

EN LA FRONTERA DEL SENTIDO¹

CARLOS TAMM L. DE SÁ.²

Recibido: octubre 10-08

Aprobado noviembre 20-08

Resumen

El presente trabajo aborda la necesidad de flexibilizar el 'setting' analítico en el caso de adolescentes con dificultad de simbolización, permitiendo que el analista ejerza una función continente, necesaria no sólo para el paciente, sino, más indirectamente también, para su familia. En ese tipo de pacientes encontramos una capacidad de pensar que no se desarrolló adecuadamente desde los inicios de la vida, y es substituida por una constante descarga física de ansiedad, o, en otros casos, por una postura pasiva, anestesiada, encapsulada, un vacío mental y verbal muchas veces llenado por narrativas audio-visuales consumidas ávidamente.

El autor propone, a partir de las formulaciones de Bion sobre personalidades psicóticas y de Tustin sobre los Estadios autistas, la existencia de un '*funcionamiento autista*' en la dinámica mental de algunos de esos pacientes que los defiende contra un colapso, y que es amenazada en la crisis de la adolescencia.

Se presentan viñetas clínicas del análisis de un adolescente, ilustrativas de esos dos aspectos.

Palabras clave: Psicoanálisis de adolescentes, función continente, psicosis, estados autistas, lenguaje, déficit de simbolización.

AT THE BOUNDARIES OF SENSE

Summary

This paper deals with the need to broaden the psychoanalytic setting in the case of adolescents with difficulty in symbolizing. This would enable the analyst to perform a containing function not only for the patient, but also indirectly for his/her family need. In such patients we find a capacity of thinking which has not adequately been developed from the outset of life. This incapacity is often replaced by constant physical discharges of anxiety or, in other cases, by a passive, numb and encapsulated attitude, a mental and verbal emptiness often filled by audio-visual narratives which are avidly consumed.

Based on Bion's ideas about the psychotic functioning and on Tustin's considerations on autistic states, the author also suggests the existence of an autistic position in some of such patient's mental functioning which shields them from a breakdown, and which is disturbed in moments of adolescent crisis.

Some clinical examples from the analysis of an adolescent are presented to illustrate these two aspects.

Key words: Psychoanalysis of adolescents, containing function, psychosis, autistic states, language, symbolization deficit.

¹ Una primera versión de este trabajo fue presentada en el 1er Encuentro de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes de Río de Janeiro el 8 de septiembre del 2006. Traducción del portugués: Italo L. di Ruggiero C., e Hilda Botero C.

² Miembro Efectivo de la Sociedad Brasileira de Psicoanálisis de Río de Janeiro. Invitado de la Sociedad Británica de Psicoanálisis; Psicoterapeuta de Adolescentes en el Brent Adolescent Center (Londres). vcsl@terra.com.br

NA FRONTERA DO SENTIDO

Resumo

O presente trabalho aborda a necessidade de flexibilização do setting analítico nos casos de adolescentes com dificuldade de simbolização, permitindo que o analista exerça uma função continente necessária não só para o paciente, mas indiretamente também para sua família. Nesse tipo de pacientes, encontramos uma capacidade de pensar que não se desenvolveu adequadamente desde os primórdios da vida, podendo ser substituída por uma constante descarga física de ansiedade, ou em outros casos por uma postura passiva, anestesiada, encapsulada, um vazio mental e verbal muitas vezes preenchido por narrativas áudio-visuais consumidas avidamente.

O autor propõe ainda, a partir das formulações de Bion sobre personalidade psicótica e de Justin sobre os estados autísticos, a existência de um funcionamento autístico na dinâmica mental de alguns desses pacientes, que os defende contra um colapso, e que é ameaçada na crise da adolescência.

São apresentadas vinhetas clínicas da análise de um adolescente, ilustrativas desses dois aspectos.

Palavras chave: psicanálise de adolescentes, função continente, psicose, estados autísticos, linguagem, déficit de simbolização.

INTRODUCCIÓN

*Me gustaría asegurarme
de que estoy creciendo a paso acelerado
y compactamente aunque mi propio
crecimiento perturbe esa ecuanimidad
opaca aunque eso se haga con esfuerzo
a través de largas noches, oscuras
y sofocantes o períodos de melancolía
H. D. Thoreau*

El punto de partida para estas observaciones es relativamente simple: si bien en la irrupción de la adolescencia, se reactualizan, aunque en otro contexto, conflictos emocionales de la primera infancia que quedaron en cierto grado silenciados durante la latencia, también se reactualizan en los adolescentes con conflictos más graves, su dificultad o imposibilidad de contener esos conflictos, y las dificultades o imposibilidades por parte de las figuras importantes de su ambiente, en ser continente facilitador para su elaboración por parte del adolescente. El potencial

disruptivo de esa crisis del adolescente sobre la familia es enorme, y las imposibilidades, de parte y parte, para lidiar con la situación generan un efecto de somatización en el que aquello que es expelido de un lado y encuentra un continente refractario del otro, retorna aumentado al primero, y de éste es re-expelido con mayor intensidad, generando una reacción aún mayor en el segundo, en un proceso de potencialización de la crisis difícil de ser interrumpido, y en cambio, fácilmente incrementado por la actuación de parientes, médicos y psiquiatras.

