Cuál afecto

Angel Costantino

INTRODUCCION

He decidido acercarme al tema de este simposio reflexionando acerca de un material clínico. De esta manera creo que junto con los participantes vamos a poder precisar cómo trabajo con los afectos, teniendo en cuenta que para mí este término es tan abarcativo que me siento como si, siendo economista, tuviera que hablar sobre el dinero.

También pienso que así podríamos evitar confrontaciones teóricas, donde usemos términos homónimos para referirnos a componentes diferentes de teorías que no nos son comunes. Para eso me voy a ver obligado a aclarar que, estando el término afecto prácticamente ausente en la escuela inglesa, es a su sinónimo en el sentido cotidiano, emoción, al que me voy a referir. Podríamos aprovechar el hecho de que una noción semejante a la de afecto en Freud, aunque no la palabra, es recuperada por Bion aun cuando en cierto modo modificada. Esto requiere hacer al menos un muy escueto recorrido.

El punto de vista económico perdió vigencia en la escuela inglesa, desde que Klein lo redujo a la cuantía de los factores intervinientes en cualquier conflicto y al concepto de transacciones entre los personajes de la realidad psíquica, pero ella no tuvo en cuenta la descarga de los impulsos pulsionales. Bion sí retomó la idea de acumulación de estímulos que se descarga, ya sea sin tener en cuenta el principio de realidad, teniéndolo en cuenta en un sentido primitivo o en su total magnitud. Sin embargo la emoción no equivale a la descarga en la versión original de la Sra. Klein por supuesto, ni aún en la de su seguidor. Ella hablaba de

situación emocional teniendo en cuenta qué sienten entre sí los personajes de los juegos que se desplegaban en la sesión, según lo deducía a partir de qué se hacían entre ellos, sin más trámite.

Bion en cambio, siguiendo a Kant, supone la emoción como algo existente, de lo que se tiene información por las percepciones del órgano de la conciencia de la realidad psíquica. En este sentido la emoción es algo que existe como existen los objetos del mundo externo. Como los científicos están abocados a conocer las relaciones entre las cosas externas, los psicoanalistas lo están a poder pensar las emociones. Tanto desde el mundo externo como desde el interior se producen en la mente modificaciones que se llaman impresiones sensoriales. Las modificaciones que producen las emociones en la mente son estímulos que se pueden acumular cuando el bebé no tiene satisfacción para sus “hambres”, como consecuencia de la frustración. Esa acumulación puede seguir distintos caminos. Por un lado está la descarga por dos vías, una corporal y otra social, que describió como funcionamiento en grupos de supuestos básicos.¹ La tercera es siguiendo el principio de realidad; en tal caso se produce una modificación en el ambiente. La herramienta que produce tal modificación es la identificación proyectiva y el ambiente es concebido de una manera novedosa. Ya no se trata simplemente de chupar el pecho, logrando primero conformar de él una visión de frente y otra del movimiento necesario para alcanzarlo, sino de influir en el interior de la mamá. Tenemos entonces una novedad respecto de Freud, pero también otra respecto de la Sra. Klein. No es simplemente que el bebé configura una imagen propia acerca de cómo es el cuerpo de la madre, sino que es capaz de lograr que su emoción sea sentida por ella en el interior de su propia mente. Encontramos una notable analogía con la transformación de la alteración interna en llamado, que describió Freud. Si la identificación proyectiva tiene una determinada modalidad, y contiene emociones metabolizables por la madre y la madre —a su turno— siente curiosidad por el bebé, ella soporta la emoción del bebé

¹ En ambas existen alteraciones importantes del pensamiento, básicamente están ausentes los juicios sintéticos a priori de tiempo y espacio y secundariamente las construcciones de causa-efecto y moralidad, que Bion considera enlazados al desarrollo de la posición depresiva.

hasta que dentro de ella se produce un pensamiento, que el bebé puede introyectar, para poder pensarlo, cuando ese pensamiento logre estimular en él un aparato conveniente para tal función. Se supone que la madre tiene una mente organizada según el complejo de Edipo y tiene buena parte del repertorio de personajes y sentimientos correspondientes en su inconciente, por lo tanto ella puede por un lado seguir pensando que su bebé es un bebé angustiado, un bebé con algún temor impreciso, que es un hijo para criar y, por el otro, ella es capaz de recibir en su inconciente las emociones que el bebé le proyecta. Entonces lo cuida y al mismo tiempo permanece suficientemente serena correspondiendo a los sentimientos del bebé con los sentimientos complementarios, que el bebé puede captar. Entre la mamá y el bebé se despliega un lenguaje en el que se pueden desarrollar modelos respiratorios, orales, excretorios, etc., con los que ella engendra los pensamientos que el bebé puede pensar. Estos tienen una representación sensorial múltiple, en la que se destaca una imagen visual compuesta por ideogramas combinables entre sí. Cuando éstos están combinados, forman los sueños, que son los pensamientos que estimulan el aparato para pensar. De esta manera los elementos de la teoría freudiana se recuperan y reordenan. La acumulación de estímulos, se organiza entonces gracias a la interacción del bebé con la mamá, en pensamientos acerca de la emoción que la personalidad del bebé está dirigiendo a ella. Esto puede lograrse sin palabras y también con ellas.

