

EN BÚSQUEDA DEL CONTINENTE PERDIDO

Algunas reflexiones clínicas sobre la técnica psicoanalítica frente a las angustias psicóticas¹

Albert Namer*

"En la primera infancia surgen angustias características de las psicosis y ellas llevan al Yo a aplicar los mecanismos de defensa específicos. En este período podemos encontrar los puntos de fijación de todos los trastornos psicóticos. Esta hipótesis ha llevado a algunos a creer que yo consideraba a todos los niños como psicóticos"². Melanie Klein (1946)

"Lo importante es aprender el valor de lo que llamamos la actividad psicoanalítica, es decir, el psicoanálisis práctico. Gran ámbito que requiere investigaciones, no una osificación. Lo primordial es que no se lo trate como un tema cerrado." Wilfred R. Bion (1974)

Este artículo es el fruto de las reflexiones clínicas que resultaron de mi práctica. En parte, se trata de cómo facilitar la instalación de la relación analítica en el caso de algunos pacientes. Una larga experiencia con niños, adolescentes y adultos gravemente perturbados, gradualmente, me obligó a cambiar mi funcionamiento para estar más cerca del sufrimiento de mis pacientes y hacer más eficaz mi técnica analítica.

Respetando el marco tradicional, la investigación de esta adecuación tiene en cuenta la naturaleza de las angustias de los pacientes, de su intensidad, a veces, desbordante, incluso desorganizadora o, por el contrario, inhibidora de toda expresión de los afectos.

* Psicoanalista (Société Psychanalytique de Paris).

1. Mantengo la denominación, discutible pero evocadora, para distinguir estas angustias de la psicosis en sí. Sin duda, una vez instaladas son un signo de los pacientes con patología borderline o con evolución hacia la psicosis. Mi objetivo es señalar las dificultades que constituyen para el tratamiento psicoanalítico la presencia, entre otros, del mecanismo de identificación proyectiva. Las angustias precoces, término más ponderado, incluyen las angustias persecutorias o paranoicas como también la angustia depresiva.

El término psicótico fue utilizado para referirse a la intensidad y a los contenidos que presentan las angustias del bebé. Una evolución de las observaciones de M. Klein se produce a lo largo de su vida. Entre 1932 y 1946 ella modificará su enfoque de la posición esquizo paranoide mediante la vinculación de la angustia persecutoria con la angustia depresiva. Más que psicóticas las angustias llegarán a ser tanto un componente del desarrollo normal del bebé como un factor de riesgo cuando estas angustias no se resuelven por la atención y la asistencia prestadas al niño.

Correlativamente, las defensas concomitantes constituyen un obstáculo para el desarrollo psíquico. La consideración de estos momentos críticos o de estas patologías agudas, en vías de instalarse o relativamente instalados, me pareció especialmente importante para crear las condiciones necesarias para una apertura que permita el surgimiento de un proceso analítico. La creatividad en el psicoanálisis es el resultado de una partición para la que se necesitan dos. Algunos analizados, a menudo los más difíciles, aquellos cuyo inconsciente parece inaccesible, calificados, a veces, como inanalizables, nos obligan, para salvaguardar nuestra función analítica, a una investigación permanente y creativa de las modalidades de escucha, de comunicación, de comprensión y de intervención que nos permitan abrir el acceso a las capas más profundas de su psique. Es probable que ellos mismos sean portadores de un potencial creativo no desarrollado, cerrado a las capacidades de simbolización, que pueden hacer eclosión solamente a través de la puesta a disposición de la actividad pensante del analista. Esta puesta a disposición no podría ser positiva si no evitara las trampas proyectivas o contratransferenciales que inducen a confusiones, consecuencia de colusiones diferentes que perturban o impiden el funcionamiento de la situación analítica en diferentes momentos de la cura.

En los últimos quince años, casos de jóvenes y de adultos que presentaban *bouffées* alucinatorias o delirantes o patologías de origen confusional, fóbico, psicosomático y de funcionamiento operatorio llamaron mi atención sobre la pertinencia de la técnica habitual o clásica que, en general, yo utilizaba para tratar el material expresado en la reunión. La práctica me demuestra que, de una u otra forma, existe en estos pacientes la presencia visible o no de angustias arcaicas así como un vacío vinculado a la falta o pérdida de continencia. Esta comprobación me obligó a modificar mi enfoque desde las primeras entrevistas al poner en marcha una etapa de carácter transicional que he llamado "inicial". Su característica temporal, cuya duración varía según la situación, me permite, en un segundo tiempo, un trabajo más orientado hacia el proceso. Pero se comprobó que esta etapa transicional también podría ser necesaria en otros períodos de la cura tales como los momentos de *impasse*, de estancamiento, de ruptura de la comunicación o de confusiones, fenómenos que corren el riesgo de ser mal interpretados como ataques a la labor del analista o como resistencias. En estos casos, la interpretación "frontal" destinada al inconsciente por la verbalización prioritaria de los componentes de la transferencia, parece como relativamente poco fructífera en la medida en que ella no surge como resultado de un movimiento de elaboración que incluye la escucha y la receptividad, la identificación del continente, la continencia misma, que permite reunir los elementos dispersos, el establecimiento de la comunicación en la pareja analítica, la instauración del campo analítico y, finalmente, el acceso gradual al inconsciente. Me referiré un poco más adelante a los tres primeros puntos así como a la función de la interpretación. Mi reflexión concierne a las angustias precoces e

intensas como inhibitoras de las capacidades transferenciales. Aparecen como inexistentes o poco organizadas limitando las bases del proceso analítico. El analista es solicitado, a su pesar, por las angustias y las defensas del paciente, no sólo como pantalla uniforme, lugar de proyecciones, sino de ese hecho fantaseado también como objeto compuesto que se presume posee características y cualidades diferentes, sin tener necesariamente vínculos entre ellas. Esas interpelaciones que no forman parte del discurso manifiesto son inconscientes y no verbales. Para el analizante, no son simplemente los medios para defenderse de los peligros que lo acechan, sino una forma más primitiva de comunicación.

La experiencia demuestra que la técnica no es nunca una repetición automática de un sistema de escucha, de comprensión y de intervención. Ella se crea y se recrea en cada situación individual. Puede establecer una ortodoxia personal como una forma de rigor en la medida que ella no se convierta en dogmatismo, lo que correría el riesgo de traducirse por una técnica rígida y definitivamente repetitiva.

Una de las primeras formaciones que recibí me permitió, a través de la noción de la fantasía inconsciente, entrar en contacto con el mundo interior y sus objetos. Ella no solicitaba sólo una actividad interpretativa intensa para calmar la angustia y permitir la aparición de otras angustias más profundas, pero prestaba una particular atención al material de la sesión a través de la minuciosidad de la observación para lograr, a continuación, una mejor comprensión del inconsciente.

Me parece que las angustias precoces, para las que, deliberadamente, mantuve la denominación de psicóticas, son un buen ejemplo para este tipo de enfoque. Esta posición implica no sólo la necesidad de una mayor capacidad de respuesta por parte del analista, sino también la confrontación con sus propias angustias y defensas frente a la agitación causada por las proyecciones surgidas de los niveles arcaicos. La función de continencia sobre la que me extenderé más adelante es, inicialmente, un concepto teórico con el que todos los analistas pueden estar de acuerdo.

Sin embargo, en la práctica no es necesariamente percibido, entendido o vivido en la misma forma. Personalmente, echando una mirada al pasado, me parece que he descuidado la función continente del analista por respeto al marco en su firmeza, su coherencia así como la actividad interpretativa que incluye. Estas cualidades constituían un continente suficientemente estructurado. La introducción de un cambio de actitud, de escucha y de intervención del analista corría el peligro de alterar la solidez del marco. En realidad, el peligro no afecta a la estabilidad o a la continuidad del cuadro, pero su preservación a través de un modelo de la técnica, que inicialmente sería idealizado, luego paralizado y, después aún peor, fetichizado. Cualquier enfoque analítico comporta un trabajo con la angustia y sus defensas. En caso de desbordamiento de la angustia con las proyecciones masivas que de él resultan, parece difícil que, manteniendo un cuadro material fijo, el marco interno y vivo del

analista, en cierta medida, no sea cambiado para adaptarse a las necesidades creadas por la intensidad de las proyecciones.

Algunas observaciones generales sobre la angustia y las angustias psicóticas

Entre 1905 y 1926, Freud desarrolla sucesivas teorías sobre la angustia. Dos posiciones aparecen en sus escritos. La primera es con respecto a lo biológico. Explica que la angustia es la consecuencia de una falta de descarga y de satisfacción de la pulsión sexual. La ausencia o la inhibición de las representaciones conducen la descarga hacia una vía somática provocando de ese modo su expresión por conversiones histéricas o creando, por defecto, representaciones sustitutivas, fuentes originarias de la histeria de angustia o de neurosis fóbicas. En la segunda teoría, la vida psíquica del lactante juega un papel importante. Su falta de madurez biológica y psicológica no lo dota de un aparato psíquico lo suficientemente sólido como para hacer frente a las múltiples tensiones y accesos pulsionales de los cuales es el objeto.

La relación con el objeto materno constituye, así, la primera experiencia del alivio, en consecuencia, un verdadero peligro de pérdida. Estas primeras experiencias de pérdida no pueden ser experimentadas sino como pérdidas definitivas. La pérdida del objeto materno es la causa del sufrimiento psíquico, mientras que la angustia es una reacción frente al peligro de esta pérdida. A través de las experiencias vividas, es el Yo que permite organizar las señales o las defensas necesarias para soportar la amenaza de la pérdida. A partir de la pérdida inicial del objeto como un prototipo se configuran, entre otros, las angustias tales como la pérdida del amor del objeto materno y la castración. A pesar de las críticas de Freud con respecto a Otto Rank (1926), las teorías de este último sobre el trauma del nacimiento abrirán las oportunidades para una profunda investigación sobre las primeras relaciones del niño con su madre y sobre la comprensión de la patología arcaica tal como el autismo y la psicosis.

Independientemente de los enfoques propuestos por las diferentes corrientes del psicoanálisis, el nacimiento constituye una primera experiencia de parte de un objeto externo-interno que también representa la pérdida material, concreta, corporal de una envoltura. Será seguido por otras pérdidas, como la del pecho. A continuación aparecerán las fantasías amenazadoras y persecutorias de la castración funcionando como una fase intermedia entre el mundo interno y la realidad de un objeto externo en peligro.

Brevemente, debo recordar algunos otros argumentos teóricos. Melanie Klein (1932), desde el principio de su obra, introdujo en el medio de su teoría y de su técnica la angustia, de la cual los trastornos del equilibrio entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte son la piedra angular. Aunque se apoya en el pensamiento freudiano, centra sus

investigaciones en el concepto de pérdida de un objeto interno y en dos etapas que de allí derivan: las posiciones esquizo-paranoide y depresiva.

En su artículo sobre la vida emocional de los bebés, ella describe la angustia de los tres o cuatro primeros meses del lactante cuya causa reside tanto en los factores internos como externos. Ella sostiene que la acción interna del instinto de muerte, que da origen al temor de aniquilamiento, es la principal causa de la angustia de persecución. La pérdida de lo intrauterino, que provoca malestar y sufrimiento, constituye un ataque que proviene de fuerzas hostiles, experimentado como una persecución. Esta pérdida de lo intrauterino y de los mecanismos que la acompañan puede vincularse con lo que Rank describió sobre el trauma del nacimiento, como una primera experiencia de la pérdida de un continente físico, dejando al bebé expuesto a todas las nuevas sensaciones sentidas. Es probable que esta experiencia en la modificación masiva del estado simbiótico absoluto sea lo primero vivido de una forma de despersonalización.

