

## APROXIMACION A LA PSICOPATOLOGIA DE UNA PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

### Su relación con los procesos de simbolización

*Psic. Altmann de Litvan, Marina*

*Psic. Arrambide de Amy, Silvia*

*Psic. Britos de, Sarah*

*Psic. Hajer, Doris*

*Dra. Romero, Susana*

*Psic. Uriarte de Pantazoglu, Clara*

*Dr. Viñar, Marcelo*

### I. PROPOSITOS

Los autores se proponen abordar el difícil y oscuro capítulo de la enfermedad psicosomática, y comprender algunas implicaciones del conflicto psicológico en juego en una paciente adolescente, que sufre de una grave colitis ulcerosa y, por indicación médica, inicia una psicoterapia de orientación analítica.

La literatura específica sobre el tema es escasa, lo cual estimuló nuestro interés en esta comunicación.

Dentro de un marco teórico de filiación kleiniana, algunos desarrollos de J. Bleger (11) y W. Bion (4,5,6,7,8,9,10), constituyeron los ejes fundamentales para la comprensión de la paciente. Nuestra hipótesis básica es comprender — en su

estatuto psicológico— la naturaleza del conflicto escindido y proyectado en el cuerpo.

El trabajo psicoterapéutico pone de manifiesto, como problema central, la dificultad de la paciente para pensar su situación. A través del material clínico, se trata de mostrar el uso que hace del lenguaje, ligado a la patología de sus procesos disociativos, y a las perturbaciones en las funciones de simbolización (en su sentido kleiniano), por uso excesivo de la identificación proyectiva y del ataque al pensamiento. La unidad conceptual de estos mecanismos es comprendida por Bleger (11) en su definición de la patología del "núcleo aglutinado" y por Bion (5) en los estudios de la parte psicótica de la personalidad. Se entiende, entonces, que trabajamos con un conflicto de naturaleza psicótica.

## II. HISTORIA MEDICA

Se trata de una paciente de 19 años —Ana— quien a los 15 años hace un cuadro digestivo de anorexia y de diarreas mucosanguinolentas. La fue diagnosticada una forma grave de colitis ulcerosa. Estuvo internada 3 meses y llegó a pesar 30 kilos. Sale de la internación en silla de ruedas. La recuperación es parcial, continúa con cuadros diarreicos y con dolores de estómago. Desde los 18 años tiene cuadros febriles, hace un absceso del vientre, y se le practica una resección de intestino. A los 7 meses de la operación, es enviada a consulta psiquiátrica por consejo del gastroenterólogo, y el psiquiatra indica una psicoterapia de orientación psicoanalítica. A los 4 meses de iniciado el tratamiento psicoterapéutico, hace un nuevo empuje que obliga a practicarle un ano contranatura.

En la actualidad, al año de la operación, ha aumentado su peso y ha disminuído su diarrea. El gastroenterólogo le ha planteado la posibilidad de una nueva intervención para unir las puntas sanas del intestino.

El núcleo familiar está integrado por padre, madre y 3 hermanas menores.

## III. SINOPSIS DE LA PRIMERA ENTREVISTA

Impacta su delgadez extrema y los ojos brillantes. Está sonriente, habla rápidamente, de modo que se hace difícil entenderla. Se agita.

Las palabras iniciales son: "heme aquí". Muestra una historia edulco-

rada, habla de su infancia "superfeliz"; dice que sus problemas empezaron a los 15 años, cuando se enfermó. Pero hay fisuras en este discurso: "papi y mami se llevan regio..." "cuando hay líos en casa me tapo los oídos".

"Los médicos dicen que tengo una colitis ulcerosa, yo creo otra cosa, que me contagió mi tía". Frente a la historia de los médicos, ella tiene su propia historia. Este "contagio" del que habla nos abre la puerta a lo fantasmático: la tía como desplazamiento de las figuras parentales.

Se entrega como un paquete —cuerpo— cosa, no como un sujeto-persona.

Ya en la primera entrevista se pueden detectar algunos de los mecanismos psicopatológicos que desarrollaremos en el trabajo: disociación excesiva e intolerancia del yo ante la ansiedad.

## IV. FUNDAMENTOS TEORICOS

Bleger (11) sostiene que la hipcondría y la enfermedad psicósomática corresponden a la patología del "núcleo aglutinado", diferenciándolas de la histeria de conversión en la que ocurre, según este autor, una somatización de un objeto parcial discriminado. Las dos primeras corresponden a la posición "glischrocárica", y la histeria de conversión corresponde a la posición esquizoparanoide. Afirma que, "la enfermedad psicósomática es una somatización del "núcleo aglutinado" directamente en el cuerpo, mientras que la

hipocondría es un trastorno del esquema corporal" (pág. 142).

