero huye como de la peste de todo contacto tierno o afectuoso. Nuestra decisión de admitirlo se apoyará en la idea que es posible una cooperación con la familia.

En el primer año el intercambio será fácil entre los responsables de la institución de Benjamín y sus padres. Nuestros encuentros regulares se

efectúan a modo de una colaboración razonable y bajo la égida de la actitud educativa y sensata de la madre. El padre manifiestamente afectado por este tipo de trabajo equipo-familia, se aleja con propósitos confusos (*farfelus*). De la vida en su casa sabemos que Benjamín por las noches hace irrupciones de carácter compulsivo en el cuarto de sus padres. También hace registros de su propia voz en un magnetófono, con técnicas de sobreimpresión, así como estadías prolongadas frente al espejo; se dedica durante noches enteras, con una especie de frenesí, a esas actividades narcisistas. Nos es difícil en este período hacernos una idea de las interacciones con sus hermanos y su hermana que todavía, aunque por poco tiempo, viven en la misma casa.

Un acontecimiento importante se produce en el grupo de padres (que se reúne cada mes con el médico y la dirección): la madre de Benjamín se siente aislada de un modo habitual en ese grupo solidario y cálido; eso se deriva de la constatación de que ella se cree en la obligación de explicitar al grupo el hecho de que su hijo es un minusválido y que sabe bien, en lo que a ella se refiere, que le es necesario resignarse lúcidamente. Es necesario aclarar que en un grupo hay pocos padres con hijos que fueron psicóticos en la infancia. Esto constituyó una prueba de tal magnitud que esta madre permaneció en cama durante los días siguientes. Esta fue la primera manifestación del carácter muy ambiguo de su “resignación”, jugando para ella misma un rol de defensa narcisista, sobre el cual volveremos a hablar.

Durante el día, en el Hospital, Benjamín ha vuelto a su balido y acarrea la agresión de los otros adolescentes; pero sigue más o menos su grupo de 4º año. A fin de año las posibilidades de diálogo con él se fueron avivando; muestra una cierta capacidad de pensamiento, en un modo más bien pícaro, pero aún muy dominado por preocupaciones de tipo obsesivo. Se constata que busca continuamente límites externos, sea por pasaje al acto, sea cada vez más a través de escenarios que él imagina y a los cuales

nos somete. Provoca así a los adultos del equipo (como en la noche a sus padres) y es con una especie de regocijo que recibe las respuestas más o menos humorísticas que le dan. Pero la mayor característica de este tipo de intercambios es que la palabra del otro es recibida por Benjamín como si ella saliera de una instancia considerada para dirigir su equilibrio narcisista; él parece incapaz de establecer una relación firme, aún con los adolescentes de su edad, con los que no crea lazos de camaradería. Se podría decir, en términos psicoanalíticos, que no entra en relación libidinal con los objetos, sino solamente en ciertas circunstancias. Utiliza a los otros de esa manera como para paliar una falta de instancias psíquicas constituidas en su fuero interno; adultos de su familia o adultos del hospital son presentidos como instancias reales, del tipo de las que sin duda conoce el niño muy pequeño. Y es representando en el presente esos roles superyoicos que podemos como terapeutas contribuir a que se interpreten de un modo más simbolizado y por lo tanto más captable por el interesado.

En cuanto a la capacidad de juego de Benjamín, se manifiesta esencialmente como autoerótico, como ya lo vimos en su casa, con su espejo o su grabador; se dedica así a exploraciones en solitario de París y sus alrededores, con un fin de dominio manifiesto.

Un punto importante será salvado en nuestro trabajo terapéutico al comienzo del segundo año de estadía: excedido por una tendencia creciente de Benjamín de agredir físicamente a su hermana mayor, el hermano mayor decide contactarse con el psiquiatra. Teme transgredir algo en cortocircuito con sus padres, pero considera que es el momento de reaccionar frente a ciertos desbordes de su hermano menor –había esperado largo tiempo pensando que lo harían sus padres. El médico le propone realizar una reunión familiar en la casa para tratar el problema. Y esta primera medida permite que un cierto consenso se obtenga en cuanto al mínimo de

condiciones a hacer respetar a cada uno; límites claros se le plantean a Benjamín y todos parecen estar decididos a asegurar su aplicación.

Los hermanos y la hermana encontrarán entonces natural el participar en las reuniones equipo-familia en el CEREP. Las provocaciones diversas de Benjamín que los padres nos habían ocultado pueden ahora ser formuladas en claro en su presencia. Se ve mejor cómo él tiende a reproducir de hecho, en esas tentativas de dominación sádica sobre los demás, el modo de coerción que él siente ejercer sobre él por parte de su madre sobre todo. En cuanto al padre, va a encontrarse algo renarcisizado por sus otros hijos que hablan de él bastante positivamente; sigue siendo difícil sin embargo para los miembros del equipo establecer con el padre una mínima relación identificatoria. Por el contrario, parece que pueden jugarse por la madre, unos y otros con movimientos positivos y negativos de donde resulta una relación ambivalente de bastante buena calidad.

Es entonces que se plantea nuevamente para la familia la asignación familiar para minusválidos. El psiquiatra piensa que debe rechazar sin equívoco avalar tal cosa, en la medida que se puedan seguir logrando progresos ya apreciables hacia una autonomización suficiente de Benjamín. En respuesta, los padres hablan entonces de ejecutar un plan de ahorro habitacional procurando procurarle un apartamento dentro de unos años.

Se comprobó que Benjamín había realizado delante del médico que lo controlaba un número de torpezas, payasadas y simplicidad, digno de “Aucassin y Nicolette”<sup>4</sup> de manera de obtener seguramente la prolongación de su alojamiento como “minusválido”. Eso nos hizo reír a todos, en el curso de la siguiente reunión, favoreciendo un cierto desprendimiento imaginario en lo que hace al patetismo del caso, y proveyendo una buena

---

4 “Aucassin y Nicolette” es una graciosa y picara novela del siglo XIII en verso y prosa que cuenta los amores del hijo del conde de Beaucoure y una Sarracena. (N. del T.)

ocasión de apreciar cómo el muchacho puede servir a cierto interés familiar por su patología misma.

En el Hospital Diurno su actitud se vuelve menos provocativa, lo cual determina el cese progresivo de las agresiones de que era objeto. Pero a medida que se va dando esa desalienación comportamental se ve confirmarse un desinterés escolar casi completo. El equipo conoce entonces como un eco de la vivencia parental un momento de flotación y de perplejidad, ¿quién puede, pues, responsabilizarse del deseo que Benjamín dé su examen de Brevet?<sup>5</sup> El no piensa más que buscarse aquí o allá algunas horas de trabajo remunerado. Su rapacidad en materia de dinero está en la misma medida que su obsesión que él mostraba antes. Y he aquí que en el grupo de padres la madre nuevamente va a contrariarse expresando su malestar y sus reticencias porque su hijo no piensa más que procurarse dinero. Esta reticencia despierta en ella el mismo tipo de reacción que la “resignación” que ella confió cuando expresó que Benjamín sería siempre un minusválido. Lo que llama la atención en la distribución de vivencias subjetivas es que esta madre logra complacer mejor a los terapeutas que a los padres. Padre y madre adoptarán después, en el grupo, una manipulación algo lúdica de la relación tirante que existe entre ellos: el señor manifestándose como un descocado, extravagante, que se hace retar severamente por la señora en identificación evidente con Benjamín.