Otros autores dan sus puntos de vista sobre las posiciones esquizo-paranoide y depresivas durante las primeras etapas de la vida psíquica.

W. Ronald Fairbairn (1952) no concibe los mecanismos esquizoides como defensas sino como parte de una etapa anterior a la posición depresiva, reconociéndola como un momento normal del desarrollo. Ya no hace más referencia a la dimensión persecutoria. Su desacuerdo con M. Klein está centrado en varios puntos. Mientras que para R. Fairbairn el primer objeto interiorizado es "malo", M. Klein sostiene que el "pecho bueno" constituye una parte esencial del yo. R. Fairbairn hizo de su hipótesis las bases de un eventual desarrollo de la esquizofrenia. Por último, M. Klein se unió a Fairbairn al reconocer la posición esquizoide como previa a la posición depresiva y a la existencia de los dos tipos de angustias persecutoria y depresiva que coexisten en las primeras instancias del desarrollo psíquico del niño.

José Bleger (1967) habla de una etapa muy temprana constituida por un núcleo aglutinado y ambiguo durante los tres primeros meses de vida. Este núcleo es el resultado de la ausencia de diferenciación y de discriminación entre los objetos y el Yo. Es parte y prolonga el estado simbiótico del bebé con su madre, constituyendo así un Yo no diferenciado del no-Yo previo a la posición esquizo-paranoide. Los residuos del objeto aglutinado existen en diversos grados constituyendo la parte psicótica de la personalidad. Una vez activados, y en función de su intensidad, estos residuos se encuentran en el origen de los estados confusionales y de los trastornos de identidad. En la teoría kleiniana, el lactante percibe desde el comienzo de su vida las fronteras que separan su mundo interno del mundo externo. A diferencia de Freud, M. Klein sostiene a través del estudio de las manifestaciones clínicas que en este estadio está presente la pulsión de muerte. Bajo la amenaza de desintegración, el Yo del lactante refuerza la división ya existente entre buenas y malas

experiencias de los objetos internos. Las partes malas (proyecciones e identificaciones proyectivas) son expulsadas por fuera del Yo constituyendo así la fantasía de la presencia de un objeto externo malo. (Melanie Klein 1946)

Finalmente, la salida de la posición esquizo-paranoide se produce como consecuencia de la capacidad de introyectar y de re-introyectar los objetos modificados, reparados y mejor integrados. El bebé alcanza una madurez psíquica y emocional suficiente para integrar las percepciones fragmentadas de la madre reuniendo los aspectos buenos y malos que él había escindido hasta ese momento. Yo recordaría que, al entrar en la posición depresiva, la confluencia del odio (ataques sádicos) y del amor (culpabilidad) para con el objeto engendra en el mundo interno una tristeza profunda y dolorosa debida a la pérdida del objeto externo modificado por el ataque y la reparación.

Como ya lo he señalado, utilizo los términos angustias psicóticas o angustias precoces indicando que estas últimas engloban todas las angustias del lactante, incluidas las que no sólo conllevan un carácter paranoide sino que reflejan la fantasía de un peligro interno de origen indefinido.

La clínica y las angustias psicóticas

Citaré algunos ejemplos clínicos, mencionando, en particular, los síntomas iniciales manifestados por los adolescentes y los adultos jóvenes durante los primeros contactos. Los síntomas descritos no restituyen la dimensión no verbal de la angustia de los pacientes ni la de las proyecciones en el momento de la entrevista. No me extenderé ni en su descripción ni en su tratamiento. Más adelante, haré algunos comentarios más detallados, en forma de viñetas, referidos a algunos casos que, me parece, ilustran bien mi propósito. Para estos tres pacientes, uno de ellos tratado en psicoterapia y los otros dos en análisis, el resultado fue interesante. Debido a sus síntomas, y cuando sus tratamientos analíticos fueron mantenidos durante el tiempo necesario, la mayoría de los otros casos citados mostraron una evolución positiva sin que yo pudiera evaluar, a excepción de dos de ellos, el resultado del trabajo analítico a un mediano plazo.

Damián, de diecisiete años, se presentó muy preocupado por las sensaciones extrañas que experimentaba súbitamente. Durante las últimas vacaciones de verano en el extranjero, ya no se reconocía. Esta angustia podía durar algunos minutos o varios días. Tenía la sensación de estar fuera de él. Se sentía fuera de la realidad del mundo. Las primeras señales se habían producido seis meses antes. Revivía, de vez en cuando, las mismas sensaciones.

Julián, de dieciséis años, hablaba de sus angustias diciendo que tenía la impresión de ser dirigido por otra persona que estaba en su cabeza y lo empujaba a violar a su hermana o a matarla. Añadía que no estaba seguro de poder controlar su comportamiento. Desde hacía

algunos días, estaba convencido de que un hombre, un poco mayor que él, lo seguía y tomaba el mismo autobús que él para agredirlo. Él adivinaba las intenciones del agresor a través de sus ojos. Se preguntaba si no se volvería loco, lo que creaba una situación de pánico.

Marcos, veintidós años, estudiante de cuarto año de medicina, estaba prácticamente decidido a abandonar sus estudios porque tenía miedo de que sus manos no le obedecieran más en el momento de un acto médico (destaco que su objetivo no era ser cirujano). Un error le podría costar un juicio, la exclusión de su profesión y, tal vez, la cárcel. Por otra parte, también tenía la impresión de que su pierna operada por una rotura de ligamentos podría ya no responder a sus órdenes. Se imaginó inválido de por vida en un futuro medianamente próximo.² El síntoma que más lo afectaba era su angustia abrumadora cuando el día era soleado, incluso cuando el cielo estaba completamente despejado. Este caso, que no voy a repetir en el capítulo de viñetas por motivos de confidencialidad, merecería ser estudiado en detalle en otra comunicación. Fue para él una oportunidad de entender las motivaciones inconscientes por las que había decidido ser médico, profesión que ejerce desde hace algún tiempo. La angustia de perder el control de sus manos y los ataques de pánico frente a cualquier lesión física se añadían a un pasado fuertemente hipocondríaco del que mantenía ciertos síntomas. Al cabo de cierto tiempo, y después de varias sesiones, él me dio la prueba de que habíamos superado un obstáculo, abriendo la posibilidad de pasar a otra etapa de la labor interpretativa. Después de tres sesiones en las que habíamos trabajado en las angustias de muerte y su relación con el peligro que afrontaba en la actividad médica, llegó a la sesión diciéndome que comprendía por qué los días de sol lo angustiaban terriblemente. La ausencia de nubes le provocaba una sensación de vacío en la parte superior. En este caso, los pies en la tierra (la razón) no eran suficientes para su seguridad debido a que le faltaba un techo o algo que lo cubriera. Esta vivencia nos permitió abordar el cielo como el equivalente de una bóveda (como el cráneo), que limitaba el infinito que estaba por encima de ella. Entre la tierra y el cielo encontraba, con las nubes, el complemento de un continente que rechazaba el vacío en el que él podría caer (angustia de muerte y de locura). Esta representación sobre la falta de continencia nos abrió la posibilidad de abordar los elementos de transferencia, así como su necesidad del espacio cerrado de la situación analítica.³

² Se le dio una interpretación, antes de que la continencia tomara forma, sin que apareciera ningún efecto, ni ninguna reacción. Él sentía que su rodilla se escapaba en todas direcciones (independiente del resto) a causa de la rotura de ligamentos. Más tarde, en un momento de intensa angustia a propósito de su pierna, le reformulé la interpretación evocando que un ligamento roto podría significar que sentía algunos lazos rotos en su interior, lo que evocaba una rodilla suelta. Posteriormente, él asoció con el sentimiento de que el tirano de su padre lo había separado de su madre obligándolo, por su comportamiento, a dejar la casa. La interpretación transferencial que le formulé fue que, incluso ayudándolo a establecer vínculos dentro de sí mismo, no podía saber qué tipo de padre iba a encontrar en su relación conmigo.

Guillermo, dieciocho años, de quien supervisé el tratamiento psicoterapéutico, debía su éxito académico a una fina inteligencia demostrada durante toda su escolaridad. Su discurso era completamente desorganizado. Entre citas de diversos autores, tenía comentarios delirantes como "Sé que el fin del mundo llegará muy pronto, escucho voces que me lo han predicho."

Anthony, veinticuatro años, por quien los padres me llamaron desde el exterior, temía ser envenenado por el FBI. Se lo habría confundido con otro Anthony, quien al parecer estaba en posesión de secretos de Estado. Lo derivé a un colega norteamericano con experiencia.

El caso de Fabricio, quince años en el momento de la primera entrevista, estaba dentro de un contexto diferente. Consultaba por problemas respiratorios así como por otras manifestaciones corporales. Vivía en angustia permanente, con un riesgo de asfixia que podía presentarse en cualquier momento. Expresaba la existencia de un peligro que venía del exterior al hablar del mal que había en él. Separado de una familia maltratadora, había sido ubicado desde hacía un año en un hogar para adolescentes.

Se confirman mecanismos íntimamente relacionados poniendo en evidencia en estos pacientes la regresión, el uso masivo de la identificación proyectiva, así como los momentos en que la división se utiliza como defensa.

Es concretamente en relación con sus características que me pareció indispensable adaptar la técnica con miras al inicio de un proceso analítico.

La regresión y la identificación proyectiva

No voy a abordar el problema de la regresión de una manera exhaustiva, ya que no es el tema central de este artículo.

Freud (1900, 1905, 1916-17) desarrollará en su obra la evolución de esta noción a través de sus descubrimientos y de su concepción. Yo me limitaré a algunos aspectos directamente relacionados con los problemas clínicos a los que me refiero. Diferenciaré la regresión anterior al tratamiento analítico de la que se produce en el contexto del análisis y a través del proceso, centrándome en la primera. El vínculo que establezco entre las dos situaciones concierne a los aspectos progresivos y regresivos del desarrollo, teniendo en cuenta estos dos movimientos como elementos de la vida psíquica.