Define el "núcleo aglutinado" como la parte inmadura y más primitiva de la personalidad, que ha quedado segregada tal y como más integrado y adaptado, configurando un todo —un núcleo dentro de la personalidad— cuya segregación debe ser mantenida rígidamente porque en caso contrario se produciría la disgregación psicótica. El "núcleo aglutinado" coincide con lo que otros autores Bion (5), Rosenfeld (18) han denominado "parte psicótica de la personalidad". Bleger (11) considera a este "núcleo aglutinado" o parte psicótica de la personalidad como el remanente de la más primitiva organización de la personalidad, genéticamente anterior a la posición esquizoparanoide, y a la que él ha denominado posición "glischrocárica" (glischro: viscoso-aglutinado; Karion: núcleo). Sus características son: la indiscriminación yo no - yo, objeto bueno y objeto malo. La confusión temprana es la ansiedad característica de esta posición.

J.R. Paz (16), en el mismo sentido, señala que en la histeria nos encontramos con un lenguaje corporal, con una cercanía a lo verbal, que permite transformar el síntoma en "crónica" (cuerpo histórico), mientras que en las enfermedades psicosomáticas asistimos a la recreación de contextos arcaicos de participación y sincretismo, con pérdida o no adquisición de formas comunicativas más evolucionadas; o sea que en este caso habría un cuerpo prehistórico estructuralmente vinculado a los

aspectos psicóticos de la personalidad.

En relación con el origen de la ansiedad confusional, M. Klein (13, 14) y H.R. Rosenfeld (18), la consideran como un fracaso en la elaboración de la posición esquizoparanoide. A esto se refiere Paz cuando habla de pérdida de la discriminación. Los autores que postulan la existencia de una posición genéticamente anterior a la posición esquizoparanoide radican la ansiedad confusional en la no adquisición de la discriminación. M. Klein (13, 14) en algunas de sus últimas obras da referencias también en este segundo sentido. A estas posturas alude Paz cuando habla de no adquisición.

Acerca de los estadios primitivos de la mente y de la ansiedad confusional, Freud, Fairbairn y Feniichel fueron los primeros en describir la existencia de una indiferenciación en los más tempranos estadios del desarrollo. Hay autores no psicoanalíticos que coinciden también con estas posturas y que, como Wallon, denominan sincretismo a esta etapa primitiva.

En relación con el problema de cómo se sale de la situación de sincretismo y se accede a la dimensión humana del lenguaje y del pensamiento, hay muchos esbozos de respuesta. En las conjeturas en cuanto al origen del ser humano, Freud puntualiza que la capacidad de pensar no es un hecho vigente desde el comienzo, sino que se va adquiriendo. El yo surge como mediador entre las pulsaciones y la realidad.

Cuando define las funciones del yo en "Los Instintos y sus Viscisitudes", incluye entre ellas el control de la angustia a través de la posibilidad de pensar, lo cual permite diferir y mediatizar la acción. Desde un punto de vista genético, el fracaso en este proceso de acceso al pensamiento, establece la línea divisoria entre neurosis y psicosis.

El concepto de "núcleo psicótico" introducido por Fairbairn y desarrollado por Bion (5) (parte psicótica de la personalidad) hace referencia a una parte de la personalidad que permanece en una etapa de indiferenciación que precede al pensamiento. Es un concepto que surge de la experiencia clínica, es empíricamente útil pero teóricamente ambiguo.

Los mecanismos utilizados por el nivel psicótico de la personalidad son la escisión y la identificación proyectiva, que evitan el contacto con la realidad externa y con la interna. Bion habla así de "ataques" al aparato mental, ya que es el que permite tomar conciencia de la realidad y específicamente de los pensamientos preverbal y verbal. El pensamiento preverbal, constituido por ideogramas o ecuaciones simbólicas, es la base para la formación de símbolos. En el "ataque" al aparato mental, se impide el acceso a la simbolización. Bion (4) también describe el "ataque" al vínculo que implica la imposibilidad de acceso a grados normales de identificación proyectiva. Esto dependería, para este autor, por una parte, de la tendencia innata del sujeto a la destructividad excesiva y, por otro lado, del ambiente que no le permite

el uso de mecanismos normales de disociación y de identificación proyectiva. Es decir, una madre que no puede servir de depositaria de los sentimientos del niño ("reverie"- "holding"), con lo que consecuentemente se llega a la destrucción del vínculo entre niño y pecho, y por lo tanto a una perturbación severa de las introyecciones y del impulso de curiosidad, del que depende la capacidad para aprender.

