

LA ADOLESCENCIA CONGELADAⁱ

José Luis Goyena

Quisiera referirme a una situación particular que he encontrado en cierto número de pacientes que llegan a la adultez habiendo “congelado” la crisis de la adolescencia. Si bien el terapeuta debe tener en cuenta la multiplicidad de factores que operan en la historia del paciente, también debe enfrentar las diferentes formas de comunicación que éste usa. Las abordaré a medida que se presenten en el material clínico, siempre subrayando la importancia de los enclaves autistas que permiten aprehender las dificultades de esos pacientes. Para abordar la problemática de la adolescencia congelada conviene en principio establecer una diferencia entre la adolescencia congelada y aquello a que llamamos adolescencia tardía.

Contrariamente a la adolescencia tardía, la *adolescencia congelada* es una puesta entre paréntesis de los trastornos emocionales que ordinariamente sobrevienen en un momento de crecimiento psíquico. Aunque la adolescencia congelada tenga muchos puntos en común con la adolescencia llamada “tardía”, difiere en cuanto a la capacidad de vivir las inevitables turbulencias propias de una situación de crisis. En la adolescencia tardía la crisis adolescente exige una moratoria, mientras que en la adolescencia congelada no es necesario alargar ningún plazo. El tiempo de la crisis, en este caso, está coagulado.

Cuando un sujeto está demasiado desprovisto de reparos internos, puede retrasar la crisis adolescente de dos maneras: ya sea esperando vivirla más tarde de manera atenuada, es decir, en circunstancias fantaseadas como menos dolorosas; o bien evitándola con un salto a la edad adulta. En la adolescencia congelada, en cambio, no hay moratoria: se caracteriza por un estado de espíritu del tipo de la latencia rígida y permanente, un enclave donde el sujeto espera pasar el resto de su vida, pues allí se siente protegido de toda situación emocional profunda.

Este tipo de paciente, fácilmente observable en el trabajo terapéutico con jóvenes adultos, incluye también a aquéllos que han sabido experimentar una

pretendida madurez y que están ya "convenientemente" instalados en la vida. La mayoría de ellos vive su existencia según un *como si* que va de la mano de una vida emocional pobre o casi inexistente. Incapaces de establecer verdaderos lazos afectivos, están llenos de logros profesionales o ejercen, al contrario, un trabajo que presenta pocas exigencias. En general se los ve demandar una ayuda analítica al instalarse una tensión entre las exigencias de la vida y la voluntad de residir indefinidamente en un escondite protector. La mayoría presenta un síndrome claustro-agorafóbico importante. Estos grandes trazos descriptivos nos ayudan a reconocer en ellos una personalidad esquizoide y también sus componentes narcisistas y sus estados límite. En el curso de un análisis se ven emerger en el paciente otros rasgos distintivos: profundamente autoritarios, llenos de exigencias hacia el analista, estos pacientes recurren a menudo a las amenazas y tratan de desvalorizar el trabajo terapéutico tanto como el ambiente externo, mientras que otros, agradables y cooperativos en el trabajo analítico, viven superficialmente sus afectos. De hecho, el analista comienza poco a poco a darse cuenta que su "verdadero self" permanece inaccesible y que el trabajo analítico entra en una *impasse*.

Una de las características destacables de estos pacientes es la de aferrarse a una inmovilidad constante que les permite evitar lo que han asimilado a una catástrofe mayúscula, a saber, una situación emocional profunda y estremecedora. Los trabajos de Bion, Winnicott o Rosenfeld constituyen aquí nuestras brújulas más preciosas y familiares: el primero con sus trabajos sobre las "partes psicóticas y no psicóticas de la personalidad" (1962) y el "cambio catastrófico" (1970); Winnicott y el concepto de "verdadero y falso self" (1960); H. Rosenfeld, en fin, evocando los "islotos psicóticos de la personalidad" (1997). Pero es a Sydney Klein (1980) a quien se debe un avance mayor en ese dominio, en trabajos en los que establece un paralelo entre estos pacientes y los niños autistas según la maravillosa descripción de F. Tustin (1982,1986,1989,1992).

En esta presentación, mi objetivo es dar cuenta de los momentos en que el trabajo analítico obliga al paciente a salir de su inmovilidad. Este momento sobreviene cuando la coraza de *pseudo-madurez* comienza a agrietarse y el paciente se ve forzado a entrar en contacto con sus propios sentimientos depresivos. La actitud del analizante en sesión somete al analista y a la situación analítica a una dura prueba. Ese momento crucial del trabajo analítico se despliega en dos tiempos, que desarrollaré en las dos partes de esta

presentación. El primer tiempo corresponde a un **período pre-catastrófico**: se extiende desde la primera consulta a los primeros meses de trabajo. El segundo tiempo corresponde a un **momento catastrófico**: se trata de la sesión donde comienza el deshielo y donde la pareja analítica entre en una zona de turbulencias. Pero esta descripción quedaría incompleta si no abordara otro punto esencial, pivote de la resolución del momento catastrófico: el funcionamiento psíquico del analista.

El trabajo con Ingrid, una paciente de 28 años que interrumpió su tratamiento hacia el final del quinto año de análisis para establecerse en el extranjero, va a ilustrar en detalle los propósitos que acabo de manifestar. Habíamos comenzado una psicoterapia con un ritmo de dos sesiones por semana que se transformó dos años después en análisis con cuatro sesiones semanales.

Ingrid

Ingrid (28 años) es una joven bella y distinguida en la cual la vestimenta, el peinado y los modales rozan la perfección. Su lenguaje es preciso, ordenado, sin fallas. El relato de su historia es de una lógica irreprochable. Las raras sonrisas apenas esbozadas que me dirige tienen tal vez más de modales de cortesía que de un encanto espontáneo. "He obtenido sus datos por una colega de mi padre, actualmente retirada, la Dra. P., a la que encontré, hace veinte años, en una estación de esquí en Suiza. En esa época mi padre era administrador de una clínica muy renombrada cerca de Lausana y frecuentaba a muchos psicoanalistas aunque no haya estado jamás sobre un diván. Hace algunos meses que siento la necesidad de consultar: no estoy bien, doy vueltas sobre mí misma; sin embargo, no sé si quiero hacer un análisis. A los 19 años tuve una experiencia analítica desgraciada, no quiero repetirla. Esta experiencia tuvo lugar en París seis meses después de haber dejado el internado en Suiza, donde mis padres me habían inscripto para aprender lenguas y buenos modales. Había venido a encontrarme con mi familia en París y a decidir sobre mi orientación futura. Se comprobó entonces que yo no soportaba vivir con mis padres y mis tres hermanos. Sentía el mismo profundo malestar que antes de mi partida de Suiza. Encontraba malsana a mi familia y, si me permite la expresión, sucia. En ese gran departamento del 16º distrito, cada uno tenía su habitación, pero nuestra intimidad era violada sin cesar. Mi madre no se anunciaba jamás;

entraba a mi habitación sin golpear. Mis hermanos hacían otro tanto, excepto el último, seis años menor que yo, que se mostraba más respetuoso. Tenía ternura por él y le leía historias. Mi padre trabajaba constantemente. Dirigía un consorcio importante. Cuando volvía a casa no abría la boca, se desplomaba sobre el diván del salón, leía el diario o miraba la televisión. Yo extrañaba el orden suizo donde todo era impecable. Allí había encontrado mi tranquilidad.

Mi madre, una mujer estúpida que no piensa más que en las apariencias, es en realidad una mujer- niña. Fue educada en la sumisión y la dependencia de su madre. Cuando quería decirme algo yo le manifestaba una profunda indiferencia. Me ponía glacial y eso la volvía "loca".

En ese momento tuve la impresión de que los ojos de Ingrid no me miraban: estaban fijos en el pasado, más de diez años atrás. Su boca, ahora un receptáculo frío, expresaba una rabia controlada por palabras secas, precisas y cortantes. Ingrid inducía en el otro la distancia más que la proximidad, el temor más que la empatía. Yo tenía la impresión de que ella se había apartado brevemente de la realidad. La evocación de la relación materna había tomado, en esos pocos minutos, visos de transferencia psicótica.

Yo observaba, además, que su posición sentada no se había alterado un solo instante: durante toda la entrevista su cuerpo dibujó una inmutable escuadra a 90°. Dándose cuenta de mi presencia, como un relámpago, me miró de repente levantando las cejas, luego continuó su relato con calma.

"Tuve una crisis violenta un día en que mi madre entró a mi habitación. Le tiré un golpe y fallé, le dije de todo. Mi segundo hermano se interpuso entre nosotras... me acuerdo de haber cerrado enseguida la puerta con llave y de haber llorado. Cuando llegó mi padre no ocultó su cólera, se expresó en un tono directo y cerrado. Me habló un largo rato y me propuso buscar una ayuda terapéutica. Dos días después, un psicoanalista amigo de mi padre le aconsejó dirigirme a la Sra. B. Comencé un análisis tres meses después, porque ella no tenía hora y me veía cada quince días a diferentes horas. Entonces pasamos a horarios regulares y la veía tres veces por semana. Al principio, yo tenía tantas cosas que decirle que me sentía aliviada al final de cada sesión. Ella no abría la boca, estaba rígida, vestida tristemente, generalmente de negro. Sin embargo, al cabo de seis meses, yo no tenía más nada que decir. La Sra. B. tampoco: de un tiempo a esta parte, ella puntuaba su silencio con algunas palabras, eso era todo. Una atmósfera pesada e insoportable se instaló en las sesiones. Yo tenía ganas de

dormir, a veces de huir, pero me decía que el análisis era así, que ya vendrían las cosas. Leí en ese entonces dos libros escritos por la Sra. B. y se lo dije. Ella se sintió conmovida; su voz, por primera vez, fue menos seca, pero de hecho yo no comprendía gran cosa. Después de tres años interrumpí el análisis diciéndole que me sentía mucho mejor. Encontré así la manera de separarme de ella, pero mentía. No estaba bien, sólo quería liberarme de una obligación de pesadilla. El trabajo no fue bueno. Me dejó fatigada. Tengo la impresión de haber hecho un esfuerzo inútil que no me enseñó nada... Me sentía incomprendida y más sola que antes... No quiero vivir de nuevo una experiencia así."