Un artículo muy importante de James Gammil (1992) me confirma la coincidencia de mi experiencia clínica con sus puntos de vista. Allí menciona el artículo en el que Paula Heimann y Susan Isaacs (1952) hacen hincapié en la necesidad de relacionar la frustración con la agresión y el odio con el fin de comprender mejor el inicio de la regresión: "El odio y la agresión actualmente suscitados reactivan un sadismo pregenital superado con gran dificultad, y eso es lo que hace refluir la libido hacia sus formas anteriores, para neutralizar las fuerzas destructivas reactivadas en el psiquismo." Y más adelante: "...estas tendencias

opuestas progresión y regresión todo a lo largo de la vida psíquica. Ellas están siempre en flujo y reflujo durante todo el período de crecimiento y en cualquier momento de tensión psíquica". J. Gammill dice al respecto: "El punto de vista según el cual este odio y esta agresión despiertan una angustia, que puede ser intensa y provocar la regresión, me parece más seguro." En este artículo, P. Heimann y S. Isaacs también señalan que "las transformaciones regresivas no implican sólo la vida sexual; afectan las sublimaciones, las emociones y la personalidad completa del sujeto. Es la compleja totalidad de los numerosos mecanismos en interacción y en equilibrio en la vida psíquica que se encuentra alterada cuando la regresión se produce. Esto se ve claramente en la neurosis obsesiva y en las psicosis, pero también en la histeria, aunque de manera menos dramática. "

En los casos descritos en este artículo, el uso de la identificación proyectiva refleja el lado excesivo y patológico de la división arcaica que causa la expulsión del Yo de las partes malas e intolerables. Cuando no encuentra un continente, la identificación proyectiva es de tal intensidad que el *self* se siente vaciado de sus contenidos e incapaz de soportar la angustia. La expulsión y la pérdida se combinan para aumentar las defensas proyectivas y volver difícil la introyección de objetos buenos. Este problema es uno de los caminos que conducen a la despersonalización. M. Klein también sugiere que la despersonalización es el resultado de una regresión a la posición esquizo-paranoide. En una etapa intermedia de espera o de búsqueda, las angustias toman, entonces, la forma de electrones libres en busca de un nuevo continente. Gracias a las partes sanas y maduras preservadas por la pulsión de vida, la identificación proyectiva también se puede utilizar como una forma de contacto o de relación tanto con los objetos internos como externos. Es con los aspectos preservados del psiquismo que el analista podrá establecer un compromiso de trabajo. Afortunadamente, estos pacientes no sólo son una expresión de una regresión. Por lo general, vienen voluntariamente a la consulta, deseosos de obtener ayuda para sentirse mejor. Una vez calmadas las angustias, la pulsión epistemofílica, hasta aquí inhibida por los ataques y las represalias causadas por las fantasías de intrusiones sádicas y destructivas, dirigidas hacia el objeto materno, puede encontrar una oportunidad de estar al servicio de la comprensión del funcionamiento psíquico.

Esta regresión, expresada a través de los síntomas presentados por los pacientes como motivo central de la demanda terapéutica, está inevitablemente acompañada de mecanismos precoces tales como la identificación proyectiva. Este mecanismo arcaico, aunque cada vez más conocido, no siempre es fácil de identificar o de manejar en el tratamiento analítico.

Se diferencia del concepto freudiano de proyección, que concierne a la proyección de ideas, de afectos y de actitudes cuyos contenidos son las emociones o los sentimientos como la rabia, la curiosidad o el temor. La identificación proyectiva, como resultado de una división,

y las proyecciones son hechas de los objetos parciales y malos, de productos excrementicios evacuados en el objeto externo para evitar la persecución interna. Más tarde, Bion ampliará el concepto de identificación proyectiva a un modo de comunicación y de relación normal entre el bebé y el objeto externo. Estos son los primeros que plantean más problemas para el analista cuando él no los enfoca como tales. Su cuerpo puede ser el objeto de las proyecciones reaccionando de maneras diferentes y extrañas como las señaladas por R. Prat en el artículo citado. Por su reactivación, las angustias precoces, hasta entonces latentes, generan las defensas necesarias para poder hacer frente a las angustias del paciente. Habría dos tipos de reacciones opuestas respecto a la actividad y al estado del analista: una consiste en la parálisis de la actividad, la otra, la acción o el pasaje al acto a través de la vía expulsiva. Me parece que he encontrado, tanto en mi práctica como en mi actividad de supervisor (Namer 2005), algunos de los mecanismos que evolucionan en forma de colusión con las angustias del paciente y paralizan la actividad psíquica o la anestesian por medio de un estado de inmovilización de la atención, incluso de letargo. Por otra parte, la evacuación de la presencia psíquica del paciente aparece como la identificación con la función evacuadora de la identificación proyectiva. He señalado este fenómeno, citando la problemática que puede surgir en el momento de la indicación terapéutica o durante las primeras etapas de la instalación de la situación analítica a través de algunos silencios o por las interpretaciones prematuras del analista. La contraidentificación proyectiva descrita por León Grinberg (1957) es una de las posibles respuestas. La relación analítica está constituida por una continua interacción entre los movimientos proyectivos e introyectivos. Esquemáticamente, pueden coexistir dos situaciones:

- El analista es un continente activo que introyecta, selectivamente, los elementos emocionales verbales y no verbales del material. Los elabora y los metaboliza por una digestión psíquica y, luego, los restituye en una proyección no verbalizada, una intervención o una interpretación, que también contiene una parte proyectiva elaborada.
- El analista es un receptáculo pasivo y el paciente proyecta activamente, liberándose a través del objeto externo de sus partes escindidas e intolerables. El analista asimila, sin ninguna posibilidad de elaboración, los objetos proyectados que transforma en partes de sí mismo.

Este funcionamiento interrumpe la comunicación entre los inconscientes. En caso de que una forma de transferencia haya existido previamente, se reduce a nada o a mínimas trazas no utilizables para hacer avanzar el proceso. La existencia de la contratransferencia como respuesta a la transferencia es poco probable o, al menos, discutible como tal. En un muy buen artículo, Régine Prat (2004) analiza el riesgo de que la parte silenciosa de las proyecciones del paciente se convierta en una parte excluida y expulsada por el analista

cuando duplica la división del funcionamiento psíquico de su paciente. Me parece evidente que ciertos pasajes al acto sin tener, necesariamente, un objetivo destructor sean formas de expulsión de los mecanismos proyectivos no contenidos y no elaborados.

Escucha y receptividad

En este primer nivel aparece la importancia de una disponibilidad tanto auditiva como psíquica. Esta disponibilidad implica una atención y un interés exploratorio del discurso manifiesto. Este material tiene más importancia que la que, habitualmente, se le atribuye, en la medida en que el paciente cuenta dos historias entrelazadas: la de su sufrimiento y la que lo condujo hacia nosotros.

La escucha, el primer vínculo entre el paciente y su analista, también sufre fluctuaciones y transformaciones. Existe en todo análisis un proceso de escucha, un vaivén permanente entre los movimientos macro y micro perceptivos. La existencia de este espacio se vuelve, gradualmente, más concreto. Bajo el efecto de una sincronización continua entre la audición, la atención y el pensamiento, resuena en el espacio interno del analista. Esta resonancia se veía velada, perturbada, si una decodificación simultánea se hiciera durante la escucha. Esto tendría el mismo efecto que la escucha concomitante de dos lenguas diferentes al mismo tiempo. Toda cristalización precoz de una construcción intelectual o de una prefiguración interpretativa se interpondría entre la agudeza de la atención y el discurso del paciente. La escucha es, sobre todo, el interés y la curiosidad llevada al relato manifiesto y que se desarrolla como un escenario que se construye.

La pareja analista-paciente no es inmune a la creación de defensas y de mecanismos complejos como ciertas colusiones que, algunas veces, se oponen desde los primeros contactos a la instauración y mantenimiento de la labor analítica. Es así que se instala una patología que afectará el campo analítico.

El paciente no sólo percibe que el analista se interesa en la naturaleza y en el impacto de su terror, sino también en la forma en que es escuchado en la evocación. Uno de los pacientes citados me decía: "Usted absorbe cada palabra, cada letra de las palabras que pronuncio, para después encontrar una explicación diferente de la yo había imaginado al principio." Dejo a un lado la multiplicidad de percepciones y de significados que se pueden encontrar en la alusión a la absorción. La escucha más cercana al sufrimiento del paciente es la que se autoriza a desidealizar la verdad absoluta de un solo sentido. La verdad o, más bien, la validación de su exactitud, es también un proceso de vaivén.

Desde mi experiencia en el funcionamiento de la relación analítica, tuve la oportunidad de confirmar la importancia de la posición receptiva del analista. Más que basarse en el reconocimiento clínico y conceptual ampliamente adquirido en nuestra profesión, se trata de una toma de conciencia por una modificación interna de los mecanismos que están en acción.

Este cambio sólo puede ser el resultado del contacto con el paciente y el autoanálisis de las defensas del analista como una respuesta al carácter y a la fuerza de las proyecciones en juego. Esta receptividad se confirma como la condición esencial de la función de continencia durante el tratamiento.

La posición receptiva constituye un primer paso que permite identificar el continente. Constituye la condición previa al trabajo de elaboración y de adecuación del continente. Como resultado, el objeto receptor debe ser señalado como tal. En esta identificación, contrariamente, el analista no es pasivo frente a la fantasía que pone en equivalencia la receptividad y la pasividad, sino que participa activamente a través de los vínculos para la adecuación del continente y las modificaciones de los contenidos que la siguen.³

La apertura del espacio psíquico

El continente

La capacidad continente del analista no sólo concierne a las angustias del paciente, sino también a las suyas. Al tratar de proteger a toda costa la asimetría debida a una fantasía amenazadora de pérdida de la identidad o a un estado de confusión, sucede que adopta por vía identificatoria las mismas defensas que las del paciente bajo formas más sutiles y más elaboradas. También sucede que las defensas toman la forma de respuestas o de actitudes de carácter expulsivo que, al amparo de una intervención bien fundada, cubren una reacción a las amenazas persecutorias, generadoras de confusiones y al sufrimiento que acompaña a las angustias proyectivas

Aunque no se menciona como tal, el término continente en M. Klein (1946) está implícitamente sugerido a través de la formulación de "proyección en la madre" o "en el interior del objeto" cuando describe las identificaciones proyectivas. Este punto amerita una reflexión más amplia en la medida en que constituye uno de los ejes de mi reflexión clínica. Los términos continente/contenido se han vuelto corrientes en el lenguaje psicoanalítico. Constituyen una abstracción que Bion utiliza para describir una forma de relación entre dos elementos, entre dos aspectos que se complementan: femenino / masculino; inclusión / exclusión; retención / expulsión y, finalmente, transferencia / contratransferencia. Esta concepción propone un modelo para la comunicación humana y para el espacio del pensamiento. La primera noción clínica (Bion, 1959) proviene de la capacidad continente de la madre respecto a las identificaciones proyectivas de su bebé, así como de la capacidad

³ Lo que en principio diferencia el depósito del continente es la ausencia en el primero de una actividad de pensamiento puesta al servicio del trabajo de elaboración, mientras que el segundo es un objeto, vivo, receptivo, pensante y transformador.

continente de la fantasía y de la función alfa, que han sido suficientemente descritas como para reproducirlas en este texto.

Al contrario, el modelo, la abstracción o la capacidad continente plantean la pregunta de las representaciones visuales que cada analista puede hacerse de esta función. Este punto está señalado por Bion en su referencia al "homólogo mental" una especie de "ojo interior" que permite ver imaginando lo que es abstracto. La misma pregunta se podría extender a las nociones de mundo y de objeto interno. La concreción de una representación no siempre es deseable si trata de obstaculizar la labor de atención flotante del pensamiento sabiendo que, cuando es rica y móvil, es parte de la fantasía y del trabajo de transformación. Si la continencia se remite a una función materna, ¿cómo puede ser vivida y aparecer mental y visualmente para el analista, hombre o mujer, cuando la pone en práctica? ¿Qué proporción tendría para cada individuo la fantasía de continencia?