No sólo las emociones originarias antes de ser pensadas se pueden descargar, también se pueden evacuar las emociones ya pensadas. En ese caso los ideogramas enlazados que formaban los sueños, a los que Bion llama elementos, se desunen y sufren un proceso de desorganización, cuyos elementos resultantes denomina degenerados. En realidad cuando enfrentamos pacientes nos encontramos siempre con estos últimos y no con los que corresponden a impresiones sensoriales nunca pensadas.

Cuando el paciente plantea un sueño para pensarlo nos encontramos en la situación ideal de lo que Klein describió como posición depresiva. Estamos ante un pensamiento acerca de la personalidad del paciente cuando la mamá transferida no está, mientras él duerme y ella está con el papá. Aquí funciona a pleno el principio de realidad, está organizada la membrana de contacto, que le permite al paciente despierto estar con su analista,

como un investigador curioso de su personalidad, experimentado en la interpretación de los sueños, mientras simultáneamente sus emociones transferidas aparecen expresadas en el sueño-pensamiento. Esto no es lo más común, y me voy a referir en este trabajo a lo más frecuente, es decir a lo que enfrentamos cotidianamente para poder lograr que la situación anterior se dé.

OBJETIVO DEL TRABAJO

He seleccionado un fragmento del tratamiento de una paciente en una descompensación, lo que me permite aprovechar la oportunidad para enumerar unos pocos puntos del trabajo analítico que me interesa destacar.

1.- Sólo importa hablar de los afectos que se actualizan en sesión, los que existen allí y ante nosotros. Los aludidos por el paciente en la narración de situaciones por las que pasa fuera de las sesiones no reclaman nuestra atención más que como referencia a los primeros. Podemos necesitar aclarar los relatos, pero no vale la pena ocuparse de precisar el valor de cada una de esas situaciones fuera del consultorio, ni nos podremos poner de acuerdo con el paciente acerca de las mismas; esa es una tarea imposible. Es importante tener en cuenta que los personajes aludidos varían sus características de un momento a otro.

2.- La mayor parte del tiempo estamos trabajando con afectos que corresponden a lo que Klein llamó posición esquizoparanoide. A menos que se trate de análisis de considerable duración, no estaremos analizando situaciones de la posición depresiva. Esto no quiere decir que no enfrentemos ocasionalmente materiales de ese tipo, pero el clima emocional predominante será el otro.

3.- El prejuicio en el ambiente médico y psicológico señala que el análisis es un método lento en general y particularmente ineficaz ante situaciones de mayor gravedad. Mi experiencia me indica lo opuesto. El psicoanálisis produce grandes mejorías sintomáticas en lapsos breves. Por el contrario es lento solamente en aquellos problemas en los que los demás tratamientos son absolutamente impotentes, esto es en las modificaciones de las rigideces caracterológicas.

4.- En el calor del trabajo en sesión debemos atender a los modelos que emplea el paciente para expresar qué le está pasando

y, una vez que los captamos, intentar responderle en esos mismos términos, de manera comprensible. De esto se ocupó Bion cuando describió la función, mientras dejaba como telón de fondo a las pocas teorías psicoanalíticas que merecían llamarse así.

MATERIAL CLINICO

Marta es una joven arquitecta. Consultó por un cuadro depresivo. Está de novia con Carlos, un profesor de tenis, con quien no se decide a convivir definitivamente.

Comienza una sesión quejándose de la incomunicación que tiene con su novio. Entre otros ejemplos dice que ella quería contarle una escena de una película, pero como él odia los barcos, le dan terror, no quería oírla y se puso a tocar el clarinete. Como insiste en ese tema, le digo que tal vez la escena podría ser dramática también para mí.

Me contesta que no y empieza a contarla lo más campante, pero a medida que avanza se va asustando de lo que dice y me mira ansiosa.² “Un señor se estaba hundiendo en el mar en el naufragio del Titanic. Estaba rodeado de otras personas y en su desesperación los empujaba hacia abajo tratando de no ahogarse”.

Sigue un breve silencio y luego se queja de que últimamente comenzó a tartamudear, algo que nunca le había pasado antes, cuando estaba bien. Quiere decir una cosa y no le sale o le sale otra. Justamente anoche le preguntó a un primo si él notó que ella estaba tartamudeando. El dijo que no notaba nada raro y preguntó qué le pasaba, por qué le hacía esas preguntas. Marta me comenta que su primo sí tartamudea.

Este fin de semana aceptó a regañadientes ir con su novio a Punta del Este. Van a practicar windsurf. El problema es que van a parar a una casa muy grande de una pariente de Carlos junto a muchas otras personas. La parte más grande de la casa queda en la planta baja donde dormirán prácticamente todos. En el primer piso hay sólo un cuarto con su baño. Ella quiere ir precisamente

² Comencé el tratamiento con la paciente sentada porque estaba pensando si tendría que tomar alguna medida para garantizar su seguridad.

a esa pieza, donde habitualmente vive la dueña de casa, que es una señora que no le da bola a nadie. Si fuese abajo van a notar que tartamudea o que está deprimida y eso no lo soporta. Sólo irá a Punta del Este si puede dormir arriba.

