

Lenguaje Corporal y Expresión Verbal (análisis de una crisis psicótica)*

Salomon Resnik

(Londres)

Descriptores: PSICOSIS / LUGAR DEL PSICOANALISTA / ESQUIZOIDIA / CASO CLINICO

Este trabajo es un estudio clínico del análisis de una paciente esquizofrénica que tuve oportunidad de tratar durante varios años. El acento en esta oportunidad es sobre el periodo correspondiente a la crisis psicótica aguda. Es en ella donde se muestra en forma más evidente modelos primitivos de relación objetal actualizados en la transferencia.

En un trabajo anterior (5) me he referido al concepto de comunicación y particularmente a la forma de comunicación primitiva o pre-verbal, medio de expresión predominantemente corporal que es característico tanto del niño pequeño como del adulto psicótico.

En esta oportunidad vuelvo a ocuparme del tema y en relación con él de todo lo vinculado con las alteraciones de la situación transferencial, desde un comienzo. El primer acercamiento lo considero esencial, pues es el momento en que de la relación binaria paciente-analista emergen los primeros modelos de contacto. El paciente tiene un pasado personal, la experiencia analítica no, el campo operacional analítico nos brinda la oportunidad de observar como "nace" el fenómeno analítico. El pasado se integra como reactualización en el presente bajo la forma de modelos de relación primitiva dramatizados en el "aquí y ahora". Los modos de reactualización que se expresan son "imprevisibles" y surgen como consecuencia de una necesidad de comunicarse. La sesión analítica es el campo de experiencia donde el analista tiene la posibilidad de ser observador y testigo. La ordenación de sus hallazgos y utilización en la relación transferencial, contribuye a organizar el "terreno". En el paciente psicótico la disociación entre fantasía y realidad crea como necesidad la inclusión del "principio de realidad", como instrumento operacional fundamental. Solo con un marco referencial "realista", se pueden estudiar las distintas formas de negación de la realidad. Cuando el proceso analítico se desarrolla, distintas formas de comunica-clon se manifiestan. Un estudio semiológico de tales formas se hace necesario. En este trabajo señalaré sobre todo la dramatización y el lenguaje lúdico.

Creo conveniente referirme a algunos antecedentes de la paciente, que utilizaré para ilustrar algunos puntos de vista.

Antecedentes

* Este trabajo fue leído en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 2 de Julio de 1957 y revisado en 1969.

Se trata de la Sra. R, de 31 años de edad, atractiva, de modales finos, agradable.

Lo que me llamó la atención desde el primer momento era los cambios súbitos de su modalidad de presentarse.

Por momentos era una persona distinguida y adulta, que se expresaba coherentemente, otros se manifestaba como una niña pequeña con **cierta** gracia y en otras oportunidades, era fría distante y casi imposibilitada de hablar, o cuando lo hacía hablaba incoherentemente.

Según referencias de la madre, era una niña sociable, muy imaginativa, de inteligencia precoz y que irradiaba simpatía. Aparentemente era la hija preferida del padre, quien fomentaba el narcisismo de la hija.

Era la mayor de cuatro hermanos. La antecedía una hermana que había sido lobotomizada a raíz de un proceso de “deterioro” esquizofrénico. (Nota A)*

A los seis años la paciente manifestó un retraimiento ostensible, coincidiendo con la época en que estaba por producirse la separación de sus padres, se agregaron terrores nocturnos y tendencias cleptománicas.

Una de las características de la familia era su inestabilidad, cambiaban de residencia con frecuencia y dada la profesión del padre (periodista) viajaban de un país a otro.

En cuanto a la relación entre padre y madre, ésta parece haber sido sumamente conflictual desde un comienzo, por lo que tuvieron que separarse cuando la paciente tenía 10 años de edad.

Durante la pubertad y adolescencia la paciente parecía conectarse con la gente sin mayores dificultades, hasta que, próxima a los 18 años de edad, conoció un hombre mucho mayor que ella, con quien mantuvo relaciones íntimas. Poco después al ser abandonada por éste, comenzaron a acentuarse ciertos rasgos esquizoides de su personalidad. Comenzó a retraerse y desconectarse de los demás, padecía de insomnio, se sentía abúlica, deprimida y con temores de enloquecer. Decía sentir dentro de su cabeza algo “raro” que no podía explicar.

En un momento dado se encolerizó con la segunda mujer de su padre, a quien atacó compulsivamente, provocándole un aborto. Luego entró en un estado de depresión muy grande, lo cual unido a su estado anterior determinó SU internación.

Ya en el sanatorio intentó suicidarse; le aplicaron electroshocks, insulínaterapia y a los 3 meses, ya mejorada, abandonó el sanatorio. En esa oportunidad se la diagnosticó “Esquizofrenia”.

Poco después de abandonar el sanatorio contrae matrimonio, al parecer presionada por su Padre, quien debiendo realizar un largo viaje al extranjero quería dejar a su hija en manos de alguien. *Durante* la luna de miel conoció al que sería luego su segundo marido (bastante mayor que ella) con quien se casó a los 3 meses.

Aparentemente se hallaba bien adaptada a su Vida matrimonial, hasta caer en una nueva crisis al año y medio de ese segundo enlace. Como en la crisis anterior, comenzó con retraimiento, insomnio, actitudes amaneradas y risas “inmotivadas”. Adoptaba actitudes extrañas como la de esconderse dentro de su misma casa,

* **Nota A:** Tuve oportunidad de conocerla un año antes de ocuparme de R.

excitándose cada vez más hasta llegar a agredir a su esposo. Se la internó nuevamente. Deja la internación al mes. Al año siguiente, a raíz de una nueva crisis de similar sintomatología es nuevamente internada.

El cuadro que presenta al internarse se asemeja en cierta medida al de su internación anterior. Se halla perpleja, inmóvil, lagrimeando silenciosamente en actitud de súplica. Dados los síntomas ninfomaniacos se la interroga acerca de su vida sexual y manifiesta ser frígida y estéril. Quiere ser madre y se queja de estar desnutrida. Se le diagnostica síndrome esquizofrénico y se le aplica insulínaterapia y electroshock.

Después de tres meses de internación, habiendo sido sometida a un tratamiento similar al anterior, abandona el sanatorio. Regresa junto a su marido aunque cada vez se siente más distanciada de él, por lo que se separa definitivamente dos años después.

Comienza a hacer una vida irregular. Su segundo marido muere, y entabla una nueva relación con otro hombre con quien convive.

Durante dos años parece adaptarse relativamente bien pero consulta a un psicoanalista. Las razones que aduce son su frigidez y sobre todo su esterilidad. Manifiesta también su preocupación por el hecho de que pierde el interés en las cosas, y comienza a tener dudas con respecto a su nueva relación. Expresa por otra parte su deseo de ser madre y de integrarse ella misma.

Comienza un análisis y abandona al poco tiempo al acrecentarse su angustia, pues, teme, como consecuencia de ésta, caer nuevamente en crisis. El mismo año padece una hepatitis infecciosa que provoca la visita de su padre (que vive en otra ciudad), quién le recrimina su relación irregular con Gustavo.

Tiempo después tiene conflictos en su nueva relación; se acentúan en ella sentimientos de sospecha con respecto a los demás y sobre todo con su amigo. Se vuelve agresiva con él, luego se deprime, comienza a manifestar síntomas de confusión mental. Vive en “una bruma”. En un viaje en tren, se esfuerza por mantenerse bien, hasta que de pronto comienza a tener dolores de vientre, pierde el control, manifiesta síntomas de desintegración e incoherencia con breves episodios depresivos. En este estado tiene lugar la primera entrevista.

Primer contacto con la paciente

Me impresiona como una mujer joven y atractiva a pesar de su aspecto avejentado y agotado. Había sufrido una crisis de excitación psicomotriz durante varias horas y en ese momento se hallaba sumida en estado de perplejidad, rígida y ansiosa. Sus ojos, expresivos, se empequeñecían y agrandaban alternativamente; por momentos parecía perdida en el vacío. No habla pero su actitud expectante dio lugar a que le preguntara:

¿qué ocurre?

—Me responde: El mundo se está terminando, las nubes.., el viento.., todo está vacío...

Y luego de un breve silencio, agrega:

— Engordar.., quiero engordar.., el mundo está vacío.

—Está vacío como usted —le señalo— que se siente vacía y sin nada. Y está tan confusa que ya no sabe donde está el vacío, si en el mundo o en usted.

Luego de una pausa dice entrecortadamente, en voz muy baja, mientras con gesto de dolor se lleva la mano al vientre:

—Tener un hijo..., tener un hijo. A lo que respondo:
— Su vientre, quejosamente, está clamando un hijo.

El diálogo que se desarrolla desde un comienzo revela su capacidad de reaccionar a mis intervenciones comunicativamente.

Quizás llamo la atención el hecho de que en una entrevista de **carácter diagnóstico**, la primera, haya adoptado una actitud de intencionalidad interpretativa. Tratándose de pacientes psicóticos considero que, desde el punto de vista pronóstico, es importante tantear no solo las posibilidades de conexión sino también la capacidad elaborativa del Yo frente a las interpretaciones-estímulo.

Desarrollo del tratamiento durante la internación

Durante su primer día en el sanatorio, según las enfermeras, la paciente se mantuvo perpleja y rígida, actitud que alternaba con accesos de llanto y episodios maníacos (bailaba compulsivamente). La entrevista tuvo lugar en una habitación individual separada a la que ocupaba, y compartía con otras pacientes.

Al entrar, luego de cierta vacilación comienza a contemplar el cuarto y sentándose en la cama dice;

—Este es más agradable.

—Mejor es estar sola, aislada, verdad? —le digo,

La paciente, que sigue contemplando distintos sectores del cuarto, detiene por fin con fijeza su mirada en un retrato de Santa Teresa que, estando a sus espaldas, observa a través de un espejo. Cabe aclarar que todo ello sucedía sin que en ningún momento me mirara. En un instante dado comienza a retorcer sus manos, a colocarlas en actitud de súplica y a llorar intensamente, musitando al mismo tiempo algo ininteligible para mí. Luego, señala acusatoriamente la cama y mira a la Santa, como pidiéndole perdón por sus pecados. Y como en determinado momento, acrecentando su actitud implorativa, coloca sus manos entre las piernas a la altura del pubis, le interpreto:

—Busca entre sus piernas su santidad perdida y pide perdón por ser una pecadora.

Luego de unos instantes cambia de actitud y dirigiéndose siempre al espejo pronuncia en voz baja la palabra “ternura” y luego en tercera persona, dice de sí misma:

—Ella no tiene papá, ni mamá, ni hermanos. A lo que agregó:

—Todo está vacío como el mundo (Nota A).*

* **Nota A:** Llamará la atención el hecho de que por momentos me limite a describir “lo que creo ver” o si se quiere trate de referir lo que capto del “lenguaje interno” de la paciente, fundamento esta actitud en la sensación que tengo de representar en ciertas situaciones el “a través” de la paciente, el objeto intermediario o transicional, el sustitutivo de la tercera persona (como el espejo en la sesión descrita) o la tercera persona, como diría Pichon Riviere. Se me ocurre que en situaciones regresivas en que la disociación entre lo que se piensa y lo que se hace es notoria, ser el traductor “en palabras” de lo que en el enfermo acontece es propender a que cobre conciencia de tal disociación. Todos conocemos el carácter de peligrosidad real que cobran las palabras en el periodo pre-verbal o de comunicatividad primitiva, y la necesidad que en este estado puede tener el individuo de comunicarse proyectándose en una

Luego de esto contempla la manta, blanca, de la capa Y pasa las manos sobre ella como para arreglarla.

—Que la arregle a usted —le digo— se siente muy desarreglada.