Además de las respuestas corporales del analista a ciertas identificaciones proyectivas, hay pocos testimonios sobre las imágenes que desfilan en su espíritu sobre el receptáculo y la actividad del continente. Dado que las representaciones individuales son muy variadas, las nociones cuantitativas y cualitativas del modelo se multiplican. Bion había dejado abiertas las diferentes posibilidades de su uso. Es raro oír describir las representaciones personales del continente. Deduzco que forman parte de la intimidad consciente de cada uno como lo son la historia personal, las emociones y las fantasías, en general, no comunicadas del análisis de la contratransferencia. Por tanto, es posible imaginar que estas representaciones contienen características personales y estables, y que otras son contextuales y, en parte, inconscientes, provocadas por el paciente como lo son las proyecciones o la transferencia.

La experiencia de las psicoterapias analíticas de grupo me dio un modelo de escucha y de comprensión de gran utilidad para la comprensión de los momentos confusionales y de las angustias arcaicas. Por otra parte, mis actividades en la institución, en particular con el trabajo de elaboración en los grupos en torno a los pacientes atendidos en el análisis o la psicoterapia analítica, me han ayudado a comprender, clínica y prácticamente, las nociones de espacio de pensamiento y de digestión de los elementos tóxicos secretados o proyectados dentro de estos espacios. El inconsciente es también un grupo de objetos y emociones que, a menudo, no se comunican entre sí. He visto durante muchos años las repercusiones de las angustias precoces, sobre todo, de las angustias psicóticas, de algunos pacientes sobre los individuos, los grupos y la propia institución así como el trabajo indispensable de elaboración necesaria para preservar la salud del conjunto de la estructura. Este trabajo se diferencia de lo que, convencionalmente, se denomina "síntesis" en la medida en que incluye una reflexión sobre los efectos emocionales y de reacción que producen los pacientes en cada uno de los participantes.

En las instituciones relacionadas con la salud mental o en otras áreas comunitarias, es común constatar la ausencia de cualquier forma de fantasía, lo que conduce a una receptividad convexa o plana de los grupos que las constituyen. Desgraciadamente, el efecto de las identificaciones proyectivas es, a menudo, ignorado así como sus consecuencias en el conjunto del cuerpo sanitario. Uno de los peligros que acechan tanto a los pacientes como a los terapeutas y a las instituciones es sustituir el trabajo de elaboración por un diagnóstico que, aunque impreciso, transforma el espacio de pensamiento en espacios cerrados y rígidos. La evacuación defensiva se hace dentro de la estructura personal o institucional como una manera de delimitar las angustias del paciente fantaseando que, a través de una etiqueta, todo riesgo de desbordamiento o de sorpresa estará bajo control y circunscripto por el conocimiento y el saber de la psicopatología. Este funcionamiento no vuelve a poner en tela de juicio la evaluación psicopatológica sino las motivaciones profundas que podrían servirle de base.

Es importante concebir, en la relación bi-personal, que la noción de continente implica una tridimensionalidad definida por un tercer elemento, simultáneamente, externo e interno. La concavidad viviente mencionada anteriormente me parece una característica común a toda representación de continente. Esta característica es simbólicamente femenina, pero no reservada, exclusivamente, a la estructura materna. La función paterna no es sólo una tercera parte sino que contiene en su espacio interno a la madre y al bebé preservando y regulando su vínculo. La concavidad es también una de las propiedades de cualquier espacio interno. Se supone que es abierto, receptivo y, por lo tanto, vivo y protector sin encerrar.

¿La capacidad de continencia es innata? ¿Las primeras relaciones con el objeto materno determinan el futuro de la capacidad de continencia personal? ¿Se aprende? ¿Se desarrolla con el análisis y la experiencia clínica? ¿La capacidad y la función dependen de la misma situación? Sin duda, una de las vías de adquisición de la capacidad de continencia es el resultado de las introyecciones sucesivas de experiencias emocionales y de objetos continentes. Un análisis personal exitoso permite, ante todo, liberar el espacio interno que servirá a sus propios objetos. El trabajo analítico asociado al autoanálisis, en especial el de la contratransferencia, constituye una preparación permanente para el desarrollo y el mantenimiento de la capacidad de continencia.

No todos los continentes son capaces de contener de la misma manera, ni en todos los casos el mismo contenido. El contenido co-determina y provoca la función de continencia. Una exploración mutua se produce entre el analista y su paciente. Sin embargo, se comprueba que todo paciente (y no sólo los que describo) tiene necesidad de localizar la existencia espacial del continente así como la disponibilidad que se encuentra detrás de la receptividad. Introduzco aquí, por razones de claridad, un matiz entre capacidad y función. Estas dos nociones son indisolubles pero corresponden a diferentes perspectivas.

La capacidad es una propiedad vinculada al volumen y a su dimensión cuantitativa. La función señala una acción, un rol desempeñado activamente y cuya calidad es tan variable como la cantidad. Aquí reencontramos los aspectos activos y pasivos del continente cuya amplitud cuantitativa no tiene ningún significado en la clínica o en las relaciones humanas. El volumen en cuestión se expresa siempre en términos cualitativos. El análisis personal puede aumentar la capacidad de continencia limitándola a sus propios objetos internos. La función es el resultado de las sucesivas identificaciones y de la práctica regular de su uso. A la larga, se convierte en una parte constitutiva de la identidad personal y profesional. Si la noción de continente-contenido es una noción abstracta, se vuelve concreta cuando forma parte de la técnica. La actitud exploratoria y reflexiva que tiene el analista de sus propias capacidades de continencia con relación a las proyecciones y a las angustias de su paciente me parece ser la introducción a la etapa inicial antes mencionada para un número significativo de pacientes, en particular, para aquéllos cuya patología está mencionada en este artículo. Permite al analista tomar conciencia de su disponibilidad.

Sobre todo, el paciente instaura un vínculo con la función de continencia más que con el objeto que utiliza esa función. Se trata, efectivamente, del vínculo que se establece entre las funciones del pensamiento y las del ensueño. Es necesario un tiempo para entrar en contacto con esta función y para permitir que cualquier otro vínculo evolucione. En el caso de los pacientes que, debido a la gran dispersión de su material, tienen una dificultad mayor para percibir la existencia de un continente utilizable, este tiempo permite que el analista le muestre y le dé prueba al paciente de que, a través de su trabajo de reunión, contiene los objetos internos a fin de preservarlos y de impedir su pérdida.

Otro riesgo defensivo es la idealización del concepto de continencia que se une con la fantasía de toda la potencia materna. El analista no es la madre del paciente. No la sustituye. No modificará una situación del pasado. En el mejor de los casos, constituye la esperanza de una nueva experiencia emocional. Su trabajo de analista es aceptar ser el objeto de las proyecciones, de los ataques contra su actividad de pensar y, en una etapa más evolucionada, ser objeto de la transferencia tanto negativa como positiva.

Los términos *holding* y *continencia* pueden ser tomados como equivalentes debido a que se refieren a una actitud materna. El concepto de *holding* (Winnicott 1947, 1960) se basa en un método relacional entre el niño y su madre. Implica una forma de mantenimiento, apoyo, protección corporal y psicológica que constituye una experiencia real y vivida. El *holding* como una envoltura reúne las fantasías y los sentimientos de separación del bebé que evolucionan hacia una unidad que establece una continuidad entre el cuerpo y el psiquismo. Una vez interiorizada esta actitud materna, permite la integración del Yo, luego, posteriormente, su diferenciación del Yo materno. La elaboración y la transformación de las proyecciones a partir de las emociones y del ensueño no aparecen como formando parte de

esta función, al menos en las descripciones hechas en la teoría. Sin embargo, parece difícil disociarla de las otras cualidades maternas. El uso del *holding* sin ninguna implicación corporal entre el paciente y el terapeuta se utiliza, en algunos momentos, en las terapias de niños pequeños así como en las terapias de apoyo. El terapeuta se identifica con el sufrimiento infantil del paciente y procura que su atención y su interés eviten el sentimiento de abandono y de caída vivido en algún momento de su historia. En los análisis de adultos, se lo puede llegar a utilizar como un recurso, en algunos momentos, en los que aparece la intolerancia a efectos tales como la agitación psíquica y corporal, los sentimientos de desasosiego, de soledad y de desorganización, producto de angustias arcaicas del paciente en tanto que el analista sólo tiene la posibilidad de identificarse con una madre suficientemente buena.

Por otra parte, imaginar que todo puede ser contenido restablece una ilusión. Todo analista tiene sus límites, de orden personal o en relación con los estados de saturación que produce indisponibilidad de las capacidades receptivas y de atención. De ahí la importancia de la toma de conciencia de las disposiciones y límites para ejercer esta función con algunos pacientes o en algunos momentos caóticos de la cura. El intercambio con colegas, o incluso una supervisión específica, permite siempre, gracias a la intervención de un tercero, una mejor localización de los mecanismos reactivos y contratransferenciales que obstaculizan la apertura y la actividad del pensamiento.

La interpretación

A partir de los primeros encuentros y a modo de globo de ensayo, a menudo, utilizo, en mi práctica, interpretaciones evocadoras de los vínculos posibles que surgen del material. La mayor parte del tiempo, el paciente llega con una doble angustia debido a lo que le suscita el encuentro. Ya existe para él una angustia puesto que ignora quién es su interlocutor y cómo serán sus encuentros. Cuando el material lo permite, una alusión al aspecto persecuidor de lo vivido alivia al paciente y lo libera de un peso que le impedía expresarse hasta ese momento. En ese contexto, el punto de urgencia⁴ no es el persecuidor, rápidamente, encarnado en el psicoanalista, sino la situación en sí misma, dado su misterio. Mis intervenciones, de carácter exploratorio, buscan aliviar la angustia presente con el fin de hacer aparecer otra angustia que, a su debido momento, será abordada y, de este modo, permitirá evaluar la accesibilidad del paciente al trabajo analítico. Para otros pacientes, como los que nos ocupan, la urgencia es la toma de conciencia de un pedido latente de continencia. La evaluación de la capacidad del *insight* se desarrolla en el tiempo y con los efectos de la

⁴ El punto de urgencia, tal como yo lo entiendo, está determinado por la comprensión del analista de una angustia latente, a punto de emerger o de la que ya ha emergido, que se impone en la relación bipersonal, cualquiera sea la naturaleza del material latente. La relación bipersonal incluye no sólo la dimensión transferencial-contratransferencial sino todos los elementos que determinan el campo analítico.

continencia. La palabra inglesa *insight* (toma de conciencia) tiene muy en cuenta la existencia de un "*inside*" (adentro, en el interior). Perfectamente, reconocemos el concepto de espacio interno que se desarrolla a lo largo de todo el análisis

Para tales patologías pude comprobar que ni las interpretaciones clásicas, que tienen como elemento central la transferencia, ni el silencio prolongado, absurdo, en una situación de este tipo, calman al paciente, ni favorecen la instalación de la situación analítica⁴. El silencio es útil cuando corresponde a una convicción técnica bien fundada o a una necesidad de distancia por parte del analista pero, sobre todo, cuando implica una receptividad bajo la forma de una concavidad⁵. Esta condición tiene la ventaja de ser, simultáneamente, experimentada como tal por el paciente y por el analista que percibe que su silencio receptivo puede ser utilizado por el paciente.