Yo le digo que quiere ir arriba porque abajo, entre los demás tartamudos, siente que se ahoga. Este mecanismo de intentar subir parece precario, pero es lo único que se le ocurre.

Marta hace primero un gesto de dolor. Luego pone cara de haberse portado mal y enseguida, con un tono mezcla de compunción y entusiasmo, me dice que tengo razón, que ella tiene mucha rivalidad y que es malísima.

Digo que es muy raro lo que escuchó, yo le dije que no quería ahogarse y ella oyó que es malísima. No sé qué entiende ella por rivalidad, pero yo pensaba en miedo.

En la sesión siguiente me dice que está mejor, pero que algunos días, sobre todo los fines de semana, llora. Ha perdido la alegría. Tartamudeó cuando estaba conversando con una amiga. No recuerda qué había querido decir, pero en lugar de la palabra deseada, le salió decir insecto. Seguro estaban hablando de ella. Se sintió muy mal porque la amiga pensaba que ella estaba muy deprimida. También con otras dos amigas le sucedió que pensaban que ella estaba mal y me da detalles.

Esta noche después de sesión va a ir a ver una obra de teatro con su novio. Allí trabaja un amigo de él que es un mejicano viejo y reventado que se dio con todo. No quiere encontrarse con éste, ni con los otros amigos del novio porque son todos unos zarpados. No los soporta porque toman y se ponen eufóricos (este término es ajeno a la jerga adolescente que emplea, parece un eufemismo del término maniaco). Van a hacer eso seguro. Pero también le molesta la idea de que la miren. Todos van a pensar que tiene una depresión. Eso no lo tolera y por eso no quiere encontrarse con nadie. Le da miedo lo que todos van a pensar.

Yo le digo que ella tiene un don: sabe lo que piensan los demás, inclusive antes de encontrarse con ellos.

Ella con tono de lamento asiente y agrega que es terrible, porque lo que los otros piensan le resulta espantoso. Todos se dan cuenta de cómo está ella y es muy desagradable estar con la gente en esas condiciones.

Yo estoy de acuerdo en que es un don muy embromado, porque

es monótono, siempre descubre el mismo pensamiento en todos.

Ella deja el tono lloroso y me mira con desconfianza. Parece pensar que la estoy cargando. Entonces me discute: que a pesar de lo que yo pienso –que son ideas de ella– el fenómeno es real, todos piensan eso cuando están con ella y es muy difícil vivir así.

Yo le digo que me llama la atención que en la escena del teatro todos piensan y hablan como si fueran psiquiatras, a pesar de que son actores y jugadores de fútbol. Todos diagnostican depresiones y manías.

Ella me mira más desorientada aún. Titubea antes de hablar. Tal vez se refiere a eso cuando dice que tartamudea, pero no lo hace en sesión. Finalmente vuelve a enfrentarme y me dice que así como yo hablo parece que no le creo lo que a ella le pasa y que lo que ella me cuenta son cosas reales. Me asegura que el novio es así como ella dice y también los amigos. Las tres veces que se enfermó fue durante las vacaciones y siempre porque Carlos se puso maniaco. Inclusive no lo dice ella sola, sino también su analista anterior y un primo que lo conoce y es psiquiatra. Además vio en su tratamiento que es un problema real que ella tiene y que debía enfrentarlo. Lo que yo digo parece poner en duda que las cosas son así y son así, como ella dice.

Yo le digo que lo que ella me cuenta me confirma que todos piensan como psiquiatras, aunque yo le noto cierto tono despectivo a los diagnósticos. Suena como si dijeran “insecto”. A mí no me queda claro si ella cree que yo pienso que ella es un insecto, pero en cambio estoy seguro de que ella quiere convencerme de que su novio y los amigos lo son.

Ella se muestra muy abatida. Baja los hombros, languidece. La desanima tal vez que yo no entre en una porfía. Estoy seguro de que entendió sobre todo la última frase que le dije, pero no se enojó. Permanece así unos instantes hasta que recuerda un sueño. *Ella iba en un carro y había mucha gente alrededor. Ella estaba muy bien vestida. Llegaba a la puerta de la casa de su madrina³. La madrina le decía “Nena, ahora te vas a tener que bajar del carro y vas a tener que repartir las ropas”. Marta se sorprendía porque no esperaba escuchar semejante cosa dicha justamente por ella. Estaba muy desorientada.*

³ Existe un mito familiar según el cual esta señora, pariente de la madre, crió a Marta porque la mamá no pudo a causa de una depresión.

Sigue sorprendida en sesión porque siempre fue la alegría de su madrina. Cuando llegaba a su casa estaba de fiesta. Era claramente su pariente preferida. Así se lo decía y además le daba doble ración de golosinas que a sus primos. La primera vez que se deprimió coincidió con una enfermedad de la madrina. Las personas que rodean el carro le recuerdan a los que van a ir a Punta del Este el fin de semana. Se autoproclama muy mala y se reprocha su rivalidad. Sin embargo se lamenta por sobre todas las cosas de no estar como antes, porque como se siente ahora es peor (que sentirse mala).

