

Reconstrucción de la Historia

Historia de la construcción

Lizardo Valdez*

Inés Clerc de Valdez

Setiembre de 1989

Resumen

Partiendo de distintas situaciones clínicas, los autores plantean algunas particularidades de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en niños tempranos y pacientes psicóticos.

Señalan que el desborde del tiempo y espacio de la sesión se da con mucha más frecuencia que en pacientes neuróticos y se preguntan la relación de estos fenómenos con un aparato en desarrollo o defectuoso.

Destacan el papel de la realidad, y el peso que adquiere el “actuar” del analista. Finalmente, plantean las dificultades de los analistas para trabajar con este tipo de pacientes y especialmente para transmitir sus experiencias, vinculándolo con un necesario desasirse transitorio de las propias coordenadas témporo-espaciales para poder transitar el camino de la repetición a la creación en la transferencia.

Summary

The writers outline some characteristics of transferential and countertransferential phenomena in young children and psychotic patients, taken from various clinical cases.

* Gregorio Suárez 2780 - Montevideo - Uruguay

They point out that the overflow of time and space of session is found more frequently in these patients than in neurotic patients. They also ponder over the possible relationship between the above mentioned phenomena and a developing or defective mental apparatus.

They stress the importance of the real life situation and the analyst's "acting". Finally, they suggest giving some thought to the difficulties they have to face when working with these patients, especially when trying to convey their experiences together with a necessary transitory riddance of their own time and space coordinates to be able to go through repetition and into creation in transference.

Introducción

Pensar sobre la transferencia y la contratransferencia, es acercarnos a la esencia misma de nuestro trabajo analítico. Creemos que son el instrumento más importante con que contamos, antes aún que la interpretación, de ahí que aproximarnos a su comprensión es una tarea ardua, pues además de una reflexión teórica, lleva a mostrarnos a nosotros mismos, descubriendo la intimidad de nuestro quehacer y de nuestra forma de ser analistas. Es difícil transmitir a otros algo que por ser "natural", resulta oscuro; transmitir situaciones que no se dejen reducir a] discurso lógico. Y es de estas dudas, de este Intentar poner en palabras lo aparentemente evidente, que surgen estas reflexiones, que no pretenden tener otro valor que el de aportar elementos a la elaboración colectiva.

El concepto de transferencia usado en un comienzo por Freud para referirse a una forma particular de resistencia a la labor analítica, ha evolucionado en el propio Freud y ha sido enriquecido, aunque también desdibujado por autores posteriores. Por esto es que debemos aproximar alguna precisión en cuanto al sentido en el que usamos el término transferencia, aunque este sólo sea provisional y lo desbordemos en el curso de este trabajo.

Partiremos de la definición de Freud en Dora, para sobre ella apoyar nuestras

reflexiones personales, pero en el entendido que éstas parten de y pretenden volver a nuestra experiencia clínica concreta.

Las transferencias son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza, no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes: pero lo característico de todo el género, es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo, toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no son revividas como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico”⁽¹⁾.

Esta definición de Freud, corresponde a un determinado momento de la evolución de sus ideas y está especialmente referida a los pacientes neuróticos. Vendrán luego la utilización de la transferencia como elemento esencial para la reconstrucción de la historia del paciente⁽²⁾, la neurosis de transferencia y con autores posteriores: el papel de la identificación proyectiva⁽⁶⁾, la contratransferencia^{(3) (4)} y el concepto de psicosis de transferencia⁽⁷⁾ entre otros. Enriquecimiento pero también deslizamiento.

Nos ha parecido necesario recortar este universo y plantearnos algunas particularidades de los fenómenos transferenciales en niños tempranos y pacientes psicóticos. (Al hablar de psicóticos, nos estamos refiriendo a pacientes graves, con el diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia y no a un concepto más abarcativo del término, que *con* frecuencia se usa en psicoanálisis).