Cuando el funcionamiento de paciente y analista tiene lugar en dos mundos diferentes, la sesión sólo es fragmentaria. Si las entrevistas no generan ni un interés común ni un modo de pensar compartido, el contacto es vivido como dos vías paralelas, por lo tanto, distintas, que a veces se acercan, pero que es improbable que se encuentren. Esta oposición no afecta la alteridad, sino las posibilidades de encontrar un punto de encuentro. La interpretación no es, inicialmente, un punto de encuentro; se convierte en uno. Cuando los pacientes abandonan el tratamiento al cabo de unos meses, la causa profunda de la ruptura no es, necesariamente, un desacuerdo con las interpretaciones, sino el hecho de, realmente, no haber sido comprendido, lo que equivale a una ausencia de contacto con el analista. También, la situación podría ser a la inversa cuando un analista no ha encontrado al paciente, debido - resistencias o no- al rechazo de este último.

Cuando la discordancia (y no la asimetría) predomina en la pareja analítica, ésta configurará, incluso si el tratamiento se mantiene, un campo que, a pesar de los ingredientes analíticos que contiene, no creo que sea analítico. Esta es la base de un trabajo construido sobre un malentendido que puede perdurar. Frente a las proyecciones desorganizadoras y al riesgo de confusiones inducidas, el analista está obligado a organizar su pensamiento sin, necesariamente, contar, por lo menos inicialmente, con la interpretación transferencial como un vínculo o como un artificio para mantenerlo.

Los analistas saben que toda relación que se considere analítica, sistemáticamente, no permitirá evocar la participación de la contratransferencia en toda respuesta o intervención dirigida al paciente. Es cuestionable, excepto en la neurosis de transferencia, que cualquier

⁵ Mi práctica de la psicoterapia analítica en grupo realizada desde 1970 me permitió diferenciar, a través de la representación de tres formas geométricas, la naturaleza y las cualidades de los momentos de silencio predominantes. Se trata de la concavidad, la convexidad y la planitud. El silencio cóncavo es receptivo y permite una elaboración. El silencio convexo rechaza activamente, y en todo sentido, cualquier acercamiento. El silencio plano es una superficie que hace rebotar en la misma dirección, con la misma fuerza, y en la misma dirección que la que se había utilizado en el acercamiento. Estas representaciones me han sido útiles para evaluar la calidad del discurso y la comprensión de un sueño durante las sesiones. Me sirve actualmente para dar una representación espacial de la naturaleza del continente.

proyección realizada en el analista sea comprendida como una transferencia equivalente. En las situaciones en las que dominan las angustias más intensas, fuera del trabajo de continencia, me parece, más justo, situar las respuestas a las proyecciones no elaboradas como reacciones de naturaleza contra-proyectiva, es decir, un retorno puro y simple al emisor. La identificación proyectiva, debido a su carácter intrusivo, se instala en el interior del objeto analista que se convierte en un receptor pasivo asimilando el objeto proyectado haciéndolo totalmente suyo. Las respuestas de la contra-identificación proyectiva serán múltiples, yendo desde el rechazo violento a la racionalización.

Si el contacto del binomio paciente-analista se establece desde las primeras entrevistas, las modalidades técnicas y las vicisitudes que se desarrollarán en el análisis son impredecibles. Las prácticas se rigen por ciertos principios esenciales de lo que constituye un psicoanálisis. La constancia del cuadro con la asimetría necesaria, la búsqueda de los elementos latentes del preconscious y del inconsciente, el análisis de la transferencia tanto como su interpretación constituyen, una vez articulados, las piezas motrices del proceso. Para señalar una interpretación como una respuesta contratransferencial, hay que comprobar que, realmente, sea una respuesta a una transferencia relativamente comprendida, que esta transferencia sea el signo de una repetición y que provoque un movimiento interno en el analista y que su *insight* le permita identificarlo, aun cuando no lo comprenda. De lo contrario, parece plausible que esa contratransferencia sea más problemática, ya que, entonces, se trata de un movimiento proyectivo o transferencial que, esencialmente, proviene del analista y está dirigido al paciente.

La cuestión de la interpretación como defensa es compleja. Tendríamos que observar, muy sutilmente, el proceso psíquico que determina la elección del material a interpretar, así como el momento para hacerlo. Entiendo por interpretación la que se formula con el fin de hacer consciente lo inconsciente. Prioritariamente, se dirige a la fantasía inconsciente incluyendo la situación transferencial y utilizando, alternativa o conjuntamente, el conflicto pulsional infantil, los elementos traumáticos de la historia así como la repetición que implica. No comparto la idea de que cualquier intervención del analista sea una interpretación. La interpretación es una de las intervenciones posibles, formulada con una intención específica y destinada a un nivel cuya urgencia se impone. Puede ser validada, o no, por el analizante en el instante que sigue al momento en que la ha recibido, sobre todo, si ha sido oída o, más tarde, como suele suceder, del mismo modo, que pueden serlo ciertas intervenciones en los momentos de "tregua", que mencionaré más adelante, así como en el trabajo de continencia del que hablo a lo largo de mi texto.

No se trata de oponerse a la función de continencia ni a la de interpretación ya que la interpretación, debe ser en sí misma, un continente⁶. Puede comprobarse que una intervención es contenedora porque es el producto directo del estado de ánimo del analista. La interpretación tiene como fin provocar la apertura de un espacio, pero sólo puede hacerlo cuando se da cuenta, de un modo u otro, del espacio tridimensional abierto en el analista.

Otra cuestión se plantea con respecto a la relación entre la continencia y la transferencia, en particular cuando, prioritariamente, la relación analítica está infiltrada por la angustia precoz y por los mecanismos de identificación proyectiva. La continencia es la instancia en la que los objetos dispersos, fragmentados o divididos de las proyecciones se reúnen. Gradualmente, la reunión y la metabolización permiten estructurar la transferencia así como el objeto de la transferencia que, a su vez, puede llevar a la función analítica. Las dos funciones cohabitan con los momentos de alternancia de uno y de otro. Es de suponer, partiendo de una cierta lógica que, en un principio, los primeros elementos de la transferencia son de naturaleza materna. En algunas situaciones, independientemente del sexo del analista, la transferencia no está bien definida, lo que sugiere que el paciente, en su mundo interior, está aún confuso, y que esa transferencia es compartida entre una multiplicidad de objetos, a veces combinados, sin poder diferenciar el carácter paterno-masculino o materno-femenino.

Esta receptividad, difícilmente, pueda existir sin un espacio psíquico o en un espacio saturado por la confusión. La atención dirigida al funcionamiento intrapsíquico del paciente es tan necesaria como la intersíquica para captar la existencia de un espacio interno antes de abordar el conflicto, también él, interno. Desde el momento en que el conflicto está localizado en el interior de un espacio, la receptividad del paciente, identificada con la del analista, puede comenzar su trabajo a pesar de las defensas y de la resistencia que encuentra.

Al escribir este artículo encontré el texto de una conferencia, que había olvidado, sobre el tratamiento psicoanalítico de los adolescentes (Namer, 1976). En ese momento, predominaba en mis intervenciones, como en las de mis colegas jóvenes, la interpretación, principalmente, dirigida a la transferencia negativa. En este contexto, el marco analítico era el mismo que para el análisis de adultos: cuatro sesiones para el análisis, tres o, excepcionalmente dos, para las psicoterapias. La experiencia con algunos casos de adolescentes, entre los dieciséis y los diecinueve años, que habían fracasado en sus intentos de análisis clásico, me mostró que si las fantasías persecutorias estaban presentes desde el comienzo de las primeras entrevistas, no era, necesariamente, la situación analítica la que las reactivaba, sino, más bien la que, en su función de receptáculo, las frustraba. Retrospectivamente, y en la lectura actual que hago, la interpretación, refiriéndose a la transferencia persecutoria y negativa,

⁶Por lo general, el paciente, en quien predomina el uso regular de los mecanismos proyectivos, no está en condiciones de contener la interpretación.

justo en ese momento, no estaba en situación de calmar la angustia, sino que confirmaba al paciente, ya sea por su formulación, ya sea por su ausencia de continencia real, en un estado de incomprensión, de soledad o de rechazo. No se trataba de una cuestión transferencial, sino de proyecciones no organizadas como transferencia y, por lo tanto, no tratables como tal.

Estos pacientes tenían dificultades en el curso de su tratamiento, a través de etapas en las que ya no asociaban o permanecían en silencio durante las sesiones. En ese momento, incluso si la fantasía inconsciente era mi prioridad, las defensas y la resistencia no estuvieron ausentes del proceso. Teniendo en cuenta estos aspectos, en mi contratransferencia, me parecía que ignorar la dimensión persecutoria de la interpretación volvía a empujar a los pacientes hacia sus últimas defensas.⁷ De esta manera, tomaba conciencia de que la técnica predominaba sobre el paciente y de que era el medio para preservar, no sólo, mi identidad analítica, sino también la integridad de mi persona. Ahora me doy cuenta de que en ciertos momentos, aun manteniendo mi curiosidad acerca del inconsciente, mi escucha debería haberse centrado en las dificultades de los pacientes para encontrar un espacio en la sesión. Entonces, había llamado a esos períodos, "interrupciones de la actividad interpretativa", pensando en las resistencias y en sus causas. Una vez superado este obstáculo la interpretación transferencial podría, fácilmente, recuperar su función. Me parece encontrar estas reflexiones, bajo otra forma, en la continuidad del trabajo de continencia.

Algunas viñetas clínicas

Voy a retomar tres de los casos anteriormente citados para ilustrar, clínicamente, mis propósitos.

Damián

Damián, por algún tiempo, rehusó venir al consultorio. En la primera entrevista, me confió los sentimientos de extrañeza recurrente que parecían, muy a la defensiva según sus palabras, no hacerlo sufrir. Por otra parte, rehusó la propuesta de iniciar un trabajo analítico de dos sesiones semanales, con el argumento de que vivía muy lejos del lugar de la terapia, lo que implicaba una pérdida significativa de tiempo para sus resultados escolares que ya no eran buenos.

Poco después, aceptó el tratamiento propuesto viniendo, regularmente a sus sesiones, que se desarrollaban cara a cara. Hablaba de sus sensaciones extrañas, de manera distante, como si se tratara de otra persona. Lo que me impresionaba era su opacidad identitaria que daba la impresión de que, al mismo tiempo, podía ser un muchacho grande y chico. A su edad, no sólo no renunciaba a la posición bisexual del niño, ni consideraba tal posibilidad para

⁷ He abordado esta dificultad, que concierne al uso de la interpretación transferencial, en un seminario del año 2001, publicado en el año 2005.

el futuro. Con la existencia de una nebulosa transferencial, me parecía que en las primeras etapas del tratamiento, las interpretaciones relacionadas con la diferenciación, que él entendía intelectualmente, caían en el vacío. Tenía la sensación de dirigirme a alguien que estaba a su lado. Oscilaba entre la impresión de tener delante de mí un receptáculo colador (idea en la que no creía) o que había en él uno demasiado lleno de objetos persecutorios o extraños que impedían su receptividad. Damián no sufría, en absoluto, de mecanismos disociativos, aunque mostraba el uso defensivo de la escisión. Durante varios meses, mi trabajo con él fue para familiarizarnos con las angustias que había descripto. Yo las compartía haciéndome cargo de ellas a través de mis reflexiones verbalizadas. Al principio, le decía cómo el hecho de sentirse extraño debía ser curioso para él, tanto más teniendo en cuenta que me había dicho que ese tema no le preocupaba demasiado. Más tarde, reconocería que no podía soportar la angustia. Su estado maníaco debido a su excitación y a sus bromas continuas a su entorno, rol al que decía sentirse confinado, me permitieron señalarle que, a pesar de todo, era él quien experimentaba esa singularidad que yo comprendía y que él me transmitía a través de comportamientos y sentimientos que él no controlaba. En un cierto momento me dijo que estaba cansado de ser sólo un payaso. Le pregunté si sabía lo que se decía de los payasos, pregunta a la que respondió sin dudar: "Hacen reír a los demás, pero, en el fondo, están tristes."