Yo le interpreté que cuando ella me escucha –no importa lo que yo diga– entiende que le doy una orden para hacer algo. El problema que tiene es que está habituada a otro tipo de órdenes, diferentes de las que yo digo. Por lo tanto no sabe cómo cumplir con mis consignas, que la desorientan. Así no puede ser mi alegría.

Ella con tono triste me dice que es así como me escucha.

En los siguientes días la mejoría sintomática se hace estable a pesar del escepticismo de la paciente. Finalmente, cuando ya no puede sostener que no va a mejorar, pasa a afirmar que su bienestar depende exclusivamente de los psicofármacos que ingiere y que cuando se los suspendan va a estar como al principio. Por otra parte está desconcertada porque no logra tener en claro qué pienso yo que ella tiene que hacer en “la realidad” para curarse. Es así que últimamente enarbola una nueva fantasía de curación que consiste en que debe investigar por qué se enfermó. No parece movida por una curiosidad auténtica, sino más bien interesada en evitar aquellas circunstancias que podrían precipitar una recaída. Por lo tanto muchas veces me pregunta lo mismo: ¿por qué se enfermó? La primera vez le dije que no sabía, luego dejé de hacerlo; me daba la impresión de que no me creía.

Los temas son monótonos. Así comienza una sesión donde se queja de que todo lo hace sola. Va al supermercado sola, tiene que ver películas sola, porque el novio no acepta verlas. El no quiere mirarlas aun cuando promete que lo hará, a cambio de que ella lo acompañe a alguna fiesta. Justamente este fin de semana pasó esto mismo. Se pusieron de acuerdo en que ella lo acompañaría a una quinta donde él jugaría al fútbol con sus amigos y luego organizarían una fiesta. Se iban a quedar hasta las ocho, pero

recién pudo sacarlo a las nueve y media entre los abucheos de los pendejos amigos de él que le gritaban aguafiestas a ella. Cuando llegaron a su casa, él no cumplió; no quiso ver la película.

Yo le digo que en esa pareja ella cree que los miembros tienen que hacer sacrificios, pero piensa que la distribución de los sacrificios es injusta y yo tengo que darme cuenta. Parece una pulseada y ella va perdiendo, para colmo Carlos tiene una barra-brava.

Mi interpretación no le cae bien. Le molesta y la mueve a hacer esfuerzos para demostrarme lo que parezco no ver. Para convencerme plenamente apela a otra escena. Estaba en su casa con el novio y amigas de ella. Todo iba lo más bien, charlaban, comían, hasta que Carlos se sentó sobre la mesa con su clarinete y se puso a gritar: “¡Fiesta! ¡Quiero una fiesta! ¡Vamos a reventar todo! ¡Quiero joda y alcohol!”⁴ Su relato va acompañado de gestos. El escritorio representa la mesa donde estaban comiendo. Corre los platos con su mímica, como hizo el novio. Me muestra donde se sentó para que yo vea cuán aberrante fue la conducta de él. Incluso hace como que grita “¡Fiesta!”, para que me dé cuenta de la realidad de los hechos. Por las dudas ofrece testimonios: una amiga le dijo que ella no soportaría al novio de Marta ni quince minutos por el tren que tiene. Todas las demás estuvieron de acuerdo en que era un desubicado. Ella lo pasó muy mal y para colmo no le creo.

Le digo que soy un ciego y un desubicado, que no me doy cuenta de nada a pesar de sus esfuerzos. Es un drama para ella que me empecine en ver una pulseada, pero ahora cambié de opinión. Se trata más bien de una pelea. Ella quiere que yo arbitre y falle a favor de ella y en contra del novio. Seguramente yo creo que es mejor ver películas que ir a fiestas con pendejos, que es horrible tomar y cosas así, por lo tanto debería alentarla para que se imponga.

Ella se muestra contrariada. No tengo la impresión de que le importe cómo me ubica en la escena. En cambio le molesta que yo tenga una perspectiva diferente de la de ella. Aún enfadada parece desistir de discutir, pero me confía que tiene la sensación

⁴ El tema de la fiesta se desarrolló luego de esta sesión cada vez más insistentemente como un peligro inminente. Todos entrarían en su casa y la romperían.

de que le doy la razón a su novio. Por otro lado se desconcierta y me dice que lo que le digo no le entra en la cabeza porque contradice todo lo que ella piensa y trastoca todos los hechos.

Le aclaro que no estamos de acuerdo en cuáles son los hechos acerca de los que tenemos que hablar. Yo le hablo de lo que pasa aquí y ella quiere hablar de cosas que yo no sé cómo son.

Marta dice que ella sí sabe. Se queja de su soledad y dice que va a tener que dejar a Carlos con un tono mezcla de lamento y amenaza. (Hace poco temía ser abandonada a causa de su enfermedad que la transformaba en una especie de lastre y ahora en cambio ella va a tener que dejarlo a él para poder seguir viviendo).

Yo le comento que tengo una idea de por qué se deprime la mujer de la que habla. Ella siente que el novio le pega y el maltrato la deja así, deprimida.

Me mira callada primero, luego como si yo hubiese dicho una tontería y me retruca que es evidente que no entiendo nada, porque el novio nunca le pegó. Además hablo de una forma que ni se me entiende.