Este proceso exponencial en el que reacción genera reacción aún mayor, podríamos llamarlo de activación reactiva de las identificaciones proyectivas, si partimos del modelo de Bion de la teoría del pensar (Bion, 1967) y añadimos que las proyecciones que, rechazadas por la madre no-continente retornan intensificadas al bebé, pueden retornar de éste hacia ella, así como hacia el ambiente incrementadas y susceptibles de generar reacciones refractarias aún más intensas.

Estoy proponiendo un modelo para pensar sobre algo que es observado en innumerables relatos de observación de complicaciones precoces en la interacción madre-ambiente-bebé, en muchos de los cuales la presencia de un terapeuta padres-bebé o un Observador Participante, puede ejercer una función continente que interrumpa el ciclo de reacciones activadas. Por *activación reactiva* entiendo no sólo procesos conflictivos explícitos, sino diversas modalidades de no-aceptación de contenidos emocionales y de reacción por la actuación de éstos.

Al compararse lo que es vivido en el contexto de una crisis en la Adolescencia que extrapola los límites del llamado 'Síndrome de la Adolescencia Normal' (Knobel, 1992), con las situaciones precoces que aparecen en esos relatos, podemos muchas veces sentirnos como quien asiste a una re-filmación de un mismo argumento con personajes de otra época.

Cabe agregar, que en esos casos que estamos tratando, la pacificación provisoria obtenida en el período de la latencia no fue aquella que pudiéramos llamar latencia exitosa; o sea, no le fue posible al niño, no sólo dirigir la atención hacia otros focos de Interés diferentes a la obsesionante relación, interna y externa, con los objetos primarios -desarrollando así la curiosidad intelectual, la relación con otros niños y adultos, como profesores, etc.- como tampoco incrementar su relación con esos mismos objetos primarios, lo cual, paralelamente a las cuotas de odio, a la escisión e idealización inevitables, pudiese fortalecerse también en el sentido de la integración, del desarrollo de la consideración y del afecto. Al contrario, hablamos de un control de los impulsos que ocurre a costa de procesos masivos de inhibición y empobrecimiento de la actividad mental e imaginativa, y de los vínculos afectivos.

Así, la amenaza de un colapso puede inclinarse tanto en dirección a la eclosión de un brote psicótico con las posibilidades resultantes de la psiquiatrización, de las internaciones, etc., cuanto en dirección a un evento que posibilita la transformación de patrones alienantes de aislamiento, inercia e incomunicabilidad. Podemos recordar aquí el concepto de Bion (1965) del 'cambio catastrófico' ejemplificado en el epígrafe. Este evento puede darse en varias edades, si consideramos la adolescencia como un estado mental.

El tipo de pacientes que refiero aquí es aquel en el que predomina un tipo específico de funcionamiento psicótico, es decir, pacientes fronterizos con un funcionamiento mental predominantemente psicótico, pero con características de retraimiento y encapsulamiento, pacientes que podríamos definir como con fuertes núcleos Autistas, a partir de la concepción de Frances Tustin sobre las 'Barreras autistas en pacientes neuróticos' (Tustin, 2003) y de Bion sobre 'Personalidades psicóticas y personalidades no-psicóticas' (Bion, 1967).

Aunque Tustin haya evolucionado desde la noción inicial de un 'Autismo Primario' común a todos, para, en el trabajo *The Perpetuation of an Error*, de 1994, cambiar sus Consideraciones anteriores y postular que un estado autista prolongado sólo ocurriría donde ya hubiese patología, mantuvo sin embargo, la idea de los 'estados autistas' (Tustin, 1994), entre éstos y los que llamaré 'estados relacionales', el niño normal fluctuaría. Tustin continuó sosteniendo aun la idea de existencia de 'barreras' (Tustin, 2003) 'encapsulamiento' (Tustin, 1990) o 'elementos' autistas (Tustin, 1981) en pacientes neuróticos, idea que fue primero expuesta por Sydney Klein (S. Klein, 1980) con el nombre de 'fenómenos autistas'. Winnicott trató el mismo asunto en otros términos: "Organización defensiva contra una agonía primitiva" (Winnicott, 1974).

I. PRIMERAS IMPRESIONES DE M. Y SU AMBIENTE

M. me fue traído por la familia, cuando contaba con 16 años. El contacto fue realizado por el padre, quien lo trajo para la entrevista junto con la madre, a pesar de estar separados hace ya algunos años. M. estuvo en análisis desde los cuatro a los catorce años con una colega y ahora, necesitando ayuda de nuevo, prefirió buscar 'un hombre'. La familia lo llevó a un psiquiatra, especializado en formular medicamentos y, casi simultáneamente, me lo trajo a mí.

En la entrevista con los padres, supe que M., de bebé, presentaba episodios de 'sofocación' que los asustaban mucho. La madre relata, como ocurrida durante la gestación de M, sólo una fuerte crisis de asma.