—No hay arreglo —responde— y buscando su pecho dice:

—Busco mi amor. (Nota B)*.

—Su primer amor —le digo— busca a mamá, a mamá buena como Santa Teresa.

Y como hace ademanes de hamacar:

—Hamacando a Ruth —le agrego. En seguida cambia de actitud y comienza a desarreglarse el cabello. Le digo entonces:

—De pronto hay rabia y todo se desarregla, se desarregla su cabeza.

Luego de estas palabras, deja el cabello y desarregla la cama. Le interpreto:

—La misma cama blanca como su pecho que usted quería y acariciaba, ahora la está desarreglando.

Acompaña a estos actos con actitudes patéticas, entre histéricas y catatónicas, y suplica a Dios que la perdone. Y como a continuación me muestra sus manos vacías y luego las besa, le digo:

—Todo lo pierde. Lo que quiere lo pierde, también teme perderme a mí y quedarse con las manos vacías. Nada le dura.

Luego de una pausa me pregunta.

—Y usted venía hoy?

—No pensaba que vendría —le respondo— ya sentía que me perdía. (Nota A*).

Y como nuevamente desarregla la cama y luego su cabello, agrego.

—Desarregla de rabia por si no venia.

En seguida a esto se toca la nariz y toca su mano. Y como seguidamente trata de ver si los dedos de ambas manos encajan entre sí, le digo:

—¿Trata de ver si encajamos? ¿Si nos entendemos?

—Si —responde—. Y entonces agrego:

—Sin embargo, teme conectarse directamente conmigo, por eso lo hace a través del espejo (igual que con Santa Teresa. (Nota B*).

boca buena a través de la cual poder hablar Palabras-objeto-buenas). El analista actuaría como un verdadero Yo subsidiario que la paciente necesita para conectarse con la realidad. Sería algo similar a la primitiva forma de comunicación madre-hijo, en la que la primera capta y traduce lo que el niño siente. La interpretación, a veces, es la explicación verbal de lo que ya se dio anticipadamente como sobreentendido. Algo semejante Ocurre con la vivencia telepática.

* **Nota B:** Dramatización autoplástica al pecho, revela Una elaboración narcisística de la relación objetal. Todo ocurre en su propio cuerpo.

* **Nota A:** Al aparecer como objeto externo a ella, su elaboración narcisista de la relación objetal se resquebraja. Los ataques al pecho frustrador surgen al comprobar la existencia de éste independientemente de ella. Su “desarreglo” es producto de un ataque indiscriminado al objeto y a las partes del yo ligado a éste, que se traduce, como un impacto de sus pulsiones a su propio aparato psíquico.

* **Nota B:** La utilización del objeto transicional forma parte del contexto de la llamada comunicación indirecta, o “long distance communication”. Es una defensa para mesurar la distancia de la relación, protegiéndola de impulsos destructivos, de retaliaciones paranoides, y también como forma de controlar los estados de separación y encuentro.

Después de estas palabras mías, envuelve su cabeza en la manta.

—..Se mete dentro de Santa Teresa para que la proteja? —le pregunto—(Nota C*).

Ahora, cambiando su actitud, arregla la cama y en momentos de finalizar la sesión comienza a hacer ademanes como si un pensamiento acudiera a ella y lo quisiera espantar. Esta impresión mía se la hago saber.

En la siguiente sesión la enferma se muestra más tranquila, y apenas iniciada, se acuesta en la cama de manera tal que provoca en mí la sensación de que se halla en un diván analítico. Tuve la impresión de que estaba dramatizando su análisis anterior. Al advertir que abre y cierra los ojos alternativamente y que eleva y baja la voz al hablar, le interpreto:

—Otra vez se siente en análisis, y a pesar de que con su posición señala deseos de proseguirlo, parece estar indecisa; no sabe si abrirse o cerrarse (como los ojos), si hacerme llegar sus palabras o no.

Luego de esto comienza a rascarse el vientre y me señala que en su superficie hay una cicatriz (apendisectomía). Y como su vientre emite borrorismos me dice:

—Eso significa digerir con apetito. A lo que respondo:

—Tiene apetito de incorporarme como algo bueno, como a su primer amor: el pecho de mama.

—Si, mama... mamá... —dice reflexivamente, primero como para sí misma y luego busc4n-dome con la mirada. Le aclaro entonces:

—Busca en mí una mamá a quien querer.

Ahora, con un mechón de su cabello, dibuja en el aire un signo de interrogación, por lo que le digo:

—Tiene dudas sobre mi persona, soy un interrogante para usted.

Y como al observarme abre desmesuradamente los ojos, agrego:

—Trata de despejar sus dudas.

Luego aparentemente en un intento de conectarse conmigo, hace gestos como si me enviara cariñosamente cosas. Efectúa después con las manos movimientos de penetración que semejan un coito y me dice:

—Pienso en agua bendita.

—Agua bendita para usted, mi leche bendita a través de un acto sexual —le digo entonces. A lo que contesta:

—Si, un hombre fuerte como una mamá. (Nota A*)

* **Nota C:** Frente a su dificultad de reconocer al objeto necesitado como externo a ella, sus mecanismos de identificación proyectiva (introducirse en el objeto, o alucinarlo en la manta) se incrementan. Denota así una ansiedad típica del paciente esquizofrénico que es la dificultad de vivir fuera de objetos.

* **Nota A:** La inclusión de elementos sexuales en la relación transferencial, señala la “erotización” del campo analítico; fenómeno éste que he podido estudiar posteriormente como una de las dificultades que se presentan en el tratamiento de psicóticos. La relación al pecho, en su función alimenticia y educadora (Super Yo materno) se ve interferida, por la sexualización de ese nivel de relación (esto trastorna los mecanismos normales de sublimación y simbolización). Esta atmósfera erotizante se transfiere a la relación al padre de una manera idealizada

Nota B. La utilización que hago de las palabras de la paciente no sólo tiene por objeto comunicarme con ésta en su “idioma” sino, además, dramatizar con sus palabras (palabras-objetos, características de la etapa preverbal del lenguaje) como si se tratara de verdaderos objetos que la paciente trae a la sesión. Sería algo similar a lo que acontece en el análisis de nidos en que éstos nos comunican lo que sienten a través de los roles que asignan a sus

Y en seguida, angustiada, como si acudiera a ella un recuerdo desagradable, me dice con gesto dolorido:

—Me duele el bazo.

Le respondo:

—De pronto usted ya no es un “vaso” que recibe agua bendita de mí, sino que es un “bazo” que duele cuando mis palabras, igual que algunos recuerdos, no son maternas y buenas (agua bendita) sino bruscas y dolorosas. (Nota B*) (La relación erótica transferencial encubre fenómenos dolorosos-depresivos y paranoides).

—Me duele, insiste. A lo que le respondo:

—Le duelen mis palabras.

A continuación observa detenidamente la palma de la mano, luego el dorso, y detiene finalmente su mirada en las líneas de ésta.

—Son —le digo— las grandes preguntas que se hace. Cómo es usted misma por dentro y por fuera.....Cuál es su destino...

Luego de una pausa comenta:

—Qué raro es todo.

Y como una de sus manos parece jugar con su propia sombra mientras mueve las piernas como si caminara, le digo:

—Caminando hacia la infancia, jugando con las sombras, como cuando era niña. Psicoanalizarse es viajar hacia la infancia, hacia las sombras.

A lo que responde:

—Sí, mis momentos sombríos.

Al día siguiente me recibe con expresión de duda. Al hacerle saber mi impresión de que duda de mí reacciona con temblores y llantos. Luego se calma y manteniendo una mano cerrada y otra abierta me las muestra. Le digo:

—Está dividida. Hay dos actitudes en Ud., por una parte quiere abrirse a mi y por otra cerrarse.

Y como trata de juntar sus manos, y se angustia, agrego:

—Trata de que se pongan de acuerdo ambas partes en usted.

Se pasa las manos sobre los ojos como si quisiera ver más claro y comienza a abrir y cerrar repetidamente sus piernas. (Nota A*)

juguete. Así como el analista de psicóticos, estimulado en su contra-transferencia, se crea, frente a las palabras-juguete del paciente los objetos lúdicos de su propio lenguaje infantil. Se me ocurre que de la misma manera en que el niño guarda su alfabeto-juguete en su cajón individual una vez terminada la sesión, el psicótico deposita su lenguaje plástico (palabras-juguete) en el cajón analista. Del mismo modo como en las primeras etapas del desarrollo, la madre es el reservorio donde el niño, por identificación proyectiva, deposita sus “objetos” el analista de psicóticos se convierte en el depositario de sus palabras-juguete. Tanto en los juegos de palabras como en el “humor esquizofrénico” se expresa una forma particular de manipular los propios objetos internos. La capacidad de “jugar” denota la presencia de un yo infantil sintomático, accesible a la comunicación.

* **Nota A:** La relación de objeto se erotiza, impidiendo el fenómeno exploratorio, indagativo, de ver “claro”. Hay un desplazamiento topográfico corporal de arriba hacia abajo (relación oral-asimilativa que propende al desarrollo, a la utilización pregenital de los órganos sexuales, Como degradación del modelo inicial de relación).

Abrirse y cerrarse de piernas como expresión de *su* ambivalencia. Esta vez en términos genitales. Seguidamente se comporta como una niña que quisiera acercarse más a mí (Nota B^{*}) y luego contempla su mano por dentro y por fuera. Le interpreto:

—Quisiera acercarse más a mí y develar sus dudas, conociéndome bien por dentro y por fuera para no equivocarse conmigo.

Me responde asintiendo con la cabeza y con ademán de súplica parece rogarme que no la defraude. Mira la manta y traza surcos sobre ella.

—¿Buscando caminos? —le pregunto.

—Tú eres la vida —me dice acariciéndola. (Nota A^{*})

Pero como al expresarse así no me mirara, le respondo:

—Sí, yo soy la vida... La vida que no se atreve a enfrentar.

Y a continuación, como alisa y arruga alternativamente la manta, le agrego.

—Cariño y rabia hacia la vida, hacia mí. (Nota B^{*})

Hace ademanes como si se interrogara a sí misma, por lo que le expreso:

—Y valdrá la pena la vida?, se pregunta Ud.

Seguidamente, levantando en forma gradual la mano, inicialmente apoyada sobre la cama, parece representar el proceso del crecimiento. Interpretando esto como la dramatización de su propio crecimiento y viendo acrecentarse su angustia correlativamente a la elevación de su mano, le digo:

—Vale la pena crecer para sufrir más? ¿No será mejor ser pequeña?

Luego de un segundo dice:

—Quiero tener mucho dinero... Con mucho dinero puedo ser linda.

—Buena y sana, quiere decir usted —le aclaro.

Y continúa ella.

—Sí, ser buena..., y poder tener un hijo (Nota C^{*})

* **Nota B:** Elaborada la defensa erótica, se conecta nuevamente a través del plano oral-indagativo, reconstituyendo la relación inicial.

* **Nota A:** La manta representa la madre, que la cubre, la protege y al mismo tiempo personifica el objeto único, un nexo con la realidad, la realidad misma y la fuente de todo lo vital.

* **Nota B:** La madre, como exponente del principio de realidad, es ambivalentemente querida y odiada. La realidad es aceptada y rechazada. Bion (10) señala los ataques destructivos que el esquizofrénico dirige no sólo contra la realidad, sino contra el aparato perceptivo que lo pone en contacto con ésta (ataca la realidad externa e interna).

* **Nota C:** De la relación infantil lúdica y sublimada, a la madre nuevamente la fantasía de tener un hijo erotiza el

—Tener un hijo —le interpreto— es curarse, es convertir una vida estéril en fértil, pero para curarse, para analizarse, necesita dinero.