Le digo que me pareció que había una pelea porque una barrabrava de la mujer dijo que ella no podría aguantar al novio ni quince minutos.

LAS TEORIAS PSICOANALITICAS

En principio para que una sesión pueda considerarse psicoanalítica es, creo, necesario y suficiente usar las teorías freudianas del inconsciente, la transferencia y el complejo de Edipo. Creo que se hace evidente en el material que uso también la teoría de la identificación proyectiva de Melanie Klein. Por lo tanto pienso en los personajes que el paciente menciona –pertenecientes a tiempos y lugares imprecisos y diferentes del aquí y ahora del consultorio– como si fueran juguetes movidos por las emociones que integran los conflictos que reinan en el mundo interno. A medida que la relación progresa en las sesiones, van surgiendo en el material repeticiones que se imponen. Esas redundancias permiten describir escenas y discernir en ellas las cualidades de los personajes y de las relaciones que los vinculan. Sólo así gradualmente se va logrando construir una imagen del mundo en el que

el paciente vive y de los afectos entre sus habitantes. Sólo los sentimientos que se despliegan en estas escenas me importan. No creo que valga la pena llegar a aclarar cómo son los personajes aludidos, pues éstos varían de características de una sesión a otra. El novio de Marta, por ejemplo, puede ser en algún momento una representación de su padre, en otra de una parte del self infantil.

SENTIMIENTOS EN LA POSICION ESQUIZOPARANOIDE

He dicho al principio que los análisis se desenvuelven mucho tiempo en esta posición. Voy a ocuparme brevemente de ella.

Siempre el paciente intenta mover al analista a cumplir con algún papel en el juego que propone. En el mejor de los casos el de un observador que se preste a colaborar con él para despejar una incógnita.⁵ Es mucho más fácil que esto suceda cuando aparece un sueño, como ocurre en una de las sesiones de Marta, ya que un sueño tiene la virtud de no haber sido forjado deliberadamente, como pasa también con otras formaciones del inconsciente, por ejemplo su lapsus “insecto”. También puede ocurrir que un paciente se plante ante su propia producción conciente en sesión y piense en ella como una incógnita, pero para que eso suceda es necesario primero que el paciente comprenda y valore cómo el analista lo ha venido haciendo antes. Pero ese no es el caso de Marta, ya que se trata del comienzo de un tratamiento y para que algo así tenga lugar es preciso que transcurra mucho tiempo de trabajo en común. Me parece evidente que Marta quiere mover a los juguetes de una determinada manera y no está interesada en preguntarse acerca de cuáles afectos los conmueven en las relaciones que sostienen entre sí.

Por el contrario, el clima de las sesiones es muy otro. Marta, más que preguntarse, fuerza al analista a jugar un determinado papel. El más insistentemente propuesto es el de que juzgue como “analista” a alguna persona que no sea ella. Ese juicio supuestamente psicoanalítico aparenta ser un diagnóstico, pero tiene un nítido matiz peyorativo y consecuencias nefastas. El personaje juzgado (predominantemente el novio) queda sancionado con

⁵ No importa que el paciente diga que está haciendo eso, sólo importa que lo haga.

una especie de estigma, mientras que la paciente queda a salvo de semejante hundimiento. Un par de veces, por el contrario, Marta propone al analista un juicio sobre su propia persona, como cuando sugiere que su imaginaria rivalidad demuestra que ella es malísima. Tenemos por lo tanto dos tipos de inducciones, que yo creo son las que la Sra. Klein incluyó en las relaciones de objeto parcial y Bion caracterizó como propias del funcionamiento de la pantalla. Yo utilicé en las sesiones la palabra “barrabrava” para designar a los personajes involucrados, ya que la primera escena tenía lugar en una fiesta inmediatamente posterior a un partido de fútbol. Cuando otra escena redundó, esta vez en una reunión doméstica, volví a utilizar el mismo término para resaltar la simetría de ambas situaciones. Me parece que el término resulta adecuado para destacar las cualidades de los personajes de una relación de objeto parcial, porque fácilmente se puede pensar en un barrabrava como un fanático cuasi humano que está caracterizado fundamentalmente por su parcialidad.⁶ Así funciona el mundo en la posición esquizoparanoide. Si se tratase de un grupo y no del relato de un paciente, diríamos que los miembros del grupo se mueven de acuerdo con el supuesto básico de ataque y fuga, donde lo único que importa es ubicar al enemigo.⁷

En las sesiones se insinúa el tema de una fiesta que aún no había tenido lugar. Estaba programada para una fecha próxima y ocupó durante semanas la atención de Marta. Ella era la única tonta que consentía en que se organizaran fiestas semejantes en su casa. Iban a acudir todos los amigos del novio y aun desconocidos, iban a entrar a su casa borrachos y fumados y terminarían rompiendo todo. La pelea, siguió anticipándose en las sesiones hasta que llegó a adquirir la configuración de una relación

⁶ La mejor descripción de la literatura que recuerdo corresponde a Jorge, un paciente de la Sra. Klein. Jorge era un muchachito muy distraído que no prestaba ninguna atención a lo que sucedía a su alrededor, ya fuera que se encontrase en su casa, en la escuela o en el consultorio. Tenía todo el tiempo su mente ocupada en una batalla que se libraba entre un grupo de cazadores y fieras por un lado, y otro grupo de cazadores y fieras por el otro. Los buenos eran los que peleaban de su lado. Es notable que en cada bando peleaban mezclados cazadores y fieras y por lo tanto Bion diría que ninguno era realmente humano.

