

Más allá de las palabras

Juan Carlos Neme,

*Raquel Morató de Neme**

En los últimos años hemos constatado la aparición o concomitancia de enfermedades orgánicas graves, especialmente cáncer, en el transcurso del trabajo analítico. Esto ha llevado a interrogarnos acerca de cómo inciden en el proceso analítico y qué modificaciones implican en la técnica, que necesitan ser teorizadas.

El modelo freudiano nos muestra un largo recorrido, desde la hipnosis su modificación, colocando la mano sobre la frente hasta la libre asociación que nos lleva a cambios en la técnica, según las necesidades frente al eventual fracaso o inoperancia de las anteriores. En las siguientes viñetas mostraremos las propias modificaciones establecidas por el paciente y las nuestras, deseando compartir las reflexiones teóricas que esto nos ha suscitado.

Dejamos de lado la enigmática relación psique-soma, campo de investigaciones múltiples, (Marty, P. 1976, 1984, 1985), (Chiozza, L. 1987). El sentido inconsciente de los síntomas somáticos, en qué momento surgieron en relación al proceso analítico, antes o durante de acuerdo a la clasificación de Yorke (Yorke, C. 1980), tampoco lo discutiremos. Por otro lado, nos preguntamos qué posibilidades existían de detectar desde la estructura psíquica del paciente, la posibilidad del desarrollo de una enfermedad tan grave y destructiva. Como corolario de esto, sí se podría haber predecido y evitado.

Centraremos nuestra atención acerca de un comportamiento común: los

* Tomás Diago 713, Montevideo 11300

cuatro pacientes que presentamos, al hablar de sus enfermedades en situaciones críticas, se sentaron adoptando la posición cara a cara.

Esta situación nos llevó a Interrogarnos acerca del sentido de este cambio en estas circunstancias, que implica una modificación en el encuadre analítico y cómo se entrama en nuestro trabajo. Qué papel desempeña en el adulto lo no verbalizado, punto éste que viene siendo investigado en nuestro medio en el análisis de niños (Casas de Pereda, M. 1991; Cárdenas de Espasandin. M. 1989) y de adolescentes pero que creemos que en el análisis de adultos adquiere, en determinados momento, un sentido específico.

A continuación presentaremos cuatro viñetas clínicas.

El Sr. A es un empresario en la edad media de la vida que consulta por dificultades en su relación de pareja y en el trabajo con su socio. A los pocos meses de Iniciar su tratamiento relata molestias somáticas por las que está siendo estudiado, no teniendo un diagnóstico preciso, según el paciente centrando sus preocupaciones en su divorcio, los problemas con sus hijos y la diversidad de criterios para manejar la empresa. Sus síntomas somáticos se hicieron más manifiestos, continuando con la imprecisión diagnóstica, las dificultades para hablar de los mismos, a pesar de lo cual, con insistencia logró explicitar que el diagnóstico era de cáncer y que se presentaban diferentes alternativas terapéuticas.

La Sra. M. también en la mitad de la vida, consultó enviada a un tratamiento individual, después de una terapia de pareja fracasada porque su marido no quiso continuar. Desde el inicio llamó la atención la pobreza de su lenguaje y las dificultades para expresarse la mayoría de las veces. Durante el transcurso del análisis pudo adquirir una limitada libertad para manejarse y desarrollar tareas que le permitieron tener sus ingresos propios, pero no pudo separarse de su marido por razones «económicas», a quien decía odiar. Comienza con síntomas poco específicos, consultando médicos quienes no le dieron importancia. En uno de los exámenes se le constata una tumoración, desconociéndose si su origen es benigno o maligno. Al enterarse de esto hace una crisis de diagnóstico con una ansiedad muy severa. Frente a la posibilidad de una intervención que la aterra, está dispuesta a morir antes de verse mutilada.