La fuerza expresiva de esas últimas frases contrastaba con el resto del relato. No había allí ninguna grandilocuencia, ninguna inflación en las palabras, sólo un sufrimiento jamás aplacado.

"Yo tenía 22 años y no sabía qué hacer con mi vida. No trabajaba. No estaba dotada para los estudios. La profesión de mi padre nos obligó a mudarnos otra vez. La familia partió a instalarse a sólo algunos kilómetros de donde vivía mi abuela materna. Ese fue el principio de una nueva experiencia para mí. Mi abuela estaba sola, rica y deprimida. Mi única ocupación consistía en visitarla dos veces por semana. Creo que, en cierto modo, ella me salvó. Hablábamos de todo, o casi, pues nos cuidábamos de abordar temas tabú como la sexualidad o los problemas íntimos. Ella me dirigía, organizaba mi vida y me enseñaba cosas de nuestra historia familiar. Durante dos años, mi vida quedó supeditada a esos encuentros. Pero un día, mi padre me dio un ultimátum: debía trabajar y hacerme cargo de mí misma. Aparte del voluntariado, yo no sabía hacer nada. Sin embargo, encontré un trabajo como secretaria, ya que durante mi estadía en Suiza había aprendido alemán entre otras cosas. En el contacto con el mundo del trabajo me di cuenta de que ciertas cosas no iban más en mi vida. Yo era virgen, la sexualidad era para mí un paréntesis que no se cerraba. Una amiga de mi madre, que había tenido un terapeuta "charlatán", me aconsejó ir a verlo. Comencé un trabajo totalmente directivo con él: me decía lo que tenía que hacer y cómo hacerlo. El me empujó a tener relaciones sexuales, a dejar la casa y a encontrar un trabajo más valioso. Obedecí a todas esas directivas; eso me ayudó, pues yo no sabía verdaderamente qué hacer con mi vida. Esta terapia duró cuatro años. Al cabo de algún tiempo comencé a verlo menos, una vez cada quince días en promedio. Corté definitivamente los puentes con él hace algún tiempo, cuando él se jubiló. En el mismo período perdí también mi trabajo; mi

jefe, que me quería bien, se fue y tuve que enfrentar a su horrible reemplazante con la cual no me entendía. Ella quería cambiar mi manera de trabajar. Le hice frente y me despidió.

Ingrid hizo un silencio, como si esperase una respuesta o un comentario de mi parte. Yo había seguido atentamente su relato esforzándome por encontrar en mi contra-transferencia algún sentimiento que me ayudara a formular un comentario o a esbozar una interpretación prudente, pero mi estado de espíritu era calcado del suyo: *yo podía comprender el relato, pero no experimentaba nada*. En lugar de venir en mi ayuda, las informaciones que acababa de registrar me hacían sentir impotente. La ausencia de emociones de Ingrid no me permitía percibir su *fantasía inconsciente*. No llegaba a situarme más que en el nivel de la narración lógica de la paciente, lo que me hacía pensar que me contaba su historia porque buscaba culpables para su sufrimiento. En su espíritu, el analista debía ponerse la toga de un juez frío y severo para condenar sin apelaciones a sus padres y su familia entera, mientras que ella se reservaba el lugar de testigo que gozaría de la condena que el analista infligiría a los suyos.

Pensé entonces que Ingrid se hacía una imagen del análisis como de un proceso limpio y ordenado, como su apariencia y su relato, como su colegio suizo y sus conversaciones con su abuela. Yo debía esperar entonces no sólo que ella rehusara mi capacidad para poner en juego roles parentales en la relación transferencial, sino también toda intimidad psíquica. Mi brújula emocional había emitido su diagnóstico: Ingrid me quería frío y distante.

“Creo, me dice ella, que ya terminamos la sesión. Hablé mucho y espero no haberlo mareado.” Esboza una sonrisa y agrega: “Sé por mis experiencias anteriores que los analistas escuchan durante toda la primera entrevista sin decir nada. Pero, si me permite, lo haré partícipe de algo que me intriga en su consultorio. Tiene libros cerca suyo, papeles un poco desordenados, pero su escritorio está limpio, ordenado, sin nada depositado allí salvo una lámpara y una estatuilla. Quería participarle esta observación...”

Ingrid había esperado hasta el fin de la sesión para hacer referencia a algo concerniente a mi espacio de trabajo psíquico. Me daba la posibilidad de acercarme en el *hic et nunc* de nuestra entrevista. Le respondí que ella esperaba que mi vida psíquica sea, como mi escritorio, limpia y no sobrecargada, para poder hacer lugar a todo aquello de lo que me había hablado hoy.

Ingrid sonrió entonces y dijo: "nunca lo hubiera pensado así". Noté un signo de sorpresa en su rostro y le propuse verla la semana siguiente dando por sentado que tanto ella como yo debíamos repensar esta primera entrevista. Mi aproximación interpretativa tendía a mostrarle que yo no era ni silencioso ni directivo, ni psiquiatra, ni director de conciencia, y que me dirigía así a esta parte inaccesible de ella misma, su vida psíquica. Por otra parte, centrando mi aproximación tanto sobre ella (proyecciones) como sobre mí (continente de sus proyecciones), trataba de transmitirle el sentimiento de que comprender y ser comprendido formaban parte de un trabajo en común, de un vínculo.

Observaciones sobre la primera entrevista

La experiencia me ha demostrado que la primera entrevista permite con frecuencia captar los componentes fundamentales de la organización psíquica del paciente. Pero eso no permite presagiar nada del tiempo, que se cuenta a veces en años, necesario para la comprensión y la elaboración de todo ese material. A veces, sin embargo, la confusión y las estrategias defensivas del paciente empañan nuestra comprensión al punto de que nuestra contra-transferencia deja de servir como recurso. No hay que olvidar sin embargo que el paciente en ese momento particular presta una gran atención al analista: está muy pendiente de los signos verbales y no verbales emitidos por él. Su postura, los cambios de su voz, el lenguaje de sus ojos, etc.: todo es bueno para conocer algo del funcionamiento del analista. J. Gammill me transmitió, en una comunicación personal, que..."Todo analista debería tratar de recordar las entrevistas preliminares al comienzo de su propio análisis personal para identificarse mejor con sus pacientes", y agregó que estaba "convencido de que la gran mayoría de los pacientes capta en su inconsciente, a través de esta experiencia de las entrevistas preliminares, que se trata de un análisis, aún si tardará mucho tiempo para darse cuenta de lo que se trata"¹.

La primera entrevista permite muchas veces crear un bosquejo caracterológico del paciente, que se enriquece a medida que el correr de las sesiones aporta nuevos datos.

Un analista americano, Jacob Arlow, (1985) que no puede ser acusado de tener mucha afinidad con las concepciones de M. Klein y de los post-kleinianos,

¹ Gammill, J. (1902) Comunicación personal.

había redactado esas pocas líneas que nos dan una idea sobre la utilización del modelo. En efecto, "...el analista -dice Arlow- no siempre tiene conciencia del modelo elegido, su teoría del funcionamiento mental guía constantemente lo que dice y lo que hace. El modelo va a influir también en la expectativa que tiene respecto de las palabras del paciente, la manera en que las percibe y también la manera de organizar sus propias observaciones."² Estamos bastante lejos del "sin memoria ni deseo" de Bion, pero aún así creo que la recepción del paciente en nuestro espíritu es tributaria del modelo elegido. Un kleino-bioniano, adherido al desarrollo temprano, no escuchará de la misma manera que un discípulo de Lacan, de Kohut o de un ultraortodoxo. ¿Cómo se forma ese modelo y se articula con la experiencia del analista? ¿Cómo trabaja el espíritu del analista en la sesión? Mientras tomaba notas sobre esta primera entrevista, cuyo rasgo dominante fue la dimensión prolija e irreprochable de Ingrid, me asaltó el recuerdo de mi trabajo terapéutico con un niño. En el curso de las sesiones, éste ordenaba los juguetes en una caja, los desplazaba por el consultorio siguiendo siempre el mismo orden y luego los guardaba cuidadosamente, sin jugar con ellos. Entonces imaginé que Ingrid iba a hacer lo mismo con mis interpretaciones, que su *establishment* interno iba a impedirle jugar con los nuevos juguetes que encontraría en las sesiones. En parte me equivocaba: Ingrid llegaba en efecto a captar mis interpretaciones y a jugar con ellas, pero como si se tratara de un juego intelectual en el cual la sintaxis y la semántica prevalecieran sobre el contenido emocional que transmitían. La capacidad narrativa de Ingrid encontraba un contrapeso en su rigidez obsesiva y en su perfecto manejo de la lógica. Caracterizando a este tipo de paciente, David Liberman (1978), un psicoanalista argentino, escribió en los años setenta: "La lógica formal se constituye así en un instrumento tendiente a contrarrestar la 'lógica de las emociones', o sea a la traducción verbal de los procesos primarios que el terapeuta ha percibido y verbalizado por medio de la interpretación".³

Sin embargo, no toda comunicación emocional faltaba en el relato de Ingrid; el problema es que la comunicación emocional sólo era posible en los momentos de crisis, como ilustra la disputa con su madre. Al mismo tiempo,

² Arlow, J. (1985) «The Structural Hypothesis» in (A.Rothstein Editor) *Models of the Mind*,. International University Press, Madison, Connecticut, 1985. P. 21.