Es sobre todo en el curso del tercer año en el Hospital que Benjamín toma más resueltamente apoyo en el equipo tratando de acrecentar su capacidad de movimiento. Algo se ha modificado sensiblemente en la imagen que él puede dar de sí mismo, pero sus padres dan la impresión de dirigirse siempre al mismo. Su oposición escolar nos parece un medio de manifestar una cierta existencia; y decidimos finalmente de un modo

---

5 Los estudios franceses comprenden en una primera etapa el *Certificat d'études*, después sigue el *Brevet Elementaire* (al que se refiere el autor) y finalmente el *Diplome Superieur*. (N. del T.)

simbólico poner fin a su escolaridad en el CEREP (él tiene casi dieciocho años). Un poco más tarde le será propuesto preparar para fin de año un *certiftcat* de formación general, que más allá de su nivel real tendrá el interés de representar una sanción oficial del exterior. El padre se manifiesta entonces por primera vez como un apoyo positivo proponiéndose ayudar al muchacho a realizar un programa preciso, tarea que se pudo realizar.

Pero he aquí que en ese contexto de evolución positiva el hermano mayor vuelve a contactarse confidencialmente con el médico para confiarle que se siente en dificultades, “un poco como Benjamín”, dice; ese muchacho incontestablemente dotado ha perdido exámenes para la obtención del *diplome superieur*, y pide una ayuda terapéutica. Se comprueba que es el psiquiatra de su hermano menor de quien espera esa ayuda; lo que ilustra ese fenómeno bastante frecuente en casos de evolución favorable del psicótico de la familia, al surgir un esbozo de descompensación entre los hermanos. Hay allí un argumento más a favor de la consideración de la economía narcisista del conjunto del grupo familiar, en esos casos.

Benjamín por su lado continúa su búsqueda de los límites: se trata ahora sobre todo de las prohibiciones que sus padres pretenden imponerle si quisiera tener diversiones sexuales con una mujer en su futuro estudio. Hay allí manifiestamente una tentativa tratando de forzar la censura familiar -sobre todo la materna- en lo que se refiere al ejercicio de una sexualidad genital. Es sobre todo las relaciones entre sus padres sobre las que se interroga (su existencia en la actualidad no es muy segura). En el trabajo equipo-familia el tema sexual es siempre abordado de una manera burlonamente insignificante -por el mismo Benjamín sobre todo- y los educadores experimentan gran impotencia para tratar el tema que suscita en la madre reacciones virulentas del tipo: “¿Qué quieren hacer ustedes con un

tipo como éste? Salta a la vista que es un enfermo.” El efecto acarrea una acentuación consecutiva de modalidades pregenitales (sádico anales) de interacción entre la madre, el padre y Benjamín.

Este tercer año acaba a pesar de todo en una verdadera dinámica de crisis, en la cual influyen ideas sucesivas de la casa, primero de la hermana, después del hermano mayor; se prevé que Benjamín pase el próximo año en régimen de post-cura en el CEREP. Pero dos insucesos van a cristalizar de inmediato su crisis de emancipación: por un lado la búsqueda para sí de un TUC (Trabajo de Utilidad Colectiva) donde surge una contradicción entre nuestros puntos de vista y los de los padres, y por otro lado un conflicto con su madre concerniente a su participación en la fiesta de la música.

En lo que se refiere al TUC (trabajo), Benjamín muestra una desenvoltura destacable, a la altura de su acceso reciente a la mayoría legal. Los padres comienzan a identificarse aparentemente con esas disposiciones progresivas de su hijo y a hacer confianza en su *savoir-faire*. Empiezan a pensar que él puede ocupar el cuarto que su hermano que le sigue va a dejar. La madre, en su esfuerzo por poner distancia, nos dice que es mejor que sea a partir del CEREP que Benjamín encuentre su trabajo remunerado. Sus responsables de grupo dedican entonces sus esfuerzos a apoyar al muchacho en los trámites necesarios, él les cuenta día a día sus diferentes contactos y les confía sus eventuales decepciones. Es necesario también un gran esfuerzo para cuidar su presentación.

Y he aquí que él obtiene una posibilidad de TUC (Trabajo de Utilidad Colectiva) en los P y Z. ¿Podrá escapar a las sucesivas formalidades de los empleos protegidos, destino habitual de los psicóticos infantiles que evolucionaron bien? Es entonces que la familia se manifiesta de golpe con una lógica desconcertante: ¡el padre nos informa que Benjamín no hará la preparación prevista! Este hombre no parece en absoluto sensible al argumento según el cual anula los frutos de las búsquedas de su hijo -de lo

cual él se mostraba muy orgulloso sobre todo en el grupo de padres-; su mujer ¿y él? habrían decidido que sería preferible que tal preparación se desarrollara en la función pública, donde él mismo ejerce sus responsabilidades. Eso abriría quizás, decían, la posibilidad de un empleo durable.

A nivel intencional la actitud del padre tiene algo de loable, puesto que parece manifestar así la intención de tomar directamente bajo su mano la inserción profesional de su hijo. Sin embargo la impresión que prevalece en nuestro equipo es un acaparamiento, de relevo puro y simple de la tutela de la madre, según el modo de simbiosis (¿la gemelar?) y de influencia narcisista. Los dichos del padre por teléfono merecen ser citados: “He aquí que mi pequeño pájaro tiene trabajo... yo no sabría cómo explicárselo tan bien... es una especie de TUC.” Se confirmará que ese pasaje (preparación) en el medio profesional del padre de Benjamín no hará más que sabotearlo, haciéndose rápidamente rechazar por los colegas, en razón de cierto celo provocador que puede llegar hasta la delación: se le considera un carnero incapaz de un mínimo de solidaridad identificatoria con los que debiera considerar como sus homólogos. Se encuentra allí la problemática mayor de Benjamín, “suspendido en la instancia directriz (real) en una relación de sujeción” extremadamente regresiva y exclusiva. Pero es difícil no ver que la confiscación parental de la cual ha sido otra vez el objeto no hace más que confortarlo en esa posición. La actitud de la madre se manifiesta más ambivalente que nunca: en el momento de su decisión de que Benjamín haga su experiencia (preparación) en la oficina pública del padre, ella redobla sus críticas acerbas sobre este último (el padre) acusándolo de descorazonar a su hijo con sus propósitos irreales. Ella se encontrará al mismo tiempo en un conflicto agudo con el muchacho.

Es a propósito de la fiesta de la música, en efecto, que una verdadera prueba de fuerza tendrá lugar. Benjamín, ya se ha dicho, había

apasionadamente investido -de un modo solitario- ciertas emisiones musicales y particularmente las de la Radio NRJ; no desperdiciaba nunca las invitaciones gratuitas de esta cadena y pensaba ir -siempre solo- a la fiesta de la música organizada por esa radio. El trató de poner a su madre frente a un hecho consumado, pero ésta se le adelantó, la mañana misma, con una negación categórica de que permanezca afuera después del último *metro*.

Benjamín entonces participa con vehemencia a algunos miembros del equipo, a quienes declara su intención determinada de transgredir la prohibición maternal, que considera abusiva tratándose de un muchacho mayor. Busca interlocutores que no conozcan a sus padres y sobre todo a un responsable de la “post-cura” quien lo alienta a desobedecer, con la loable intención de reforzar su Yo y de hacer trabajar hacia adelante los términos del conflicto. Pero la tendencia de Benjamín será, seguramente, hacer jugar sus propósitos para alimentar un conflicto puro de instancias (superyoicas).