1. Andrés. La Transferencia... ¿de quién?

Andrés de 4 años tenía dificultades para separarse de su madre. A menudo entraba llorando a la sesión, al punto que su madre me lo entregaba en brazos y yo lo recibía llorando en los míos. Distintas interpretaciones no modifican esta situación, que por otra parte no tenían un correlato en el transcurso de la sesión. Hasta que un día, la madre me lo entrega llorando como habitualmente y cuando él estaba prendido a mí, la madre puso en la mano que me quedaba libre los honorarios del mes. En ese momento sentí que Andrés me era entregado como un paquete, que me lo depositaba y me pagaba por hacerme cargo. En lugar del lógico sentimiento de molestia hacia la madre, sentí compasión. Rápidamente se unieron cosas en mi mente. La madre de Andrés había perdido a su madre siendo niña y desde entonces el padre, un hombre muy adinerado, había pagado a distintas personas para que se hicieran cargo de ella. Esta misma situación se estaba repitiendo en un nuevo escenario, con dos actores distintos y el tercero jugando un papel también distinto que la cuidadora de entonces. Tratemos de

analizar esta situación. Hay por un lado una transferencia de la vivencia infantil traumática de la madre a la situación presente, pero desfigurada por: el trastorno de lo pasivo a lo activo (la abandonada a abandonadora). Hay también una identificación con el niño (ella niña) y un intento de elaboración de aquella situación (yo no soy la cuidadora, aunque por momentos se me trate como tal).

Algo del pasado se repite, pero en un marco distinto que puede posibilitar la elaboración. A través del hijo, ella puede recibir cuidados distintos. Y quizás entonces, y sólo entonces, hacerse cargo de su madre, que actualmente no puede asumir.

Ahora bien, ¿qué pasa con Andrés que es objeto de un juego transferencial que le es ajeno, al menos parcialmente? ¿Cómo juega su papel de representar a la madre niña?

Lo transferido, no es aquí sólo algo de la historia del niño, sino también de la madre. ¿Cuál es la conducta técnica? Hay que interpretar. ¿a quién? Por otra parte, el espacio transferencial parece desbordar el consultorio, la sala de espera se convierte en un lugar transicional privilegiado, donde fuera del lugar acordado, en relación a una otra persona que la del paciente, se produce una repetición transferencial.

Cuantas cosas distintas de la definición de Freud de la que partimos. Al comunicarle a la madre lo que entendimos, ella lloró y Andrés no volvió a hacerlo. El resultado está más cerca de la re-creación que de la reedición.

2. Miguel y José, o la realidad actuando

Clásicamente hablamos de fenómenos o sentimientos contratransferenciales para referirnos a sentimientos, ocurrencias e incluso manifestaciones físicas que ocurren al analista vinculados al material del paciente. Pensamos que algo de este orden ocurre con niños y pacientes psicóticos pero desbordando con mucha más frecuencia que en pacientes neuróticos el espacio y el tiempo de la sesión. Algo de la realidad externa, que no es lo que clásicamente consideramos material de la Sesión, irrumpe.

Miguel, de cinco años, debe esperar a veces hasta 20 minutos que lo vengán a buscar. Identificándome con él siento un gran sentimiento de abandono y un profundo odio hacia los padres, que están repitiendo situaciones de abandono anteriores. Cuando a esto se agrega una situación de descuido extrema (ropa con agujeros, zapatos muy rotos, etc.). ¿Cuál es la intervención adecuada? Debe dirigirse al niño, a sus padres o a ninguno. ¿Es lícita la actitud de neutralidad cuando en casos como estos, la realidad está cumpliendo un papel estructurante? ¿Abstenerse de actuar y sólo interpretar, no es procurar en el plano simbólico algo que nunca estuvo inscripto en ese plano?

Miré a José por la ventana y pensé viendo su caminar simiesco: capaz que algún día se ahorca”. No suelo mirar a mis pacientes al salir de mi consultorio. Descubrí que en José, paciente esquizofrénico de 25 años, lo que me pasaba en realidad era parte esencial del análisis. Una vez más el espacio y el tiempo del encuadre había sido desbordado por estos pacientes.

También en este caso uno puede preguntarse que hacer con esta intelección y que efecto produce si se verbaliza y cual si sólo se metaboliza. Pensamos que estas situaciones sólo excepcionalmente son interpretables y que la elaboración y comprensión por parte del analista de estas vivencias contratransferenciales, puede tener en si misma un efecto terapéutico, dado que el analista, ahora modificado, participa de otra manera en el espacio transferencial y el paciente se reacomoda a la nueva situación.

Quizás habrá otros momentos, en que estas situaciones puedan traerse en palabras, a modo de construcción, de esta nueva historia, la analítica, que fue primero vivida y sólo después verbalizada.