³ Liberman, D.: Comunicación y Psicoanálisis, Alex editor, Buenos, Aires, 1978, p. 184.

esas crisis parecían peligrosas, pues ni la hija ni la madre eran capaces de contener la "locura" que desencadenaban. El único continente en los momentos críticos era el padre. En otros términos, el pene paterno protegía a la madre y a la hija de las identificaciones proyectivas recíprocas y destructivas, y daba a cada una un espacio de pensamiento. Pero ese pene no les aportaba recursos más que en los momentos críticos; una vez que la crisis pasaba era desvalorizado, como lo mostraba la manera arrogante en que Ingrid hablaba de su hermandad. A través de la desvalorización de la capacidad creativa (sexual) de los vínculos parentales trataba efectivamente de protegerse de una profunda rabia envidiosa.

En el curso de las siguientes sesiones, Ingrid no paró de mostrar que su hermano y su hermana, que habían hecho brillantes estudios, no eran más que "retoños atrofiados del linaje familiar". Su hermana, abogada que comenzaba a tener un cierto renombre y madre de tres niños, concentraba particularmente sus alusiones.

Esto me permitió pensar la siguiente hipótesis: la denigración de su hermana bien podía corresponder en Ingrid no solamente a ataques envidiosos a la creatividad de su hermana, sino también a lo que ella podía imaginar como una fecundidad incestuosa con el padre.

Por otra parte, era evidente que Ingrid quería triunfar sobre la pareja parental y su creatividad, y particularmente sobre la madre, lo cual, me parece, podía percibirse a través del interés que tenía en su trabajo de benefactora. Este trabajo le daba la impresión de ser ella una madre devota que trataba a sus niños tanto mejor de lo que su madre los había tratado a ella y sus hermanos. Esta revancha imaginaria correspondía a su necesidad de mostrar a su madre interna la posibilidad de establecer con otras personas (niños) relaciones exentas de todo aspecto depresivo. En efecto, un suceso traumático tuvo lugar cuando su madre la llevaba en su vientre; ella perdió a su propio padre y atravesó una fuerte depresión probablemente reforzada luego por la depresión del post parto. Ingrid fue amamantada durante seis o siete meses, pero los cuidados corporales estaban asegurados por la nodriza. A partir de esta descripción precoz de la relación materna fue posible avanzar con la hipótesis de otro clivaje: Ingrid había introyectado una madre fragmentada; por ello no encontraba un objeto capaz de contenerla totalmente y de permitirle elaborar correctamente la posición depresiva.

Esta madre fragmentada me hacía pensar también que había elementos mucho más precoces en juego, como por ejemplo un clivaje entre el seno y el pezón. Ingrid tomaba la leche pero desconocía todo contacto con el pezón. Extrayendo el contenido de la fuente materna sin reconocerla, Ingrid negaba el contacto con el pezón, fuente de angustias depresivas y de sentimientos de abandono después de la separación. Pero ese clivaje comportaba probablemente también aspectos positivos, como una primera diferencia entre la leche depresiva de la madre de la cual se protegía, y la buena leche nutritiva. Nuestro trabajo iba a confirmar o invalidar estas primeras hipótesis.

En lo inmediato desearía hacer un paréntesis sobre estas primeras consideraciones y volver al material de la sesión. Me parece importante evocar su primera experiencia analítica, por supuesto, pero para poner de relieve la importancia de las fantasías inconscientes desencadenadas por esta entrevista terapéutica. Pienso que todo paciente que recomienza un trabajo terapéutico tiene necesidad de ver, desde otro lugar, lo que ha quedado sin analizar, inacabado y confuso en su terapia precedente. Una nueva aproximación permite a veces ligar las experiencias pasadas y presentes y valorizar en consecuencia los aspectos positivos de ese primer trabajo.

Incapaz de hablarle a su paciente niña, su primera analista, siempre vestida de negro, reactivaba la imagen de una madre deprimida que no la contenía ni la nutría. Pero también hay que señalar que Ingrid temía la menor introyección de las palabras de la analista, imaginadas como una restitución tóxica de sus propios aspectos depresivos mezclados con los de su madre. El *statu quo* que duró años, permitió a Ingrid utilizar a su analista como un vertedero que guardaba sus proyecciones y toda su historia sin devolver nada. Idealizando el silencio como método de comunicación, la analista esperaba que su paciente encontrara sola el sentido de su desaliento. En cuanto a la paciente, ella encontraba en este método un beneficio secundario: no recibía interpretaciones, pero aliviaba su saturación interna y su depresión por medio de sus proyecciones sobre un recipiente mudo. Tal situación conduce, según creo, a una colusión entre paciente y analista que desemboca en una *impasse*.

Cuando tal *statu quo* se produce, se crea una colusión inconsciente entre el paciente y el analista para impedir todo progreso. A partir de mi experiencia con pacientes que venían a verme para empezar conmigo un segundo o un tercer

análisis, he constatado a menudo que el análisis se detenía en el momento en que el paciente se aproximaba al umbral de la posición depresiva. En ese momento el paciente, por temor a la turbulencia emocional, dejaba de producir verdaderas asociaciones y el análisis se estancaba. Por su parte, el analista, que temía probablemente que las turbulencias del paciente despertaran las suyas, se contentaba con analizar repetitivamente el mismo material. Una colusión se pone en marcha para que nada avance. Con pacientes que recomienzan un análisis, tenemos que investigar muy cuidadosamente las *impasses* de los análisis precedentes.

Volvamos a Ingrid.

Los aspectos sanos de Ingrid eran portadores de una *intuición terapéutica* que le dictaba un diagnóstico más favorable: sus dificultades podían ser tratadas de otra manera. Esta intuición se ha traducido como la necesidad de encontrar un medio de comunicación con su analista a partir de un comentario sobre sus trabajos intelectuales. Es un hecho importante a destacar, porque se trata de una forma particular de comunicación utilizada por el paciente para entrar en contacto con el analista y no para seducirlo. En cuanto a su segundo terapeuta, éste la ha vuelto a sumergir en el universo de su abuela materna que la desresponsabilizaba de toda implicación emocional en su vida.

Al final de tres entrevistas le propuse un trabajo frente a frente a razón de dos sesiones por semana. Esto debía permitirle organizarse en torno a un punto de vista material en su vida y ver si podíamos trabajar juntos. ¿Por qué esta precaución? ¿Por qué no le propuse inmediatamente un análisis? Hay varias razones para ello. La primera está referida a la dificultad de Ingrid para comprender, aún "vagamente", mi abordaje transferencial. En segundo lugar, no me parece haber encontrado ningún indicio de sus capacidades de reparación. Y finalmente, yo necesitaba comprender mejor la historia interna de Ingrid en relación conmigo.

Durante los primeros meses, el trabajo terapéutico no presentó muchas dificultades. Ingrid hizo ciertos progresos importantes. Se instaló en un departamento, encontró un trabajo y comenzó a frecuentar a un grupo de estudiantes extranjeros en París. Estableció relaciones, es cierto, pero ninguna se concretó en un vínculo afectivo y sexual. En efecto, rara vez hablaba de su vida sexual. Se había liberado de su virginidad como si fuese un trámite administrativo. Sin experimentar nada. Se había "desembarazado" de ella

(empleando sus propios términos) siguiendo literalmente la prescripción de su segundo terapeuta.

La relación transferencial llegó a ser muy fuerte en algunos momentos, pero las interpretaciones de la transferencia eran negadas sistemáticamente o recibidas con una sonrisa condescendiente. Cuando yo la veía "vagamente" emocionada o sorprendida por un abordaje transferencial, ella retomaba enseguida mis palabras, las reinterpretaba y agregaba: "yo diría aún mejor..." o "de ninguna manera es así...". Sin embargo, yo notaba que, en esos casos, sus comentarios, aunque en desacuerdo, se dulcificaban. La tonalidad de su voz indicaba que su caparazón comenzaba lentamente a fisurarse.

La descripción de la sesión siguiente ilustra la salida de Ingrid de su cápsula autista y la toma de contacto con síntomas mayores hasta entonces cuidadosamente enmascarados: agresividad, ansiedad paranoide y depresiva, utilización de formas masivas de identificación proyectiva.

El comienzo del deshielo (momento catastrófico)

Habíamos llegado a los quince meses de tratamiento. Ingrid entró en el consultorio más agitada de lo común. Su rostro había perdido la (falsa?) tranquilidad que mostraba anteriormente.

Ingrid: "Le pido que me ayude. Necesito una ayuda urgente porque en mi trabajo me siento muy, muy mal. Cuando mi empleador me pregunta ciertas cosas, pierdo la capacidad de pensar, de responder. Estoy aterrorizada... Y sin embargo son cosas banales."