A la mañana siguiente el responsable del grupo recibe un desgarrador llamado telefónico de la madre que le relata el violento altercado de la víspera. Benjamín la tiró al suelo (eso no se había producido jamás) y llena de miedo se encerró en su cuarto. Su marido estaba en el interior, en provincia. Ella da, por primera vez, la impresión (teléfono) de estar desamparada, desprotegida; ella comunica su angustia como aún no elaborable, solamente para recibir. Se comprende también su furia contra el educador que alentó a su hijo a desobedecerla (¡un hombre tan irresponsable como su marido!). Comenta también que Benjamín, desesperado, llamó a la policía para obtener una mediación susceptible de levantar la prohibición maternal. Pero lógicamente el funcionario de servicio no hizo más que confirmar la censura parental y Benjamín no fue a la fiesta de la música.

Después de eso Benjamín se presenta en el Hospital con sus cabellos cortados a tijeretazos por él mismo. El efecto es conmovedor y la responsable llama en seguida al psiquiatra para ver al muchacho. La violencia del acto es manifiesta y parece prolongar en una vuelta sobre sí mismo el enfrentamiento físico con la madre. Al mismo tiempo, despojado de sus bucles, Benjamín se da por fin un aspecto viril. El psiquiatra lo lleva inmediatamente a su peluquero, con el fin de regularizar lo mejor posible ese acto salvaje; se trata también de socializar esa marca infligida al cuerpo como un esbozo de simbolización de un “pasaje”.

Luego de esos acontecimientos se confirma que la madre, reconociendo su pánico de la noche de la fiesta como irracional y fuera de lugar, no logra sobreponerse ya que esa primera salida nocturna de su hijo no encajaba en un plan imaginario. Todo pasa como si ella no pudiera recurrir a una representación que le permitiera un mínimo de mentalización a distancia. Ella estaba solamente afectada por una vivencia de rabia e impotencia insoportable de ser vivenciado positivamente. La única idea que sobresalía era que Benjamín iba a ser agredido en la calle -eventualidad poco probable a nuestros ojos y que en realidad venía de la actividad proyectiva de esta madre. Ella puede verbalizar que una transgresión de su hijo haya infligido la impresión de ser completamente negada, de ser “tachada”, dice ella. Es pues ingenuamente que ella formula así la necesidad para su hijo de “tachar” simbólicamente ese Otro maternal todopoderoso en el presente, para poder estar en condiciones de internalizar una instancia parental que regularía su intrapsíquico de un modo más autónomo.

Parece que son las manifestaciones de energía sexual (¿la radio?) de su hijo y la reivindicación de éste de volcarlas al exterior lo que tuvo ese impacto de tipo traumático en la madre: la virilización creciente de Benjamín se hace cada vez menos asumible para ella de manera directa,

pero ella no logra concebir positivamente una salida al exterior con el trabajo de duelo que eso implicaría con anterioridad para ella. ¿Es ella demasiado frágil -o demasiado rígida- para soportar eso? ¿Somos nosotros mismos demasiado frágiles para sostener el trabajo familiar necesario en tal caso?

Para responder mejor a esas preguntas es necesario, sin duda, realizar un acercamiento entre los dos avatares concomitantes de la fiesta de la música y la preparación profesional. Se manifiesta una imposibilidad de poder ejercer una función de tipo “paternal”, susceptible de mediar en la relación de Benjamín a su referencia maternal primaria. La violencia de la intervención de un “tercero” parece no poder manifestarse más que sobre un modo completamente intempestivo y abusivo: que se trate de la confiscación simbiótica de parte del padre por el TUC, o de la palabra provocadora del responsable de las post-cura, en lo que se refiere a la fiesta de la música. Lo que nosotros pudimos percibir de la estructura de la madre (más bien histero-fóbica, con la imagen de un padre bastante brutal) no puede explicar ese estado de cosas, a menos de incluir su elección conyugal (totalmente lo opuesto a su propio padre). Un obstáculo al plan narcisista podría encontrarse en la posición de dominación profundamente anclada en el padre, por su experiencia de mellizo. Se puede pensar que este hombre volcó sobre su último hijo algo de su propia dependencia narcisista del comienzo; lo que le impedía manifestarse como padre real (defusionante) para su hijo. En un trabajo familiar de ese tipo el problema es saber en qué medida estamos en presencia -en el padre- de algo del orden del fantasma constituido, o si se trata más bien de una “necesidad narcisista” indefinidamente presentificada, no verdaderamente simbolizada en su funcionamiento mental, donde se encuentra mantenida en un estatuto de desmentida-clivaje. Esta segunda hipótesis es bastante probable porque nunca logramos movilizar verdaderamente este hombre sobre ese registro:

él no se oponía a que se evocara su experiencia de mellizo e incluso aportaba precisiones, pero era para él un trabajo psíquico cualquiera, como comprobamos de una sesión a otra. Nuestros esfuerzos en ese sentido, por el contrario, proveían a Benjamín de un punto de partida simbólico; era posible atribuir explícitamente al padre una ausencia casi completa de relaciones de amistad, desde la separación de su mellizo en la adolescencia, lo que Benjamín en suma reproducía.

La complicidad imaginaria aparece al respecto muy marcada entre padre y madre, para evitarse ambos una cierta vivencia de castración relativa a la ruptura del doble gemelar para el padre, y el riesgo de tener que afrontar una virilidad muy cercana, para la madre. Es evidente que, a pesar de sus dificultades, los dos hermanos mayores habían podido librarse, haciendo recaer sobre el hermano menor la función de rehén de esta economía narcisista parental. Yeso se hizo temporariamente perceptible después de los esbozos de descompensación de uno primero, del otro después, en ocasión de los momentos de progresión mutativa (cambiante) de Benjamín.

La crisis ocasionada por el proyecto de salida tuvo apreciables consecuencias psíquicas: a lo largo del año siguiente en el programa de hacernos cargo de la post-cura, Benjamín pudo confirmar ciertas adquisiciones personales. Ahora es libre de salir cuando quiera; mientras que en el plano profesional trata, mal que bien, de lograr un trabajo temporario. Los padres siguieron nuestro consejo de no dejarlo solo en el domicilio familiar -en una especie de confusión todopoderosa- cuando ellos están ausentes, sobre todo en períodos de vacaciones. Fueron también los padres que insistieron para que Benjamín tenga sesiones regulares con un analista del CEREP, con el fin que deje de volcar en ellos sus tormentos subjetivos.

Es interesante resaltar, para terminar, cómo la compleja problemática de la salida de un adolescente del Hospital Diurno puede permitir un verdadero trabajo, en “espejo” equipo-familia, en la medida en que la psicotización domine tal acontecimiento: se trata de hacer Jugar simbólicamente la problemática de despegarnos de ese joven y dejarnos de alguna manera “tachar” por él. Es esa una ocasión decisiva para los padres, gracias al apoyo identificatorio que ellos pueden tomar en el trabajo psíquico de los cuidadores, de efectuar cierto duelo narcisista de su hijo.

Nosotros ilustraremos, de manera sucinta, ese tipo de trabajo familiar a propósito de una adolescente del mismo Hospital.