La Sra. C., de 37 años, en el momento de consultar era separada, sin hijos, profesional. El motivo para iniciar el tratamiento era bajo rendimiento laboral

y dificultades para iniciar una nueva relación de pareja. Durante los 5 primeros años de tratamiento, logró rendir mejor, al mismo tiempo que disfrutar de su trabajo y tener un vínculo de pareja estable. Era llamativo que con cada nuevo logro surgiera algún síntoma somático: bronquitis, cefaleas, malestar estomacal Indefinido, desórdenes menstruales, hipertensión que cedió con medicación. Al poco tiempo de restablecerse de una neumopatía, se encontró un bulto en un seno. Rápidamente consultó al médico y el resultado de la biopsia fue de cáncer, decidiéndose extirpar el seno en esa misma semana.

La Sra. O. consultó a los 45 años, después de la muerte de su madre que convivía con su familia (esposo y 2 hijos adolescentes) por sentirse desbordada en tanto que su madre siempre se había hecho cargo de la casa y del cuidado de los hijos, mientras ella desarrollaba múltiples actividades fuera de la casa. A los 3 años de análisis, después de una reestructuración de la familia, donde cada uno de los miembros se fue haciendo cargo de sus propias actividades y ella teniendo más éxito en las suyas, se descubrió una tumoración en un seno, siendo ésta extirpada.

Estos cuatro pacientes, en los momentos que abordaron alguna situación crítica de la enfermedad, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, se sentaron en el diván mirando al analista, volviéndose a recostar una vez que esta situación era relatada. Esta modificación en el encuadre, introducida por el propio paciente, nos llevó a reflexionar sobre el sentido que adquiriría el cambio de posición.

En primera instancia nos planteamos si el propio paciente consideraba la enfermedad como algo que provenía de la realidad, no formando parte del proceso analítico. Esto es un punto polémico planteado ya en los escritos de Freud (Freud. S. 1931) respecto al grado de analizabilidad cuando existe una enfermedad orgánica. Waldhorn, más recientemente, coincide con Freud sobre la imposibilidad del proceso psicoanalítico concomitantemente al tratamiento de padecimientos orgánicos (Waldhorn, H. 1960). No nos centraremos en este planteo, prefiriendo Investigar el sentido de mirar al analista y ser mirado por éste durante la sesión de análisis.

Nuestra hipótesis de trabajo es que el paciente, en estas circunstancias cruciales busca en el analista, más allá de las palabras, un contacto afectivo mayor que lo remite a los tempranos procesos de espejamiento.

Para abordar este punto efectuaremos previamente una revisión de algunos

autores que se han ocupado de investigar la importancia de la mirada, como medio de comunicación, desde los primeros momentos de vida del ser humano.

Citaremos en primer término los aportes de Lacan (Lacan, J. 1949), donde señala la importancia de la etapa del espejo en que el niño se ve como un todo unificado, reparando así el sentimiento de fragmentación que existe antes de que adquiera la capacidad para usar símbolos. Más tarde, Winnicott (Winnicott, D. 1967) elaboró este concepto de Lacan en el contexto del vínculo madre-niño, centrándose en el rostro de la madre ejerciendo la función de espejo, el niño, por medio de la mirada busca transmitir a la madre sus estados afectivos, quien a su vez se los refleja al niño, lográndose una óptima comunicación. Kohut, con un enfoque teórico diferente (Kohut, H. 1977) centrado en la patología del sí mismo, insiste sobre la importancia de responder con una Imagen especular adecuada por parte de la madre la mayor parte del tiempo. Esto lleva a la consolidación de si mismo del niño, proporcionándole la autoconfianza y autoestima básicas que lo apoyarán el resto de su vida.

Más recientemente, las investigaciones sobre el desarrollo del bebé y su Interacción con la madre muestran este proceso de espejamiento como muy Importante en el desarrollo del self, confirmando estos conceptos psicoanalíticos. No sólo han sido observados y descritos en términos de respuesta visual del gesto y la expresión emocional, sino también en términos de «eco» vocal y sintonía afectiva (Emde, R. 1987; Stern, D. 1985). El eco vocal constituye la repetición por parte de la madre de la vocalización del bebé, considerándose un paso importante para el desarrollo del lenguaje durante el primer año de vida.