Acogí este pedido en un estado de gran tranquilidad. Pensé que el trabajo de las sesiones comenzaba a fisurar la caparazón de Ingrid. Ella no alcanzaba a responder a su empleador-analista con la fluidez y el desapego que la caracterizaban hasta entonces. Una interpretación habría sido ciertamente prematura y parcial, no continente, llevando hacia otra vía las asociaciones del paciente. En pocas palabras, habría producido una desorganización de su yo. Puesto que una interpretación me parecía prematura, decidí entonces dejar venir el material, pero a medida que Ingrid hablaba, mi estado de espíritu se transformó. Comencé a experimentar un sentimiento semejante al suyo, es decir, al que ella sentía frente a su jefe. No sabía qué decirle. Si bien era evidente que Ingrid evacuaba sus contenidos psíquicos, yo estaba lejos de medir claramente la fuerza de sus proyecciones. A fin de ordenar mis pensamientos,

que eran cada vez más caóticos, intenté darle una descripción de lo que ella experimentaba: "Esto me da la impresión de que un blanco ocupa el lugar de su experiencia, como si Ud. no tuviera ningún otro recurso a su alcance."

Ingrid: "Es algo así".

Una vez que me hube aproximado a lo que ella experimentaba, me hacía falta aún ayudarla a asociar. Ella no decía gran cosa en efecto. Le pedí que me describiera la situación en la oficina, que me contara lo que había pasado:

Ingrid : "Mi patrón se me acercó y me hizo una reflexión sobre el tratamiento del texto que yo no comprendía."

Como hablaba sin emoción, le pregunté: "¿Era amenazante?" Traté así de explorar el estado emocional de Ingrid en presencia de su jefe, ligándolo en mi interior a lo que pasaba en la sesión.

Ingrid : "¡En absoluto! Pero yo quería dejar todo e irme. En mis otros empleos, yo decidía cómo organizar mi jornada de trabajo, aquí no puedo."

Ingrid comenzaba a enervarse, levantando poco a poco la voz.

"En fin, Ud. me pregunta si era amenazante? Pues NO! Pero sí lo fue para mí. Me siento mal, no soporto lo que vivo; su trabajo, es aliviar mi estado..."

Tuve repentinamente el sentimiento de que yo no la comprendía y que ella tenía razón. Me sentía no sólo incapaz de aliviar su angustia, sino también paralizado en mis pensamientos y emocionalmente aterrorizado. Me encontraba en el mismo estado de ánimo que la paciente. Sin embargo, había experimentado este estado de ánimo muchas veces en mi trabajo y lo había analizado con éxito, pero esta vez mi experiencia terapéutica no me servía de nada. En lugar de pensar con mis propios pensamientos, me había puesto a pensar con los de mi paciente. Dominado por este estado, trataba de transferir las situaciones del pasado al presente, en lugar de orientarme hacia el aquí y ahora de la sesión. En consecuencia, le aportaba un enfoque calcado sobre lo que ella había vivido con sus anteriores analistas.

"¿Puede Ud. relacionar esta experiencia con momentos parecidos experimentados anteriormente..." Ingrid me cortó la palabra y, alzando la voz, exclamó:

"Oh... là... là! Ud. dice las mismas estupideces que mi analista anterior o la Sra. B. que era una inútil. Quiere hurgar en mi pasado; conozco ese truco, lo he vivido ya en mis análisis, luego Ud. habla de mi padre o de mi madre y de todo

ese bla-bla-bla, pero no me aporta respuestas. Quiero saber lo que me pasa.” Ingrid se paralizó, fría, manejando una lógica que la volvía impenetrable.

“Me pregunto si Ud. puede aliviar mi estado o no. ¿Qué tipo de trabajo hace? Su tarea es interpretar, y bien, por eso le pido que pare ese galimatías analítico; que Ud. está identificado con mi dolor, etc. Quiero una respuesta clara, neta... No espero ningún sentimiento de su parte.”

Yo guardaba silencio; sentí que no podía pensar. Si, para Bion, el analista debe llegar a pensar aún bajo un bombardeo, el bombardeo estaba allí. Yo me encontraba hundido bajo un montón de escombros con gran dificultad a salir. Sentía que Ingrid decía cosas muy pertinentes en relación a lo que pasaba en el aquí y ahora de la sesión, pero qué difícil es pensar bajo los escombros y encontrar las palabras justas... A través de una violenta proyección, dirigida no a la superficie sino al interior de mi psiquismo, me inoculaba su estado de ánimo. Esta evacuación paralizó mi función continente, transformándome en una madre inútil, es decir, una madre que contempla la angustia del bebé sin poder socorrerlo, como su madre interna y probablemente como la madre sentida en las primeras relaciones vitales. Ingrid tenía razón en decirme que no hacía falta buscar un alivio en su historia personal: interpretar la transferencia en relación al pasado era como remover un cuchillo en su herida, como encontrar un culpable en el perfil de una madre maltratadora. Las cosas debían ser llevadas a lo que ella y yo estábamos viviendo en el presente. Pero esta situación, de una gran intensidad emocional, era justamente lo que ella temía. Esas ideas daban vueltas en mí y, como un hombre sepultado que toma confianza al percibir los primeros fulgores de claridad, comencé lentamente a comprender sin plantearme, sin embargo, un esbozo de interpretación. Yo *sentía* más que *pensaba*; pero cuanto más se relacionaban mis pensamientos entre sí, más me sentía yo de acuerdo con lo que experimentaba. El *insight* y la interpretación no tenían un orden de prioridad pero estaban ligados a un proceso en el cual uno y otro trataban de realizarse juntos. Quedaba por explorar el aspecto central del problema: ¿cómo podía conmover el ánimo de mi paciente?

Ingrid continuaba concentrando toda su artillería en mis pensamientos y mi identidad profesional.

Ingrid : “Ud. no vale nada. Como los otros. Su trabajo es contenerme y aliviar mi dolor... Yo no puedo más. Iré a ver a algún otro...”

¿Sabía lo que quería decir contener? ¿Qué sentido le daba a esa palabra? ¿Tenía conciencia de lo que estaba por hacer con su continente? Sentí que Ingrid se me escapaba, y que nuestra comunicación iba a interrumpirse irremediablemente. Por una parte, yo tenía necesidad de encontrar las palabras y el estado de ánimo que me permitieran situarme a una buena distancia de ella. Por la otra, debía mostrarle sinceramente que ella tenía razón en numerosos puntos, y que podíamos modificar la situación. Pero, paradójicamente, Ingrid conocía la situación en la que más se exponía y quería escaparle: la transferencia. Por eso en ese momento era importante diferenciar la sesión presente del resto del trabajo realizado hasta entonces. Ingrid corría el riesgo de tirar al bebé junto con el agua del baño. Intervine enseguida en estos términos: "En algunos puntos comparto su opinión. Si Ud. encuentra que no la comprendo, tiene el derecho de ver a alguien distinto. En cambio, si es sólo en esta sesión que se siente incomprendida, podemos enfrentarlo tratando de pensar juntos eso que no va. Hasta hoy, nuestro trabajo no ha estado nunca bajo el signo de la incomprensión, generalmente iba bien."

Ingrid (gritando): ¿Pero qué es ese galimatías sobre Ud. y yo?

Recordé los dictados de mi experiencia: cuando un paciente entra en un estado de omnipotencia maníaca, no sólo son inútiles las interpretaciones, sino que hay una negación de la realidad terapéutica, con el riesgo de que ésta desaparezca junto con el analista.

Era ya tiempo de detener su "locura", en el sentido de que su transferencia psicótica destruía al analista, como el bebé a su mamá. Intervine entonces de manera cerrada, con un tono de voz elevado, estando mis palabras investidas en un primer tiempo de una profunda convicción más que de una estrategia técnica. "Deténgase un instante, se lo ruego! Trate de escucharme, porque aún si Ud. no lo quiere oír, nosotros (acentuado) tenemos una gran necesidad el uno del otro para salir de este estado."

La firmeza detuvo el derrame ininterrumpido de palabras de Ingrid; quedó petrificada, con la mirada puesta en mí.

En cuanto a mi actitud, me remito a un pasaje del trabajo de F. Tustin, *Autismo y Protección* (1992), que ilustra el comportamiento de los pacientes como Ingrid. En efecto, si la técnica y la actitud del analista, nos dice, se expresa

con "demasiada indulgencia y sentimentalismo", la angustia oculta no se repara ni se alivia. "Se trata más bien de atraer su atención hacia la manera en que nos tratan y de explicarles que su comportamiento viene sin duda de algo que les causa pena, ligado a lo que pasa en la situación analítica."⁴ "Como terapeutas, no debemos dejarnos trastornar por sus críticas (tan fundadas como sean, porque los pacientes saben tomarse de nuestros puntos débiles), ni dejarnos arrastrar al abismo de su desesperación."⁵

Yo sentía que habiendo puesto a distancia su paralizadora violencia, recuperaba mi capacidad de pensar. Tenía la impresión de que, por primera vez desde el comienzo de la sesión, prestaba atención a mis palabras. Repentinamente dos palabras se me impusieron: *acercamiento* (ella había hablado del acercamiento de su patrón) y el *aquí* (es decir, ella y yo en la sesión). Mi tono de voz volvió a ser normal y pausado. Entonces me puse a hablarle muy lentamente.

Pude decirle que la clave de lo que ella vivía en este momento era menos su patrón que ella misma, porque estaba descubriendo en esta relación la emergencia de una situación emocional antigua pero en un contexto diferente. Esto había provocado en ella un acercamiento hacia mí que escapaba justamente a esta parte de ella que trataba de controlar toda emoción. (En otros términos, al tomar contacto con el pezón, se había sentido al mismo tiempo aterrorizada y aliviada.)