## **Gretel**

Para Gretel el problema puede plantearse en los siguientes términos: ¿cómo realizar su proceso de adolescencia cuando los padres están ambos sujetos a descompensaciones psicóticas comprobadas? ¿Como adquirir una regulación narcisista autónoma partiendo de referencias parentales muy frágiles al respecto?

Esta Joven nos llega a los quince años y medio de un servicio psiquiátrico donde había entrado muchos meses antes, en un estado confusional, con crisis de excitación atípicas, con un embalaje de su pensamiento, falsos reconocimientos, alucinaciones visuales (colores temibles) y auditivas (ruidos de máquinas, voz de la madre) y desde su entrada al hospital vivía una cierta transformación del ambiente de tonalidad persecutoria. Su discordancia emocional planteaba las posibilidad de una evolución esquizofrénica posible; sin embargo, los tests proyectivos minimizaban esta posibilidad, insistiendo sobre su relativamente “buen dominio imaginario” y su capacidad de adaptación.

Era la mayor de dos niños; su hermano, dos años más joven, no presentó trastornos manifiestos fuera de una escolaridad mediocre que él tendía a compensar por el deporte de competición. Gretel había demostrado ser desde la salida del preescolar una niña inhibida y ansiosa. Tuvo problemas de aprendizaje de lectura, de manera que fue ayudada por el GAP de su escuela, pero su madre no quería oír hablar de psicoterapia. Llegó mal que bien hasta 4° año durante el cual ingirió medicamentos; para explicar esa actitud se nos dice que al mismo tiempo que no soportaba las peleas con su hermano quería que terminara el desacuerdo entre los padres y que ella reaccionaba así por el hecho que su padre acababa de dejar definitivamente la casa.

Cuando nosotros vemos a Gretel por primera vez está en el sexto mes de Hospital, después de algunas tentativas infructuosas de hacerle salir. Fuertemente neuroleptizada aparece sobre todo deprimida, respondiendo con lentitud y reserva, pero no sin presencia de ánimo. Es de hacer notar que su madre no la acompaña, habiendo confiado ese rol a una enfermera que la conoce poco. Pero poco después veremos a la madre sin dificultad; después de la separación de cuerpo con su marido es ella quien tiene la custodia de los hijos. El padre volvió a vivir en el Midi natal, donde rápidamente fue reinternado y colocado bajo la tutela de su propio padre.

Aunque educada, esta madre manifiesta una fuerte reticencia; parece que recurre a las instituciones psiquiátricas aún estando en su contra. Su físico empastado y su aspecto general congelado confirman (en ausencia de un tratamiento con neurolépticos que ella rechaza) un malestar narcisista importante en esta mujer bastante joven. Ha obtenido un empleo protegido de secretariado de carácter social. Tanto Gretel como su madre se oponen a toda fórmula de internado que las separe, de manera que el Hospital Diurno aparece como la fórmula más apropiada para tratar esta cohabitación madre-hija.

Gretel va a menudo a Normandía donde su abuela materna tiene un café en su ciudad natal. Por ese lado se entera que el abuelo habría muerto por una bala de fusil de caza “accidental”, más o menos en la fecha en que nació Gretel. Pero la madre sabe bien que se trata de un suicidio; su padre, tuberculoso desde hacía mucho tiempo, no podía trabajar, bebía y se enfrentaba con su mujer, pero su gesto parece también seguir el hecho de que su hija mayor hubiera “faltado”, quedando encinta de Gretel.

La versión del accidente fue la única que se dio en la familia. Es sorprendente saber que durante el año consecutivo Gretel bebé fue confiada a la abuela, en un contexto en el que se sentiría la muerte! Pero los padres trataban ambos de terminar una formación en peluquería, oficio que nunca llegaron a ejercer.

La primera descompensación delirante de la madre tuvo lugar en Normandía, y fue llevada al hospital psiquiátrico más cercano, donde trabajaban muchas personas del pueblo y aún de la familia. Gretel tenía entonces nueve años.

En los años siguientes en París se produjeron varias recaídas de la madre, con ideas persecutorias que se relacionaban sobre todo con la tutela ejercida por el abuelo paterno. Ese personaje aparece, en efecto muy poderoso en la familia; su actividad profesional es importante y velada por cierto secreto (¿seguridad? ¿información?). El es divorciado; la separación tuvo lugar en la misma época de los nueve años de Gretel y la abuela habría reaccionado declarándosele un cáncer de mama del que murió rápidamente. El divorcio en esta familia es así directamente vivido como fatal.

El mismo año de la muerte de su madre, el padre de Gretel hizo una descompensación hipertiroidea. Este hombre está descrito como frágil y brutal, siempre mantenido en relación de dependencia frente a su propio

padre; hizo también después *bouffées* delirantes, sus internaciones se alternaban con las de su mujer. A lo largo de nuestro trabajo en el hospital constatamos una especie de convivencia “parental” entre el abuelo paterno y la abuela materna, que se muestran enérgicos y responsables, y disminuyen a los padres de Gretel. Se puede suponer que la culpabilidad de ambos, concerniendo la muerte-catástrofe de su cónyuge, sostiene esta sobrecompensación reparadora.

Antes que Gretel fuese admitida en el CEREP, su madre debe ser hospitalizada una vez más. Es por una cuidadora del hospital que la adolescente será informada de ese hecho consumado (“no vuelvas a tu casa, tu madre no está”). Ella se fuga inmediatamente buscando refugio junto a un agente hospitalario con el que se había esbozado una relación. Esta decisión se aclara por el hecho que cada vez que la madre era hospitalizada, en el período anterior, la abuela había venido autoritariamente a su hijo para instalarlo en casa de su nuera para que cuidara a los niños. Esto no era bueno porque el hombre peleaba con los niños y maltrataba sobre todo a Gretel con el pretexto de hacerla estudiar (fue en esta situación que ella había tomado los medicamentos el año anterior). Gretel entonces se fuga hacia ese único hombre que conoce cuando se entera de la hospitalización de su madre. Se notará a continuación que ella parece no tener conciencia de las tendencias delirantes de su padre, mientras que está al tanto de los episodios de su madre.

Nuestro cuidado se va a centrar de entrada principalmente sobre la relación dual-diádica entre Gretel y su madre. Ambas se controlan estrechamente, cada una pensando en proteger a la otra. Sus disputas son violentas y la madre la golpea muchísimo. Es de hecho en una tonalidad existencial de vencimiento que Gretel integra las violencias parentales, con cierta impotencia para comprender. Por otro lado, es una vivencia similar que parece haber experimentado a través de los avatares de su propia

hospitalización (fue necesario durante un tiempo ponerla en sección cerrada).

Es evidente que Gretel trató siempre de ser una buena niña, lo más comprensible posible frente a las reacciones parentales. Es sobre todo frente a su padre que su indulgencia y su complacencia parecen sin límites; mientras que por su madre ella dice experimentar una piedad fuertemente marcada de ambivalencia. Se puede suponer que la descompensación de esta adolescente habrá constituido para ella una oportunidad de salir de la pseudo-madurez conocida en los hijos de psicóticos.<sup>6</sup>

Nuestras reuniones equipo-familia se harán mensualmente, reuniendo alrededor de Gretel la pareja de responsables del Hospital y el psiquiatra, con la madre y la hija al principio, después el hermano, el abuelo paterno y al fin el padre, y después la abuela materna en una pasada por París. Asombra el hecho que la jovencita logra rápidamente utilizar esos encuentros para que se trate lo que la inquieta o la preocupa; de manera que más que Benjamín, ella tendrá un lugar de sujeto en este trabajo de familia y eso a pesar de la reticencia masiva de su madre a que sean abordados “los asuntos de la vida privada”, es decir los problemas de familia.