Dado que la identificación proyectiva normal es la base para explorar la naturaleza de sentimientos muy poderosos contenidos dentro de la personalidad, la alteración de este proceso trae consecuencias serias para el desarrollo.

Los mecanismos de "ataque" al pensamiento y al vínculo se visualizan en el trabajo clínico, en cuanto a ataques al estado receptivo del terapeuta, como comunicación basada en identificaciones proyectivas masivas (palabras como cosas), e imposibilidad de acceso a una comunicación a nivel simbólico (el paciente puede comprimir pero no puede juntar, puede fundir pero no puede articular), perturbación severa del proceso de introyección—proyección, intolerancia del yo a la ansiedad y fuga ante toda aproximación a la posibilidad de reconocimiento de las realidades externa e interna ("estupidez, arrogancia, indiferencia hostil").

W.R. Bion considera que no puede lograrse un progreso real con psicóticos ni con neuróticos graves, en tanto no se diferencie claramente la parte psicótica de la no psicótica de

la personalidad, y en particular el rol de la identificación proyectiva en la parte psicótica como reemplazante de la represión en la parte neurótica. "El ataque destructivo del paciente a su yo y la sustitución de la identificación proyectiva por la represión e introyección deben ser elaboradas" Bion (5, pág. 91).

De acuerdo con las conceptualizaciones anteriores, pensamos que una parte de los conflictos de este paciente no han podido ser elaborados, y se han organizado como núcleo psicótico escindido y proyectado en el cuerpo. Nuestro trabajo psicoterapéutico es darle un estatuto psíquico, un nivel de simbolización, o sea lograr la reintroyección de lo clivado y proyectado en el cuerpo. A través del material clínico, mostramos el trabajo a nivel de la parte psicótica de la personalidad, ejemplificando los mecanismos de escisión e identificación proyectiva, el ataque al pensamiento y al vínculo, así como la apertura a una posibilidad de pensar.

## V. MATERIAL CLINICO

Transcribimos fragmentos de una sesión, a los 10 meses de tratamiento que corresponden a un momento en el que se marca un esbozo de la posibilidad de contacto con su realidad interna:

P. Bueno... estuve pensando... no se desmaye. Pila de cosas. Encontré pila de cosas lamentables. No pienso que divago, me da vergüenza, ... medio divague. Pienso que, uno en general, una vida tiene un fin. Uno vive con la esperanza, y uno no tiene fin. No tengo algo que sea

algo. No tengo nada que me haga sentir contenta.

P. Para peor el sábado, yo con este (señala la bolsa que contiene las materias fecales). Cuando la bolsita se llena, algo se siente, uno está sentido pegado a los compañeros. Ayer me encastré, ¡qué horrible! Empecé a tener gases, hace ruidos como un estómago. No sabía que hacer... entonces hice como que no tengo nada que ver...

A partir de ahí, la paciente sigue hablando con rapidez, y a nivel contratransferencial la terapeuta se siente desbordada e imposibilitada de pensar.

En este trozo de material vemos que hay un sujeto que se aproxima a pensar sobre sí mismo, se acerca, pero inmediatamente anula y expulsa el conflicto. La alternativa es meterse consigo misma o huir a través del cuerpo. Es en el pensar, donde se encuentra con su realidad: el "enchastre", los olores, los ruidos; donde se une con sus sentimientos: la vergüenza, la esperanza, los proyectos. Tomar contacto con esta realidad le resulta intolerable, y huye evacuando sus conflictos por la función corporal: "entonces hice como que yo no tengo nada que ver".

Queremos recalcar que en este material, la utilización del lenguaje no es para comunicar, en su sentido simbólico, sino que es un modo de acción con efectos materiales en el terapeuta: a través del bloqueo de la posibilidad de pensar. Es decir, bajo una apariencia de comunicación simbólica hay un modo de comunicación por identificación proyectiva tal

como ha sido señalado por Bion (7) y Alvarez de Toledo (1).