Y contemplando ahora la manta de la cama:

—Mamá..., mamá... —dice pensativamente.

—Que yo sea una mamá fértil, que la cure —le digo.

Luego se angustia al pronunciar:

—Mamá..., papá... Por lo que le interpreto:

—Decir papá después de mamá es acercarlos, juntarlos y eso la angustia, como si no encajaran bien ambos.

En ese momento se disgrega y pronuncia palabras inconexas:

—Cómo, como, olor, oler, azufre, azufro, dura, madura, no madura.

Luego hace la señal de la cruz sobre la manta. (Nota A*)

En la entrevista siguiente entra en el cuarto algo confusa. La hallo deprimida y desganada. En un principio se habla resistido a levantarse para asistir a la sesión, aunque finalmente lo hizo (habiéndole comentado a la enfermera, que no podía creer que el médico hubiese venido). Se acerca al retrato de Santa Teresa, esta vez directamente (sin el espejo como intermediario) (Nota B*), para mirarme luego besándose las manos.

—Al pensar que no vendría —le interprete— me veía como malo, malo porque no estaba. Pero ahora que estoy me ve distinto, siente mi presencia como prueba de interés hacia Ud. Por eso ahora me besa en su mano y se atreve a mirarme de frente (igual que a Santa Teresa).

Vuelve a contemplar el cuadro y extiende emocionada un brazo hacia la Santa. Dirige después una mano hacia uno de sus pechos, como aprehendiéndolo. (Nota A*)

campo analítico, reactualizando en la transferencia con el analista fantasías incestuosas (maternas y paternas) siguiendo modelos fantasmáticos persecutorios de la pareja unida.

* **Nota A:** Es evidente que la unión de las palabras “papá y mamá” (palabras objeto) la vive como la unión traumática de los objetos mamá y papá, unión que acontece en su mundo interno que reactualiza en la transferencia, que la disgrega y fragmenta. Revive en ese momento la escena primaria alucinatoriamente, como si oliese (olor, olor, azufre, azufre) y como si este olor la persiguiera (por las pulsiones destructivas proyectadas) y quisiera penetrar irruptivamente en ella. Tanto la señal de la cruz como el azufre serían medios mágicos de que se vale la paciente, en ese momento para conjurar el peligro (espantado el perseguidor, los padres conjugados). Se me ocurre que el azufre tendría para la paciente, también, un significado similar al del alcanfor y Otras sustancias que, de acuerdo con ciertas creencias populares, sirven para ahuyentar algunos males (alejar los demonios).

* **Nota B:** En contraposición a la relación indirecta o distante en esta oportunidad y debido a la disminución de sus temores persecutorios dramatiza un modelo de relación directa.

* **Nota A:** El mecanismo operante es la introyección del analista, reprojectado luego como imagen idealizada, en

—Buscando el pecho de mamá —le digo. Y como juntara las manos:

—Juntándose con mamá —agrego.

Manifiesta su contento golpeando con sus dedos los barrotes de la cama (como un bebé), pero seguidamente, haciendo un gesto de dolor se queja que le duele un brazo. Y entonces digo:

—Le duele de tanto extenderlos para llamar a mamá. (Nota B*)

En ese momento me da la espalda y tose repetidamente, para luego volverse hacia mí. Después, trazando surcos sobre la manta, me dice.

—Me pica el vientre.

—Tiene hambre, ¿no?

—Sí —me responde. A lo que agrego:

—Trata de trazar sus propios caminos (surcos en la manta), prescindir de mí, pero sin mí le “pica el bagre” como pidiéndome que llene su vacío.

Ahora acaricia la manta.

—Cuando lleno su vacío —le digo— soy como la santa madre que da alimentos buenos y blancos como la manta.

Momentos después, tras una pausa, cambia de actitud, se coloca detrás de los barrotes de la cama y mueve las manos como si quisiera salir de “adentro”, le interpreto entonces:

—De pronto entra en mí a buscar ese alimento, pero queda aprisionada y no puede salir. (Nota A*)

Ahora saca el cinturón de su robe de chambre y tiende uno de sus extremos hacia mí, pero de pronto, al escuchar un ruido, se asusta.

—Estar internada —le interprete— es en este momento estar “adentro” y recibir alimentos de mí como de un cordón umbilical. Pero de pronto teme que le impida salir y cualquier ruido la asusta.

En la sesión siguiente, luego de ensamblar las manos (unirse a mí) y manifestar deseos de incorporarme (tiene hambre), contempla las líneas de su mano y dice:

—Es el destino... El destino es aire. El aire nos rodea... Es espacio y hace crecer todo.

Como hace ademán de aprehender algo en el espacio, le pregunto:

—¿Tomar el aire?

—Sí, pero es horrible —responde, tomándose del vientre.

Y luego de una pausa:

el cuadro de Santa Teresa. La reintroyección de dicha imagen idealizada se expresa una vez más autoplásticamente, en términos de su propio cuerpo.

* **Nota B:** El bebé vive dolorosamente la existencia de “barrotes” analíticos entre ella y el terapeuta.

* **Nota A:** Hay dos significaciones que se yuxtaponen y que probablemente adquieren uno y otro sentido según la unidad de tiempo. Por una parte es el nido que quiere salirse de los barrotes e “introducirse en la madre” en otro momento ya está “internada” dentro de ella con las correspondientes ansiedades claustrofóbicas

—Dulzura —dice.

—El aire “bueno” es imprescindible como mamá buena, fértil, que hace crecer todo.

—Y el aire es “malo, viciado cuando cae mal al Vientre, le interpreto.

Al día siguiente me recibe con buen ánimo, tose repetidamente (está algo resfriada) y hace esfuerzos por sonarse la nariz.

—Estoy muy elocuente —me dice.

—Su cuerpo es elocuente —agrego, la tos es para expulsar y la nariz tapada para no dejar entrar. A lo que responde:

—Tiene que ver con el aire..., no sé que me pasa, no tengo apetito.

—Le cuesta incorporar el aire, yo, todo lo que está fuera de Ud. —le digo entonces—. Por eso cierra su nariz y su apetito.

—Así es —me responde.

Ahora, pensativa, trata de extraer una hebra de su vestido.

—¿Retomando el hilo?

Denotando cierta angustia me responde:

—Siento haber perdido un camino y no sé cuál tomar.

En otro momento, poniéndose en la boca un peine que se le había caído:

—Esto es lindo —dice.

Emite ruidos con su vientre y en seguida se quita el peine de la boca. Lo acaricia. De pronto lo aprieta.

—Se le pierden las cosas— le digo. Yo sería el “peine” (Nota A*) que quiere incorporar, pero al escuchar el ruido de su “aire malo” (en el vientre) teme perderme. Por eso aparta mi “peine” de su boca.

Ahora vuelve a colocar el peine en su boca, pero se muestra indecisa respecto de qué hacer con él.

—No sabe qué hacer conmigo —le interpreto— si incorporarme aún a riesgo de perderme por su “aire malo” o alejarme de Ud.

Se angustia y lagrimea. Suelta el peine y con ademán contemplativo acaricia la manta. Besa su mano y hace un tímido ademán de enviarme un beso. Intenta decirme algo y se le escapa un eructo, por lo que se sobresalta. Le interpreto entonces:

—Se confunden las palabras con el aire. Quiere decirme palabras buenas y se le escapa el “aire malo”. (Nota B*)

—Me molesta el saco —dice quitándoselo, y aspira con la nariz.

—Se desprende de lo que le molesta —le digo— y trata de aspirar el “buen aire”.

* **Nota A:** La ecuación fonética peine-pene es utilizada por la paciente para denotar la confusión de niveles de contacto. Entre el peine que arregla y ordena los pensamientos-cabellos, y la relación erotizante en el plano genital.

* **Nota B:** La confusión de niveles de relación oral-genital, se expresa también en términos oral-anal. Parte de la lucha de la paciente es resolver la oposición que su ano ofrece a su boca en lo que concierne a la relación objetal. El aire malo sería expresivo de una degradación anal del aire ‘primordial’. Otto Fenichel habla de la introyección respiratoria como la expresión más primitiva en relación con el mundo, el aire como lo primero que se incorpore de la realidad exterior para poder sobrevivir.

(Nota A*)

La vez siguiente me recibe con estas palabras:

—Lo encuentro mejor, doctor.

—¿Soy su espejo?

—Si, en realidad me siento mejor —responde. Y agrega frunciendo el ceño:

—Pero me gustaría estar mejor aún. Poder encontrarme con la gente.

Se mira en el espejo como si quisiera apreciar su estado y se muestra escéptica.

—Piensa que nada va a cambiar?

—Hay que tener ganas para cambiar —dice. Y agrega:

—No tengo paciencia. Siempre que hago las cosas despacio, me sale mal.

Meditativa, traza sobre la manta signos de interrogación.

—¿Despejando incógnitas?

—Parecería que sí —me responde.

—Probando resolver sus problemas sola, sin ligarse a mí?

Arruga la manta y trata de ordenar los surcos, luego de lo cual alisándola, los “borra”. Como observo que al mismo tiempo arruga la frente, le interpreto:

—Son las arrugas de su frente. No sabe qué hacer con sus preocupaciones, si

* **Nota A:** Cuando confunde las palabras con el aire, lo bueno con lo malo y se asusta de no poder expulsar lo que quiere, está revelando su dificultad de discriminar el valor de sus “objetos”. Esta situación denota su dificultad de elaborar la **posición depresiva**, es decir, de discriminar, en un todo las partes que lo integran y el temor de proyectar “sin querer” lo peligroso a través del eructo (el “aire malo”).

ordenarlas o borrarlas de su mente. (Nota A*)

—¡Qué notable! —exclama mirándose en el espejo. Y agrega enseguida:

—Es terrible ordenar.

—Ordenar es juntar cosas —le digo- pero es terrible juntar lo bueno con lo malo.

—Si —responde.

Durante los días siguientes cae en un estado de depresión y comienza a rechazar alimentos. Se muestra rígida, retraída, y no conversa con nadie. Permanece todo el día en cama, por lo que debo acudir a su habitación (que como sabemos comparte con otros pacientes) para atenderla. Me recibe oculta debajo de la manta. No me habla ni me mira y permanece tensa, Dada su franca actitud negativista, le digo:

—Está tapada, protegida, tiene miedo. Y como tiene desconfianza de todo se encierra en sí misma.

Se tapa aún más. En una cama vecina, otra paciente, preocupada por el estado de aquella,

me informa que no habló durante todo el día y se quejó de dolores en el vientre.

* **Nota A:** La utilización que hace la paciente de la manta blanca me recuerda el “block maravilloso” de que habla Freud (3) al estudiar la memoria, y en cuya superficie se inscriben recuerdos y pensamientos que paulatinamente se borran. Aunque en el caso de la memoria, como dice Freud, siempre existe la posibilidad de que los engramas insertados en ella puedan reconstituirse activamente en el acto de recordar. La manta blanca sería también una verdadera pantalla de proyecciones similar a la “pantalla del sueño” descrita por B. D. Lewin (4) besándose en los estudios de Isakower acerca de los fenómenos hipnagógicos. Según Isakower los “bultos” que se acercarían a las personas en el momento de dormirte representarían senos cuya figura convexa se aplane y finalmente se confunden con el durmiente, como capturándolo dentro de su mundo. Para Lewin, este pecho aplanado es el pecho materno, tal como lo describe el lactante que mema pegado a él. Según Angel Garma (2), las “representaciones del pecho materno visto aplanado, forman asimismo parte de los contenidos manifiestos de los sueños. Dichos contenidos manifiestos especiales de los sueños a veces figuran en ellos como pantallas que reflejan objetos redondos, Estos últimos también simbolizan el pecho meter lo, pero ya visto de más lejos, y por eso, de aspecto esférico”.