Esos episodios de 'sofocación' no tuvieron un diagnóstico preciso hasta los ocho años de edad de M. y fueron motivo de gran angustia principalmente para su madre. Unas veces fueron identificados como amenazas de 'Muerte Súbita' lo cual le causaba pánico y motivaba la internación del bebé en la UCI; (Unidad de Cuidado Intensivo); otras veces eran considerados como asociados al reflujo, por lo que le era recomendado evitar la alimentación al pecho, ya que la leche materna sería 'muy espesa'; tampoco debía permitir que el bebé durmiese acostado; y evitar manipularlo mucho o acercarlo a su regazo. Como nada de eso surtió efecto, la madre lo llevó a los Estados Unidos, donde obtuvo el diagnóstico de que tenía un tipo de 'pequeño mal' (*Petit mal*, epilepsia) y la prescripción de Fenobarbital, que según ella hizo cesar las crisis. M. tomó la medicación hasta la edad de dos años. El padre refirió que tal medicina, de otro lado, lo habría dejado con problemas de 'hiperactividad y de comportamiento'. En la primera tentativa de los padres de llevar a M. a la escuela, éste presentó agitación y agresividad

que hicieron que la madre se decidiese por aplazar su ingreso y buscarle terapia. Con la mejoría obtenida, el niño pudo ingresar a la escuela al año siguiente. En su desarrollo, M. presentó problemas de socialización y de comportamiento, con dificultades para comunicarse de forma adecuada, aunque aparentemente sin atrasos cognitivos o en el desarrollo del lenguaje.

El motivo para haberle buscado ayuda entonces sería un estado de mucha angustia, en el que él entró a partir de una frustrada e inadecuada tentativa de socialización en la escuela, donde ya estaba desde hacía algunos años, pero sin haber hecho algún esfuerzo por relacionarse con los compañeros.

M. era el penúltimo de cuatro hijos, su madre pertenecía a una familia muy rica, en la cual las relaciones parecían ser bastante frías. El padre ejercía irregularmente una actividad intelectual, y, aunque inteligente y culto, su inestabilidad psíquica le impedía tener una vida más activa. Oscilaba entre depresiones y estados hipomaniacos y desde hacía muchos años se trataba con análisis y medicamentos. Se evidenció después una relación extremadamente conflictiva entre los padres. La madre era menos simpatizante con el Psicoanálisis que el padre. Tendió a buscar substratos orgánicos para las cuestiones emocionales y se sometió a terapias 'bioenergéticas'.

En la primera entrevista M. se mostró excesivamente ansioso y al mismo tiempo su modo de actuar y expresarse daba indicios de un cierto estado confusional. Era un adolescente de apariencia común, pero presentaba una expresión facial congelada. Su caminar y sus movimientos eran rígidos. En el momento en que me contactó presentaba temblores ocasionales (no tomaba anti-psicóticos). Su voz era grave y la dicción muy defectuosa, hablaba 'para adentro', algunas veces rápido y tragando sílabas, principalmente las iniciales.

Me contó que comenzó a querer relacionarse. Un compañero chateó con él, otro comenzó a 'darle consejos' diciendo que la voz, el cabello, la ropa, la apariencia, el vestido, el aspecto, todo en M. estaba 'errado'. Reveló que antes no encontraba 'importante' esa parte de la vida. Dijo que comenzaba a estar muy 'afligido', lo que lo perturbaba aún más, entonces se sintió estigmatizado por los compañeros, visto como el 'loquito'.

Debido a la dificultad para explicarme lo que pasaba dentro de él, M. comenzó a dibujar en el aire y entonces le ofrecí lápiz y papel, lo que aceptó rápidamente³ y comenzó a diseñar un triángulo lleno de flechas. Uno de los vértices tenía la letra S, el otro la letra E, y el tercero no tenía letra alguna. Sólo más tarde vine a saber que el nombre del hermano menor, de quien M. tenía muchos celos, comenzaba con la letra S. La letra E era la inicial del nombre de la madre.

El día siguiente, cuando debería volver, M. me telefoneó desde la calle, pues la consulta con el Psiquiatra se había extendido más de lo previsto, y él no llegaría a tiempo a la sesión. Era un jueves y volvimos a programar la cita para el lunes, pero yo le dije que él podría contactarme el fin de semana si lo requería. El viernes el padre me llamó y me comunicó que M. le había dicho que consideraba que "ya había entendido todo el esquema mental de él con un triángulo que diseñó y no necesitaba de más terapia".

En el estado de desesperanza en que M. se encontraba, y con la transferencia rápidamente desencadenada, típica de los funcionamientos psicóticos, la pérdida de la sesión del jueves, con un espacio vacío de cuatro días hasta nuestro próximo encuentro, debe

haber sido sentido por él como perturbador, asustándose lo suficiente como para querer romper el vínculo emocional que se iniciaba.

Los pacientes con fuertes núcleos autistas anulan el dolor de la separación, para ellos insoportable, vaciando de significado el encuentro con el analista, anulando su existencia, como un otro de quien ellos dependerían emocionalmente. Sin la presencia del analista no permiten siquiera que las emociones que podrían destruirlos, salgan a flote. *El apartarse* de los incómodos sentimientos que la permanencia de la relación interna con el analista podría traer, de falta, de abandono, dependencia, odio, envidia, persecución, los protege contra el temor de desintegración y aniquilamiento. O sea, evaden los dolores de la separación evitando el reconocimiento interno, emocional, de la propia relación, protegiéndose en su 'concha'.