La sintonía afectiva, término propuesto por Stern, enfatiza dentro de la relación madre-bebé, el compartir estados afectivos internos. Esto se logra a través de comportamientos tanto del bebé como de la madre que, sin ser estrictamente imitativos, reflejan un determinado estado afectivo compartido por la díada. Stern prefiere este término al de espejamiento porque por un lado éste sugiere una sincronía temporal completa incluyendo tres procesos: la imitación, el compartir estados afectivos y en algunos casos validación consensual o refuerzo verbal.

Stern, en esta misma línea, se cuestiona si la sintonía afectiva no sería igual a empatía. Esta última según el autor comprendería la mediación de procesos cognitivos. En cambio la sintonía afectiva se produciría en gran parte en forma inconsciente y casi automáticamente. Ambas, la empatía y la sintonía afectiva tendrían en común el proceso inicial de resonancia emocional, pero esta última toma la experiencia de la resonancia emocional y automáticamente convierte esa experiencia en otra forma de expresión, no continuando hacia un conocimiento o respuesta empática.

Volviendo a las viñetas cénicas, podemos señalar que los cuatro pacientes tenían en común un Interés excesivo respecto a su apariencia corporal. El Sr. A. en su juventud y aún con nostalgia recordaba su aspiración a ser profesor de Educación Física, lo cual se había visto impedido de realizar por ser incompatible con otras opciones vocacionales.

La Sra. M., muy meticulosa en su vestimenta y cuidado personal, se había sometido a una intervención de cirugía plástica para aumentar el volumen de sus senos. Las Sras. C. y O. cada tanto comenzaban dietas de adelgazamiento y ejercicio físico bastante regular (ballet y yoga) para mantener sus siluetas juveniles. Estas tres pacientes mujeres ocupaban una parte importante de su tiempo en estas actividades.

Teniendo en cuenta que la enfermedad orgánica siempre implica una herida narcisista, en tanto daña la imagen corporal, en estos pacientes se veía exacerbada por las características descritas anteriormente, produciéndose una disminución de su autoestima y autoconfianza básicas, mayor que en otro tipo de personas.

Pensamos que esta disminución de la autoestima y autoconfianza llevó a este cambio de posición por parte del paciente y a la búsqueda del contacto visual con el mismo, para lograr así un mayor acercamiento afectivo con el mismo, proporcionándoles la resonancia emocional necesaria para poder soportar la crisis del diagnóstico y/o las vicisitudes del tratamiento.

Recordamos que la Sra. M. prefería morir antes que ser intervenida, viviendo la intervención como una mutilación y, por otro lado, se sentía abandonada por su madre, quien desde su enfermedad no la venía a ver.

Por otro lado, la Sra. C., cuando iba a realizarse su tratamiento, prefería ser acompañada por sus amigas y no por su madre, quien, según la paciente, la llenaba de ansiedad.

La Sra. O. se quejaba de que su familia actuaba con ella como si no estuviera enferma, sintiendo que se reproducía la misma relación que con su madre, donde ella nunca había sido tenida en cuenta.

Nos preguntamos si estas situaciones que implican un riesgo vital no movilizan ansiedades y mecanismos muy tempranos que llevan a la búsqueda de una reafirmación de la autoestima disminuida, para lo cual se recurre a un tipo de comunicación interpersonal más primitiva que nos remite a la temprana relación madre-bebé, si no sería una forma de evitar la regresión, que la ruptura del equilibrio narcisista ha provocado, surgiendo la necesidad de mirar al analista como persona real, intentando restaurar este equilibrio perdido.