(Nota B*)

Al escuchar la conversación, cambia de posición y trata de apoyarse en la almohada.

—En este momento —le interpreto— siente que se preocupan por Ud. y busca apoyo en mí (la almohada) para defenderse del “aire malo” que la ataca en su vientre.

Y como se cubre nuevamente, agrego:

—Ahora se aísla una vez más debajo de la manta para que el “aire malo” no se mezcle conmigo y me dañe.

Hace un gesto afirmativo y tras una pausa dice:

—Soy mala..., mala.

Y como es mala —le digo— todo se pierde a su lado. Por eso se aísla de mí para protegerme y conservarme.

Luego de esto realiza movimientos de succión con la boca y aletea con la nariz como si “succionara”. Le interpreto:

—Busca incorporar mi “aire bueno”.

—¡Ay! exclama, tomándose del vientre.

—Es el dolor de mezclar el “aire bueno” de afuera con el “aire malo” de adentro — le interpreto.

La paciente continúa con su negativismo, se niega a comer y sólo acepta el alimento cuando la enfermera, afectuosamente, se dirige a ella en términos de: “tesoro “querida”..

A los aspectos paranoides manifestados en el temor a incorporarme (negativismo) se agregan otros de carácter depresivo.

Aspira el aire y lagrimea como sintiéndose responsable de viciarlo, o directamente en términos de culpa, se acusa de robar mi afecto. Esto lo asocia con el cargo que se

* **Nota B:** Habitualmente utilizo el material que me brindan las personas que están en contacto con el paciente — en este caso lo que me refiere otra enferma— concibiendo así a éste dentro de un grupo o constelación convivencial en el que cada uno de los que la integran expresa de alguna manera diversos aspectos o facetas de la vida del paciente. En situaciones como esta el campo operacional varía indefectiblemente y es naturalmente discutible la actitud a tomar. Por una parte algunos analistas como Bion prefieren prescindir de todo dato que no sea exclusivamente el otorgado por la relación analista-paciente. (Según él ignorando lo que ocurre fuera del campo estrictamente analítico, tiene más Posibilidades de detectar experiencias propias de dicho campo referencial). Y Pichon Riviere por otra parte u otros como Rosenfeld, toman en cuenta algunos datos Como, por ejemplo, el que puede brindar algún paciente o familiar.

Mi actitud actual es insistir en el concepto de campo analítico, pero tomar en cuenta también que su espacialidad es fluctuante. Datos sobre el paciente o situaciones grupales como en este caso, pueden configurarse como parte de una gramática de la conducta.

hace a si misma de haber sustraído dinero a su amigo (casado) y también con el sentimiento de que unirse a él (casarse) es robarle el papá a los hijos de éste, lo que equivale para ella a enloquecerlos.

En otro momento, viendo que la enfermera le dejaba un vaso con jugo de naranja, decidí acercárselo yo mismo. Ante su rechazo, y recordando que en las últimas sesiones se manifestaba agresiva en el momento de retirarme, le interpreto:

—La enfermera es cariñosa, le da de comer diciéndole “tesoro”, le da buen jugo de naranja. Yo, en cambio, soy malo porque la abandono. Por eso no acepta mi jugo.

Hace ahora nuevamente un gesto de rechazo, acaricia y alisa la manta y elude todo contacto conmigo. Lo que interpreto como un rechazo tanto de mi persona como de todo aquello a lo que, por estar ligado a mí, otorga intencionalidad persecutoria (palabras, alimentos...) y vincula o la hostilidad que le despiertan las frustraciones que le provoco (por ejemplo: abandonarla al finalizar las sesiones). Todo ello, como vemos, contribuye a acrecentar el carácter paranoide de la relación transferencial.

En otra sesión, como me señala que la manta está algo sucia, le hago notar la relación existente entre la suciedad de ésta y los aspectos malos o sucios que puede haber en mí. Pero como insiste en señalarme la suciedad de la manta y la parte interna de su mano (la palma) experimento la sensación de que hay algo más que en ese momento no puedo captar, por lo que le pregunto:

—¿Adónde está lo sucio?

Me responde con gestos que lo sucio está en su mano, lo que interpreto diciéndole:

—Claro, Ud. dijo que era mala y sucia. La palma de su mano la representa a Ud. sucia por dentro, contaminando mis aspectos limpios. Por eso, para no ensuciarme a mí ni a los alimentos, se aparta, se niega a comer y a conectarse conmigo (Nota A*). Me muestra el vientre y me dice que todo está confundido, la comida, la grasa, los músculos y el aire.

—En su vientre —le digo— hay distintas cosas confundidas, y como no las puede separar, las retiene a todas para que con lo bueno no salga también lo malo. (Durante esos días se halla muy estreñida).

Ahora sobre la manta traza líneas paralelas y cruzadas, lo que interpreto como deseos alternativos de cruzarse conmigo o de mantenerse paralela a mí, separada. Dibuja ahora una bandera, que separa con una línea de otro dibujo que representa, según ella, cañerías.

—Las cañerías son los intestinos con las “cacas” —le digo— que Ud. separa de mí con una línea, la bandera, para no mancharme. Por eso no comía, para no ponerme en contacto con sus cacas

Al día siguiente, al iniciarse la entrevista, se sienta en la cama, y como la empuja

* **Nota A:** Ya en un trabajo anterior (5) estudio los mecanismos de negación frente a los alimentos e insisto en la importancia de interpretar la situación paranoide no sólo como un “cerrarse” a su mundo persecutorio (el Perseguidor “afuera”), sino también como un preservar lo bueno externalizado de sus perseguidores internos (el Perseguidor “adentro” el “aire malo”). Una forma menor del negativismo alimenticio sería la anorexia.

hacia atrás, alejándose de mí, le digo:

—Pone distancia entre nosotros, así como ayer la ponía entre la bandera y la cañería.

—Estoy mejor —me responde con impaciencia, y exclama.

—¡Hay! —Dios Santo! ¿Dónde estarás?

—¿Adónde estarás? —subrayo. A lo que contesta:

—Hay que encontrarlo en cada uno de nosotros.

—Reencontrarlo, reencontrar la imagen ideal de papá dentro de sí misma.

—Todo depende de uno mismo —me responde— desde que uno nace hasta que muere. Uno mismo debe tomar decisiones.

A lo que le interpreto:

—Ahora sería elegir entre curarse y no curar-se. Entre aceptarme y no aceptarme. Es lo que ocurrió durante estos días, en que no comía y se aislaba de mí para no aceptarme. (Nota A*)

Luego de una pausa dice:

—Una trata de ir para adelante, pero si lo de adelante es peor y una se estrella, es mejor volverse para atrás.

—Si dirigirse hacia adelante es acercarse a mí, es acercarse a G en este periodo de su vida —le interpreto— y esto es vivido por Ud. como un estrellarse, se vuelve hacia atrás, del mismo modo como se alejó con la cama hace un instante.

Y ahora como dibuja sobre la manta un huevo, le digo:

—Vuelve hacia atrás hasta volverse huevo. Eso es lo que quiso lograr con sus crisis, volverse huevo como su hermana menor, a lo que me responde:

—Pero no me volví del todo, desgraciadamente, y agrega:

—Los niños deberían nacer de generación espontánea, no tener padres.

En ese momento manipula entre sus manos pequeños trozos de algodón que son, según dice, como migas de pan. Y come se dirige a mí sonriendo, le respondo:

—Sí, no tener padres para no ligarse, ni tener que desligarse. Pero no puede estar totalmente desligada de todo y por eso ahora, sonriendo, quiere hacer “buenas migas” conmigo.

Enseguida dibuja sobre la manta una Y”. —La “Y” es para unir una palabra con otra —le interpreto— y ahora es para unirnos a través de algo que al mismo tiempo no nos

* **Nota A:** Trato de mostrar cómo *un* mismo síntoma, el negativismo, visto desde diferentes enfoques y a través de diversas configuraciones estructurales, determina una Interpretación distinta de la situación psicológica. Creo necesario agotar al máximo los diferentes puntos de mira que ofrece un mismo síntoma y considero que la comprensión global del mismo es la resultante vivencial de una visión polifacética.

confunda, nos delimite.

En la siguiente entrevista la encuentro escribiendo una carta. Me informa que está dirigida a G y me cuenta:

—Pido que me traigan la ropa que necesito. Cuando me interné no pude arreglar la valija. No hay como una misma para hacerlo. (Nota A*)

Enseguida comienza a trazar surcos en la manta que, como vimos anteriormente, expresan su necesidad de encaminarse en algún sentido. Corno traza algunos hacia adelante y otros hacia atrás, le interpreto:

Hay dos tendencias en Ud.: una que busca encaminarse hacia adelante, acercarse a mí y comunicarse conmigo. Es la que predomine en este momento y representa la curación. Y la otra tendencia, que busca dirigirse hacia atrás, enfermarse, volverse huevo.

Coloca la lapicera sobre la mesa y la hace girar, esperando ver en qué dirección se detiene.

—¿Una brújula?

—Sí —me responde.

—¿Busca cuál es su norte?

Ante esta última pregunta se sonríe y coloca la lapicera en dirección a mí, por lo que interpreto.

—¿Busca su norte en mí?

Se muestra con dudas, como si se asustare de colocar toda su esperanza en mí, y de pronto hace girar bruscamente la lapicera como si la brújula hubiera enloquecido.

—Y fui dando tumbos..., tumbos...

—Sin saber dónde parar —subrayo— enloquecida de haber colocado toda su esperanza en alguien y haber sido defraudada.

Y como dibuja sobre el papel de carta un avión:

—Escapar volando, para no defraudarse? —le pregunto.

—Sí —me responde, y comienza a dibujar un comedor y un baño.

Intenta hablar pero no puede, y siente un dolor que le sube desde el estómago hasta la boca, donde se localiza. Siente dolor de muelas.

* **Nota A:** Es decir, se refiere a la necesidad de ocuparse de ella por sí misma (Sentimiento de mismidad) Y ubicarse ubicando sus propias cosas en su “cuerpo propio”. La valija representaría los límites corporales (la Superficie de su cuerpo) dentro de la cual desea ubicar “lo Suyo” para delimitarlo de lo que no es suyo. Esto implicaría un intento de diferenciación entre un Yo Y un no Yo, ligado a la estructuración de su propio “esquema interno”. La sesión de la “Y” se vincula al proceso de creación de límites.

En un trabajo mío anterior (5) partiendo de conceptos de Winnicott insisto en la importancia de las primeras relaciones madre-hijo (“momentos de experiencia”) como factor estimulante de las funciones senso-perceptivas del yo y de su consiguiente desarrollo, Según Freud (1) “El Yo es ante todo un ser corpóreo y no sólo un ser superficial, sino inclusive la proyección de una superficie”.

—Hay cosas —le digo— que duele sacar afuera porque pueden dañarme. Cosas que suben desde el baño (los intestinos) hasta el comedor (la boca). Para no perderme con sus palabras-cace las detiene en el borde de su boca, aunque le duela.

Este temor a proyectar pata no dañar lo expresa también cuando me dice:

—Me preocupa que la chapita de este taco (me muestra un zapato) esté por salirse.

—¿Y qué teme?

—Temo que se me salga lo de adentro —responde.

—¿Que se le escapen las cacas por abajo?

—Sí —dice, y comparando ambos zapatos:

—Son distintos —observa.

Le interpreto.

—Hay dos aspectos en lid, que son distintos, como sus zapatos.

Uno, que necesita arreglo, es su parte enferma y peligrosa, difícil de refrenar. Otro, que está sano, es su parte buena.