En la segunda entrevista, inmediatamente, pidió el papel e hizo un nuevo diseño. Se acostó en el piso para dibujar e iba intentando 'explicarme' el diseño, de modo confuso, mientras lo hacía. Después dijo que su madre tal vez pudiese explicarlo mejor, sugiriendo traerla a la sala. Pienso que aquí aparecía su deseo de poder ser completamente comprendido sin siquiera necesitar hablar o tratar de expresarse, ya que la necesidad de comunicación como '*punte*' entre él y la madre o entre él y yo, marcaba la separación existente entre los dos.

Pienso que el estado de confusión que M. experimentaba entonces se relacionaba con la presión en dirección al objeto, provocada por las transformaciones de la adolescencia, y que no le permitía prolongar más su estado de aislamiento, al mismo tiempo que él

³ Creo que para atender a niños, adolescentes o adultos con características Psicóticas es necesario una cierta flexibilidad del *setting* que facilite al analizando ir encontrando un lenguaje para expresarse al analista. En el caso de M. un adolescente con fuertes rasgos psicóticos, esa necesidad se hizo sentir posteriormente en varios otros momentos.

se sentía totalmente no preparado para cualquier vivencia social. M. decía ignorar 'antiguamente' que relacionarse con las personas era una parte importante de la vida. Ahora intentaba conversar con niñas y niños, pero no lo conseguía, se sentía 'extraño', manifestaba no saber qué decir a los demás, e ir a la escuela se volvió una tortura.

Acostumbraba sumergirse ocasionalmente en grandes silencios durante las sesiones, pero, en una sesión, respondió significativamente a mi pregunta sobre su silencio: *Es la ausencia de palabras*; dijo esto e hizo una sonrisa triste. Dijo además, que pensaba mejor por imágenes y hasta por trozos de música que por palabras. Parecía expresar que existían esbozos de imágenes en su mente que no llegaban a evolucionar hacia un sentido, lo que lo hacía sentir con frecuencia en un vacío mental. En términos de Bion, podríamos hablar de elementos 'α' (alfa) que no encuentran elaboración que las transforme en narrativa (Bion, 1963). Obsérvese aquí que estoy considerando aspectos de funcionamiento mental autista, que coexisten con aspectos esquizo-paranoides y depresivos. De ahí tal vez su apego por las historias audio-visuales –filmes, historietas cómicas, juegos de computador– que parecían funcionar como pseudo-sueños, constituyendo una especie de continente-sustituto para su mente, ordenando sus fragmentos visuales, sonoros y verbales esparcidos. Cabe agregar aquí la relación de las dificultades en el lenguaje con la presencia de esos '*Núcleos Autistas*', ya que esto se relaciona íntimamente con el reconocimiento de la separación. M. hablaba, además con una voz vuelta 'para adentro', con las sílabas mal articuladas o 'tragadas' como si moviese poco la boca y la lengua para hablar. María Rhode (2002) nos recuerda las dificultades que niños con problemas en el lenguaje presentan con las consonantes que indican la ruptura, la separación entre las sílabas.

Cabe recordar la descripción que obtuve, en las entrevistas iniciales con la familia, referente a los comportamientos de M. –quien pasó por una primera infancia difícil–, en la Infancia: su no-interacción con los compañeros en la escuela, la agitación física automática y sin objetivo definido, la impermeabilidad al medio; todo sugiere un funcionamiento muy próximo al descrito por Melanie Klein (1996) en el caso 'Dick', un niño con importantes rasgos autistas a pesar de ser bastante inteligente. Desde mi punto de vista, Klein probablemente aplica el término 'Esquizofrenia Infantil' a ese caso por no disponer todavía –ya que el trabajo es de 1930–, de la clásica descripción del Autismo Infantil hecha por Leo Kanner en 1943 (Pienso en el Autismo Psicógeno). Recuérdese incluso el hecho de que la madre de Dick es descrita por Melanie Klein como *excesivamente ansiosa* –lo que le dificultaba ser verdaderamente amorosa– y las observaciones recientes de diversos autores, Psicoanalistas y Psicólogos del Desarrollo, en cuanto a los efectos de la Depresión Materna sobre los bebés (Waddell, 2002; Trevarthen, 1977). No pretendo con esto hacer un diagnóstico retrospectivo del cuadro Infantil de M. sino sólo destacar la presencia de aspectos autistas en su funcionamiento mental.