El psiquiatra se encontrará contrariado por esta madre en posición de suegro abusivo y manipulador. Piensa que es necesario contactarse por carta con el padre que está en el Midi; y la respuesta sucinta aporta un mínimo de caución paternal. El padre anuncia su venida a París durante el año de manera que podremos verlo. Gretel comienza a llamar a su psiquiatra “pequeño Penot”, un poco como si dijera “pequeño Juan” o “papito”. Como tema de redacción en francés ella eligió “La bella y el vagabundo”.

---

6 Ver sobre el tema el trabajo de Mme. Micheline Enriquez en la Revista Tópico N° 38. y también el estudio de Fierre Bourdier “La hipermaduración de los hijos de padres enfermos mentales” en la Revista Francesa de Psicoanálisis, enero de 1972.

Las vacaciones de invierno plantean un problema de fuerza con el abuelo que pretende imponer condiciones que nosotros juzgamos inaceptables: él quiere “ayudar” a Gretel a ir a Normandía a casa de la abuela materna aprovechando una “misión” que tiene que hacer en auto en la región; pero para eso no tiene en cuenta las fechas en que se cierra el Hospital Diurno y en venganza rechaza proporcionarle simplemente un boleto del tren a su nieta. Debemos, pues, asumir una posición dura que privará a Gretel de esa estadía habitual de las vacaciones. Este asunto provoca un encuentro tirante con el abuelo.

En seguida la madre nos anuncia que acaba de tomar una decisión: vuelve a lanzar su procedimiento de divorcio que se había empantanado a causa de la internación y puesta en tutela de su marido. Pero sobre todo ha tomado un abogado para ella; ese punto es capital porque hasta entonces su suegro la había obligado a contentarse con el abogado elegido para su hijo. Además del aura de peligro del divorcio en esta familia, la madre afronta subjetivamente un riesgo considerable. La retorsión del abuelo no se hace esperar: deja de aportar la ayuda financiera y se limitará en adelante a dádivas ocasionales, especialmente al hermano de Gretel. Es evidente que en este asunto la madre ha tomado un apoyo identificador en nuestra rebaja, en lugar del abuelo bienhechor.

Pero Gretel se preocupa por su padre, pues sabe que ha sufrido una tiroidectomía; ella le habla por teléfono pero su voz la ha impresionado terriblemente (la afección de un nervio recurrente le ha ocasionado, sin duda, la parálisis de una cuerda vocal). Ella es presa de fantasmas terribles, viendo a su padre sobre un lecho o sobre una mesa de operaciones. Las semanas sin noticias acrecientan esta ansiedad y se confirma que Gretel y su madre han pensado juntas que él debe tener cáncer. El mito familiar funciona pues sobre ese punto: la continuación del divorcio debe acarrear la enfermedad fatal (como ocurrió con la abuela materna).

Decidimos escribirle oficialmente al padre, quien contesta en seguida, anunciando su próxima venida por el asunto del divorcio. Espera que comprendan que sus pocos recursos lo obligan a esperar convocación del juez para poder desplazarse hasta París.

Pero la madre será impulsada por su propio movimiento de emancipación; ella se balancea en bloque en una actitud hostil frente a toda ayuda, declara al grupo de padres estupefactos que su hija (como ella misma) han sido demasiado “psiquiatrizadas”. La reacción no se hace esperar: sus colegas de trabajo deben hospitalizarla nuevamente.

El abuelo propone inmediatamente hacer volver a su hijo para instalarlo en casa de ella, a lo que nos oponemos firmemente. El albergue temporario de Gretel y su hermano se impone y tenemos en vista un hogar, cuando el abuelo se contacta con nosotros para anunciarnos que él podrá tenerlos el tiempo necesario (con su amiga que se muestra positivamente dispuesta).

Gretel se muestra netamente más segura y después de la vuelta de su madre a la casa y el retorno a una vida más normal es posible entrever para ella una fórmula independiente de vacaciones. Ella se ha vuelto más vivaz y demuestra en el Hospital Diurno múltiples facetas de sí misma; su vida fantasmática se revela muy rica y manifiesta cierto talento para la expresión escrita. Su actitud preocupada, centrada en las necesidades de sus padres, ha dado lugar a una exuberante adolescente de mejor aspecto. Dentro de una lealtad familiar ella frecuenta los cafés; en uno de ellos descubre a un hombre, del que se pregunta si no es su padre que ha venido sin prevenirla quizás para sorprenderla. El debe haber cambiado en los dos años que no lo ha visto. Ella va a realizar con eso todo un trabajo en el plan fantasmático y se nota cómo le ha sido necesario idealizar defensivamente ese padre desfalleciente. Al mismo tiempo se identifica manifiestamente con él en su comportamiento más agresivo, sobre todo frente a su madre.

En este final de su primer año de custodia nos anuncian la llegada del padre (por el abuelo). Gretel tiene una reacción de tipo maníaca: eufórica y excitada, ella no deja de bailar. Nos es necesario neuroleptizarla para evitar que no esté hospitalizada cuando venga el padre. Y sin embargo, en su grupo de amigos, ella “existe” manifiestamente más, mostrándose menos seguidora. En los días que preceden la venida de su padre, ella tendrá una relación amorosa con un nuevo adolescente del CEREP; el parecido de este joven con el hermano es asombroso y acentúa aún más la dimensión narcisista de dicha relación. Pero esa relación peligrosa y arriesgada no constituye un progreso evidente en relación al “acting” del año anterior con el agente hospitalario (en el mismo contexto fantasmático de la venida inminente del padre).

Este se presenta al fin, seguido de cerca por el abuelo, al acecho. Nuestra entrevista con ambos (en presencia de Gretel y su hermano) será penosa en razón del *parti pris* de dominación aplastante de uno sobre el otro; el padre de Gretel se muestra sumiso y digno de compasión, no pudiendo ni siquiera ofrecerles una comida a sus hijos. Pero su hostilidad es bien perceptible hacia su padre y se las ha arreglado para alojarse en París en casa de viejos amigos. Su situación de padre humillado es sentida sobre todo por el hermano de Gretel más que por ella misma que es toda sonrisa y cálida atención. Es a nuestros ojos una conquista positiva que el padre haya podido venir aún sin dinero; la madre se había quedado prudentemente en su casa y apenas vio a su marido cuando éste dejó a los hijos.

Gretel encontrará después más calma y enfoca sus vacaciones de verano en compañía de su madre y también en casa de su abuela en Normandía. Pero no se podrá evitar una nueva prueba con el abuelo que pretendía hacer salir a Gretel sin tener en cuenta las fechas del Hospital Diurno.

Decididamente en esta familia serían ante todo los personajes “abuelos” que deberían ser un poco “matados” simbólicamente. Los *clashes* repetidos sobre las fechas de las vacaciones parecen actuar en el mismo sentido que la toma del abogado por la madre: se trata, en suma, de llevar esta generación de abuelos a soportar un mínimo de castración simbólica para desalienar algo a los descendientes.