Mientras hablo, trata de acercar su zapato a otro, y me interrumpe, diciéndome:

—El zapato que tiene la chapita salida, lastimó al otro.

—Es decir —interpreto— que la parte enferma que contiene cosas peligrosas puede invadir la parte sana si trata de unirlos para integrarse.

Al poner fin a la entrevista se muerde un dedo.

Esta muy pendiente de mis palabras y da la sensación de querer seguir escuchándome. Le hago notar cómo cuando me voy soy una teta que muerde con rabia. Me responde que sí y me acompaña hasta la escalera, desde cuyo borde me contemple mientras descendo, hasta verme desaparecer.

En la sesión siguiente la encuentro en cama estuporosa, rígida, desconectada. Parece ignorar mi presencia. En forma disgregada pronuncia palabras que no llego a oír bien. Le interpreto que cuanto más se liga a ¡ni más rabia le da cuando me voy, y que en su dedo mordía y rompía en pedazos el pecho malo que se va y que ahora me sentía roto y disgregado como sus palabras dentro de ella.

Me mira como si me viera por primera vez. Y al verla ponerse rígida, con los brazos y piernas cruzados, le digo:

—Se mantiene cerrada tratando de que no se salga la chapita, para no dañarme, para no romperme de nuevo con su rabia.

Se arregle el cabello y apoya su cabeza sobre una mano, a la que luego bese. Me mira. Hace con los labios movimientos de succión.

—Viendo que no estoy roto —le interpreto— se acerca nuevamente a mí para incorporarme.

Esta vez al retirarme me sigue no sólo hasta la escalera. Al atravesar el jardín advierto que la paciente corre detrás de mí haciéndome señas para que vuelva.

En los días siguientes, debido a que el cuarto en el cual habitualmente la atiendo estaba ocupado, las entrevistas tienen lugar en una pequeña cocina. Veamos pasajes

de algunas sesiones:

Al entrar en la cocina toma un repasador sucio y dice:

—Es un buen repasador.

Revise los bordes, los alisa y lo extiende sobre la mesa apoyando una mano sobre él.

—Aunque esté sucio —le interpreto— aunque sea malo, como yo cuando me voy y la abandono, trata de verme bueno y limpio porque así me necesita.

Y luego de una pausa, mirándome:

—Tiene la mirada buena de papá —me dice.

Y con un gesto de desagrado arruga el repasador y luego lo alise, señalando así su ambivalencia frente a la figura del padre.

En otra oportunidad, al llegar trata de poner en orden la cocina. Luego, al sentarse, me muestra sus manos.

—Son distintas —dice, y tecleando sobre la mesa como si fuera un piano agrega:

—Estoy armonizando.

—Tratando de armonizar —le digo— de poner de acuerdo sus partes distintas, la parte suya que arregla y ordena, como ordenó la cocina, y la que desordene.

En otra oportunidad, cubriéndose parte del rostro con un mechón de su cabello, dice:

—Está sucio.

—Aunque sucio y molesto, el cabello le sirve para cubrirse, y cuanto más sucio más la cubre y protege —le digo a mi vez.

—Es así —me responde, mientras con el mechón se toca la punta de la nariz. Luego se recoge el cabello y tomándose de un pecho dice:

—Es difícil quedarse con todo.

—Cuando me ve bueno, como papá bueno, me quiere todo para Ud.

—Claro— me responde. Y como me mira contrariada:

—Cuando no es así me mira como recién, y busca entonces el pecho de mamá —le aclaro.

Se sonríe y realiza con su boca movimientos de succión.

—¿Succionando mis palabras como leche buena de mamá?

—Sí, sí —me responde, mientras se chupe un dedo. En seguida, con actitud pensativa y contemplando una de sus manos:

—Hay un misterio aquí —dice.

—¿Cuál?

—Y... el misterio del cuarto amarillo —me contesta. Y mientras observa detenidamente sus dedos como tratando de develar un secreto, le pregunto:

—No será el cuarto dedo el amarillo? A lo que responde:

—Mi hermano M sufre del hígado (Nota A*), y luego de una pausa agrega:

* **Nota A:** Como consta en *los* antecedentes M es el cuarto hermano, hijo del segundo matrimonio del padre. Lo

—Siempre estaba enfermo, sufría del hígado, se ponía amarillo. No lo aguantaba, todo el mundo lo mimaba, le tenía celos. Y dicho esto comienza a hacer ruidos con los dientes como *si triturare algo*.

—Triturando a M —le pregunto.

—Sí —me responde— tocándose la nariz. Y luego agrega:

—Le tengo rabia, me lo comería. (Nota B*)

En la sesión siguiente sigue viviendo transferencialmente sus fantasías frente al pene. Me recibe en estado de gran excitación sexual (realiza movimientos de coito) y se masturbe. De pronto se interrumpe y avergonzada, tapándose la cara, comienza a rezar. Por lo que le interpreto:

Trata de luchar contra la tentación de apoderarse de mi pene, como quiso apoderarse del pene de M. Siente esos deseos como un robo y le da vergüenza.

amarillo podría interpretarse también como parte del interior de la madre, el hijo resultado de ataques uretrales en situaciones da frustración frente a la avidez (no se puede quedar con todo).

* **Nota B:** En el transcurso de esta sesión podemos ver cómo la paciente se protege y se resguarda con lo sucio (“el cabello Sucio”). Y como sus exageradas demandas instintivas (“...quedarse con todo”) determinan cambios bruscos en la elección de objeto (del pene del padre, la “nariz”, pasa rápidamente al pecho de la madre). La inevitable frustración (dada la magnitud de las demandas) incrementa su agresividad en el plano anal (ensucia los objetos odiados, aunque “necesitados”: padre y madre alternativamente) Pero al necesitar a aquellos, que son objeto de su odio, aunque sucios (por su causa) los Conserva y se cubre con ellos. En lo que respecta a la “envidia del pene”, expresaría la “necesidad” de ser varón para ser “mimada” (querida) por sus padres (su Padre quería tener un hijo Varón). Además, ser varón Significaría tener a los padres unidos (peno de unión) Ya que M. el único varón, era a su vez el único que tenía a sus padres unidos. Según la Dra. Arminda A. de Pichon Riviere (6) el odio a los hermanos representaría también el odio a la madre (los hijos como partes de ésta). Expresaríase así el resentimiento hacia el objeto Original

En seguida se quita la pulsera (un regalo de su madre), la acaricie y colocándola en su boca comienza a succionarla.

—Con el pene adentro —le digo— consigue nuevamente acercarse a mamá, recuperar el pecho de mamá (la pulsera).

De pronto aprieta la pulsera como para retenerla y con expresión dolorida la retire de su boca.

—Como no puede conservar el pene adentro después de cada acto sexual —le interpreto— así no puede retener ahora mi pene como fantasee robar. Por eso se siente dolorida al no tener ya un pene con el cual acercarse a mamá (la pulsera). (Nota A*)

En otra sesión me recibe deprimida y con dificultad para conectarse conmigo. Con una mano da golpecitos a la otra como si quisiera comunicarle algo.

—¿Trasmitiendo? ¿Diciéndole cosas una mano a la otra? —le pregunto.

Y como suspira y traza sobre la manta líneas curvas simétricas:

—Trasmitiendo a través de la manta? —agrego.

* **Nota A:** Las fantasías de robar el pene, en última instancia el pene del padre, e incorporarlo oralmente se expresan, como vimos, acompañadas por impulsos genitales, tal cual acontece, según Melanie Klein (9) durante el desarrollo de las tendencias edípicas en los estadios tempranos de la niña. Por supuesto que tales impulsos están supeditados a tendencias pre-genitales. La envidia al pene y los deseos de incorporarlo se incrementan en esta paciente frente a situaciones de frustración muy intensa su primera crisis tuvo lugar a los 18 años luego de haber mantenido su primera relación sexual con una figura paterna (un hombre de 40 años, casado, como vimos en los antecedentes) vivida como buena y por quién se vio de pronto abandonada. En las crisis posteriores se presentan situaciones similares o equivalentes (gran desilusión) que repiten en cierto modo la situación traumática del abandono del padre. Los episodios ninfománacos que ocurren durante las crisis podrían interpretarse como una forma compulsiva de incorporar un pene “no determinado” (cualquiera) donde poder proyectar el pene bueno del padre (integrador). En otra configuración, la incorporación se relaciona con el masoquismo secundario que según Melanie Klein tendría por objeto internalizar penes destructivos para combatir los penes internalizados malos aunque con la amenaza consiguiente de afectar el propio Yo ligado a ellos. La interpretación que hago del deseo frustrado de incorporar el pene después de cada acto sexual correspondería a vivencias primitivas de la niña, según las cuales, sostiene Melanie Klein, la madre después de cada coito se queda con el pene del padre. De ahí la fantasía de una madre con muchos penes en su interior. Otro de los propósitos de la ninfomanía, sostiene la misma autora, sería tantear el grado de daño que puede infligir el pene, como una forma de elaborar anticipadamente la ansiedad frente a la irrupción. Otro objeto perseguido a través de la compulsión a incorporar el pene ninfománicamente sería transformar el pene malo en bueno. En este caso la posesión del pene es un medio de poseer transitivamente a la madre (el pene-vinculo). La relación al pene paterno puede ser concebida también como producto de un desplazamiento del pezón al pene sustituyendo la discontinuidad de la relación original, al pecho. Un aspecto que se denota en esta sesión es la atmósfera erotizante, que confunde los desniveles de expresión (oral - anal - genital).

Angustiada, se pasa la mano por la boca y dice:

—Existe el pan cuando se come.

—Las cosas existen —le interpreto— cuando uno las lleva a la boca, las siente y las ingiere. Yo existo para Ud. cuando me siente dentro de Ud.

—Tengo sed —dice, tocándose el vientre.

—Sed de recibirme, como el pan bueno de cada día, como pechos (líneas curvas paralelas) que apaguen su sed —le respondo.

Hay un tipo particular de comunicación que surgió entre la paciente y yo en un momento dado. Ya al ocuparme del “juego de palabras” como un manipular de las “palabras-juguete” que se reactive en determinadas situaciones como una forma primitiva de recrear los objetos internos, me referí a la comunicación a través del juego. En otros momentos del desarrollo del tratamiento aparece otro tipo de juego transferencial o de comunicación lúdica. Ahora veremos un diálogo que ejemplifica algo semejante a la dramatización de un cuento de niños. Al señalarme un cuadro (esta vez la entrevista es en el comedor) (Nota A*), con voz infantil me dice:

—Ahí está la ballena con la boca abierta.

—¿Y me va a comer?

—Sí, porque es malo —me responde. Y contemplando el cuadro con expresión pensativa, agrega:

—Sin embargo, el cuadro también tiene cosas lindas. (Nota A*)

—Es como Ud. —le interpreto— que a veces tiene cosas feas y se enoja, como la ballena que me quiere comer, y a veces siente cosas lindas hacia mí.

Tuve la sensación de que tanto en la paciente como en mí surgía la necesidad de expresarnos como si estuviéramos dramatizando un cuento infantil. Al preguntarle yo: “Y me va a comer?” estaba representando por identificación introyectiva lo infantil, pero, además, en virtud de una reacción contratransferencial, despertaba el idioma lúdico infantil latente en mí. Considero que con ciertos pacientes (sobre todo psicóticos) se imponen espontáneamente, en la relación transferencial, las distintas formas de

* **Nota A:** El yo infantil, en contraposición con el yo psicótico, tiene capacidades sintónicas y es capaz de **jugar fabulando** (capacidad lúdica de comunicación).