El afecto de la madre de M., a quien llamaré 'E', siempre se expresó en forma de una postura 'activa' que revelaba muchas veces una dificultad de contención de su propia ansiedad. Esa dificultad, aliada a una *Idea de actuar concretamente* para aliviar el sufrimiento del hijo, hizo bastante difícil el inicio del análisis. El Psiquiatra a quien llevó a M. recomendado por su propio 'Terapeuta Corporal' no sólo tenía una posición y visión bastante organicista, sino que también, a pesar de ser un profesional respetado, se mostró bastante ansioso y confuso con respecto al caso de M. viéndolo una vez por semana y cambiando y aumentando la medicación a

todo momento. Esa posición, a mi modo de ver, contribuía a la ansiedad de 'E' en lugar de ayudar a aliviarla. De la misma forma influía en la relación de madre e hijo, gracias a su posición excesivamente intervencionista. Ella llamaba por teléfono para amenazar, que si M. no mejoraba, buscaría 'otras alternativas'. Mis intervenciones con 'E', cuando ella me buscaba, y enfatizaba su natural ansiedad con respecto a su hijo y sugería la ayuda de una tercera persona con experiencia en la atención a familias en situaciones como ésta, para ayudarla a lidiar con el problema, eran rechazadas desde el inicio: "No es algo tan vago, como simple ansiedad, no". "Ya tengo mi terapia", etc. Aún así, la referí a una colega a quien 'E' sólo fue a buscar tiempo después estimulada por el hecho de atravesar un momento depresivo, debido al nuevo matrimonio del ex-marido. El cambio entonces en su comportamiento fue impresionante. La disminución de su ansiedad y de su posición intervencionista contribuyeron a rebajar la propia angustia de M. y nos dejó el campo del análisis más libre para progresar.

Aplicando el modelo propuesto al Inicio del trabajo, podemos ver que la madre no sólo no conseguía ser continente para la angustia de M., sino que, debido a la angustia que la situación de éste le despertaba y que ella no podía contener, aumentaba su inseguridad y sufrimiento. De otro lado la actitud inestable del padre no ayudaba ni a M., ni a su madre. El Psiquiatra, contagiado por la angustia de la madre, la asustaba más todavía, así como al mismo M. El papel que pude ejercer, con dificultad, inicialmente con la madre de M., creo que fue lo que permitió que ella no generara una implosión en su análisis. La función 'continente' ejercida por el colega que la atendió posteriormente, sobre su angustia, fue tan fundamental que ella pudo entonces soportar la ansiedad del hijo sin intervenciones o actuaciones, prácticamente dejó de

buscarme y pudo percibir y valorar la ayuda que el análisis le venía prestando a M. lo que significaba también valorizar los recursos de éste y su empeño en tratarse, lo cual le dio más autonomía.

II. ABRIENDO BRECHAS

*Climb Left through the zero and watch,
looking back at the blood in its jacket,
the breath in its jacket,
the Absence opening its arms.
Robert Bringham*

Creo que, particularmente al inicio del análisis, la función continente del analista es lo que estos pacientes más necesitan. La turbulencia que M. presentaba se relacionaba con las angustias paranoides y depresivas que lo amenazaban más intensamente en la medida en que iba rompiendo su aislamiento. Hacía parte de aquella función, en este caso, poder aceptar la irritación y la rabia que comenzó a demostrar en nuestros contactos y que con el tiempo disminuyeron considerablemente. En una de esas sesiones iniciales, a una interpretación mía M. rebotó algo irritado diciendo que Yo no estaba 'siendo capaz de entenderlo bien'. Le dije que tal vez aún yo no lo estuviese entendiendo 'bien', pero que la manera como él expresaba eso indicaba una gran desconfianza con respecto a la posibilidad de que yo, o cualquier persona, pudiese llegar a entenderlo.

Después de haber fortalecido su vinculación conmigo, pasó un buen tiempo teniendo que llamarme por teléfono, no sólo en los fines de semana -eventualmente lo atendía los sábados y domingos-, sino también en los días de la semana, algunas horas después de haber sido atendido. En ese tiempo utilizaba siempre un celular que pudiese conectarlo a la madre o a mí varias veces al día. En las

horas de estudiar, pedía la presencia de la madre en el cuarto.

Aunque comenzaba a fortalecer sus vínculos, los telefonemas S. O. S. para la madre y para mí, y la necesidad de la presencia de la madre en el cuarto en esa etapa, para que él tratase de concentrarse en el estudio, mostraban tanto la necesidad de la presencia física (o vocal) del objeto para aplacar su angustia, como la dificultad de pensar en ausencia del objeto, fruto todavía de la limitación de los procesos simbólicos. M. tenía miedo de perder sus objetos o el vínculo con estos, que estaban insuficientemente establecidos en su interior. La angustia que aparecía entre las separaciones era extremadamente intensa denotando no sólo el miedo de 'perder' internamente el vínculo con el objeto, sino de perder todo lo bueno dentro de él, caer dentro del *agujero negro* del que él, espontáneamente, algunas veces hablaba, y perder la '*vida mental*', lo que era vivido concretamente por él como perder la propia vida, riesgo que, por lo menos en la idea de la madre, él efectivamente sufrió cuando bebé.

En momentos de gran angustia al teléfono, M. parecía vivenciar el retorno de sentimientos no simbolizados que encontraban forma en chillidos –comunicaciones no verbales– o enunciados de situaciones mentales vividas concretamente de modo persecutorio o como experiencias corporales. Esos '*chillidos*' a mi modo de ver, podríamos relacionarlos, tanto con lo que Bion llama '*Terror sin nombre*' (Bion 1962) como con lo *impensable e indecible* de que hablan Tustin (1990) y Winnicott (1974).