A menudo, se angustiaba cuando pasaba las vacaciones con sus padres. Interpretar, en ese momento, el complejo de Edipo o, posiblemente, su exclusión de la pareja, volver a traer la fantasía de la transferencia, me parecía prematuro, en la línea de reflexión que yo seguía. Cada vez más, él me hacía sentir que era yo el que debía hacer la triangulación y que, aun siendo, en esa situación específica el objeto bien definido de la transferencia, me sentía empujado a hacerlo, entre dos partes de sí mismo. Esta triangulación consistía en diferenciar los aspectos masculinos y femeninos que estaban en él bajo la forma de objetos combinados casi aglutinados.

Uno de los pasajes cruciales del trabajo de reflexión y de continencia fue cuando presentó una lesión en el dedo de su mano derecha. El episodio se repitió con un intervalo de tres meses. La primera vez, llegó tenso hablándome de una herida que se había hecho en el índice con un cuchillo que estaba manejando. Su dedo índice estaba excesivamente vendado lo que, forzosamente, llamó mi atención. Él lo asoció al hecho de que la cuchilla había ido demasiado rápido y que la herida lo iba a perjudicar por varios días. Aunque tentado de darle un sentido, muy rápidamente, evité hacerlo, incluso si se me imponían múltiples significados, todos en la misma dirección, el de la auto-castración. Le pedí que asociara lo que me mostraba para que reflexionáramos juntos sobre el sentido de ese accidente corporal, el vendaje era demasiado importante como para que pasara inadvertido. Me contestó que le dolía bastante y que necesitaba un vendaje protector. Pensé en su dolor concreto, diciéndole

que doliéndole tanto, comprendía que tuviera la necesidad de tener el dedo bien envuelto para, así, aliviar su dolor y, también, para protegerse, incluso si su dedo no le sería de utilidad por algún tiempo.

Hablamos del tema de la discapacidad en sus actividades y nos preguntábamos su causa: ¿era la herida o el vendaje excesivo lo que lo limitaría los días siguientes? El tema de la fantasía y de la actividad masturbatoria se mantuvo entre líneas y en suspenso.

Más tarde, repensé mi rol como vendaje, preguntándome qué parte de él estaba envolviendo y cuáles serían las consecuencias. ¿Era yo la madre asfixiante que parecía activar algo de su fantasía?

Mi pregunta se refería al espesor del envoltorio y a su pertinencia, comprendiendo siempre sus necesidades. Se lo dije. Descubrimos más tarde que su principal problema era, en ese momento, alejarse de su madre que desde siempre invadía su vida sin que él supiera cómo escapar de su control. Para ir a su cuarto, obligatoriamente, debía pasar por el de sus padres. Más tarde llegaría a saber que la madre, bajo un comportamiento histérico, era una mujer frustrada, posesiva y, profundamente deprimida y que nunca había podido asumir ni tratar sus dificultades. Su comportamiento castrador llegó al punto de manipular al padre, simple ejecutor, para que le hiciera sacar la tarjeta del decodificador de la televisión, impidiendo a Damián ver películas pornográficas por la noche. Por lo tanto, algunas de sus imágenes y fantasías sexuales dependían de una tarjeta controlada por sus padres. El paso por la habitación de los padres, simbólicamente, era de naturaleza similar. Damián estaba frente a una excitación controlada por la pareja, pero privado de toda posibilidad de decodificación de lo que le sucedía. La obtención de la licencia de conducir, después de tres fracasos, fue una oportunidad para explorar su ambivalencia en la que se imponía la identificación con una madre castradora y un padre pasivo. Más tarde, comprendí que esta dificultad, en gran medida, señalaba las identificaciones proyectivas de la madre que utilizaba a Damián como receptáculo. En cierta forma, se trataba de un niño colonizado por las proyecciones maternas, sin que un pene paterno firme ocupara el lugar de un tercero, organizador de la historia.

En ocasión del segundo episodio, el dedo cortado era el mayor. Se reproducía el escenario, pero el vendaje era algo más adecuado. Esta ocasión permitía la evocación de un hecho, repetido en un corto tiempo, para mostrarme lo que yo no había comprendido cuando él había apuntado con su índice el problema de sus heridas, que subsistía. Me dijo que, a pesar del dolor, el corte no iba a impedirle hacer lo que tenía que hacer los días siguientes. Yo le pedí que me dijera si los dedos representaban algo para él. Entonces, riéndose, asoció el dedo mayor tendido a un gesto sexual basándose en lo que yo había expresado acerca del dedo índice. Es a partir de esta asociación que evocamos el tema de la castración permitiendo, posteriormente, abordar otros aspectos de su sexualidad.

Su estado maníaco camuflaba las proyecciones depresivas de su madre. Después de un cierto tiempo de análisis, encontramos que se desprendía de sí mismo para huir de las angustias intensas que vivía. Los momentos de despersonalización eran una manera de expulsar al exterior una parte de sí mismo, angustiada y sofocada, que utilizaba para separarse de otro aspecto suyo más sano. Él se dividía de manera defensiva para huir de los objetos persecutorios y depresivos alojados en él. Cuando comenzaba a elaborar conmigo su posición de recipiente pasivo, su madre entró en una depresión grave que terminó en una hospitalización. Entonces, nos fue posible abordar la problemática edípica retomando el análisis de sus angustias de castración que, en parte, constituían el origen de sus defensas. Él, que nunca había dejado a sus padres, a los veintidós años fue admitido en una gran escuela situada en otra ciudad.

Este caso es un buen ejemplo de cuando el propio paciente es utilizado por las proyecciones e identificaciones proyectivas de uno de sus padres. Lo sucedido con Damián reveló su identificación con la histeria materna. Damián estaba cerca de la comunidad médica y el diagnóstico precoz de una psicosis temprana estaba en marcha antes de que él viniera a verme. Su tío, médico, sugirió un tratamiento médico pesado. Aunque los síntomas fueran de naturaleza inquietante, evaluarlos sólo a través de una nosología psiquiátrica significaba el riesgo de construir entidades patológicas descuidando los elementos más profundos que implicaba la crisis. El riesgo en estas situaciones es el de encerrar al paciente en otro cuadro que el de la exploración del inconsciente perturbando, así, el contacto del analista con el sufrimiento y el funcionamiento psíquico. Fue gracias a los primeros meses, en los que tratábamos de conocernos, que la castración pudo aparecer, señalada por él mismo, bajo la forma de un pasaje al acto. En ese momento, situarme en la transferencia como padre, potencialmente, castrador no tenía mucho sentido para hacer avanzar el proceso. En principio, tenía que confiar en mi receptividad para comenzar a determinar el origen de sus propias angustias así como de sus significados. En los momentos de regresión, en los que se ponía fuera de sí hasta el punto de no reconocer su cuerpo, utilizando la división como mecanismo temprano, provocaba, en su círculo, la angustia de una locura incipiente. El trabajo analítico debía incluir algún tipo de contacto, de atención y una lectura particular, para alcanzar una etapa en la que los objetos fueran menos confusos y la transferencia, haciéndose algo más diferenciada, permitiera la instalación de una progresión en el proceso analítico.

Fabricio

Fabricio fue enviado por el hogar en que un juez lo había puesto. Comenzó su tratamiento a la edad de quince años después de haber visto a un consultor tres o cuatro veces. En ese momento, no parecía tener más de doce años. Yo lo tuteaba espontáneamente, lo que no es

usual en mi práctica con los adolescentes.* Su apariencia física infantil contrastaba, ampliamente, con su capacidad intelectual y su discurso adulto.

Su análisis, que constaba de períodos de tres sesiones semanales, terminó cuando él tenía veintidós años. La riqueza del material, las fluctuaciones de la técnica y la duración del tratamiento no me permiten desarrollarlos, ni aun parcialmente, ni de resumirlos en pocas líneas. Fabricio fue una de las pocas personas jóvenes internadas de manera estable durante cuatro años en una institución con la que pude llevar a cabo un proceso analítico durante siete años. Citaré algunos momentos de la cura para ilustrar a través de mis intervenciones cómo he utilizado la función de continencia.

El sufrimiento de Fabricio tenía su origen, tal como él lo expresaba, en el maltrato psicológico familiar que sufrió desde una edad temprana así como el toqueteo que sufrió a la edad de siete años en la calle. Utilizó ese abuso como el trauma organizador de su vida y de sus desgracias. Durante mucho tiempo, su victimización me planteó una serie de preguntas, no sobre la verdad de los hechos, sino sobre las distorsiones que introducía a través de sus fantasías y de sus angustias persecutorias, así como el uso que hizo tanto en su relación conmigo como en su forma de ser en la vida. Los principales síntomas giraban en torno a manifestaciones somáticas, algunas muy intensas como la asfixia debida al asma que sufría desde la infancia, otros, como las crisis de tetania, los vértigos o los insoportables dolores de vientre. Las visitas que hacía a su familia los fines de semana, ordenadas por el juez, mostraban un rechazo similar al de *Poil de Carotte** que viven los niños que no son amados. El sadismo de los padres se manifestaba desde su llegada con una acogida que comenzaba con « ¿Vos otra vez? » Y continuaba con « ¿A qué hora te vas mañana? ». Se refugiaba en su habitación y permanecía encerrado hasta que se iba, saliendo unos minutos para alimentarse, solo. Desde muy temprana edad y sin que él pudiera explicarlo, lo encerraban toda la noche bajo llave, así como en ciertos momentos del día. Su historia, hecha de carencias y de silencios, su internación me hicieron dudar de las posibilidades de un trabajo, que fuera más allá de una psicoterapia, lo que le daría una oportunidad de abordar sus traumas y de atravesar los momentos perturbadores de su adolescencia.

La primera entrevista fue sorprendente. Fabricio se sentó en el sillón utilizado para la sesión cara a cara, sacando su agenda⁸ como si fuera yo y proponiéndome fijar el horario de las sesiones. Ese mimetismo inmediato, me hizo pensar en dos aspectos: por un lado la existencia de mecanismos regresivos, debido a la modalidad identificatoria que se ocultaba

* En Francia no es habitual el tuteo, salvo en casos de mucha confianza (N. de las T:)

* *Poil de Carotte*, Piel de Zanahoria, novela autobiográfica de Jules Renard, que narra las desventuras de un niño pelirrojo sin amor. (N. de las T.)