En setiembre Gretel vuelve en un estado muy incierto. Ha perdido sus medicamentos en su estadía en Normandía y se nota que ella no ha podido manifestarse positivamente allá, haciéndose un poco la loca en el café familiar. Pero se enganchará favorablemente en un programa de tercero, dando la impresión de estar más triste por sus vacaciones desperdiciadas que verdaderamente deprimida. Se la incita a buscar por sí misma un analista del CEREP.

El abuelo llega de improviso (como le gusta hacerlo) para obtener un certificado de escolaridad: se trata de llenar un legajo para levantar la tutela que ejerce sobre su hijo; éste quedará en el Midi donde ha hecho un pedido de empleo protegido. En seguida la madre pide verlos; ella se muestra de golpe ansiosa, sin duda frente a la concretización de algo que ella teme, puesto que el levantamiento de la tutela facilitaría el divorcio. Pero ella no llega a expresar su ansiedad más que en relación a Gretel y a la eventual psicoterapia de la joven.

Nos enteramos al día siguiente que la asistente social de su trabajo ha debido hospitalizarla. La impresión que domina es que esta madre se encuentra confrontada por el hecho de la emancipación de su marido y de su hija, a la angustia de su futuro de mujer joven aún, y a la incapacidad de cuidarse, tal cual lo ha demostrado hasta el presente.

Gretel debe, pues, vivir de nuevo algún tiempo con su abuelo, pero se muestra menos sumisa, lo que es mal soportado; la ruptura será después total. Ella pasará las pequeñas vacaciones con su abuela en Normandía y

vuelven juntas a París para la salida del hospital de su madre. Las encontramos a las tres, lo que permite reconstituir muchas cosas, empezando por las estadias de Gretel en ese pueblo familiar. La abuela puede expresar su sentimiento de impotencia para establecer un mínimo de contacto con una Gretel huidiza e inconstante, que no le confía sus aspiraciones -como pasó a propósito de su deseo de rever a una prima de su edad que vivía en la región- cosa que podría haberse realizado. La adolescente está manifiestamente impresionada por esta puesta a punto de la abuela, que bien cuestionándose ella misma hace aflorar su dificultad persistente para hacerse entender en su familia.

Cuando la madre sale del hospital podemos decirle cuan deplorable es que se haga hospitalizar reiteradamente en crisis, dejando sus medicamentos y su psicoterapia. ¿Cuándo por fin va a comenzar a cuidarse convenientemente? Ella habla entonces de la psicoterapia de Gretel, lo que nos lleva a decirle: “Vuestra hija no podrá permitirse una psicoterapia para ella misma hasta que usted no tenga el coraje de hacerla para usted misma.”

Se confirmará que ese trabajo con las tres generaciones de mujeres habría favorecido una mejor posesión de cada una; y las vacaciones las pasarán en Normandía. La madre comenzará al fin una psicoterapia que le había sido propuesta desde largo tiempo atrás por su servicio de trabajo. Ella podrá cuestionar con humor su relación con su hija: Es verdad que yo me comporto a veces como si tuviera dieciséis años, entonces yo no sé qué edad tiene Gretel, ¿comprenden ustedes?” Ella está contenta de que su hija haya encontrado un trabajo regular de *baby sitter*. “Yo, dice, soy frágil y sin embargo trabajo”. Gretel al contrario no desea continuar sus sesiones preliminares con el analista del CEREP, considera que no es el momento, que ella tiene cosas que vivir.

Al final del invierno el padre vuelve para regularizar el divorcio. Eso lleva a la madre a refugiarse algunos días en el hospital; ella se hará

representar por su abogado aunque preguntándose si puede confiar en él. Esta historia va a terminar en un reglamento simbólico. Recibimos al padre solo con Gretel y hablamos sobre todo de escolaridad y orientación profesional.

Al mismo tiempo, Gretel actúa nuevamente instalando en su casa un compañero sin trabajo que conoció en Normandía y la madre descubre el asunto al volver del hospital. Ella reacciona muy mal con la sensación de ser desplazada de su casa, lo que nosotros precisamente habíamos logrado evitar que hiciera el padre. La serie de *actings* de Gretel es bastante conmovedora, sobre los abandonos de su madre del domicilio; ella acentúa la gestación de un vivir incestuoso en la familia. Pero es ella la que se irá a vivir con su amigo, en un cuarto que pagan con su *job*. Nos es entonces muy difícil mantener nuestra custodia en el hospital en tales condiciones de existencia.

La responsable del grupo es agredida por teléfono por la madre, que nos acusa de haber empujado a su hija hacia la desvergüenza; ella no quiere volver a verla en compañía del muchacho. A lo largo de varias semanas esta mujer responsable y otra mujer del equipo deben soportar subjetivamente la pesada carga de la angustia y de la culpabilidad que le delega la madre. De golpe ellas se sienten inclinadas a ver los hombres del equipo -y sobre todo el psiquiatra- como irresponsables, tan incapaces de apoyarlas como de encuadrar firmemente a Gretel. Ellas sospechan sin embargo que ellas heredan algo que se les ha transferido a través de Gretel y su madre; es asombroso, por ejemplo, comprobar hasta qué punto la responsable del grupo llega a expresarse de un modo mimético con las maneras y la entonación de la madre. Ella dice ser conciente pero no lo hace expresamente.

El problema, en un fenómeno transferencial de ese tipo, es que su carga puede tocar los límites de la resistencia y el amor propio de la cuidadora.<sup>7</sup>

### **Gretel parece franquear un obstáculo.**

Dos elementos nos llevan al optimismo: por un lado la capacidad de reflexión de la que da pruebas cuando se comienza un diálogo con ella; por otro lado, el efecto producido sobre la madre. Cuando ésta viene al CEREP parece transformada: su aspecto físico es mucho más agradable y se desprende la impresión que ella ha sido cuidada a través de lo que ha podido vivir su hija (y lo que la responsable endosó por ella). Es necesario recordar que ella concibió a Gretel por accidente, lo que precedió al tiro de fusil “accidental” del abuelo. Las cosas pasarán ahora entre madre e hija como si el vivir traumático estuviera superado. Gretel hace trámites en el *planning* familiar, y logra entenderse con su madre para hacer diversos exámenes complementarios. Pudimos dejar toda medicación neuroléptica a fines del invierno. Ella se alejará de su amigo y volverá por’ algún tiempo a casa de su madre, al final del año escolar. Se logra que prepare su *Brevet* de enseñanza profesional en un internado durante los dos años siguientes. Las dos mujeres sienten que su cohabitación puede ser difícil a pesar de la consideración que ellas han reforzado una hacia la otra.

Nuestro trabajo habrá permitido una recompensación mínima de la generación de los padres; el infantilismo durable de esa generación hipoteca gravemente el proceso de la adolescencia al nivel de la generación siguiente. En el caso de padres, ambos psicóticos declarados, es posible que una determinada localización simbólica se efectúe a través de un tercero

---

7 Ver el artículo de Guy Scharman “Narciso contra Narciso”, donde este problema de la capacidad de endosar vivencias está enfocado en relación al equipo institucional en su conjunto con el riesgo de sentirse desautorizado, desestimado...

social, del resto de la familia, o de la confesión de los mismos padres. Los efectos de “forclusión” en el plano de la significación pueden ser menores que cuando los padres se manifiestan como “neurosis de carácter” no descompensadas, con tendencia a proyectar toda la locura sobre el hijo. En la custodia de Gretel es cierto que en función del esfuerzo del cuestionamiento consentido por los diferentes miembros de la familia se pudo separar las condiciones de un espacio psíquico propio a cada uno y a nuestra adolescente en primer lugar. Es por eso que esta observación puede ser un ejemplo como lo es la familia de Benjamín.