Como la veía muy atenta a mis palabras, proseguí.

"Quisiera volver sobre esta *parte* de Ud. que se enoja cuando las cosas se le escapan." Acentuaba la palabra *parte* para que ella pudiese, al menos vagamente, entrar en contacto con su clivaje. "Creo, continué, que cuando pierde el dominio esta parte se siente amenazada. Como un dictador que quiere controlar todo y no puede aceptar más que su propio punto de vista, la política de esta parte consiste siempre en utilizar el terror: prefiere el ataque al diálogo. Se apoya sobre el único método que conoce: su omnipotencia infantil. Pero nuestro intercambio la ha desestabilizado."

Ingrid asintió apenas, con una suerte de condescendencia en el límite con la arrogancia, habitual en ella. Su rostro abandonó la rigidez rabiosa del comienzo de la sesión sin transmitir sin embargo signos de apertura. Por mi

⁴ Tustin, F. (1992), p. 192.

⁵ Tustin, F.: *Op. cit.*, p. 193.

parte, yo experimentaba un profundo alivio, una tranquilidad interna que alentó mi libertad psíquica. Recordé que ella no había hablado jamás de sus sentimientos positivos y que era tiempo de acercarlos para permitirle atenuar el dolor vivido. Por otra parte, hacía falta substituir la dimensión grandiosa de la manía por un humor más depresivo que nos permitiera pensar y analizar. Ingrid debía encontrar, con mi ayuda, aquellos aspectos de sí misma capaces de bondad y de amor para afrontar su guerra interna.

“Lo que acaba de pasar es muy importante para nuestro trabajo; nos informa no sólo sobre su cólera, sino que también nos muestra cómo la cólera puede ser una pantalla para los sentimientos más profundos, de los cuales nunca habló. Me pregunto si su cólera sirve para disimular su capacidad de amar o para mutilarla, o para impedir que la reconozca...”

Ingrid (en un tono entre lasitud y pena): “O un poco de los tres...”

Habíamos sobrepasado largamente nuestros cuarenta y cinco minutos de sesión. Le pregunté cómo se sentía. Asintió con un movimiento de cabeza.

Aún me restaba reflexionar sobre mi reacción contra-transferencial. Ingrid me había inoculado un objeto primitivo y persecutorio del cual buscaba liberarse. En efecto, su Yo había incorporado la imagen de una madre deprimida, jamás disponible, incapaz de tolerar el sufrimiento de su bebé, pero al mismo tiempo esta madre interna había llegado a constituirse como una parte de sí misma, a la cual proyectaba en mi propio espacio interno. Reeditaba conmigo no sólo la situación precoz, sino que usaba la misma arma de la cual disponía en esa época para ser entendida: la cólera. Desconfiando de toda relación y de todo acercamiento emocional, Ingrid utilizaba toda la fuerza de las identificaciones proyectivas intrusivas a fin de que yo pudiese vivir *en mi interior* su propio dolor. A continuación, ella temía no sólo que yo le devolviera su sufrimiento intacto a través de mis palabras y mis sentimientos, bajo la forma de represalias taliónicas, sino que esto destruyese su capacidad para pensar, como hacía la madre que se alojaba en ella. La identificación proyectiva le permitía desembarazarse de su toxicidad y al mismo tiempo anular el vínculo. Se protegía así de todo retorno al remitente. En otras palabras, era como si dijese sí a la proyección, no a la introyección.

Quisiera señalar dos aspectos del trabajo con este tipo de pacientes y la manera en que pude abordarlos. El primero consiste en la evaluación de la

transferencia psicótica que pasa por darse cuenta de todos los procesos proyectivos en acción, e implica una *viva* actividad interpretativa por parte del analista. El segundo consiste en localizar los efectos conscientes e inconscientes de las proyecciones del paciente sobre la persona del analista. Así, a fin de caracterizar las reacciones específicas que la identificación proyectiva patológica suscita en el analista, hemos recurrido a un concepto clave introducido por León Grinberg a partir de 1956: la *contraidentificación proyectiva*. "El analista, dice él, no percibe ni registra conscientemente esta reacción y, por ello, es llevado a veces a actuar ciertos roles o a vivir afectos (cólera, depresión, angustia, aburrimiento, somnolencia, etc.) que el paciente ha introducido a la fuerza en él, activamente, aún si es de manera inconsciente."⁶ Este tipo de interacción patológica entre paciente y analista no siempre se puede eliminar, pero comprendido y sublimado deviene un instrumento indispensable para la comprensión emocional del analista.

Continuación y fin

Volví a ver a Ingrid dos días más tarde. Ella comenzó la sesión con estas palabras: "Estaba a un paso de no venir... Pensaba que Ud. me iba a poner en la puerta. Si me hubiera dicho: iváyase!, no hubiera vuelto más. Esperaba eso, pero no se produjo, entonces... me pregunto si dudo todavía..."

Le respondí que si hubiera dudado demasiado o si no hubiera estado muy convencida, no estaría acá. "Probablemente sea verdad", respondió ella. A esto siguió un silencio, que yo interpreté como demanda de una comprensión más detallada, más impulsada por la sesión precedente. Entonces me permití volver sobre este aspecto de ella misma al que tanto le cuesta aceptar el vínculo que construimos y que se retrae en una frialdad intelectual para atacar esto que estamos creando. Interrumpiéndome con una voz que no ocultaba cierta altanera indulgencia, Ingrid remarcó que yo había estado muy firme, lo que la había sorprendido. A partir de ese momento me pareció necesario remitir la sesión precedente a una situación infantil evocada algún tiempo antes en la que la pequeña Ingrid dejaba petrificados a sus padres con sus caprichos y sus rabias. Ella se había enfrentado finalmente, le dije, a una pareja de padres

⁶ GRINBERG, L. (1997) « Les affects douloureux dans les états limites », in *Hystérie et cas limites : approche métapsychologique et implications techniques*. 12ème Conférence de la FEP, Genève, 20-23 mars 1997. Bulletin de la FEP, N° 49. Tr.fr. Michèle Pollak-Cornillot. (sin número de página).

capaces de poner límites a su costado tiránico y omnipotente que trataba de destruir aquello que necesitaba, el trabajo terapéutico.

Ingrid pareció aceptar mis palabras y agregó enseguida que ella nunca había amado a sus padres: "Eran patéticos, secos, mudos."

"Puede ser que sus rabias fueran también una manera de volver a sus padres atentos, cálidos y locuaces".

Como si vacilara en responder, Ingrid hizo un breve silencio y dijo. "lo que acaba de decirme me va bien..."

La sesión siguiente, Ingrid trajo un sueño muy angustiante. Sueña que su cuerpo está recubierto de un eczema que se propaga más y más. Poco a poco el eczema, que al principio era purulento, se va secando. La piel se agrieta, y en esos intersticios, deja entrever como unos agujeros negros. Ella tiene la sensación de que su cuerpo está vacío. Repentinamente se siente aspirada hacia el interior de su propio cuerpo.

"Todavía me angustia acordarme de ese sueño, dice ella; era horrible, creí volverme loca... No sé si no estaré loca en este momento... No sé qué pensar... Ayúdeme..."

Yo sentía la urgencia de interpretar y, simultáneamente, la necesidad de poner orden en mi mente. El relato de este sueño evocó en mí las defenestraciones de pacientes psicóticos. En esos pacientes, la confusión entre el adentro y el afuera los empuja a veces a arrojarse al vacío para llenar su propio espacio interno. Había en Ingrid, ciertamente, una angustia psicótica, pero el movimiento de báscula no estaba dirigido hacia el exterior como en los pacientes psicóticos, sino hacia el interior de sí misma, signo de su dimensión autista. Por otra parte, la transformación del eczema -de purulento a seco- era la consecuencia de un contacto con el aire. Este sueño hablaba de un *pasaje* de un estado a otro. Se me imponía la asociación con la piel de un recién nacido, que en el nacimiento pasa de un medio acuático a un medio gaseoso y comienza a secar. Fundándome en las ideas de Bion, pensé que abandonando un medio cerrado (acuático), Ingrid debía hacer frente a un mundo abierto (gaseoso), y se sentía entonces separada y vacía. Pero ¿de dónde provenía esta sensación de vacío? Ingrid, a pesar de haberse sentido siempre bajo el ala de su abuela, no hacía más que repetir en su historia algo muy "primitivo": un tipo de comunicación *osmótica* durante su permanencia en el vientre materno, que había traído aparejada una ausencia de diferenciación entre el cuerpo de la madre y su

propio cuerpo. Así, el vacío que se hace sentir en el vientre de su madre luego de la expulsión del bebé, fue sentido como su propio vacío.

Le dije entonces que el trabajo realizado durante las últimas sesiones la había vaciado de la protección de la que se había rodeado para hacer frente a la angustia y al terrible sentimiento de vacío y que, para escapar a todo esto, ella penetraba en su propio cuerpo y volvía a ser sólida y compacta.