* **Nota A:** Esta reflexión de que lo feo y lo lindo coexisten en un mismo cuadro, en su propio “cuadro psíquico”, tiene carácter de “descubrimiento”. Es decir, de revelación de las tendencias contrapuestas de su mundo interno. Como sabemos, esto se da en la llamada posición depresiva, en la cual aparece la capacidad para discriminar las cualidades del objeto.

expresión primitivas tales como la dramatización (Nota B*), el juego o el cuento.

En una oportunidad muestra su ambivalencia acariciando y arañando alternativamente, Con todos sus dedos, la mesa a la que estamos sentados frente a frente. Enseguida, asustada de su odio parece retroceder y, como tanteando el efecto que produce, comienza a arañar la mesa esta vez gradualmente, primero con un dedo después con dos y así sucesivamente, como tratando de medir el “*quantum*” de su destructividad. Así se lo hago saber preguntándole”. ¿Midiendo su odio?, y agregando luego que le preocupaba saber no sólo cómo era su odio sino también hasta qué grado podía llegar a odiarme sin riesgo de perderme. (Nota C*)

Otro aspecto que creo de interés tratar es el que se refiere al desarrollo de la capacidad integrativa del Yo durante el tratamiento. En mi labor con psicóticos, sobre todo esquizofrénicos, me preocupa, precisamente, estudiar las alternativas del proceso de integración y desintegración del Yo. Es sabido el temor a la desintegración existente en todo individuo y como, frente a este temor, se acrecientan mecanismos reactivos de tipo obsesivo. Este tipo de reacción frente a la disgregación es propio de los individuos “rígidos”. Todo esquizofrénico, mientras puede, se acorare caracterológicamente lo suficiente como para luchar contra la desintegración. Esto se relaciona con la indiferencia y frialdad que suelen tener.

Las llamadas personas “flexibles” son aquellas que en virtud de una mayor confianza en su capacidad reintegrativa, permiten una mayor “holgura” a su Yo, se dispersan en determinados momentos (dispersión necesaria para comprender y abarcar ciertos problemas) y pueden, cuando les es necesario, reconstituirse. Winnicott (9) dice:

“Hay largos períodos de tiempo en la vida de un niño normal en los que no le importa si es muchos o un solo ser ‘o si vive en la cara de la madre o en su propio cuerpo, con tal que de tiempo en tiempo se reúna o sienta algo”,

En nuestra labor de psicoanalistas, sobre todo tratándose de este tipo de pacientes, considero importante permitirse una cierta dispersión para poder captar y elaborar consiguientemente interpretaciones de mayor contenido vivencial. Es como atreverse de alguna manera a internarse en la locura para “detectarla” y comprenderla mejor. Mostraré una sesión en la que podremos estudiar el grado de plasticidad y función sintética del Yo a través de distintos pasajes por los que atraviesa éste durante el desarrollo de la misma.

La encuentro recostada, tranquila y bastante integrada. Por primera vez desde que

* **Nota B:** Dramatización y juego se interrelacionan entre sí. Es interesante destacar que en distintos idiomas existe una sola palabra para ambos conceptos (en alemán: spielen; en inglés: to play; en francés: jouer),

* **Nota C:** Ya hemos visto como en determinado momento (la sesión del cuadro) la paciente adquiere conciencia de su capacidad para discriminar las cualidades del objeto (bueno o malo). Ahora no sólo le preocupa la discriminación cualitativa de sus pulsiones sino también la cuantitativa (conocer el “*quantum*” de sus pulsiones agresivas).

está internada se halla leyendo un libro, lo que interpreto como una prueba de mejoría, puesto que puede integrarse con algo, la lectura.

—Estoy mejor —me dice. Y luego de preguntarme si traje cigarrillos, agrega:

—Si no, no puedo hablar.

—Claro —le respondo— si yo no le doy, Ud. tampoco me da.

Y como por toda respuesta, agresivamente, se rompe una uña, agrego:

—Ahora, de rabia porque no le doy se rompe una uña.

En seguida realiza movimientos de succión y mirándome, dice:

—Lo encuentro cansado. A lo que respondo:

—Ud, siente que estoy “chupado” cansado por Ud., por sus exigencias. Por eso siento mi leche como “leche cansada”.

En seguida comienza a toser, por lo que agrego:

—Como soy “una mala leche” (“leche cansada”), la rabia se le va a los bronquios.

De pronto levantando la manta con angustia y sobresalto, exclama:

—¡Ensució la cama! (En realidad nada de eso había sucedido).

—Si la rabia —le digo— no sale por arriba, por los bronquios, sale por abajo, como “cacas” que me ensucian.

Ahora se despersonaliza y comienza a mover las piernas acompasada y rápidamente, como si estuviera marchando. Y mientras con una mano parece revolver algo dentro de un recipiente, con la otra, poniéndose firme de vez en vez, hace la venia (parecía un “robot” descompuesto) y confundida me dice:

—Yo ya no sé... yo ya no se... Se toca los genitales y balbucea:

—Te-te-te, ti-ti-ti-, que-que-que-, pa-pa-pa-.

—Es una carrera acelerada —le digo ahora—; ya no sabe qué hacer, si obedecerme haciéndome la venia, si mejorar mi leche revolviéndola, o tragar de todas maneras, por donde sea: por su vagina, la leche de pa-pa-pa, o por la boca, la te-te-te de mamá.

Luego de esta interpretación llora, y al finalizar la entrevista trata de retenerme. (Nota A*)

* **Nota A:** Esta posibilidad de desintegrarse o integrar rápidamente en una misma sesión nos da la pauta de una mayor movilidad y fortaleza del Yo. Al fragmentar las palabras (balbuceos) y luego recomponerlas ligando los fragmentos, reproduce en cierto modo el proceso de adquisición del lenguaje. Esta recomposición o reconstrucción de la palabra lo relacione, según Arminda A. de Pichon Riviere (6) con la posibilidad de reconstruir la primera palabra-objeto. El balbuceo es ya una forma de comunicación, aunque primitiva. Shirley (8) refiriéndose al balbuceo habla de vocalización socializada. También es una forma lúdica de comunicación. En la sesión que muestro la paciente logra estimular en mí la necesidad de “entrar en el Juego” y balbucear, es decir, hablar su propio idioma. Y es en ese idioma que entro en contacto con su mundo infantil. Mis interpretaciones vividas como buenas, actúan como aglutinado-ras de partes de objeto (fragmentos de palabras, silabas) y contribuyen a conformar la palabra-objeto, es decir, fortalecen en la paciente sus mecanismos de reparación. Bion (10), se refiere al conflicto entre el yo y el aparato mental en la esquizofrenia. El paciente no tolere la realidad ni tampoco el aparato mental responsable del conectarlo con ésta. El ataque a “su realidad íntima” se expresa como fragmentación del aparato mental y consiguientemente del lenguaje interior. Esto se traduce por una desintegración o fragmentación (según la situación) fenoménica y semántica.

Al comenzar la sesión siguiente la encuentro perpleja, no advierte mi presencia y se halla ajena a todo. Parece estar viendo alucinadamente algo. En seguida, agitada, comienza a balbucear:

Co-co-co, que-que-que, te-te-te, no-no-no, si-sí-sí, bu-bu-bu.

Seguidamente tomándose del cuello parece querer ahogar un llanto.

—Un sollozo —le digo. Y como prorrumpe efectivamente en un llanto infantil, le interpreto:

—Usted piensa que el doctor se fue por “la rabia”, que lo dañó, que lo perdió. (Nota A*) Por eso no me ve, no cree que estoy aquí.

Se desespera y echando la cabeza hacia atrás se queda rígida, como muerta. Le interpreto.

—Si su rabia dañe y mata al doctor, R. se muere par dentro, queda muerta. (Nota B*)

Cambia en seguida de actitud y realiza movimientos de succión.

—Succionándome, recuperándome dentro de Ud? —le pregunto.

Ahora se chupa los dedos y dice:

—Pe-pe-pe.

Después, tomando una masita que se halla sobre la mesa se la introduce en la boca, pero de pronto la otra mano asiendo fuertemente a la primera le impide comer.

—Chupar el pe-pe-pe de papá. Yo soy papá, pero al enojarme se lo quito —le interpreto. Y haciendo un gesto como para retenerme:

—¿Se va? —me pregunta.

Después se despeina y desarregla y comienza a balbucear:

—Tan-tan-tan. Y se toma de los barrotes de la cama.

Como advierto que sus gestos Son algo teatrales le interpreto:

—No está tan-tan-tan como parece, exagera lo que siento y me muestra que si la dejo se desarregla y enloquece. Todo lo hace para que no me vaya. (Nota A*)

* **Nota A:** Temor a perderme interna y externamente como producto de sus ataques a mí como objeto interno y a la parte del aparato mental en relación a su comunicación verbal conmigo.

* **Nota B:** La muerte me personificaría a mí como muerte persecutoria, vengándose retaliativamente en ella por el delio infligido. En un trabajo anterior acerca del Síndrome de Cotard (5) me refiero a este concepto de muerte persecutoria.

* **Nota A:** En esta sesión, del mismo modo que en lo anterior, podemos observar claramente las alternativas de los mecanismos de integración y desintegración del Yo, pero en un plano diría más evolucionado. Es decir, como ya lo expresé al advertir la teatralidad, en un plano histórico.

Una de las dificultades mayores que encontramos en el tratamiento de las llamadas psicosis históricas (aunque evolutivamente son formas más maduras que la esquizofrenia) es la capacidad que tienen en este estado los pacientes de “manipular” la realidad en una forma más inteligente y eficaz (control histórico de los objetos). En todo cuadro psicótico movlizado por el análisis desfilan durante el transcurso del mismo las distintas formas clínicas que estática y separadamente se estudian en la psiquiatría. Es por ello que el problema de cómo encarar los períodos históricos surge en todo tratamiento de psicóticos.

Si bien la necesidad de manejar al ambiente es mayor en los períodos de más intensa regresión, dado el predominio

Relacionado con la teatralidad (histeria), la paciente revive fantasías de ser actriz. Cuando pequeña, su padre decía que ella estaba destinada a serlo. Asocia con ello también las exigencias de su padre para que desarrollara actividades de tipo varonil. En la situación transferencial ser actriz (teatral) y ser varón, es decir, por condensación “actor” tiene por objeto satisfacer las fantasías de su padre (actriz o hijo varón) a los efectos de ser querida. Sus deseos de ser varón “robar un pene” (como vimos) trata de satisfacerlos simbólicamente extrayendo cigarrillos, de donde pudiera (robarlos a otras enfermas, pidiéndoselos a las visitas masculinas.. .) y pidiendo también que le sirvan café para tomarlo, según ella, “como los hombres”.

En una oportunidad, hallándose ya mejorada, se plantea cuál sería el momento propicio para abandonar el sanatorio y al preguntarle hasta cuándo se quedaría, me responde:

—Hasta que tenga todas las cosas.., cigarrillos, crema, sales... cuando esté más abrigada... Necesito que se vaya el invierno y que no me dejen sola.

Al decir esto, mirándome mueve los labios como si besara:

—Beso el mundo —dice.

—¿Soy su mundo? (Madre-mundo).

—Sí —responde, y entonces le interpreto:

—Soy su mundo porque puso todo en mí. Si yo no estoy, el mundo se vacía. Como estaba vacío cuando la vi por primera vez. (Nota A*)

—Sí —me responde, besándose las manos.

Y luego al finalizar ya la sesión, me relata que la noche anterior pudo ayudar a una paciente que estaba sola y no recibía visitas ni cigarrillos. (Nota B*)

En una oportunidad me dice:

de angustias paranoides al no estar el Yo suficientemente integrado, su eficacia en el manejo de los objetos del medio en que vive es precario. En cambio, la presencia de componentes histéricos convierte en más eficaces los propósitos de controlar el ambiente, por lo que los beneficios de la enfermedad (ganancia secundaria) son mayores, es decir, su resultado sería una mayor **ganancia secundaria**.