Considerando después una custodia institucional de ese tipo, estamos tentados de decir -parodiando una frase célebre de S. Freud- que el sistema narcisista constituido por esta familia deja de ser considerado como tal con la condición de agregarle nuestros cuidados institucionales. Se ha podido ver, en efecto, que nosotros nos encontramos como terapeutas en el juego de las instancias familiares, a través de modalidades transferenciales que sitúan nuestra metodología y nuestra conceptualización en el límite del campo psicoanalítico en tanto éste se defina por el hecho de tratar las imágenes parentales constituidas en el fantasma.

**VENTANA ABIERTA A LA  
NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE  
(NRP)**

Ed. Gallimard, France

Sección estable de la RUP, coordinada por *Luz M. Porras de Rodríguez*\*

La NRP, editada en francés,<sup>1</sup> aparece en otoño y primavera del hemisferio norte desde el año 1970, con un tiraje ininterrumpido; cada diez volúmenes presenta un índice por autores consignando el título del trabajo y el número del volumen (por ej. la N° 10 tiene indizados los primeros cinco años).<sup>2</sup>

Su Director, J.B. Pontalis, fundador, está secundado actualmente en la Redacción por: François Gantheret, Michel Gribinski, Laurence Kahn y un Comité integrado por: Didier Anzieu, André Green, Jean Pouillon, Guy Rosolato, Víctor Smirnoff y Jean Starobinski.

J.B. Pontalis, refiriéndose a esta creativa propuesta, con motivo de cumplirse los diez años de la NRP (N° 20), en su trabajo<sup>3</sup> de presentación desgrana las siguientes reflexiones:

*“... hemos propuesto a nuestros colaboradores algunos temas de reflexión, dejándolos en entera libertad de tratarlos a su manera. ¿Cómo hemos elegido estos temas? Nos ha parecido que ciertos problemas se planteaban en Francia, si no de una manera absolutamente específica, por lo menos con una particular agudeza, y que exponiéndolos, buscando cercar los contornos y definir las posturas en juego, se dibujaban los trazos de nuestro paisaje psicoanalítico”.*

---

\* Br. Artigas 1414 piso 1. 11300 Montevideo.

1 Salvo señalamiento de lo contrario, los textos traducidos del francés son de la autora.

2 En el momento actual tenemos la colección completa en nuestra biblioteca.

3 Pontalis, J.B. *Le métier à tisser*. Dans “Regards sur la psychanalyse en France”. Nouvelle Revue de Psychanalyse N° 20, Ed. Gallimard, 1979, France.

Un planteo donde cada autor se vería tocado dentro de la propuesta en su perfil teórico pero también en el modo de encontrar su “escritura” - escritura que es también un telar-. Intercambio entre analistas, escritura, lectura...

“La metáfora del oficio del tejedor (*métier á tisser*), transmitida a Freud por Goethe y que Freud nos ha legado, es la de nuestro ‘**métier**’: ni sabios, ni artistas, nosotros trabajamos como artesanos (**à façon!**). Entre el terreno del psicoanalista y el no-territorio del psicoanálisis, los hilos se tejen, sin fin, como entre cada paciente y **su** analista, cada analista y paciente. Entre la clínica y la teoría, la lanzadera prosigue su trayecto; entre lo manifiesto y lo latente; entre las palabras y la carne. Entre nuestra práctica y aquella de aquellos de nuestros colegas franceses y **extranjeros**, con quienes tratamos; entre Freud y el análisis corriente; entre el psicoanálisis y lo que se dice y se trabaja afuera.

Otros dirán probablemente después de diez años, lo que la *Nouvelle Revue de Psychanalyse* les ha aportado, y la parte que ella ha tomado en el movimiento del psicoanálisis en Francia. Ningún amo (*maître*) acá para proferir la ley ni maestro (*magister*) para dar la lección. Nada más que el trabajo -no colectivo pero perseguido tenazmente, con placer y pena, por algunos. Telar (*ojlcio*) para tejer, telar para pensar, telar para decir, para escribir de vez en cuando, que no obedece más que a una exigencia: aquella de querer decir lo que se ofrece a ser tejido, lo que pide ser pensado.”

Dice Christopher Bollas:

“Quiero consignar también mi reconocimiento a J.B. Pontalis, editor de la *Nouvelle Revue de Psychanalyse* por haberme invitado a escribir contribuciones para su revista. **Es un hombre que alienta una libertad de pensamiento y de expresión que es rara en el mundo de las publicaciones psicoanalíticas...**”  
(Subr. L.P.)

En “Reconocimientos” (*La Sombra del Objeto*, AE, Buenos Aires, 1991)

Decir entre analistas, escritura, lectura, cañamazo que la NRP ha sabido engarzar a lo largo de estos años en motivos creados por los “Argumentos”; así se han creado “Ecrire la psychanalyse” (Vol. N° 16), “Diré” (Vol. N° 23), “La lecture” (Vol. N° 37).

Michel de M’Uzan y J.B. Pontalis en un intercambio de puntos de vista en “Ecrire, Psychanalyser, Ecrire”<sup>4</sup> señalan:

*“M’Uzan ... (en la) crítica, ficción u obra psicoanalítica, no se escribe nunca lo que uno piensa, sino otra cosa, porque la construcción de un texto arrastra la relexión en una dirección que el autor no siempre ha previsto.”*  
(p. 23)

...

*“Pontalis... yo tengo en vista otra cosa: el trabajo de escritura. Lo entiendo en el sentido del trabajo del sueño. Las operaciones tan complicadas que el sueño realiza de alguna manera espontáneamente, el analista escritor debe-y esto tiene sus consecuencias- tomarlo a su cargo.”*  
(p. 24)

Fragmento de un diálogo cargado de sentidos que marca la propuesta que pone en marcha la escritura de ese volumen. Veamos cómo se despiden:

**Pontalis.** Suspendemos acá, si tú quieres, nuestro intercambio. ¿Dónde vas, ahora?

**M’Uzan.** ¿Ahora? Yo tengo alguna cosa para escribir. ¿Y tú?

**Pontalis.** *Yo tengo que atender a un paciente. Tú ves, el intercambio continúa.”*

\* \* \*

---

4 Michel de M’Uzan y J.B. Pontalis. Dans *Ecrire la psychanalyse*. NRP N° 16, Ed. Gallimard, 1977, France.

Esta ventana abierta tiene como cometido, entre otros, motivar y acercar la lectura de la revista intentando “salvar las barreras de la lengua”. Destaco también la importancia de la NRP, que merece un aparte como reseña entre otras revistas, por los trabajos originales escritos especialmente para ésta (franceses y en algunos casos traducciones de trabajos ingleses). Del mismo modo hay que señalar que los trabajos publicados han sido luego compilados por algunos autores junto con otros trabajos inéditos (o publicaciones de otras revistas), en libros que en algunos casos se encuentran traducidos al español, por ej.: “Elementos de la interpretación” de G. Rosolato.