Creemos que este proceso se da con más facilidad en el niño, pues su resultado es aleatorio en el psicótico, donde la parte psicótica de la personalidad, ataca a esta nueva historia que se intenta construir en la situación analítica, aún en su propia cuna.

Ya uno de nosotros relató en un trabajo anterior (8), el desborde del espacio de la sesión en la repetición de los fenómenos transferenciales en el caso de un niño con padres desaparecidos. También en esas circunstancias fue difícil determinar la incidencia del paciente y de la abuela en la situación, quien era el transferidor y si había que interpretar, a quien debía ser dirigida la interpretación y que efecto puede producir en cada uno y en cada caso.

También en aquella situación se planteó un hacer (¿una actuación?) ir a la casa, ir a buscarlo, como buscaba a sus padres y una modificación del encuadre. ¿Pero no fue acaso imprescindible? ¿Hay alguna forma de establecer el límite? ¡Es tanto más fácil cuando se trata de adultos neuróticos! Creemos que con estos pacientes estamos siempre al borde de la actuación en su sentido negativo, pero quizás no hay otro remedio. Por otra parte, ¿cuántas veces el interpretar es una actuación que tiene que ver más con nuestra problemática y con nuestra necesidad de seguridad que con la necesidad del paciente? ¿Cuántas veces el callar no es también una actuación que tiene que ver más con el apego a un supuesto teórico, o norma técnica, que con la comprensión de la situación?

3. Víctor y los juegos contratransferenciales

El analista debe en su atención flotante, atender no sólo a su pensamiento, sino también a su cuerpo y especialmente a sus manos.

A veces en medio de la sesión, cuando el niño está en silencio, o realizando en forma estereotipada un juego que no comprendemos nos descubrimos haciendo una forma con un trocito de plasticina, o jugueteando con una maderita o un auto y de pronto, descubrimos la relación entre nuestro hacer y las fantasías del paciente.

Víctor llegó llorando al consultorio, se acostó en el diván y cualquier interpretación mía era interrumpida por gritos y aumento del llanto. Estuve algunos minutos interpretando sin éxito, hasta que sin saber bien por qué, me acosté en el suelo al lado del diván. Esta aproximación física no produjo ningún efecto. De pronto descubrí que mis dedos índices y medio estaban tamborileando sobre el diván y empezaron a ir y venir en la dirección de Víctor. Este abrió los ojos y miró con una mezcla de sorpresa y picardía, aunque su trompa mostraba que seguía enojado. Sin decir palabra y ahora más consciente, empecé a intentar llegar con mis dedos hacia él. Al acercarme él me pegaba, pero en la medida que esto se repetía, la situación tenía un carácter gozoso para ambos. El pegar pasó de ser agresivo, como las patadas del comienzo a parte del Juego. Cuando la situación se hizo más distendida, Víctor empezó a agitar manos y pies como si golpeará contra algo, pero sin pronunciar palabra. Me vino la imagen de que estaba encerrado en una caja de cristal y también sin decir palabra, procedí a hacer la mímica de abrir la tapa. Dando un suspiro de alivio dijo: “Ay que suerte, estaba encerrado y no podía salir, tampoco podía hablar”.

El juego que surgiera espontáneamente en mí, de acercarme por un camino peligroso (los golpes), para rescatarlo de su encierro silencioso, era la captación contratransferencial de situaciones que sólo después pudieron ser vinculadas con la Bella Durmiente y Blancanieves: el abandono y el tiempo detenido a la espera del beso del príncipe.

Acto seguido me pidió que jugáramos al Topo Gigio y le contara un cuento. Es otro el tiempo, no el detenido de la repetición, sino el de la continuidad de la vida. El “actuar” las vivencias contratransferenciales abrió el espacio a la creación gozosa y compartida.

4. A modo de resumen algunas preguntas y reflexiones

Estas situaciones clínicas, escogidas de entre muchas otras, fueron poniéndonos en

contacto, y quizás también permitan aproximar al lector, a esa atmósfera transferencial difícil de describir, y que se da en el trabajo con pacientes como estos, de los que nos ocupamos.

Difícil porque cuestiona. Difícil porque vemos que algo referido a dos, sucede entre tres o más, que ni siquiera están bien diferenciados entre sí.