Pienso que la dificultad de elaborar las angustias primitivas pudo haber inhibido fuertemente su curiosidad y su interés por el mundo externo, visto como fuente de estímulos detonadores de gran ansiedad. Aunque presentaba algunos aspectos cognitivos desarrollados, su capacidad de simbolización

real era precaria, como se ve en su dificultad para expresar y designar estados emocionales. Además de eso, la propia capacidad de pensar sobre sí mismo y conocerse emocionalmente implica un distanciamiento imposible si '*el mundo es Yo*'.

Tustin, en supervisión dada a Celia Korbivcher (Korbivcher, 1995) hace una importante distinción entre las personalidades de tipo esquizofrénico, que utilizan la identificación proyectiva, o la 'intrusiva', según Meltzer (Meltzer y col. 1975), entran en el cuerpo de la madre y viven la confusión en cuanto a lo que es el '*yo*' y el '*no yo*', y estas personalidades encapsuladas, en una maniobra autista, a través de la 'ecuación adhesiva' generan su propia concha: todo es Yo. De ahí la gran angustia que aparece cuando estos pacientes comienzan a romper las '*Barreras Autistas*' reconociendo, emocionalmente, la separación de los objetos.

En una sesión del viernes M. decía que algunas veces se sentía como si estuviese en *una cuerda floja sobre un abismo de odio*. Tuve la impresión, que le comuniqué, que la *cuerda floja* se extendía sobre el abismo del fin de semana, entre la sesión del viernes y la del lunes, y que él tenía miedo de que el vínculo conmigo no resistiera dentro de él, debido al odio provocado por la ausencia, por la separación. Sus sentimientos persecutorios se activaron cuando comenzó a '*dejar la concha*'. Al mismo tiempo, aspectos positivos de los objetos internos también comenzaron a aparecer, junto con ansiedades depresivas.

Véase este momento de una sesión más adelante: M. relató los cambios que venía percibiendo en sí mismo; dijo que observó mejor el sitio por donde transita desde la infancia *sin nunca haber prestado atención*. Contó también que lloró, y *por primera vez en la vida*, percibió 'el olor de tierra mojada, diferente de cuando no llueve, o de la ciudad, y nunca había sentido eso antes'; dijo

que era un olor placentero. Le dije que tal vez estuviese *despertando* a la vida, a las cosas buenas de la vida, y a las cosas buenas dentro de él. En ese momento pienso que M. aparecía *emergiendo* de su estado algo 'congelado', de su parcial *encapsulamiento*, a partir del hecho de que los mundos interno y externo eran menos asustadores. Los mismos sentidos podían estar más abiertos a percibir y registrar las informaciones que venían del mundo, y él pudo permitir a las sensaciones evocar recuerdos y sentimientos. La "casa de la infancia" aparecía como una cosa buena, lo que tuvo y tiene puede ser valorizado, 'el olor a tierra mojada' –imagen de resonancias maternas– era "delicioso". La 'tierra mojada', con su connotación de fertilidad, pienso que es un buen símbolo para ese lento despertar sensorial, emocional y mental.

La sesión siguiente es emblemática de algunos de sus mecanismos y muestra cómo las películas e historietas cómicas de dibujos animados y de ciencia ficción, con Superhéroes y Supervillanos que tanto le gustaban a M., le servían de continente para sus propios sentimientos hostiles y para sus fantasías de grandeza, sustitutivas de su sentimiento de impotencia y desamparo.

M.- cuenta que el programa con los compañeros anoche estaba bueno y después de separarse, sintió la incomodidad de quedarse solo, de no continuar con ellos. Habló acerca de su miedo a las separaciones, que antes le impedía vincularse a las personas; de la duda sobre mantener el vínculo y la confianza dentro de sí, y sobre no haber venido el día anterior, lo que pudo haberlo dejado con miedo a perderme. M.- cuenta la película Guerra de las Galaxias, el último episodio en que el héroe, con miedo a la fantasía de perder la novia,

se vuelve Darth Vader, el villano, lo que acaba provocando la muerte de ella.

Habló de que parece que el protagonista se vuelve Darth Vader, villano superpoderoso, como forma de evitar la fragilidad, el miedo a la pérdida, lo que acaba sucediendo, irónicamente, cuando él se deshumanizó. Digo que él debe haberse identificado con eso.

M.- dice que nunca pensó en el miedo a la separación como algo tan poderoso, que llevara a la muerte.

Es renuente a terminar la sesión.

M. No acostumbraba a faltar ni a llegar tarde, pero me llamó la víspera avisando que no podía ir a aquella sesión. Pienso que en esa sesión apareció su miedo a perderme. La historia del film, relatada inmediatamente después de la comunicación sobre sus sentimientos al separarse de los amigos, mostraba el efecto teratogénico⁴ del miedo a la pérdida y a las separaciones. Me parece que M. ya podía tener amigos a pesar de todo ese sufrimiento, por haberse atenuado ese miedo. Antes se refugiaba en su cuarto, y su vinculación con el mundo se daba a través del computador –frente al que pasaba la mayor parte de sus días–, el cual estaba sujeto solamente a su control, y que conectaba o desconectaba cuando quería, evitando sorpresas.