⁷ En el material presentado no son conspicuos los otros supuestos básicos, salvo quizás el de dependencia en el momento en que Marta supone que, viendo películas y no bebiendo, obedece a los mismos mandamientos que yo.

sexual dentro del cuerpo-de-la-madre-casa. En términos freudianos se trata de una relación sexual semejante a la de los padres del hombre de los lobos. Los afectos predominantes son la excitación, el miedo y el odio. Es seguramente en medio de una fiesta así que se produce el hundimiento de los protagonistas.

ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE ESCENAS E IDEOGRAMAS

Tratemos de profundizar el tema de las escenas redundantes. Quiero jerarquizar la importancia visual de las mismas. Cuando uno escucha a un paciente –sobre todo si sueña, pero no sólo en ese caso– se forma una representación visual de lo que el paciente cuenta. Simultáneamente atiende juegos de palabras, tonos de voz, etc. Pero ahora quiero detenerme en el aspecto visual.

Freud en el capítulo VI del libro de los sueños despliega su genio para demostrar cómo los sentidos de los mismos pueden adquirir representabilidad plástica. Klein con su técnica para niños prestaba atención a los juegos (en los que a veces participaba según el rol que le asignasen) y tenía ante sí sin más las escenas que interpretaba. Bion haciendo gala de una riqueza semiológica inigualable describe cómo sus pacientes psicóticos utilizaban la identificación proyectiva para que las emociones de ellos fuesen soportadas por él durante un lapso, para que se tornasen pensables. Una vez que esto se repetía durante años, las emociones aparecían como pensamientos acerca de ellas relatados en sesión, es decir sueños, que a su vez debían pensarse. Pero antes, para comunicarse con Bion durante los primeros períodos, se valían de descripciones verbales de ideogramas, semejantes a los que se integran entre sí para formar los sueños. Por ejemplo un paciente le preguntaba cómo reaccionaría un ascensor si se le apretaban dos botones simultáneamente. Otro intentaba mostrarle el horrible estado de su mente diciéndole que una lágrima se le había escapado por la oreja. Se trataba de situaciones dramáticas de impotencia por parte de ambos para poder aprovechar el tratamiento. No era lo mismo que si los pacientes hubieran contado: “Soñé que estaba en un ascensor y apretaba dos botones simultáneamente” o “Soñé que una lágrima me salía por la oreja”.

Si bien Marta no es para nada una paciente tan grave como los de Bion, podemos describir algunas escenas con ideogramas e

intentar comentar las diferencias entre ellas y en qué sentido se parecen a las que Bion describió.

1.- Un señor empuja a otros hacia abajo para no ahogarse durante una escena de terror.

2.- Una mujer quiere dormir a toda costa en el piso de arriba. Quiere dejar en el piso de abajo a insectos tartamudos (según se puede discernir después) con los que no quiere ser confundida porque ya no luce como antes.

3.- Un señor le dice algo a una muchacha. Ella duda, pero luego asiente y condena a la muchacha (aunque se trate de ella misma): se trata sin dudas de una bruja malísima con demasiada rivalidad.

4.- Distintos señores miran a otros y se dan cuenta de que son insectos maníacos o depresivos. Esto requiere confirmación oficial.

5.- Una señora mayor imprevisiblemente le dice a una muchacha que debe bajarse del carro, despojarse de sus ropas y repartirlas entre las personas que la rodean.

6.- Un señor obliga a una señora a hacer algo que ella no quiere. Luego de soportarlo, ella tiene derecho a obligarlo a él a hacer algo que a su vez a él le disgusta. El señor no cumple y la injusticia debe ser constatada por una especie de analista-árbitro.

7.- Un señor se sube a una mesa-cuadrilátero y humilla violentamente a una señora. Un público partidario de ella lo abuchea a él. La escena pertenece a un juicio.

8.- El analista debe mirar a un ring donde un señor le pega a una señora, tan fuerte que nadie podría soportarlo ni quince minutos.

9.- Un señor con una banda de pendejos entran a una casa y rompen todo.

10.- Un señor (¿analista?) mira de cerca o de lejos a varias personas y las diagnostica. El efecto es muy deprimente, parece una sanción o un hundimiento. Siempre es preferible que se vaya a diagnosticar a algún otro. Alguien, tarde o temprano, va a reconsiderar estos diagnósticos y a ese analista no le va a ir nada bien.

Repasemos el material clínico a la luz de estas escenas.

En la primera sesión la paciente comenta acerca de que no quieren oírle y despliega al juguete novio como alguien que se resiste a oírle. El analista ante las quejas se autoalude, como si

fuese un objeto que no quiere o no puede oír los sentimientos que Marta tiene que contar. La paciente comienza a contar la escena pero la angustia la embarga. Eso queda reflejado en (1), que me parece una nítida representación de la angustia que siente, un ahogo. No creo que se trate de una escena agresiva, sino desesperada. Podría considerarse como un ideograma, con valor de modelo, que apela al aparato respiratorio para darnos una idea de que cuando se angustia siente como que se muere.