⁸ La agenda del analista es un espacio íntimo y secreto. Forma parte de los espacios inaccesibles en el cual están registrados, no sólo, los nombres y los números de otras personas de las cuales se ocupa, sino también, el tiempo que consagra a cada uno. Es una prolongación de su memoria, tanto como de lo que contiene.

detrás de su actitud ficticiamente madura y, por el otro, su necesidad inmediata de registrar, e incluso de permanecer en nuestro espacio (nuestras agendas como continentes concretos), los momentos de nuestros encuentros. Por mi parte, otras asociaciones habrían podido hacerse sobre su necesidad de dominio o de control -efecto de su angustia- posibilidad que no se puede excluir, pero lo que me emocionó fue su urgencia, por lo apremiante que parecía. La urgencia era, de inmediato, reconocer su necesidad que era en sí misma un pedido. En ese momento, la elección de mi intervención fue decirle que yo comprendía que tenía necesidad de asegurarse de que nosotros pudiéramos registrar, en algún lugar, los horarios para nuestras sesiones, incluso antes de conocernos un poco, mientras discutíamos sus preocupaciones y sus problemas, para después reflexionar sobre las modalidades del trabajo analítico. Estuvo de acuerdo en dejar de lado la agenda para comenzar la entrevista. En los meses siguientes, el material de las sesiones fue muy confuso, sobre todo, por el tema de su identidad, particularmente la sexual. Sistemáticamente, cuando lo iba a buscar a la sala de espera, él pasaba delante de mí, mirando hacia atrás, por lo menos tres veces, antes de entrar al consultorio. Yo me preguntaba en qué hacer hincapié para comprender su actitud. ¿Sería una manera de comprobar que todavía seguía allí? ¿O el resultado de una fantasía ligada a la amenaza de ser agarrado por atrás, de una violación? ¿O las dos cosas a la vez? Reflexionando, me sentía controlado como si yo fuera el único propósito de la proyección de su fantasía homosexual. Yo estaba tratando de elaborar en mi mente las diferentes posibilidades así como los sentimientos que me hacía vivir, finalmente, comprendiendo que coexistían en él dos niveles diferentes de angustia inseparables que se expresaban simultáneamente: la pérdida de un objeto que lo sostenía y una fantasía sádica homosexual de un nivel que remitía a elementos arcaicos y a otros más genitalizados. Control, seguridad y amenazas estaban íntimamente ligados y constituían las características del vínculo que estableció conmigo. Durante este período, yo elegía mis intervenciones, sobre todo, dirigidas hacia el funcionamiento intrapsíquico para ayudarlo a percibir su propio mundo interno. Yo verbalizaba lo que él parecía comunicarme: que, en su interior, él vivía una conciliación difícil, con sentimientos contradictorios y extraños. Las pocas alusiones directas sobre su relación conmigo tenían que ver con esta nueva experiencia de vínculo, sabiendo que era probable que él experimentara muchos sentimientos a la vez, aunque aún no pudiera entender de qué emociones se trataba, así como tampoco, realmente, comprendía quién era yo. En ese momento, me parecía que, expresar la confusión orientándome hacia la ambivalencia, era el camino que yo debía tomar, agregando que la cuestión identitaria, llevaba directamente a mí. Una noche de invierno, entró en mi consultorio pálido y sin aliento, me habló de un hombre, con el que acababa de cruzarse estando a cinco metros del edificio, y que estaba listo para sacar un cuchillo para matarlo. Yo lo dejaba asociar, mostrándole una intensa atención y mi curiosidad.

Él describió a la persona en detalle y su aspecto amenazador, cuando ponía la mano dentro de su campera negra para sacar su arma. Agregó, sin convicción, que había tenido la oportunidad de refugiarse en los locales. Yo dejé que su historia me inquietara, dejando de lado la puesta en escena histérica y haciendo caso omiso de la verdad de los hechos pero, prestando atención al terror que él parecía experimentar. Si la dramatización histérica del argumento existía, los protagonistas del drama podrían estar viviendo un drama diferente. Necesitaba encontrar una posibilidad de elaborar esa amenaza, para que tuviera sentido, antes de proponerle una interpretación prematura a través de la dimensión transferencial que era evidente. Mi contratransferencia indicaba la responsabilidad de un riesgo al que él se exponía; si yo podía tranquilizarme por el hecho de que el refugio, que yo le estaba procurando, estaba a su alcance, eso no cambiaba, en nada, la acusación latente. Después de haberlo dejado hablar, le dije que teníamos un problema importante que era necesario que pensáramos dado que suponía riesgos, sentimientos de miedo y falta de protección. Muy pálido, apenas podía hablar debido a la falta de aliento, repitiendo que había arriesgado la muerte. Intervine, expresándole que no estaba muy seguro de poder resolver la situación, dado que el hecho se había producido sólo unos minutos antes de la sesión y no muy lejos de mi consultorio. Le oí decirme que estaba amenazado de muerte cuando venía a verme, a sabiendas de que iba a encontrar refugio en mi consultorio. Le señalé que la dificultad parecía estar en el hecho de que el peligro estaba en el exterior, pero muy cerca del edificio. Establecí un vínculo con su mirada y en como él se volvía hacia atrás cuando entraba al consultorio y en que el agresor cuando sacó su cuchillo, se había presentado de frente, como nosotros en sesión. Unas semanas más tarde, directamente, entró del exterior a mi consultorio atravesando rápidamente la sala de espera. Estaba en un estado de intensa angustia que le provocaba una crisis respiratoria. Estaba seguro de haber visto al agresor sexual de su infancia en la sala de espera. Me sentía menos inquieto, en la medida en que tenía la seguridad de que se trataba de una alucinación, que tomé muy en serio.

Le dije que lo que me contaba me había hecho pensar en el hombre que quería matarlo antes de entrar al edificio pero, esta vez, el peligro ya estaba adentro, lo que debía convencerme de que todos los peligros que lo acechaban no sólo estaban en el exterior sino también aquí, conmigo. Seguí preguntándole, con una cierta lógica, si el riesgo había comenzado en el exterior y continuaba en la sala de espera, cómo imaginaba él lo que podría seguir. Reflexionó y su respiración se relajó. Continuó sus asociaciones, haciendo referencia, por primera vez, a sus problemas sexuales. Antes del final de la sesión, le propuse una interpretación transferencial diciéndole si, para él, yo era un protector o un agresor, pero que parecían existir las dos posibilidades. Aceptó la idea del cuchillo como un arma temible y penetrante, confirmando sus fantasías homosexuales. Pudimos evocar las palabras que él temía como objetos intrusos. A continuación, ese momento le permitió continuar su trabajo

asociativo de manera más fluida y seguir trabajando sus fantasías homosexuales de penetración y de violencia. Algún tiempo después, él se recostaba, naturalmente, en el sofá y ya no se volvía cuando entraba al consultorio antes que yo.

El interés de estos fragmentos del tratamiento se completa con los movimientos que se producían desde el exterior hacia el interior. Por un lado, yo era tres momentos de la fantasía que me permitían llegar a la interpretación: el anuncio, la confrontación y la confirmación. Es alrededor del edificio que me contenía que el drama tenía lugar. Al mismo tiempo, los espacios que se iban sucediendo coincidían con los espacios internos del inconsciente, del preconscious y del consciente. A continuación, Fabricio atravesó, no sin dificultades, las diferentes etapas que constituían su proceso analítico, pasando por momentos de transferencia hostil, incluso odiosos, así como de intentos de ruptura. Una etapa de aproximadamente dos años la vivió a través de mecanismos maníacos de omnipotencia colmada de ambición y de poder que proyectó en actividades políticas exploratorias, pero caóticas.

Encontró un recuerdo que tenía enterrado desde los cinco años. Se trataba de un intento fallido de intervención quirúrgica de fimosis, el cirujano le decía a su madre que el niño no se encontraba psicológicamente en condiciones de ser operado, mientras que la madre insistía en que la intervención se llevara a cabo. En última instancia, no se materializó. La agresión sexual, cuando tenía siete años, tomó otro giro, provocando dudas sobre su veracidad.

En cierto momento descubrió, poniéndose en contacto con su abuela materna, con quien no había tenido contacto durante muchos años, las razones por las cuales su hermano cinco años mayor que él producto, según la madre, de una relación anterior al padre de Fabricio, había sido expulsado de su casa a los dieciséis años y colocado en un hogar de la Asistencia Pública. Este hermano era el resultado de una relación incestuosa prolongada y mantenida durante años entre su madre y el padre de la madre.

En una etapa posterior, después de sus primeras experiencias sexuales, decidió, a los diecinueve años, someterse a la operación de fimosis para sentir menos dolor. Entonces, Fabricio sufrió una depresión severa con un alcoholismo, que iba en aumento. Este período nos permitió abordar toda la problemática depresiva, que siguió a la castración revivida con su operación, algo que antes era inaccesible y creciente y de la cual se defendía desde su primera infancia.

Él suspendió su análisis, aún no terminado, después de siete años de trabajo intensivo, cuando su vida amorosa fue tomando forma. Se fue a vivir con una joven que vivía en otra ciudad, prosiguió sus estudios universitarios, al mismo tiempo que trabajaba.

El trabajo analítico de Fabricio comenzó con los aspectos no desarrollados y regresivos que él confesó. Hubo que darle tiempo para que él viviera una suerte de hospitalización en la

relación analítica. Esta relación le proporcionó un espacio protegido y los medios para revivir las etapas más dolorosas de su desarrollo psíquico. El objeto de la transferencia fue, poco a poco, comprendido en su ambigüedad, luego aclarado en sus confusiones y en su polivalencia. Esta larga etapa le permitió neutralizar el peligro destructor de sus fantasías homosexuales y de llegar a ser receptivo a las interpretaciones en el curso del trabajo analítico.

Las angustias persecutorias, cuyos orígenes estaban en las fantasías de castración temprana, se debieron a las represalias de los ataques al pene paterno incluido en la madre. Éstas, también habían interrumpido su entrada en el conflicto edípico alterando su identidad sexual dado que la madre, como en el caso de la fimosis, era la que daba las órdenes para castrarlo. Su cuerpo, atacado por la enfermedad, le daba pruebas de un castigo a causa de su maldad y de la culpabilidad de las cuales eran la consecuencia. En su adolescencia hizo una regresión enorme, organizando, de esta manera, la persecución originada tanto en los padres externos como internos.

La señora R

Ella comenzó su análisis a los cuarenta y cinco años. Su comportamiento se debía al hecho de que era desdichada desde hacía varios años. Tres experiencias terapéuticas que comenzaron cuando tenía veinticuatro años, entre las cuales un análisis de cinco años, interrumpido diez años antes de comenzar el actual. En sus palabras, ella nunca había logrado entender qué era lo que le impedía dejar de sufrir y ser normal y feliz, siempre dudando de su capacidad tanto intelectual como afectiva. Casada con un industrial rico, la Sra. R., ingeniera de profesión, dirigía una escuela superior privada en un pueblo vecino al que ella vivía. Durante nuestra primera sesión me contó, sin emociones, algunas cosas de su pasado doloroso.

Su madre, ya mayor en esos momentos, aparecía como una mujer que poseía una doble personalidad. Mala, fría, distante y dominadora, por una parte, seductora y amable con los demás, por otra. La Sra R. era una hija extramatrimonial, fruto de una relación clandestina entre su madre y un veterano de la guerra española.