Ingrid hizo entonces una asociación sorprendente. "Hace mucho tiempo, en mi infancia, yo me imaginaba como un globo atado a un hilo. En el extremo del hilo estaba mi madre que me decía que si yo no la obedecía, podía dejarme en cualquier momento; mi vida dependía de sus caprichos. Yo fantaseaba que ella nos tenía a todos atados por el cordón umbilical, y que uno saldría volando si se cortaba este cordón... Cuando nació mi hermano más chico soñé que mi padre, mis hermanos y yo misma, rodeábamos el lecho de mi madre durante el alumbramiento. El parto no había sido en una clínica, sino en pleno campo. Cuando cortaron el cordón, mi hermanito se voló, y nadie hizo nada por alcanzarlo. Mi padre, que era también el partero, miraba, impotente; todos elevábamos los ojos al cielo, viendo al bebé elevarse en el aire. Desesperada, yo gritaba, gritaba, gritaba... Me desperté llorando y me precipité en la habitación donde dormía el bebé. Tenía tanta necesidad de reasegurarme..."

Yo le respondí que ella había vivido algo como semejante y diferente a la vez durante la penúltima sesión. Había podido ser esta madre que alumbraba en sesión a la parte enferma de ella misma, es decir, del bebé. Me preguntaba, dije, si el tono colérico de su voz no se parecía más a los gritos de un recién nacido que a un grito de odio... Estimaba que el odio no estaba ausente, pero que tenía más que ver con la manera en que ella imaginaba ser recibida en la sesión. El padre-alumbrador-analista iba a recibirla entre sus brazos firmes y sólidos o bien, como en el sueño, quedaría impotente, dejando volar al bebé? Asocié mi interpretación a su temor a ser echada como consecuencia de las turbulencias vividas en la sesión. En otros términos, yo no la había dejado volarse; es posible que ella comenzara a sentirse más segura en nuestra relación.

En la transferencia, habíamos podido abordar estas disposiciones innatas del recién nacido, a las que F. Tustin denomina "toma de conciencia no

amortiguada de la separación corporal”⁷ en su adhesión a la madre, al mismo tiempo que la dificultad experimentada por la madre para permanecer adherida a su hijo.

El antiguo sueño de Ingrid en el cual el bebé se *eleva* se aproxima al sentimiento de *caer, derramarse o disolverse* de los niños autistas descritos por F. Tustin. Esos pacientes tienen el sentimiento de que nada puede retenerlos ni sostenerlos, de que su caída es infinita. “Mi vida, me ha dicho un paciente durante la primera consulta, es una caída tanto hacia abajo como hacia arriba. Tengo el sentimiento de tener los pies sobre la tierra sólo cuando me adhiero a la rigidez, a la inmovilidad y a mi duración corporal; mi existencia depende de mi control muscular, de mis mandíbulas apretadas, de mis manos crispadas permanentemente...” El sueño de Ingrid luego de su turbulenta sesión indica claramente la transitoriedad de la defensa puesta en escena. Eso fue un alivio autístico, necesario frente a las tensiones producidas a la salida de su encapsulamiento: absorbiéndose a sí misma, Ingrid tomaba consistencia, conservaba en fin los pies en la tierra; no se volaba ni se caía.

En el transcurso de las sesiones siguientes, Ingrid comenzó a comprender que podía dejar que circularan sus afectos sin aterrorizar al otro y sin ser aterrorizada. Poco a poco, los raros sueños correspondientes a este período y el oleaje de material permitieron entrever la necesidad de aumentar el número de sesiones; algunos meses más tarde, esta necesidad llevó a la transformación de la psicoterapia en análisis. Organizamos entonces un encuadre de cuatro sesiones semanales.

Las sesiones que tuvieron lugar durante el segundo año de trabajo fueron ricas y a veces cargadas de tensión, por otra parte inevitable. Sin embargo, la tensión no alcanzó nunca la virulencia de los ataques descritos más arriba. Raramente he experimentado la lasitud y el aburrimiento como reacciones a identificaciones proyectivas patológicas.

Sin embargo, estaba sorprendido por la rapidez con la cual Ingrid había sobrepasado su “cordón sanitario” interno para buscar, sin temor a la contaminación, un acercamiento en el trabajo. Introyectando poco a poco al analista, éste devenía el continente interno que le había fallado.

⁷ Tustin, F.: Op. cit., p. 131.

Quisiera ahora despejar dos aspectos determinantes del trabajo con Ingrid. El primero, la relación con su abuela, permite explorar una parte de sus fantasías tempranas. El segundo concierne a la congelación de su crisis adolescente.

El rol jugado por la abuela de Ingrid contamina no sólo su concepción de la relación terapéutica, sino también la de toda relación. Durante su primera entrevista, Ingrid había declarado que su abuela era todo para ella, y que verla dos o tres veces por semana era una verdadera felicidad. Fue muy arduo abordar esta relación interna, pues la abuela le servía tanto de "enclave" protector como de relación secreta. Ingrid mantenía un diálogo interno con su abuela, que la ayudaba secretamente a cuestionar lo que se trataba en la sesión. La aceptación del trabajo con el analista significaba decir "no" a la abuela, con el riesgo de perder el enclave protector. Entonces la desesperaba el encontrarse a solas frente a sus angustias paranoides y depresivas. Esto nos lleva a una comprensión más amplia de la sesión "explosiva" en la que Ingrid exigió al analista un comportamiento idéntico al de su abuela: ella deseaba recibir, en la pasividad y la escucha atenta, consejos e interpretaciones que iba a poder utilizar como comodines sin integrarlos, sin discutirlos ni cuestionarlos. El abandono de la *abuela enclave* dependía de su crecimiento interno que procedía a veces lentamente, a veces por saltos. Al mismo tiempo, la hipótesis primera de un seno clivado del pezón se confirmaba. Ingrid había deseado recibir la leche-interpretaciones que la calmaba, pero rehusaba el *contacto* con el pezón-analista. El trabajo sobre el sueño nos había hecho comprender que, para Ingrid, el establecimiento de un vínculo significaba la salida de su encierro, y por ello implicaba la confrontación con sus terribles angustias de desaparición, de volarse como un globo en un universo infinito. La dureza de Ingrid estaba igualmente en acercarse a la necesidad de encontrar una seguridad interna.

Hacia el cuarto año de trabajo, Ingrid cesó poco a poco de traer *secretamente* a la abuela a sesión. La pérdida de este intermediario que filtraba nuestros intercambios abrió una vía de comunicación más libre. Este elemento, paralelamente al derrumbe de la omnipotencia infantil y a un contacto con sus aspectos depresivos, permitió una mejor diferenciación en ella entre la adulta y la niña, la madre y la abuela, el padre y los hermanos.

Esta discriminación interna hizo también emerger en el espacio analítico a una mujer cooperativa que sustituyó a la mujer pseudo-adulta, teniendo como

primera consecuencia la eclosión de una feminidad hasta entonces encerrada en la latencia. Como para la adolescente al final del período de latencia, la maduración sexual de Ingrid la precipitó en el descubrimiento de fantasías edípicas y pre-edípicas, cuyo análisis detallado le abrió un territorio psíquico hasta entonces insospechado. En concordancia con la elaboración de esos descubrimientos, Ingrid se enamoró de un joven italiano y realizó su primera experiencia de vida en pareja. Esto significa para ella un paso decisivo en su manera de abrirse a la vida y también una puesta en acto de la relación transferencial, cuya interpretación no pudo permanecer más que en estado latente. Pienso que una obstinación por parte del analista en llevar todo a la situación presente puede crear en el analizante el sentimiento de que el análisis es el centro del mundo y de su existencia y que, en consecuencia, los progresos que dicho análisis opera en la vida real le son denegados. Es, pues, de la mayor importancia que el analista reconozca y comprenda lo que pasa en el espíritu de su paciente, pues éste tiende a ser comprendido de acuerdo a lo que acaba de realizar y no por lo que el analista piensa de la relación transferencial.

Por otra parte, la identificación con la abuela fue analizada como una reedición de momentos tempranos de la vida de Ingrid, momentos durante los cuales un seno omnipotente y omnisciente le permitía hacer frente a una madre desfalleciente, privada de toda capacidad de *rêverie*. Este seno le hacía donación de su omnipotencia y omnisciencia para no tener necesidad de nadie. La abuela constituía, en suma, un objeto combinado de madre supletoria y de pecho todopoderoso y omnisciente que le ahorraba toda pena, toda emoción. Este objeto, que en su mundo interno se había organizado en una verdadera fortaleza, no podía ser ni atacado ni dañado. Iba de suyo que tampoco podía ser explorado en su interior por la identificación proyectiva normal. En consecuencia, la curiosidad, ese primer precursor del conocimiento, estaba ampliamente inhibida. Una madre oráculo (actitud que Ingrid exigió al analista) reemplazó a la madre que enseña a pensar.

Un aspecto no menor de este trabajo inacabado fue la reparación de la madre interna. Este trabajo resultó más que difícil, no sólo por la movilización de los sentimientos depresivos que ello implica, sino porque la madre interna de Ingrid era un objeto desvalorizado y reemplazado por otro objeto, una madre inexpugnable al abrigo de todos sus ataques, por tanto jamás estropeada. ¿Cómo reparar algo que la paciente jamás había tenido el sentimiento de haber

dañado? Esta defensa temprana, constantemente reforzada durante toda su vida, tenía por finalidad evitar todo lo referente a la posición depresiva. Esas defensas habrían podido ser sacudidas durante la pubertad y la adolescencia de Ingrid, pero encontraron un aliado externo de consideración. La introyección del internado suizo como nueva fortaleza resguardándola de todo cambio emocional reforzó su antiguo bastión. Fueron pues los momentos de "crisis" los que se revelaron como los más fecundos para Ingrid, porque ella salía entonces de su enclave, de su cápsula autista. En la crisis, la confrontación con el analista no es una mera reactualización de la relación materna, sino que la pone en presencia de traumatismos tempranos como la separación y el destete. La cápsula era para ella una fortaleza que le permitía protegerse frente a la dificultad de encontrar las funciones maternas en una sola y misma persona. Saliendo de esa *cápsula-enclave-fortaleza*, Ingrid se encontraba nuevamente frente a un dilema: no sabía si el analista (madre) la alimentaba para luego abandonarla, o si el analista (nodriza) iba a cuidarla sin alimentarla. El pecho nutricio que buscaba no podía ser disociado del espacio interno continente, es decir, no podía devenir una *madre total*. Ésta debía ser hallada entonces en los brazos psíquicos del analista.