III. COMENTARIOS FINALES

Los aspectos de encapsulamiento mental que M. mantenía parecían defenderlo de la eclosión de un desastre psicótico, que vino a amenazarlo con toda su fuerza en la adolescencia –un período de crisis en sí mismo–, debido a las presiones en dirección al objeto, al relacionarse, que, el incremento del im-

⁴ Teratología, estudio de anomalías. (N. del E.)

pulso sexual, entre otros factores, acarrea. Cabe aclarar que mi suposición acerca de la presencia de esos 'núcleos autistas' en el paciente no excluye los aspectos neuróticos y paranoides presentes en él, como puntos de contacto con la realidad y de desarrollo intelectual que presenta -a pesar del empobrecimiento afectivo-, ya que tratamos aquí con un adolescente fronterizo y no con un paciente autista, aunque tampoco encaje, a mi modo de ver, en la descripción clásica de una organización patológica de la personalidad. Recuérdese aquí nuevamente la observación de Tustin de que en los pacientes de tipo 'autista' no hay confusión yo-x-mundo, ya que todo es 'Yo'. Así, hay intolerancia frente a la aceptación de la diferencia, de la disonancia entre las personas, única posibilidad para la vivencia de una relación, de una pareja. Cuando el paciente experimenta la diferencia, ahí comienzan la rivalidad, la persecución y las ansiedades esquizo-paranoides, que le parecen insostenibles.

La dificultad para '*reconocer*' y '*registrar*' (en palabras de él) las experiencias positivas de satisfacción, que él fácilmente '*olvidaba*', era reconocida por el propio paciente en su vida cotidiana; al contrario de lo que sucedía con las vivencias de frustración, que por mínimas que fueran, ganaban gran importancia. Ese aspecto se relaciona con lo que Bion (1967) llamó 'ataque a los vínculos', origen del déficit del aparato mental para la percepción de las realidades interna y externa. En una analogía con el proceso fotográfico, es como si él no tuviese una *película* en donde registrar las experiencias de comprensión y consideración.

En esos pacientes, por lo tanto, no se podría contar con la posibilidad de que, por su parte, den sentido a las interpretaciones que formulamos al respecto de su estado emocional, ni aún de colaborar activamente en la construcción de ese sentido. Al contrario,

en esos casos, tendrá que haber, primero, un desarrollo de la propia capacidad de pensar, atrofiada. Esto se da, en parte, a partir de la capacidad del analista, ausente en el paciente, de tolerar la ignorancia, la confusión y el vacío mental de éste, sin que esto le impida ser curioso, pensar lo posible a partir del caos y de la dispersión mental, de conformarse con, a veces, la mínima colaboración del paciente. Esa función continente del analista, se volvió más esencial en este caso, en la medida en que, a la par con su posible vulnerabilidad constitucional y sus difíciles experiencias precoces, el paciente no encontró aún modelos que pudiesen soportar su confusión y angustia y que a la vez quisiesen ayudarle.

El paciente parecer haber encontrado objetos sordos a sus dificultades emocionales que respondían a éstas con frases como 'vete de paseo'. M. se refiere a esas respuestas pseudo-objetivas, pseudo-pragmáticas, como 'álgebra', queriendo expresar con eso que era un lenguaje distanciado de la realidad emocional. Podríamos decir, un lenguaje incomprensible, porque no era comprensivo, en el cual los objetos funcionaban como un continente refractario. Así, sentía que mi desafío era no sólo oír cuidadosamente lo que M. comunicara, sino tratar de resistir la presión de su propia impaciencia e intolerancia, y no darle pseudo-respuestas rápidas. El vínculo se fue estableciendo en un proceso lento, gradual y penoso, y M. era constante y obstinado en su análisis. Si bien en una fase de mayor angustia necesitó de una gran disponibilidad mía así como de la madre, y precisó no sólo de medicación S. O. S. -objeto inanimado sustitutivo de un objeto con función continente- sino también del celular que reconstruiría un vínculo físico con objetos que podrían desaparecer dentro de él. Algunos años después eso no le fué más necesario, y se volvió muy raro que necesitase llamarme fuera de los horarios de sus

sesiones, lo que demostraba su evolución en cuanto a la posibilidad de pensar, aún en la ausencia del objeto, la disminución del ataque a los vínculos y la transformación consecuente en cuanto a los procesos simbólicos, que aparecía, por ejemplo, en la expresión de un 'verbo subjetivo' para sus angustias, expresadas antes al máximo por imágenes somatoformes y parciales como 'una aflicción en la barriga', 'una cosa en la garganta', 'un desánimo en los dientes'.