Ella supo de la existencia de su padre a los nueve años. Hasta entonces, no sabía que el hombre que venía, una vez al mes a pasar la noche con su madre, era su padre. El padre desaparece, definitivamente, cuando ella tenía once años. Entonces, su madre decide consultar una psicoterapeuta con la que mi paciente tiene varias entrevistas, interrumpidas unas semanas más tarde. La Sra R. no recuerda por qué su madre había tomado tal disposición. A los veinticinco años, se entera de la muerte de su padre, que había ocurrido algunos años después de haber desaparecido de su vida, y de la existencia de otra familia, que ya tenía mucho antes de su nacimiento.

Su discurso era el de una mujer deprimida, sin memoria y sin la capacidad de asociar, entre sí, los acontecimientos de su vida. Los tratamientos previos parecían no haber dejado huellas. Después de las entrevistas preliminares, mis sentimientos eran confusos, ella esperaba algo de mí sin ser capaz de expresarlo. Oscila entre el pedido de ayuda y la falta de interés para comprender lo que le sucede

Me da la impresión de estar fragmentada y por lo tanto inaccesible. Así, puse en duda la pertinencia de un setting analítico y le ofrecí un trabajo cara a cara, dos veces por semana; luego, el año siguiente ella me pidió diván y tres sesiones semanales.

Sólo varios meses después de haber comenzado el análisis, me cuenta la preocupación que sentía por su única hija, Elena, de 18 años, psicótica desde hacía cuatro, según un diagnóstico hecho por psiquiatras. Esta joven sufría de crisis delirantes, de despersonalización y de trastornos graves de conducta que requerían hospitalización, a la cual se negaba, así como a cualquier tratamiento médico como psicoterapéutico.

Este análisis, que terminó después de diez años, de común acuerdo y de manera relativamente satisfactoria, tiene diferentes momentos que resumo en cuatro etapas que no se suceden de manera estrictamente cronológica, debido a los períodos de regresión y fluctuación del proceso.

-Primera etapa: la Sra. R se inhibe y habla muy poco. Dice que no llega a expresarse con palabras. Asocia poco o nada a pesar de mis peticiones. No encuentra los medios para establecer ningún tipo de relación conmigo. Mi trabajo se limita a unas pocas intervenciones, señalándole la dificultad de que, en realidad, éramos dos. La madre real, omnipresente por su maldad y por el daño que hizo a su hija destruyéndole la vida. Las sesiones se repiten y, regularmente, muestran la doble personalidad de su madre. La Sra R. llora, en un principio sus lágrimas no me llegan, como si se derramaran en otro lugar. Mi ambivalencia se transforma por momentos en confusión. ¿Soy yo la madre fría de la que ella habla? Las interpretaciones sobre la fantasía persecutoria, aparentemente, no tienen ningún efecto. ¿Se trata, por mi parte, de una referencia a la proyección persecutoria? Nadie es peor que su madre. Le muestro su presencia continua entre nosotros, la lealtad frente a esa madre que ella parece odiar. Ella se enoja: si yo defiendo a su madre, es que no la entiendo.

Cada interpretación transferencial cae en el vacío. Ya no se trata de un ataque contra el pensamiento, sino de un funcionamiento cuyas características, por momentos, evoca defensas operativas, aunque su funcionamiento no lo sea. Ella no está ni distante, ni próxima. Ella sufre. Parece no existir como objeto, ni real ni fantasmal. Encuentro en esos momentos el período de carácter transicional que he observado en algunos pacientes con trastornos psicosomáticos.

- Segunda etapa (2 ° y 3 ° año): Yo trabajo en torno a su dificultad de hacerme existir.

Asocia más frecuentemente, siempre utilizando a su madre, que se interpone entre nosotros como un objeto malo que le impide conocerme. Yo también soy un objeto confundido con su madre interna. La evocación de un esbozo edípico cargado de persecución cae, también, en el vacío, aunque más tarde reconozca tener dificultades para ponerse en contacto con la imagen masculina. Todos los lunes, el día de su primera sesión semanal, se reproduce el mismo discurso. Ella no puede hablar conmigo diciéndome que, después del descanso del fin de semana, ya no me reconoce. Me convierto en un extraño para ella. Me dice que una interrupción definitiva del análisis no la afectaría ya que no existe ningún vínculo entre nosotros. Interpreto su intervención como una defensa, un rechazo a cualquier idea de apego por el dolor de la separación. La interpretación del abandono paterno y de su rabia no le hacen ningún efecto. Después de algunas asociaciones, comienzo a interesarme en su hija, de la que ha hablado muy poco y de los trastornos que sufre. La Sra R. muestra la culpabilidad que siente debido a la enfermedad de su hija, siempre refiriéndose a la culpa de su madre. La invito a asociar la enfermedad y los síntomas de su hija. Cada tanto, Elena se automutila. Pone en tela de juicio su educación, así como la salud mental de sus padres. Últimamente, sostuvo que no es su hija y quiere llevar a cabo una investigación para encontrar a sus verdaderos padres; ya no reconoce a sus padres como tales. Le sugiero a la Sra. R. el vínculo entre la dificultad que ella tiene para conocerme y la de su hija no reconociéndolos como sus padres. Ella, emocionada, acepta mi respuesta. Las siguientes sesiones me dice mucho más acerca de Elena y de su nacimiento. Elena se parece a su madre y la Sra. R tiene miedo de que, como su madre, llegue a ser una mujer con dos caras.

Me intereso en compartir su preocupación por Elena. Después de haberme familiarizado con Elena, le señalo a la Sra. R. que las dos caras bien podrían ser dos cabezas en un mismo cuerpo, el suyo. Una de las cabezas está habitada por el sufrimiento de su hija y la otra por la indiferencia de su madre. Tengo la impresión de haber llegado a algo importante. Entonces, comienza una serie de sueños en los que, al abrirse una maleta, sus efectos personales se desparraman. A veces, demasiado pesada sin ayuda, se la olvida en un tren. Ella habla de la maleta grande y pequeña. Debe encontrar un nuevo bolso para recoger sus cosas. El material del sueño me hace pensar que yo comienzo a existir como continente. Hasta ese momento, la Sra. R ha utilizado a su hija como el objeto central de sus identificaciones proyectivas. El trabajo sigue en ese sentido.

- Tercera etapa (tres años): Elena está mucho mejor. Acepta hacer una psicoterapia y piensa volver a la escuela.

La Sra R. se centra en la labor analítica. En las vacaciones las sesiones le faltan. A veces, me acusa de querer hacerle daño, de someterla, creando una dependencia con respecto a mí. Después de un período de excitación, cae en una depresión severa. Me habla de los sentimientos de abatimiento. Se niega a una hospitalización que le propone el psiquiatra para

no perder sus sesiones. Durante varias semanas, llora, en silencio, en el diván. A veces, duerme durante toda la hora sin ningún tipo de sueño durante la sesión. Yo no la despierto cuando termina la sesión, preguntándome cuál es mi función durante esos momentos. Para ella misma, su regresión es evidente. Recuerda momentos de cuando era muy pequeña.

- Etapa final (cinco años): Habiéndome encontrado como continente la Sra. R ya no tiene necesidad utilizar a su hija para sus proyecciones. El análisis continúa con otras dificultades en relación con la parte psicótica de su personalidad. Por períodos, las crisis depresivas vuelven, pero pasan más fácilmente mediante el trabajo analítico. Ella tuvo un sueño donde se encuentra en un avión que vuela y se da cuenta de que un pasajero, un hombre joven o una mujer joven estaba colgado del ala del avión. No pudo subir a la cabina porque tenía demasiado equipaje que, por otra parte, no llevaba con él. Le avisa al piloto, que dice que no puede hacer mucho excepto tratar de aterrizar para que la persona ponga los pies en la tierra. Después de largas negociaciones con el piloto, el avión aterrizó y el pasajero sube al interior para que el viaje continúe.

Resumen: A partir de la experiencia clínica del autor, este artículo abre un cuestionamiento sobre el manejo de las proyecciones arcaicas y de las defensas provocadas tanto en el paciente como en el analista. Las proyecciones son el fruto de estados regresivos generadores del pedido de ayuda terapéutica. Estas proyecciones, diferentes en cualidad y en cantidad, pueden, a su vez, emerger durante el tratamiento psicoanalítico. Una modalidad de comprensión, en las diferentes etapas del análisis, aparece como necesaria para permitir el pasaje del uso masivo de las identificaciones proyectivas a la instalación de la transferencia utilizable para hacer progresar el proceso psicoanalítico. Esta tarea de continencia presenta dificultades particulares.

Algunos ejemplos clínicos son presentados para ilustrar cómo, pese a una sintomatología frecuentemente inquietante vinculada a estados confusionales, el paciente viviendo su experiencia en la continuidad del análisis, puede desarrollar su capacidad de contener las interpretaciones propuestas por el analista.

Palabras clave: Angustias psicóticas, angustias precoces, continente, función de continencia, defensas, proyecciones, identificación proyectiva, técnica psicoanalítica, elaboración grupal e institucional, representación del continente, regresión.

Bibliografía

- Bick E. (1964). « Remarques sur l'observation des bébés dans la formation des analystes » trad. David Alcorn, Journal de la psychanalyse de l'enfant, 1992, 12, 14-35.
- Bion W.R. (1959). « Attaques contre la liaison » en Réflexion faite, Paris, PUF 1983.
- Bion W.R. (1974). Entretiens psychanalytiques, Paris, Gallimard, 1980.
- Bion W.R. (1962). Aux sources de l'expérience, Paris, PUF 1983.
- Bleger J. (1967). Symbiose et ambiguïté, Paris, PUF, 1986.
- Fairbairn W.R. Etudes psychanalytiques de la personnalité, Puteaux, Ed. du Monde interne, 1998
- Freud S. (1900). L'interprétation des rêves, Paris, PUF, 1967.
- Freud S. (1905) Trois Essais sur la théorie sexuelle, Paris. Gallimard 1987
- Freud S. (1916-17) Introduction à la psychanalyse, Paris, Payot 2004
- Freud S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse, Paris, PUF 1993.
- Gammill J. (1992). « Quelques notes sur la régression, la progression défensive et les arrêts de la progression normale » en À partir de Mélanie Klein, Lyon, Ed. Césura, 1998.
- Heimann P. Isaacs S. (1950-1952) "La régression" en M. Klein. Développements de la Psychanalyse. Paris, PUF 1980

Klein M. (1932). « Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés » en Développements de la psychanalyse, 1991, p. 274-300.

Klein Mélanie. (1946) « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » Développements de la psychanalyse, Paris, PUF 1980.

Miquel M. (2002). « Régression » en Mijolla (Alain de) Dictionnaire International de Psychanalyse, Paris, Calman- Levy.

Namer A. (1976) Quelques réflexions sur la psychothérapie analytique des adolescents. (Algunos aspectos de la psicoterapia analítica de adolescentes), conferencia no traducida presentada ante la Asociación Universitaria de Uruguay. (marzo 1976, publicación agotada).

Namer A. (2001) 2005: « La clinique de la supervision ». Journal de la psychanalyse de l'enfant, 36, 225-260.

Meltzer D. (1984). "Les concepts d'identification projective (Klein) et de contenant-contenu (Bion) en relation avec la situation analytique », Revue française de psychanalyse, 1984, 48,2, 541-550.

Prat R. « Abécédaire de l'empathie chez l'analyste : repérages cliniques dans la séance », Revue belge de psychanalyse, automne 2004, 45.

Rank O. (1926). Le traumatisme de la naissance, Paris, Payot, 1976.

Winnicott D.W. (1960) Processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot, 1970.