La secuencia siguiente (2) creo que debe entenderse como una variación de la primera. Quiere estar a flote, no hundida en la locura. Es cierto que insiste en que los pares queden debajo, pero la mueve la desesperación. Una situación de rivalidad encontraría mejor representación en un personaje que intentase superar a otro que está más arriba.

La paciente recibe la interpretación como un golpe. Si bien se sintió escuchada, está convencida de no haber complacido al analista, que parece haberla retado. Se alista rápidamente con él en las recriminaciones. Aparecen términos psicoanalíticos que nos hacen pensar en la detención del tratamiento anterior (rivalidad, malísima) y en las dificultades que tendremos en éste. Estos términos le provocan a Marta la ilusión de que ha comprendido. Podemos suponer que la escena de la casa de fin de semana y la interpretación imprecisa pueden haberla movido a pensar en “rivalidad”. Pero de ninguna manera imaginaríamos que la escena del Titanic, ni la idea del ahogo puedan ser la representación de algo “malísimo”. No creo que la paciente esté pensando en rivalidades en lo absoluto; por el contrario ella sintió un sopapo y se muestra enteramente dispuesta a propinarse un par más para congraciarse. Pensar no le interesa. Esto corresponde a la escena (3).

El novio que no quiere escuchar (1) y el analista que tampoco soportaría el relato están en el lugar de una madre indisponible para soportar la angustia de su hija. En (2), por el contrario, habiendo sido escuchada la escena, aparece una madre que ignora a los hijos con taras (tartamudos), es muy exigente. En (3) la exigencia recae sobre Marta.

Hubiera sido oportuno en sesión interpretar el anhelo de la paciente de estar en el cuarto de arriba como un intento de que el analista atendiera (“le diera bola”) a su angustia.

La sesión siguiente comienza con el relato de un acto fallido

que ilumina el desarrollo ulterior. Todos los personajes, comenzando por ella, hacen comentarios que fácilmente pueden abarcarse con dos impresiones diagnósticas igualmente ominosas: maníaco y depresivo (4). Ella acusa de maníacos a los amigos del novio, pero todos inevitablemente ven que está deprimida. La reiteración de la angustia que le provoca lo que todos van a pensar de ella parece delinear como un delirio de autorreferencia. Quise hacer alusión a eso con mi interpretación, eludiendo términos de la jerga. Ella me responde sin discutir su posesión del “don”, pero lamenta las consecuencias que le provoca. Recién cuando yo sigo con la descripción del fenómeno, se me enfrenta reivindicando la veracidad de sus impresiones.

Yo no le discuto, sino que trato de describir más precisamente aún el mismo fenómeno (10). Esta vez, aunque sigue polemizando, el juego se desarrolla y se confirma la actividad “diagnóstica”, en realidad denostativa, que desarrollan los personajes y puede ser recogida en la transferencia. Aparece así el momento de mayor comprensión de Marta en estas sesiones que se corresponde con la escena (5). Es importante destacar el hecho de que reaparezcan en sesión los síntomas de la depresión y en este momento no me imponga un papel imperiosamente. Además se muestra desorientada en lugar de polémica, porque el personaje que consuetudinariamente encarna a la madre partidaria le quita privilegios. Es evidente que no hay fiesta esta vez. Se terminó aunque no tan mal como había terminado la fiesta en el Titanic; ahora no hay ahogo, sino abatimiento y sorpresa. Las asociaciones que siguen son valiosas pero sigue reverberando el tono de inculpamiento con que la paciente oye, que seguramente debe haber frenado el desarrollo del tratamiento anterior.

Mi interpretación es pobre, pero creo que oportuna, pues recorta del sueño los sentidos que tienen que ver con la situación transferencial. Yo quedo ubicado como una segunda madre-analista que la va a rescatar de la primera fracasada. Sin embargo resulta que doy órdenes (“bajate”), aunque esta vez no diagnósticos humillantes, que la desorientan. Ella no logra decir algo que me ponga contento después de cada intervención mía, ni mucho menos consigue discernir qué tiene que hacer “con ellas” en su mundo. Así no puede encontrar la alegría que perdió. Bien se podría pensar que soy un aguafiestas. Su respuesta corresponde al momento de mayor desconsuelo y comprensión.

En el comienzo de esta sesión distintos personajes se desprecian entre sí. Esto persiste hasta que se logra aclarar el temor a un objeto inculpante y denostativo, cuya actividad intenta ser desviada hacia el novio. Recién entonces aparece un objeto diferente. Este pone a los distintos hijos al mismo nivel. Algo dice acerca de las ropas de Marta, pero creo que sería precipitado encontrarle a esto un sentido preciso, aunque volveremos acá más adelante. No condena ni echa. Tratándose de un sueño, nos encontramos ante un pensamiento y deberíamos poder pensarlo. Habla acerca de las cualidades del self y su relación con la madre y los hermanos, es decir acerca de la realidad. Es por lo tanto diferente de las escenas anteriores donde mediante ideogramas se ilustraba el impulso a deshacerse de la angustia proyectándola y despreciándola una vez ubicada en un par.