Como señalaba con justeza Sydney Klein (1980), el paciente se aparta de sí mismo y del analista por un proceso que él llama "encapsulación quística" de una parte del Yo. En las sesiones, Ingrid estaba a la vez presente y ausente, como si mirara y escuchara desde el interior de su cápsula. Cuando un contacto riesgoso podía producirse, se volaba hacia otras direcciones recurriendo a un diálogo insulso y banal, sin afecto. Otro punto que desearía comentar aquí es aquello a lo que F. Tustin llama niños con *caparazón*, es decir, niños que dan "la impresión de haber tapado el agujero con objetos autísticos duros para proteger su cuerpo flojo..."⁸. Mi primera observación del cuerpo de Ingrid, sentada, formando una escuadra de 90°, me había impresionado fuertemente. El cuerpo de Ingrid podía ser calificado, sin exageración como casi metálico, y a eso se agregaba la dureza de su rostro y de sus palabras cortantes. Pero "dureza y blandura son mantenidas a distancia una de otra sin interacción posible."⁹ Esas interacciones comenzaron poco a poco, una vez iniciado el trabajo analítico.

⁸ Tustin, F. (1986), *États autistiques chez l'enfant*,. tr.fr. Christian Cler et Mireille Davidovici, Ed. Du Seuil, Paris. p.91.

⁹ Tustin, F. *Ibid.*, p. 91.

La tormenta afectiva que Ingrid desencadenó en la sesión puede, en muchos aspectos, parecerse a las manifestaciones de los pacientes borderline que ponen en acto (*enactement*) explosiones incontroladas.

O. Kernberg (2003) describe a estos pacientes en un trabajo sobre personalidades borderline.¹⁰ Encontramos allí numerosas referencias aclaratorias en cuanto a la explosión de Ingrid en la sesión.

Pero la descripción de Didier Houzel (2002) me parece más apropiada para el caso descrito. En efecto, él califica de "mundo turbulento" a los "movimientos pulsionales y emocionales" del niño autista que no ha podido constituir para sí una *envoltura psíquica* adecuada. Pienso que la descripción de D. Houzel confirma el estado de turbulencia en el cual Ingrid se sentía sumergida cuando dejaba su cápsula. "Pero -continúa Houzel-, se puede también concebir que la indiferenciación adentro/afuera es debida no a un defecto en la envoltura psíquica, sino a una vuelta sobre sí misma de esta envoltura, de manera tal que lo que sale por un costado, entra por el otro. El problema de la constitución de los límites del yo y de la diferencia entre adentro y afuera no es entonces la construcción de un continente, sino la apertura de un mundo cerrado sobre sí mismo para hacer un mundo en el cual los objetos puedan penetrar y de donde puedan salir sin ser inmediatamente reabsorbidos."¹¹

Si impulsamos ese razonamiento, es posible considerar que la violenta crítica dirigida al terapeuta fue también una manera de darle una significación, de hacerlo devenir emocionalmente significativo. Aún si, por momentos, la situación analítica dejaba entrever un comportamiento caracterizado como una psicosis de transferencia, Ingrid no puede ser considerada como una paciente borderline, ni psicótica, ni histérica ni profundamente narcisista, ni encerrada para siempre en una cápsula autística. No se inscribe definitivamente en ninguna de esas categorías, pero es portadora de todos esos *estados* en el desarrollo del proceso psicoanalítico, pudiendo pasar de uno a otro en el curso de una misma sesión. Sin embargo, el reconocimiento por el analista de las partes autísticas de la personalidad del paciente juega un rol importante en el trabajo terapéutico. El análisis detallado de las partes encapsuladas, comenta todavía S. Klein, reduce

¹⁰ Kernberg, O. (2003): "The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients », en *Journal of American Psychoanalytic Association*, 51 (2), pp. 517-545.

¹¹ Houzel, D. (2002): "Le monde tourbillonnaire de l'autisme", en *L'aube de la vie psychique*, Paris, ESF Editor, 2002, p. 197.

considerablemente la duración de los análisis y puede prevenir derrumbes ulteriores en el curso de la vida.

Podemos igualmente caracterizar a Ingrid como poseyendo una estructura esquizoide a la cual se suman esos diferentes estados. Es en ese sentido que es necesario hablar de una *crisis de desarrollo* (según Erikson), más que reproponer un diagnóstico psiquiátrico que tienda a encerrarla en una patología unidimensional. Lo propio de la crisis adolescente, que es ante todo una crisis del desarrollo temprano, es atravesar todos esos estados sin fijarse particularmente en ninguno. El trabajo con ese tipo de pacientes, como he señalado más arriba, pone al analista a dura prueba, y no puede comprender a esos pacientes apoyándose únicamente en las palabras del analizante. La comunicación no verbal, la contratransferencia, los diferentes usos de la identificación proyectiva y la observación de estados autísticos son las vías de acceso más directas, aquéllas que protegen al analista de toda complicidad con el *falso self* del analizante. Pero, en ambas partes, fuertes tormentas afectivas se revelan como necesarias e inevitables, a fin de que el analizante adquiera su verdadero self y encuentre su identidad expoliada.

(Ingrid partió al extranjero al final del quinto año de trabajo. Había expresado la voluntad de no abandonar a su compañero. Pienso que la interrupción de un análisis resulta, además de los factores externos, un problema muy importante que merecería una gran profundización. No habiendo vuelto a ver a Ingrid después de dos años, me está permitido esperar que el proceso analítico se continúe).

Descriptores: adolescencia congelada, adolescencia tardía, momento catastrófico, contra-transferencia.

Bibliografía

Aberastury, A (1971): « Lenguaje verbal, paraverbal y no verbal en análisis de niños. Fantasías inconscientes y compulsión de repetición », in *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XXVIII, N° 3, Buenos Aires, 1971.

Adatto, C.P. (1958) : « Ego Reintegration Observed in Analysis of Late Adolescents », in *Inter.J.Psycho-Anal.*, N° 39,
Adatto, C. P. (1966) : « On the Metamorphosis from Adolescent Into Adulthood. *JAPA*, N° 14 .

Agostini, D. (2000) : « Après Mélanie Klein » . Monographie de la revue *Adolescence*. Les Editions GREUPP, Paris.
Agostini, D. (2005) : « Mélanie Klein analyste d'adolescents. V ; Quelques conclusions », en *Adolescence*, N° 54-4, p. 1041-1053.

Amigorena, H (2003) : « Quelques figures de la crainte avec et sans effondrement » , in *Le Coq-Héron*, N° 173, Juin 2003.

Anderson, R. (1997) : « The child in the adult : the contribution of child analysis to the psychoanalysis of adults », in Schafer, R. : *The contemporary kleinians of London*, Int.Univ.Press , Madison, USA, 1997.

Arlow, J. (1985) : « The Structural Hypothesis » in (A.Rothstein Editor) *Models of the Mind*,. International University Press, Madison, Connecticut, 1985.

Bion, W.R. (1961) : *Recherches sur les petits groupes*, tr.fr.H.L. Herbert, PUF, 1976.

Bion, W.R. (1962) : *Aux sources de l'expérience*, tr.fr . F. Robert, PUF, 1979

Bion, W.R. (1962) : *Réflexion faite*, tr.fr . F. Robert, PUF, 1979

Bion, W.R. (1965) : *Transformations*, tr.fr. F.Robert, PUF.

Bion, W.R.(1970) : *L'attention et l'interprétation*,(1974) tr.fr. J.Kalmanovitch, Payot.1974

Blos, P.(1967) : « Adolescence et second processus d'individuation », in *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Sous la direction de Maja Perret-Catipovic et François Ladame. Delachaux et Niestlé, Laussane, 1997,

Blos, P ; (1972) : « The Epigenesis of the Adult Neurosis, in *Psychoanal. St.Child*, 27 : pp 106-135.

Brenman Pick, I. (1988) : « Adolescence : Its Impact on Patient and Analyst », in *Int.R. Psycho-Anal.*, 15 : pp187-194.

Cortiñas, L. P. de (2002) : « Par-delà la césure. La voie vers l'insight, de « Recherches sur les petits groupes » à « Une mémoire du futur », in *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, N°31, 2002, pp. 147-186.

Cortiñas, L. P. de (2007):, *La dimension esthétique de la mente, variaciones sobre un tema de Bion*. Ediciones del signo, Buenos Aires.

Erickson, E.(1972) : *Adolescence et crise. La quête de l'identité*, Traduit de l'américain par Joseph Nass et Claude-Louis Combet, Coll. Champs, Flammarion.

Etchegoyen, H (1971): « La primera sesión de análisis », in *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XXVIII, N° 3, Buenos Aires, 1971.

Etchegoyen, H. (1986): *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorortu, Buenos Aires, Argentina.

Fonagy, Y (1983) : *La vive voix, essais de psycho-phonétique*, Payot, Paris, 1983.