Es en esos momentos cuando el analista, cuociente de la situación, debe evitar ser manejado por el enfermo.

* **Nota A:** Si yo soy su **mundo** colocando todo en mí, “el-mundo-está vacío”.

El Dr. Pichon, Riviere (7) insiste en la importancia del analista como objeto depositario de sus partes buenas y en cómo el paciente tiende a preservarlo de sus propias pulsiones destructivas. Colocar en mí lo mejor de ella, sería salvaguardar por identificación proyectiva lo bueno, separándolo de lo malo y peligroso que siente en su interior. Lo que desea en realidad la paciente es perpetuarse como buena en un buen objeto “*depositario*” Eso es lo que quiso darme a entender en determinado momento al pedirme la mano y expresarme con emoción: “necesito alguien bueno como Ud. para poder morir”. Es decir, sobrevivir en mí a través de sus mejores aspectos, los más valorados, que siempre trató de colocar en los demás para preservarlos y aniquilar lo malo y peligroso de sí misma. Esta concepción de la muerte nos muestra una imagen particular del suicidio, en la que morir es una forma de aniquilar lo malo y persecutorio, y preservar lo idealizado en la memoria del otro.

* **Nota B:** Es decir, pudo dar al sentir que también había recibido. Pudo reconstruir ‘el mundo’, su propio mundo, que de alguna manera yo le había devuelto, “reparado”.

—No hay que juzgar a la gente por la ropa. Hay cosas más importantes, como las arrugas de la frente y la expresión de los ojos. La atención que nos dispensan es según la ropa que llevamos, pero si no se tiene ropa limpia es por miseria, y la miseria la hace a una mala. Ser mala es una defensa por todo lo que una sufrió.

—Me dice a mí —le interpreto— que no la juzgue por la ropa. Si la tiene sucia es porque ha sufrido, porque no fueron buenos con Ud. por eso me pide que mire su frente y sus ojos, aunque de todos modos sigue despechada con mamá y resentida con papá.

Dichas estas palabras se pone triste y lagrimea. Abre los ojos, espantada, y dice.

—Recuerdo a Hitler, era bueno.

—Sí, era bueno, pero abre los ojos con espanto —le señalo. Y me contesta:

—Papá era egoísta y tirano.

—Sí —le respondo— pero a pesar de estar resentida lo necesitaba y por eso lo cargaba de bondad, lo idealizaba. (Nota C*)

En un momento dado y superando ya el estado agudo, llega a plantear retrospectivamente el origen de su crisis actual. Trata de situar sus experiencias en una secuencia (temporalizarse), es decir, de recobrar “su tiempo” (integrarse en el tiempo). Manifiesta además, deseos de ampliar su ámbito espacial (especializarse comunicativamente) proyectándose fuera de los límites del sanatorio (Nota D*) (fuera de los límites de su enfermedad) a través de fantasías de ver a su padre, a su madre y a su hermana menor.

Al recibir la visita de la madre, se siente gratificada. Y vive esta visita como una prueba de afecto, aunque advierte su desagrado con respecto al tratamiento analítico. Esto, unido a la dificultad de G, quién se hacía cargo del análisis, acrecienta su sensación de inseguridad. Por esta época, cada vez que se refiere, durante las sesiones, a su sensación de no estar suficientemente apoyada externamente, expresa de distintas maneras sus deseos de refugiarse en la enfermedad. En una oportunidad, mientras conversamos acerca de las dificultades reales que ella captaba con respecto a la prosecución del tratamiento, tira las cenizas de su cigarrillo fuera del cenicero, es decir, hace “cosas de loca” señalándome que frente a la realidad frustrante y desajustada era mejor refugiarse en la “locura”.

A esto se agrega el hecho, también real, de que el analista debía ausentarse por largo tiempo, situación que no creí oportuno comunicarle aún por esos días. Pensaba hacerlo poco después, pero surgió un material que me llamó particularmente la atención. En una sesión me expresa que pensaba viajar a una ciudad del exterior donde había vivido un periodo prolongado de su vida, y que es precisamente a la cual

* **Nota C:** En esta sesión podemos observar dos reacciones de R frente a la frustración. Por una parte el resentimiento, que se traduce en la actitud reivindicatoria que asume frente a la vida (los padres-mundo) y por otra, la idealización. Según Melanie Klein (15) la idealización sería “el corolario del temor persecutorio”. Cuanto mayor es la angustia paranoide frente al objeto malo (frustrador) mayor es la sobreestimación del objeto bueno, distanciándose así cada vez más lo bueno de lo malo con la consiguiente mayor disociación del Yo.

* **Nota D:** Es la primera vez que manifiesta espontáneos deseos de ver a los miembros de su familia. Hasta ese entonces sólo la visitaba G, quien desempeñaba el papel de pariente más cercano.

yo pensaba dirigirme. Manifiesta, además, sus deseos de tratarse nuevamente con insulina en lugar de continuar con el tratamiento analítico (la madre se lo había sugerido). Refiriéndose a la insulina me

Comenta:

—Es de efecto más rápido y me abre el apetito. Y agrega:

—No sé por qué mamá le tiene rabia a papá. A lo que respondo:

—Ud. siente que su mamá se opone al tratamiento, es decir, a mí, como sentía que se oponía a su papá. En cambio, la insulina es algo que mamá acepta. (Nota A*)

Como se angustia y llora.

—¿Por qué? —le pregunto.

—Por el apuro que tiene de irse —me responde.

Ahora mueve sus brazos mecánicamente como una marioneta. De pronto siente dolor en la mano derecha, la que mantiene extendida y apuñada. Tuve la sensación de que se refería al apuro por irme porque habla captado mi premura por curarla y repararla. Además a merced de sus propias partes colocadas en mí, lo interpreté como expresión de que se sentía empobrecida por haber colocado todo en mí. Todo ello le dolía y le daba rabia.

Al interpretarles en estos términos, me responde:

—Me gusta meterme dentro de la gente para saber lo que siente.

—Meterse en mí para saber lo que pienso, quiere decir Ud. —le aclaro.

—Sí, siento su apuro.

—El apuro es lo malo —señalo.

—Sí, pero además hay otras cosas —agrega—; hay cariño... afecto... “tendreuse”...

—¿Y por qué en francés?

—Papá se fue a París —me contesta (éste residió mucho tiempo en París).

Me sentí sorprendido y emocionado por su captación. Le interpreté que sentía que yo la abandonaba como su padre y que nos confundía a ambos. Y le hice saber que lo que había captado era real, informándola de mis proyectos de viajar a París. Le expresé también que ante su necesidad de retenerme había aguzado al máximo su capacidad de proyectarse dentro de mí (identificación proyectiva). (Nota A*)

El abandono se constituye ahora en el núcleo central de la situación analítica. La paciente no podía aceptar la posibilidad de perderme realmente, lo que significaría para ella la confirmación de los hechos (prueba de realidad) de sus fantasías de que

* **Nota A:** Se me ocurrió que la coincidencia entre sus deseos de volver a aplicarse insulina y de viajar a la misma ciudad donde yo habría de estar (viajar hacia mí) se vinculaba al abandono que yo debía hacer de ella. Significaba por una parte, anticiparse a mi abandono, (ya que la insulina era algo de lo cual podía desligarse más fácilmente). Sabía que su conexión con la insulina tenía un plazo previsto. Además, no era una persona sino un objeto sobre el cual podía proyectarse sin el riesgo de comprometerse tanto interiormente.

* **Nota A:** La capacidad de estar en el **otro**, que se incrementa frente a situaciones de abandono, crea un tipo de Conexión directa, no explicitada, que constituye la así llamada captación telepática. Esta forma de comunicación explicaría el tipo de transmisión primario que existe en los “momentos de experiencia” madre-hijo.

destruye lo que quiere todo lo pierdo”). Por eso se amparo en la fe de que yo volvería. En una oportunidad, al quedar el sanatorio sin luz, encendieron velas, pero las apagó porque sabía que la luz iba a volver”), (yo volvería y todo se iluminaría nuevamente para ella). También se siente abandonada por G, quien no se atreve a seguir haciéndose cargo de ella y delega toda la responsabilidad en la madre. Al encontrarlo a la entrada del sanatorio, donde me esperaba, me transfiere su papel de “pariente más cercano”, pidiéndome que le entregue a R, de su parte, un paquete de té y cigarrillos que no se atrevía a hacerlo llegar personalmente (se sentía culpable).

Me pide, además, que le comunique que no se hallaba en condiciones de seguir solventando el tratamiento. La paciente recibía por su parte el deseo de G de que yo desempeñe no sólo la función de médico sino que tome también el rol de éste. En vista de ello, y ante la situación concreta de que se quedaba sin apoyo, les propuse, tanto a ella como a G, reunirnos para esclarecer la situación y delimitar los roles (era importante aclarar que el doctor era yo y que el té y los Cigarrillos eran G). Se configura así el triángulo:

La paciente, G, analista. En oportunidad de la sesión conjunto G adopta el rol de padre culposo que la paciente le había asignado. Yo sería el depositario del rol paterno desplazado del padre a G y de éste a mí.

En la situación triangular, no podía acercarse a uno de nosotros sin excluir al otro. Repetía así su propia situación en la que siempre alguien estaba excluido. Por lo tanto, el triángulo no se podía configurar, pero surgía otro en vías de estructurarse. G y la madre de la paciente decidieron reunirse conmigo. Durante la conversación, G se mantuvo ausente, sin hablar, pendiente de las palabras de ésta, a quien parecía delegar toda responsabilidad. Esta última admitía que con el análisis su hija había salido de la crisis. No estaba de acuerdo sin embargo con el procedimiento analítico, y pareciéndole cosas de magia, no quería tener nada que ver con él. No podía aceptar que me entendiera con su hija, del mismo modo como no admitía que su esposo se acercase ella (hacia responsable a éste de la enfermedad de sus hijas y lo acusaba veladamente de seducirlas). (Nota A*)

Terminada la entrevista, manifestó la determinación de que su marido se hiciese cargo de R. informándole que le habla escrito para que viniera a Buenos Aires a resolver la situación.

Pocos días después se configuró el tercer triángulo. Vino a verme el padre con su segunda mujer. Estábamos reunidos, pues, el padre, la madrastra y yo. Aquél se sentó lejos de mí y junto a una estufa. Sentía frío y mientras hablaba dificultosamente Y con gran ansiedad mantenía en sus manos una bolsa caliente, mientras que cada tanto acudía a un vaporizador. Se sentía en esos días, muy atacado por su asma y había venido a Buenos Aires también con el objeto de consultar a un médico. Cerca de mí se ubicó la madrastra. En realidad era ella quien se comunicaba conmigo, y por su intermedio el padre, quien cada tanto le pedía que me refiriese cosas. Su actitud paranoide y su temor a respirar me recordaban a la paciente y sus temores frente al “aire malo”. Me temía y por esa razón necesitaba un objeto intermediario (su mujer), de la misma manera como aquella en un comienzo se Vinculaba conmigo a través del espejo. Me hizo conocer de este modo indirecto algunos aspectos de la vida de su hija.

* **Nota A:** Aceptar el hecho de que había mejorado con “palabras” como decía ella, significaría admitir culposamente que también la hermana pudo haber sido tratada “con palabras” y no lobotomizada.

Sólo se dirigió directamente a mí para referirme el episodio en que R, durante su primera crisis, agredió a la madrastra provocándole un aborto. Y lo hizo en estos términos:

“Me mató un hijo”.