La posibilidad de revivir el terror de la separación en la relación transferencial -saliendo de su aislamiento- para descubrir que sobreviviría a ella para ir aprendiendo a tolerarla y continuar confiando, y disminuir los ataques internos y los sentimientos persecutorios, le fue permitiendo una apertura hacia el Otro -hasta entonces inédita en él- evidenciada en su vida social. Yo destacaría aquí la importancia de esos momentos en que ocurre la oscilación de lo que yo llamaría un 'funcionamiento autista' -algo presente, en cierto grado, en todo desarrollo (los momentos de retraimiento que todo bebé parece presentar) pero que en los casos patológicos se constituye en un fuerte y precoz mecanismo defensivo- para las angustias esquizo-paranoideas, contra cuyas angustias persecutorias el paciente venía defendiéndose. El resultado inicial es un incremento de esos sentimientos que serán dirigidos al analista, desafiándolo a tolerar y a ayudar al paciente a tolerarlos.

Del mismo modo en que el paciente con fuertes núcleos psicóticos de tipo paranoide se protege de los dolores de la posición depresiva manteniendo un modelo de funcionamiento mental esquizo-paranoide, pienso que el paciente con fuertes núcleos autistas se protege del terror de la situación esquizo-paranoide refugiándose en el funcionamiento autista. Una de las inmensas contribuciones de Bion a nuestra comprensión de la vida mental está en el modelo de las

fluctuaciones entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, $Ps \leftrightarrow D$, inclusive en el analista durante la sesión (Bion, 1965). Opino que podríamos pensar en algo análogo en términos de otra fluctuación presente entre las angustias esquizo-paranoideas y un funcionamiento autista.

Los aspectos más saludables de M. no aparecían como ricas respuestas asociativas en las sesiones. Éstas estaban marcadas por largos silencios y repeticiones de expresiones aparentemente poco significativas, dichas entre-dientes y en tono monocorde. Me parece que, en este caso, en vez de contar con ricas respuestas asociativas, sean verbales, gráficas o lúdicas (en el caso de niños), el analista tendrá que colaborar con el desarrollo de la propia capacidad de los pacientes para pensar -lo que ya sucede en otro nivel, con los pacientes neuróticos- lo que nos exigirá tolerar nuestra propia ignorancia y el vacío mental del paciente, sin abandonar la curiosidad. La firme creencia del analista en la posibilidad de encontrar sentido para la experiencia emocional, pienso que será lo que ayude a mantener esa actitud de tolerante expectativa que puede contagiar, como modelo, al paciente, como creencia en la posibilidad de la búsqueda de la propia verdad, en un proceso inverso al que describí al inicio de este trabajo como activación reactiva de las identificaciones proyectivas generada por continentes refractarios. Esto se vuelve extremadamente importante cuando estamos lidiando con pacientes que presentan graves dificultades y que, en general, no tuvieron quien desempeñase semejante rol desde su primera infancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BION, W. R. (1962), *O Aprender com a Experiência*, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1966.

- _____ (1963), *Os Elementos da Psicanálise*, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1966.
- _____ (1965), *Transformações: mudança do aprendizado no crescimento*, Imago, Rio de Janeiro, 1984.
- _____ (1967), *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts)*, Imago, Rio de Janeiro, 1994.
- _____ (1970), *Attention and Interpretation*, Maresfield Reprints, London, 1984.
- BRINGHURST, R. (1995), *The Calling – Selected poems (1970-1995)*, M&S Toronto.
- KLEIN, M. (1930), A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego, em *Amor, Culpa e Reparação e Outros Trabalhos. Obras Completas* (vol. I) Imago, Rio de Janeiro, 1996.
- KLEIN, S. (1980), Autistic Phaenomena in Neurotic Patients, em *International Journal of Psychoanalysis*, 61, (395).
- KNOBEL, M. (1992), Síndrome da Adolescência Normal, em M. KNOBEL y A. ABERASTURY, *Adolescência Normal – O Enfoque Psicanalítico* (10ª ed.), Ed. Artes Médicas, Porto Alegre.
- KORBIVCHER, C. F. (1995), Supervisão com Frances Tustin, em *Ide*, 27.
- MELTZER, D. et al. (1975), *Explorations in Autism: a psycho-analytical study*, Clunie Press Perthshire.
- RHODE, M. (2003), Sensory aspects of language development in relation to primitive anxieties, em *International Journal of Infant Observation*, 6, (3).
- THOREAU, H. D. (2006), *Caminhando*, Ed. José Olympio, Rio de Janeiro.
- TREVARTHEN, C. et al. (1977), *Children with Autism*, Jessica Kinsley, ed. London.
- TUSTIN, F. (1981), *Autistic states in children*, Routledge, London.
- _____ (1990), Autistic Encapsulation in in Neurotic Patients, em L. BRYCE BOYER (ed.) *Master Clinicians on Treating the Regressed Patients*. J. Aronson, London, 1990.
- _____ (1994), The perpetuation of an error, em *The Journal of Child Psychotherapy*, vol. 20, # 1.
- _____ (2003), *Autistic Barriers in Neurotic Patients*, Karnak Books, London,
- WADDELL, M. (2002), *Inside Lives: psychoanalysis and the growth of the personality*, Karnac, London.
- WINNICOTT, D. (1974), The fear of breakdown, em *International Review of Psycho-analysis*.