Freud, A.(1997) : « L'adolescence » , in *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Sous la direction de Maja Perret-Catipovic et François Ladame. Delachaux et Niestlé, Laussane, 1997, pp.98-99.. Texte repris de *L'enfant dans la psychanalyse*, trad.fr. D.Widlocher, Gallimard, Paris.

Freud, S. (1904-1918) : *La technique psychanalytique*, tr.fr. A. Berman, PUF, Paris, 1953.

Freud, S. (1905) : *Cinq psychanalyses*, tr.fr. M.Bonaparte et R.Lowenstein, PUF, Paris, 1954

Freud, S.(1937) : « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » tr.fr. J.Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, in *Résultats, Idées, Problèmes*, PUF, Paris,1985.

Gammill, J.(1982) : « Remarques d'introduction à la transformation de la psychothérapie en psychanalyse et le vécu du contre transfert », en *Bulletin du Groupe Toulousain de la Société Psychanalytique de Paris*.

Gammill, J.(1991 b) : « Ré-évaluation du passage de la position paranoïde-schizoïde à la position dépressive à la lumière des approfondissements concernant la dépression primaire », *Bulletin du GERPEN*, N° 22, pp. 2-19.

Gammill, J. (1998) : *A partir de Mélanie Klien*, Césura, Meyzieu.

Gammill, J. (2007) : *La position dépressive au service de la vie*, Editions In Press, Paris.

Gomberoff, M., Noemi, C. y Pualuan, L. (1989) : « El objeto autista. Su relación con el narcisismo en la transferencia y la contratransferencia de pacientes neuróticos y limítrofes », en *Revista de Psicoanálisis*, T° XLVI, N° 5, septiembre-octubre de 1989, Buenos Aires (pp.733-748).

Goyena, J.L. (1982) : « Remarques sur la notion de crise », *Dialogue*, N° 77

Goyena, n J.L. (1988), « Les impasses de la transmission (sur la responsabilité de l'analyste et du patient dans l'impasse analytique », en *Psychanalystes*, N° 26.

Goyena, J.L. (1990) : « Nouvelles idées, nouvelles théories et changement catastrophique », en *W.R.Bion, une théorie pour l'avenir*, Métailié, Paris.

Goyena, J.L. (1995) : « Crise et changement catastrophique », dans « Crises et sens des crises », *Perspectives psychiatriques*, N° 49/IV.

Goyena, J.L. (2002) : « L'intime et le secret », in *Champ Psychosomatique*, L'Esprit du temps, N° 27.

Grinberg, L. (1964) : *Culpabilité et dépression*, tr.fr. M. Urquidi, Les belles lettres, Paris, 1992.

Grinberg, L. y R. (1980): *Identidad y cambio*, Paidós, Barcelona.

Grinberg, L. (1985): *Teoría de la identificación*, J. Yebenes, editor, Madrid.

Grinberg, L. (1997) : « Les affects douloureux dans les états limites », en *Hystérie et cas limites : approche métapsychologique et implications techniques*. 12ème Conférence de la FEP, Genève, 20-23 mars 1997. Bulletin de la FEP, N° 49, 5 juillet 1997. Tr.fr. Michèle Pollak-Cornillot.

Gutton, PH. (1991) : *Le pubertaire*, Coll. Quadrige, PUF, Paris, 1991..

Hill, L. B. (1938) : « The Use of Hostility as defence », in *Psychoanal. Quarterly*, 7, pp.254-264.

Houzel, D. (2002) : *L'aube de la vie psychique*, ESF éditeur, Paris, 2002.

Jacques, E. (1997) : « Mort et crise du milieu de la vie », in R. Kaës et al. : *Crise, rupture et dépassement*, tr.fr. D. Anzieu. Dunod, Paris, 1997.

Joseph, B. (1989) : *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. London, Routledge, 1989.

Kernberg, O. (2003): « The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients », in *J.A.P.A.* (Journal of American Psychoanalytic Association), 51.

Kestemberg, E. (1980) : « Notule sur la crise de l'adolescence ; de la déception à la conquête », en *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Sous la direction de Maja Perret-Catipovic et François Ladame. Delachaux et Niestlé, Laussane, 1997, pp. 151-162.

Klein, M. (1932) : « La technique de l'analyse des enfants à l'époque de la puberté », en *La psychanalyse des enfants*, tr.fr.J.B.Boulanger, PUF, Paris, 1972.

Klein, M. (1935) : « Contribution à la psycho-génèse des états maniaco-dépressifs ». en *Essais de psychanalyse : 1921-1945*, Payot, Paris, 1968.

Klein, L. (1936) : « Weaning », en *The writing of Melanie Klein. Vol I Love, Guilty, Reparation and others works*, Hogarth Press, London, 1985, pp. 306-343.

Klein, M.(1940) : « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs » in *Essais de psychanalyse : 1921-1945*, Payot, Paris, 1968.

Klein, M. (1946) : « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » in *Développements de la psychanalyse*, tr.fr. W. Baranger, PUF, Paris, 1976.

Klein, M. (1952) : « Les origines du transfert, en *Le transfert et autres écrits*, tr.fr. Cl. Vincent, PUF, Paris, 1995.

Klein, M (1955) : « La technique du jeu psychanalytique, son histoire et sa portée », en *Le transfert et autres écrits*, tr.fr. Cl. Vincent, PUF, Paris, 1995.

Klein, S.(1980) : « Autistic Phenomena in Neurotic Patients » (1980), en *The International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 395-402.

Liberman, D. (1978): *Comunicación y psicoanálisis*, Alex Editor, Buenos Aires, 1978.

Meltzer, D. (1972) : *Les structures sexuelles de la vie psychique*, tr.fr. J. et F. Bégoïn, Payot, Paris, 1977.

Meltzer, D. (1984) : « Les concepts d'identification projective (Klein) et de « contenant-contenu (Bion) en relation avec la situation analytique », in *Revue Fse. de Psychan.*, XLVIII, Mars-Avril, N° 2, PUF, Paris, 1984.

Meltzer, D. (1992) : *Le claustrum, une exploration des phénomènes claustrophobiques*, tr.fr. D.Alcorn, Ed. Du hublot, Larmoor-Plage, Paris, 1999.

Meltzer, D. y Harris, M. (1998) : *Adolescentes* . Editado por Lucy Jachevasky y Carlos Tabbia. Spatia editorial, Buenos Aires, 1998.

O'Shaugnessy, E. (1998) : « Enclaves et excursions », en *Raison et Passion*, Un hommage à l'œuvre d'Hanna Segal. Tr.fr. D.Alcorn, Ed. du hublot, Paris, 1998.

Racker, H. (1959) : *Etudes sur la technique psychanalytique, Transfert et Contre-transfert*, Tr.fr. Nadège Foucher et Pierre Lecointe, Césura, Paris, 1997.

Rosenfeld, H. (1965) : *Etats Psychotiques*, tr.fr. G.Diatkine, A.et M. Gibeault, J.Miller, M.Vincent, PUF, Paris, 1976.

Rosenfeld, H. (1987) : *Impasse et Interprétation*, tr.fr. sous la direction de B. Ithier, PUF, Paris, 1990.

Rosenfeld, H. (1997): *Herbert Rosenfeld at work, The Italian seminars*, Edited by Franco de Masi, Karnac, U.K., 2001.

Steiner, J. (1996) : *Retraits psychiques*, tr.fr. J.Adamov, PUF, Paris, 1996.

Steiner, R (2004, à paraître), *Plausible or Implausible Conjectures ? Some Notes on the Role Played by Intonation and Other Aspects of Non-Verbal Communication in the Emergence of Preverbal Unconscious Memories and Experiences in the Form of Affects During the Psychoanalytic Process*,

Tustin, F (1986) : *Les états autistiques chez l'enfant*, tr.française Christian Clerc et Mireille Davidovici, Ed. du Seuil, Paris, 1986.

Tustin, F. (1989) : *Le trou noir de la psyché. Barrières autistiques chez les névrosés*. Tr.fr. Paul Chemla. Ed. du Seuil, Paris, 1989.

Tustin, F. (1992) : *Autisme et protection*. Tr.fr ; Anne-Lise Hacker . Ed. du Seuil, Paris, 1992.

Waddell, M.(2002) : *Vies intérieures, Psychanalyse et Développement de la Personnalité*, tr.fr. Marie-Christine Réguis-Simeloff. Editions Du Hublot, Paris, 2002.

Winnicott, D. (1976) : « Les formes cliniques du transfert » , en *De la pédiatrie à la psychanalyse*, P.B.Payot, Paris, 1976.

Winnicott, D. W. (non-daté) : « La crainte de l'effondrement », en *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr.fr ; J.Kalmanovitch et M.Gribinski, Gallimard, Paris, 2002.

Resumen

La adolescencia congelada es un estado de espíritu rígido y permanente a partir del cual el sujeto piensa vivir su vida teniéndose alejado de toda crisis y de toda situación emocional profunda. Bien que los trazos descriptivos de esta personalidad corresponden generalmente a los de las personalidades esquizoides, el análisis revela un encapsulamiento autista importante. Este trabajo toma como punto de partida la primera consulta y las sesiones dónde

más tarde se produjo el deshielo. Es justamente en ésta última situación que la vida psíquica del paciente y del terapeuta atraviesan fuertes turbulencias emocionales, condición necesaria para que el paciente abandone su enclave autista y se encamine a la elaboración de la posición depresiva.

Traducción: Lic. A.C.Bisson.