La forma que le daremos a esta sección se irá configurando en la senda que recorramos, privilegiaremos un comentario general de la última revista (que haya llegado al país), así como algún artículo de interés. Pero además nos hemos propuesto otro cometido, en la medida que no creemos que los artículos “envejecen”, trataremos de incentivar el “descubrimiento” de trabajos publicados a lo largo de 22 años, lo que nos permitirá promover su lectura y enriquecer nuestros intercambios psicoanalíticos, entre-tejidos (al decir de J.B. Pontalis) con los analistas que allí hacen su aporte. Que ella también sirva en cada lectura para establecer referencias internas (e interiores) como un texto-tejido a rediseñar, que punteen, señalen, diseñen un espacio de trabajo, entramado con nuestra práctica.

Queda abierta esta ventana que recibirá reseñas y comentarios de aquellos que así lo deseen.

*Luz M. Porras de Rodríguez*

*Enero 1993*

## RESEÑAS

### *INTERACCIÓN TEMPRANA.*

### *INVESTIGACIÓN Y TERAPÉUTICA BREVE*

**Autores:** Mercedes Freiré de Garbarino (Coordinadora) Correa, V., Escudero, M., Freifeld, F., García, C., García, R., Guerra, V., Lanza, V., Marques, Ai., O'Neill, Z., Ortega, M., Oyenard, R., Santiago, G., Sapriza, M., Sburlati, M.S., Weigensberg, A.

Editorial: *Roca viva, Montevideo*

Año: 1992

Páginas: 154

Reseñado por: *Paulina Volinski de Hoffnung*

Es el fruto de la experiencia de un grupo de trabajo teórico-clínico con diversas vicisitudes que en 1988 se aboca a diseñar una investigación en el Hospital Pereira Rossell, Clínica de Psiquiatría Infantil, orientada a intervenciones breves de base psicoanalítica, con lactantes de tres a doce meses, que habían presentado trastornos del sueño.

Los autores desarrollan, a partir de la concepción de una acción mutua entre madre-bebé, el proceso de interacción temprana durante los primeros meses de vida del bebé jerarquizando la configuración de lo que denominan “estructura interaccional temprana” (E.I.T.)

El funcionamiento en cada día puede presentar modalidades propias e incidir y aún determinar en gran parte la estructura futura del bebé.

Estudian los desencuentros iniciales que a veces son generadores de síntomas.

De ese modo, se abocan a mostrarnos que los trastornos del sueño pueden ser uno de los síntomas que se manifiestan en lo inmediato y

consideran que, en lo mediato, facilitarían un terreno fértil para el surgimiento de otras dificultades.

La “estructura interaccional temprana” estaría conformada por tres elementos:

- a. imagen interna (que la madre tiene de su bebé)
- b. ritmos y sincronías (en un encuentro trófico)
- c. semantización y decodificación (como actividad materna tendiente a dar sentido a los gestos de su bebé)

M. Freiré de Garbarino y colaboradores hacen un recorrido por aportes de otros autores, que enriquecen con sus propias investigaciones.

Un ejemplo es su forma de explorar las vías para captar las representaciones (sobre todo las preconscious) que la madre tiene de su hijo, sea en el período pre-parto como en el post-parto y las modificaciones que se van operando. Para acceder al conocimiento de dichas representaciones importa el “cómo” la madre semantiza las acciones o falta de actividad de su bebé y “cómo” desarrolla la actividad rítmica. Considera que aquí pueden detectarse los posibles orígenes de representaciones patológicas que van a gravitar sobre la E.I.T.

Esto nos da la pauta de la importancia de la detección temprana a que está abocado el grupo y el vital interés de encontrar intervenciones que relancen hacia una mejor circulación en el funcionamiento de la díada.

Conflictos interaccionales que permanezcan encapsulados podrán afectar el desarrollo futuro de la personalidad. Han comprobado que las intervenciones oportunas hacen ceder el síntoma del trastorno del sueño, lo cual actúa como acicate y estímulo para la continuación de las investigaciones.

Respecto a la técnica utilizada, encuentran que tiene puntos en común básicamente con: lo comportamental, sobre todo Brazelton y Field y la

psicoanalítica, especialmente autores como Cramer, Lebovici y Palacio Espasa por sus aportes en intervenciones tempranas.

Apuntan al objetivo de superar ese factor perturbador que son los trastornos del sueño, a partir de la hipótesis de que hay que buscar su causa en la interacción madre-bebé.

Enfatizan el aquí y ahora de la situación terapéutica, que dará lugar a la intervención del técnico. Para acceder a ella, el uso de su contratransferencia es herramienta de gran utilidad. Toman en cuenta el pasado de la madre, cuando ella se refiere al mismo.

Un factor a explotar en la madre es cuál imagen interna tiene de su bebé, es decir cuáles representaciones se revelan en la escucha que remiten a fallas maternas ya que un punto nodal es el papel del narcisismo en la crisis de maternidad.

Aquí plantean estrategias diversas y diversos modos de instrumentar las intervenciones, jerarquizan el rol del terapeuta y la importancia de su captación dirigida al momento especial por el que está pasando la madre y a su vez la díada y el sistema del bebé.

Pensamos que las intervenciones pueden producir desestructuraciones de la E.I.T., que serían momentos de pasaje a modos de reorganización más favorables, a reencuentros de la díada. El acto terapéutico los enfrenta a intentar precisiones, a buscar respuestas a interrogantes que continúan transitando y que llevan a estimulantes hipótesis teórico-técnicas.

En los “encuentros tróficos” predomina la investidura libidinal; cuando éstos se perfilan como “encuentros agresivos” las intervenciones tendrán el propósito de cambio hacia una actitud libidinal. Y en los “desencuentros” apuntan a favorecer el acuerdo de ritmos.

Los autores ejemplifican cómo se puede detectarlos en la experiencia clínica.

El estudio de la díada madre-bebé remite a cada pareja y al momento especial para su hijo. Cómo en cada pareja se crea un espacio diferente para cada hijo. Reflexionan sobre funciones y lugares de cada uno, lo que los lleva a plantearse el concepto de estructura familiar inconsciente que remite a la propia historia de la familia de origen.

Es alrededor del año de vida del bebé en que señalan los autores la suma importancia de la incidencia del padre.

Por diversos caminos se enfrentan al interrogante de cómo cuenta el padre en el desarrollo del bebé y en la génesis de su patología. Recorren el proceso que va desde la ausencia de diferenciación del padre a la aparición como distinto de la madre y luego a la representación del padre en la estructura edípica. Proponen entonces las formas cómo puede incidir en la patología, formas directas o indirectas que aparecen en las viñetas clínicas. Consideran que el padre al asumir su función adecuadamente provee de aspectos básicos desde el primer año de vida.

En el procesamiento de la investigación de las distorsiones del vínculo interactivo, les surgieron casos cuya problemática dificultaba la prosecución de la experiencia. Sea por marcada patología de la madre o por la precariedad de la inserción social, o casos de adolescentes que capitulaban en asumirse como madres, aun así integran en su mayoría la consecución del plan previsto y ciertas mejorías están ilustradas, así como las dudas e interrogantes con que se encontraron.

Prologaron el libro F. Palacio Espasa y J.L. Díaz Rosselló, enriqueciéndolo con sus señalamientos.

Coincidimos en destacar la originalidad de una investigación y enfoque terapéutico dirigido a un síntoma, los trastornos del sueño en el bebé, que focalizan en la noción de “Estructura Interaccional Temprana”, aportado por los autores.

*Paulina Volinski de Hoffnung*