La última sesión comienza con un intento de desplegar controles obsesivos sobre las relaciones de una pareja (6), pero son infructuosos y el clima de sesión regresa a los afectos del tipo de “rivalidad” que puede encontrarse entre hinchadas (7) y (8). Ella pretende que yo arbitre primero una especie de pulseada. Cree que debe doblegar a su novio hacia un clima de armonía calma y lo haría mejor si yo “torciera” por ella. Cree que si no logra dominarlo, se avecina la fiesta (9) –una escena primaria a nivel de objeto parcial. Me oye interpretando, pero no entiende mis interpretaciones como tales, por eso insiste en que yo suba a su tribuna. Como cuando hablo no digo “Viva Marta”, me escucha gritando desde la de enfrente.

Le interpreto las cosas que supone tenemos en común⁸ y mi ceguera ante la desgracia inminente. Frente a esto parece reflexionar, pero no hay caso, falta mucho para que llegue la percepción de una catástrofe. Yo intento entonces una interpretación tipo B4, tratando de desplegar mejor el “setting”. Hago algo parecido a lo que haría un psicoanalista de niños cuando le indica a su paciente que van a trabajar sólo en el consultorio. Pero ella se endurece y sigue en lo mismo luego de mi última interpretación. No hay clima para el “insight”, sólo para la disputa.

⁸ Tal vez suponer que tenemos preferencias en común tenga que ver con las ropas de las que tiene que despojarse en el sueño. Podríamos pensar que debe sacarse un disfraz. La interpretación del sueño podría replantearse entonces en otros términos: “Mis interpretaciones son órdenes inesperadas que no le facilitan a Marta disfrazarse de sana”.

El hecho de que ella suponga que a mí no me gustan ni el alcohol, ni los bailes y las fiestas y por el contrario prefiera las películas, podría dar indicio de una cierta transferencia preformada. Con esto quiero señalar que no surge del esclarecimiento del material anterior en el proceso. Es probable que tenga que ver con los malentendidos que provocaron la detención de su tratamiento anterior. Si se tratase de un primer tratamiento deberíamos pensar en una transferencia preformada común, esto es la que corresponde a la imagen social de un analista.

A partir de (7) se podía pensar que la paciente está proyectando la función del juicio (columna 5) sobre el analista, en el sentido que éste podría decidir qué es real y qué no, pero no se trata de eso aquí, porque me cabe sólo juzgar en una dirección, a favor de lo que ella quiere.

RESUMEN

El trabajo intenta demostrar que el análisis de los afectos de la posición esquizoparanoide produce una notable mejoría clínica, al permitir la recolección y el desarrollo de las transferencias en el tratamiento y con ello la modulación y elaboración de la angustia. Ilustra la diferencia entre las escenas en la posición esquizoparanoide y la depresiva. En aquéllas la identificación proyectiva excesiva coincide con el uso de ideogramas para vehicular afectos promoviendo un papel fijo para el analista. En éstas los ideogramas están enlazados formando "sueños". Se enfatiza que los únicos afectos en los que el autor se detiene son los que se actualizan en el tratamiento.

SUMMARY

This paper tries to demonstrate the notorious clinical improvement achieved when the affects of the paranoid-schizoid position are analyzed, because it allows the gathering and development of transferences and the modulation and working through of anxiety. It shows the differences between the scenes in the paranoid position and the schizoid position. In the first case the excessive projective identification coincides with the use of ideograms as a mean to carry on the affects

proposing a fixed rol for the analist. In the latter, the ideograms are linked, forming "dreams". The author only takes care of the affects that get actualized in the treatment.

RESUME

Ce travail cherche à démontrer que l'analyse des affects de la position schizo-paranoïde produit des progrès cliniques remarquables, en permettant le rassemblement et le développement des transferts dans le traitement, et avec cela la modulation et l'élaboration de l'angoisse. On illustre la différence entre les scènes dans la position schizo-paranoïde et la position dépressive. Dans les premières, l'identification projective excessive coïncide avec l'emploi d'idéogrammes pour véhiculer des affects, tout en encourageant un rôle fixe pour l'analyste. Dans les dernières, les idéogrammes sont entremêlés en formant des "rêves". On souligne que les seuls affects pris en compte par l'auteur sont ceux qui s'actualisent dans le traitement.

BIBLIOGRAFIA

- BION, W. R. (1967) *Second Thoughts*. Marenfield Library.
— (1962) *Learning from Experience*. Marenfield Library.
FREUD, S. (1900) *The Interpretations of Dreams*. The Hogarth Press Ltd.
— (1918[1914]) *From the History of an Infantile Neurosis*. The Hogarth Press Ltd.
KANT, I. (1781) *Crítica de la razón pura*. Editorial Losada.
KLEIN, M. (1928) *Early Stages of the Oedipus Complex*. The Hogarth Press, Ltd.
— (1946) *Notes on some schizoid mechanisms*. The Hogarth Press Ltd.

Descriptores: Afectos. Caso clínico. Escuela inglesa. Sesión psicoanalítica.

Angel Costantino
Arenales 2396, 1° "4"
1124 Buenos Aires
Argentina

ANGEL COSTANTINO