Cuando estos pacientes introdujeron esta modificación en el encuadre nos planteamos qué actitud tomar: si preguntarles directamente o esperar que fuera el propio paciente quien, en el transcurso del proceso analítico, nos diera las pistas necesarias para aclarar esta situación. En el caso de una paciente, el analista le preguntó directamente acerca de esta nueva actitud. Respondió que de esa manera comprobaba que era mirada por el analista. Con los otros pacientes se fue viendo la búsqueda de una madre «suficientemente buena», según Winnicott, debido a carencias afectivas con la madre real.

Planteamos si las palabras dichas desde el diván no resultaban ser suficientes y de esta manera los pacientes manifestaron la necesidad de ver en nosotros, analistas, una respuesta afectiva. Ser reconocidos como un otro que está sufriendo y acompañados por él, Nosotros, a su vez, espontáneamente dejamos de tomar nota teniendo una actitud receptiva a la mirada del paciente. Este comportamiento diferente por parte del analista y del analizando nos recordó lo que señala Kohut (Kohut, H. 1984), acerca de la necesidad de un objeto self durante toda la vida y con el concepto de «resonancia» afectiva del otro de acuerdo con Modell (Modell, A. 1984), como sustentador del sí mismo en todos los seres humanos.

El funcionamiento habitual del proceso analítico, centrado en los conflictos intra- psíquicos, se ve sorprendido por la jerarquización de la dinámica interpersonal con la figura real del analista, que adquiere aquí una nueva dimensión al privilegiar el lenguaje gestual y la comunicación no verbal.

Nos cuestionamos acerca de la validez del proceso analítico en estas circunstancias donde la realidad de la enfermedad invade y opaca la

conflictiva psíquica inconsciente.

Resumen

Los autores plantean en pacientes en tratamiento analítico afectados por una enfermedad orgánica grave, las modificaciones introducidas por los mismos en situaciones críticas de diagnóstico y/o tratamiento. El adoptar la posición sentada y cara a cara al analista, los ha llevado a plantear que la herida narcisista por el daño corporal los llevaría a la búsqueda en el analista, más allá de las palabras, de una comunicación afectiva que remite a los procesos de espejamiento o sintonía afectiva propios de la temprana interacción madre-bebé, intentando lograr en esta forma un mayor sentimiento de autoestima y autoconfianza básicas. Se cuestiona sobre la validez del proceso analítico en estas circunstancias.

Bibliografía

CASAS DE PEREDA, M. *Gesto, juego y palabra. El discurso infantil*. RUP N° 74, 1991.

CARDENAS DE ESPASANDIN, M. *Un momento en la transferencia a partir del análisis de un gesto*. Jornadas de APU sobre transferencia, octubre 1989.

CHIOZZA, L. *¿Por qué enfermamos?* Alianza Editorial, Madrid, 1987.

EMDE, R. *Development Terminable and Interminable*. Congreso de Montreal, 1987.

FREUD, S. *La teoría de la Libido y el narcisismo*. XXIV Conferencia (1916, 1917), TXIV, AE, Bs. As., 1979.

KOHUT, H. *La restauración de si mismo* (1977), Paidós, Bs. As., 1980.

Como cura el análisis (1984), Paidós, Bs. As., 1986.

LACAN, J. *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica* (1949). Lectura estructuralista de Freud. S. XXI, México. 1971.

MARTY, P. *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Payot, Paris. 1976.

A propos de rêves chez les malades somatiques, R. F. de Psych. Vol. 5. 1984.

L'ordre psychosomatique, Payot, Paris, 1955.

MODELL, A. *El psicoanálisis en un contexto nuevo* (1984) AE, Bs. As., 1986.

STERN, D. *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books, Inc. Publishers, New York, 1985.

WALDHORN, H. *Assessment of Analyzability, Psychoanat. Quart.* Vol. XXIV, 1960.

WINNICOTT, D. *Papel del espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño* (1967). *Realidad y juego*. Granica Ed., 1972.