No estamos como en el caso de adultos neuróticos tratando con sujetos con su aparato psíquico plenamente constituido, sino con aparatos en vías de desarrollo o defectuosamente constituidos.

Es como si estos aparatos tuvieran algo de “abiertos” y en esto parece jugar un papel decisivo el predominio de la identificación proyectiva, que impide una mejor diferenciación entre uno mismo y el otro.

En el niño, este mecanismo coexiste con otros más evolucionados que comienzan a instalarse y le van permitiendo una mayor estabilidad de los objetos internos, a la vez que ir construyendo los espacios que posibiliten una diferenciación más estable.

En el psicótico, hay fuerzas destructivas, que atacan todo intento de progreso, dificultando la construcción de los espacios, trastocando los tiempos, manteniendo en definitiva una indiferenciación témporoespacial que impide el pensarse como sujeto independiente, por lo que el progreso en el trabajo analítico es mucho más penoso y a veces estéril.

En su expresividad clínica esta situación estaría dada por el desborde del espacio de la sesión que se pierde más allá del consultorio, en un límite siempre impreciso que llega a la sala de espera, a la calle o aún más allá.

Lo mismo podríamos decir en relación con el tiempo, nuestra preocupación, por el paciente desborda largamente el tiempo de la sesión. Todas estas cosas, si bien pueden darse puntualmente en otro tipo de pacientes, pensamos que aquí son la norma.

Estas reflexiones, nos llevan a intentar dar respuestas, a algunas preguntas que nos hacemos desde hace algún tiempo: ¿Por qué tan pocos analistas se interesan en el trabajo con pacientes psicóticos, pero sobre todo, por qué hay analistas que no pueden trabajar con niños y por qué son tantos los analistas de niños que van reduciendo progresivamente sus pacientes, llegando incluso a no trabajar más con niños? O ¿por qué se acepta que el número de estos pacientes que puede atender un analista, está limitado?

Preguntas tan generales tienen sin duda multiplicidad de respuestas, pero queremos aportar una línea para pensar el problema.

Habitualmente se dice que estos pacientes producen la movilización de aspectos

muy primitivos de nosotros mismos. ¿Qué quiere decir esto? Tendrá que ver con la pérdida de límites que significa volver regresivamente a otras coordenadas témporo-espaciales, donde los espacios se borran y se entremezclan: donde los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, llevan transitoriamente a una indiferenciación entre nuestro aparato psíquico y el del paciente (con más intensidad sin duda en el psicótico que en el niño).

¿No es este el desafío que nos plantea trabajar con este tipo de pacientes? Introducimos en la bruma de la indiferenciación, donde no podemos acudir a referencias témporo-espaciales habituales y por lo tanto resulta muy difícil o quizás imposible dar cuenta de estos fenómenos en la forma y con la precisión que la comunidad científica pretende. Pero tenemos la convicción, más allá de la dificultad de la tarea, que así y sólo así es posible construir una nueva historia, donde nuestro lugar es de un personaje nuevo-viejo, que aceptando la repetición, contribuye a la creación. Y debe aceptar ser protagonista y no sólo actor de una historia inquietante, que de alguna forma también le es propia y de la que no sabe el final.

Bibliografía

- 1) **Freud, S.** - Fragmentos de análisis de un caso de histeria. Dora. (1905). Amorrortu, tomo VII.
- 2) **Freud, S.** - La dinámica de la transferencia (1912). Amorrortu, tomo XII.
- 3) **Heiman, P.** - Acerca de la contratransferencia. Rev. Uruguay de Psicoanálisis, tomo IV. 1, 1961-62.
- 4) **Heiman, P.** - Contratransferencia. Rev. Uruguay de Psicoanálisis, tomo IV, 1, 1961-62.
- 5) **Klein, M.** - Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. (1946). Paidós, tomo III.

- 6) **Klein, M.** - Los orígenes de la transferencia. (1952). Paidós, tomo I.
- 7) **Rosenfeld. H.** - Consideraciones relativas al abordaje psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica. t19541. Cap. VI del libro Estados Psicóticos. Paidós.
- 8) **Valdez, L.**- Desaparecido I. Psicoanalise. Cuadernos Nº 2, Pelotas, Brasil. 1986.