Expresaba así su resentimiento hacia la hija para luego dirigirlo hacia su primera mujer, a quien acusé (como vimos, es la misma acusación que ella le hace a él) de haber enfermado a sus hijas. Manifestó su conformidad con la mejoría de R. y se comprometió a conversar con G. y con la madre acerca del tratamiento. Quedó, finalmente en comunicarse conmigo.

Al día siguiente de esta reunión me telefoneó G. quien se mostró animado y me refirió que había hablado con los familiares de R., con los que creía poder llegar a un acuerdo. Un día después me llamó el padre, refiriéndome que había tratado abiertamente con R la situación, como así también con los demás miembros de la familia. Acordaron que se prosiguiese el tratamiento.

Esta vez retomaría el tratamiento de R. en mejores condiciones, ya que su grupo familiar estaba en vías de integrarse (con respecto a ella): se estaban poniendo de acuerdo. R, necesitaba, en su convalecencia de la crisis (con su Yo aún endeble), un ámbito convivencial más adecuado para proyectarse. Hasta ese momento, dada la estructura familiar, sólo le fue posible adaptarse a través de mecanismos esquizoides (proyectándose por partes).

Su padre, no sintiéndose capaz de reestructurar por sí solo el grupo familiar (en última instancia todos habían delegado en él su propia responsabilidad individual) decidió comunicarse nuevamente conmigo, pero esta vez para que me ocupara de él. Su asma no mejoraba, no sabía qué hacer y sintiéndose incapaz de asumir su papel de jefe de familia, me lo transfería a mí, adoptando a su vez el papel de hijo (él también necesitaba un padre).

Vemos así las inesperadas derivaciones del caso R que sólo podemos comprender a través de la perspectiva de lo que llamarla “serie condicionante” o mediaciones. Es decir, la cadena de situaciones que, partiendo de la paciente como elemento inicial, estimularon y pusieron en movimiento su constelación familiar.

La paciente necesitaba que la apoyasen en su tratamiento. (Nota A*)

Siendo la más omnipotente por ser la más regresiva, estimulé a G a que se pusiera en contacto con su familia (a través del rol de podio culposo que le había asignado). Este, ante la disyuntiva de hacerse cargo de la situación o eludirla, trata de delegar en mí su papel (en su nombre debía entregar a E el té y los cigarrillos). Pero como no me hice cargo del rol que quería asignarme, para conservar mi rol formal de analista (esclarecimos esto en la misma reunión del primer grupo: R. G. y yo), recurre a la madre de R. tratando de que se haga cargo de la situación. Esta a su vez (en la reunión del segundo grupo (G, ella y yo) delego toda la responsabilidad en el padre. Este último (reunión del tercer grupo: el padre, la madrastra, y yo) quiere hacerse cargo

* **Nota A:** Antes, para que los demás se ocupasen de ella, así como para conservarme, se apoyaba en la enfermedad, (ganancia secundaria de la enfermedad). Ahora por el contrario, debía demostrar a su familia la bondad del tratamiento, apoyarse en la salud (“ganancia secundaria de la salud”).

de la situación, pero al no sentirse capaz, como vimos más arriba, de hacerlo por sí mismo, busca apoyo en mí.

En estas reuniones pude apreciar cómo los padres de R desplazaban hacia los hijos el profundo resentimiento existente entre ellos, cosa que les hice notar, Acercarse, pues, sin desplazar el odio, implicaba dañarse mutuamente. Para llegar a un acuerdo y preservarse de los peligros de dicha unión, necesitaban un mediador. Este, además de su función de mantener entre todos los miembros de la familia la distancia necesaria para que no se destruyesen entre sí, debía actuar como intermediario y ser un buen núcleo aglutinante de partes buenas (donde proyectar las partes buenas o integradoras de cada uno). Cada uno de ellos necesitaba en mí un buen reparador, ya que cada miembro del grupo se sentía responsable de haber proyectado en él sus propias fantasías destructivas (desintegradoras).

Todos tenían necesidad de que se reestructurase el grupo familiar. Los triángulos que se fueron conformando sucesivamente representarían intentos parciales de lograr tales propósitos.

Al ocuparme del drama familiar parecería que hubiese relegado a segundo término a R. En verdad no era así, ya que volviendo al origen de esta “serie condicionante”, podemos apreciar cómo todo giraba en torno de E. En tal concepto, en ningún momento encaré la situación familiar separadamente de mi relación transferencial con ésta.

resumen y conclusiones

En este trabajo me ocupo particularmente del criterio que sigo en la actualidad en el tratamiento de pacientes psicóticos. Comienzo por referirme a las posibilidades de acercamiento al paciente a través de distintos medios de comunicación. De esta necesidad de comunicarse (tanto por parte del paciente como del analista) surgen diversas técnicas de sus distintas formas como el juego de niños (el cuento infantil) juego de palabras (palabra-juguete) y el balbuceo (como expresión vocal primitiva de carácter lúdico).

En determinados momentos surge también la llamada comunicación telepática, que se traduce *en* situaciones de extremo abandono por una acentuada necesidad de “estar en el otro” (identificación proyectiva). Otro aspecto que trato es el que se refiere a la actitud del analista frente al paciente. Este debe ser espontáneo, “flexible, (plasticidad del yo, capaz de dispersarse, si ello es necesario, para “detectar” mejor y reintegrar-se en la comprensión. Debe estar dispuesto a expresarse en el lenguaje o medio comunicativo que por razones de “necesidad” se impone en cada momento de la situación analítica, y emitir sus interpretaciones no sólo en el momento indicado, sino también desde la distancia que de alguna manera el paciente nos asigna (Nota A^{*}). Así como hay un momento oportuno o punto de emergencia temporal para interpretar, existe una distancia oportuna desde la cual el Yo del analista debe dirigirse al paciente (punto de emergencia espacial). La utilización de elementos u objetos transicionales

* Nota A: En tal sentido, la contratransferencia es el índice que nos guía y orienta frente al paciente.

(Nota B*), comunicación indirecta, o comunicación “a través” (el espejo o la manta en el caso de R.) tendría este mismo sentido. Es decir, respetar los temores del paciente de ser violado en su intimidad y penetrado irruptivamente. Una interpretación **directa** no debe, necesariamente, implicar una “intromisión” brusco en el mundo interno del paciente.

Ser directo significa apuntar directamente al nódulo conflictual del paciente, pero tanteando cuál es el punto óptimo (“distancia focal”) en la relación espacial (vivencia espacial) paciente-médico. (Nota B*).

Otro aspecto acerca del cual insisto es el que se refiere al manejo del Principio de Realidad durante el desarrollo del tratamiento. No eludir en la transferencia las dificultades reales (familiares en este caso) contribuye a encuadrar la situación analista-paciente dentro de un marco cercano a la realidad cotidiana, realidad ésta que el psicótico trata de eludir. Por otra parte, siendo las fantasías tanto más ilimitadas e irrefrenables cuanto más regresivo es el paciente, crearles un límite confrontándolos con el factor realidad es propender a una mayor integración del Yo y a estimular la noción de contorno (delimitación entre mundo interno y mundo externo), es decir, fortificar el proceso de personalización (Nota C*). Las situaciones reales de frustración, como el abandono por parte de la familia o del analista que se ausento, nos lleva a la necesidad de la confrontación fantasía-realidad, dado que estas situaciones pueden ser vividas como prueba de realidad” de sus fantasías de pérdida (Es decir, esclarecer la diferencia entre el hecho real del abandono y las fantasías de abandono).

Algo que pudimos estudiar con bastante claridad es la repercusión del factor ambiental en el desarrollo de la personalidad de H. La inestabilidad afectiva existente entre los padres, el clima de tensión en que se vivía, y la falta de ámbito espacial duradero y estable le impidieron en gran parte integrarse.

En realidad, dada la desarmonía del medio en que se hallaba, sólo podía adaptarse desintegradamente (proyectarse por partes).

En este tipo de estructura familiar esquizoide le era difícil elaborar la posición depresiva. Además de no poder proyectarse como un todo, adquirir el sentimiento de responsabilidad propio de estas etapas significaba hacerse cargo de las consecuencias peligrosas de sus propias pulsiones. Todo ello, pues, fortalecía sus tendencias esquizoides y era una forma de adaptación a la gestalt familiar.

* **Nota B:** El Dr. Pichon Riviere opina que el elemento transicional como la presencia de todo tercer rol” está **presente**, de alguna manera (reproduciéndose el triángulo edípico en sus distintas configuraciones) en todo momento de la situación transferencial.

* **Nota B:** Quizás no he insistido explícitamente en el aspecto narcisístico de la paciente, pero implícitamente sí lo señalo al referirme a la introyección autoplástica del pecho materno. La madre como objeto parcial o el pecho analítico es aceptado como “propio” (el objeto pierde su identidad original y llega a formar parte de su territorialidad narcisística corporal). La envidia no surge ostensiblemente ya que la incorporación narcisística del objeto necesitado y admirado es precisamente un mecanismo defensivo de éste. La aparición de la envidia es ya expresión de una aceptación de la fuente, como externa, e independiente. La relación sincrética simbiótica, no permite la conciencia de sentimientos y elaboración de juicios respecto del otro.

* **Nota C:** En mi trabajo “Consideraciones sobre la personalización” (5) me ocupo

particularmente de este concepto

Así como en el análisis de niños, en el análisis de psicóticos, dada la relación de dependencia real existente con el medio familiar, debemos inevitablemente vincularnos a éste.

Las alternativas inesperadas que derivaron del proceso terapéutico me llevaron a adoptar finalmente el papel de analista de grupos, Pude así integrar en el curso del tratamiento tres aspectos de mi experiencia analítica, la de analista de niños, de psicóticos adultos y de grupos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) SIGMUND FREUD. — El Block maravilloso (pág 414) Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
El Yo y El Ello (1923) pág. 236 en Obras Completas.
- (2) ANGEL GARMA. — Vicisitudes de la pantalla del sueño y del fenómeno de Isakower. Rey, de Psicoanálisis. T. XII, Nº 4, Bs. As., 1955.
- (3) MELANIE KLEIN. — Efectos de las situaciones tempranas de ansiedad sobre el desarrollo sexual de la niña.
El Psicoanálisis da niños.
Revista de Psicoanálisis. Tomo VII Nº 3. Es. As. (1946) “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”.
Revista de Psicoanálisis. Tomo IV, Nº 3, Es. As. (1940) “El duelo y su relación con los estados maníacos depresivos”.
- (4) LEWIN BERTRAM. — El dormir, la boca y la pantalla del sueño. Revista de Psicoanálisis. Tomo V, Nº 1, (1947).
- (5) RESNIK, SALOMON. — Algunas aportaciones al tema de la comunicación (1956).
Rechazo de ingestión de alimentos en un caso de negativismo catatónico (1955).
Síndrome de Cotard y Despersonalización (1954). Consideraciones sobre la personalización (1954).
- (6) PICHON RIVIERE, ARMINDA A. de — La dentición, el caminar y el hablar en relación con la posición depresiva infantil (1954).
- (7) PICHON RIVIERE, ENRIQUE. — Quelques observations sur le transfert chez des patients psychotiques (Revue Française de Psychanalyse), Tomo XVI, Nº 1-2.
- (8) SHIRLEY, M. M. — Citado por Dorotea Mac Carthy, Desarrollo del lenguaje (pág. 401). Manual de Psicología del Niño. F. Seix Editor, Barcelona, Murchison, 1935.
- (9) WJNNICOTT, E. — Desarrollo emocional primitivo. Rev. Argentina de Psicoanálisis, T. y, Nº 4, 1948.
- (10) BION. — “Schizophrenic Language” New Direction in Psycho-Analysis. Pág. 220.