**La paciente se va alejando cada vez más de la posibilidad de conectarse con su realidad interna y externa, y la terapeuta interviene:**

T. De pronto buscarle un fin a las cosas tuyas puede tener que ver con ponerse a pensar en lo que Ud. sí, tiene que ver.

P. Esto a mí, me descentra. Tenía la mente nada más que la clase, las cosas me entran por un oído y me salen por otro... Hablo... y me resuena la voz en los oídos.

T. Parece que escucharme a mí la descentra, por eso las cosas le entran por un oído y le salen por otro.

P. Estoy de lo más indecisa, y eso molesta. Me pasó en la biblioteca que me sentí horrible y me fui. Por suerte, no había gente alrededor, entonces me volqué a comer y a hacer pañuelitos. Estoy leyendo "Metamorfosis" de Chester, se sacan pila de cosas del individuo. Uno va leyendo el por qué de ciertas transformaciones, uno, queda con la idea. Antes leía y pensaba. Antes sacaba apuntes, algo sacaba. Cuando se está enfermo no se puede leer. Durante la enfermedad no se puede, en la convalecencia tampoco. Se pierde tiempo.

T. No perder el tiempo está muy relacionado con que Ud. pueda pensar lo que le pasa.

P. El tiempo que se pierde en "pavadas" y después se queja la gente, manejé... (sigue una comunicación diarrea y la terapeuta siente olores que provienen de la bolsa)... Llego a la calse y me siento, si quieren charlar conmigo, que vengan.

P. A mí de mi lugar no me sacan ni a palos... Me siento más segura en mi lugar. El otro día me encastré toda, qué vergüenza! Le iba a decir algo y se me fue. ¿Sentido crítico, es analizar las cosas? No tengo entonces...

T. Tener sentido crítico, es salir del lugar donde está.

En esta secuencia, "huir de la biblioteca" representa huir del lugar del saber, o sea un saber acerca del mundo interno que implica tolerar cierto grado de angustia, dolor psíquico en un sentido kleiniano.

Hay un lugar que ella llama la biblioteca, donde coinciden el saber con el sentirse mal. "Estoy indecisa" entre pensar y no pensar. "Me pasó en la biblioteca que me sentí horrible y me fui". La terapia la conduce a pensar sobre su realidad psíquica. Hay un lugar necesitado y temido. La necesidad es nutrirse. "Estoy leyendo "Metamorfosis" de Chester, se sacan pilas de cosas del individuo". O sea, la relación objetal como relación creadora, pero a la vez, hay que juntarse con el sentirse mal y esto es lo temido. Por eso se fuga del pensar y se vuelca a la acción: "me volqué a comer y a hacer pañuelitos".

Ella expulsa sus conflictos del nivel mental. Los oídos son la puerta de entrada a la realidad psíquica y Ana dice: "las cosas me entran por un oído y me salen por otro". Con sus emociones ella no puede tratar. Nos muestra la intolerancia de su yo a la ansiedad: "... me "encastré" toda... ¡qué vergüenza! le iba a decir algo y

se me fue...". "De mi lugar no me sacan ni a palos, me siento más segura en mi lugar".

El material que sigue ilustra los mecanismos psicopatológicos que ya hemos descrito en los Fundamentos Teóricos, página 82, siguiendo a Bion: el "ataque" al aparato perceptivo, la intolerancia del yo a la ansiedad y la disociación excesiva.

P. Estaba leyendo unos apuntes, uno decía: si quieres ver cómo actúas, ve los resultados, uno es lo que es, eso es lo bueno. No hay otro igual a uno. Me reía en la clase de historia. Procopio, un historiador, escribía que el jefe del ejército de Justiniano escribió una historia pública con grandes elogios para Justiniano; pero cuando murió le decía las cosas más desagradables del mundo... no sabemos a qué atenernos... eso embarulla más todo. Cómo tienen que ver las cosas. Tengo un libro que narra una serie de hechos; habla de dos chicos y dos chicas, uno de ellos escribió una composición "El día lindo, que tiene que ver con lo que pasó antes. Si uno lo lee bien, se ven cosas, y si no, no pasa nada. Está todo relacionado, los pigmeos, el nene y la nena, está todo relacionado con lo que le pasó.

T. ¿Y esto no será lo que le pasa a Ud.? Es como si en Ud. hubiera dos versiones de las cosas, dos líneas, dos historias; la historia que trata de forjarse, papi, mami, las nenas y la otra, la triste, la desagradable, la de las cosas que no se pueden hablar.

P. Vamos a ver qué resulta. Ya hace un año que vengo. Me hizo acordar mamá. "We have done a long way together". Me parece que hemos andado un largo trecho juntas. Si estuviera como antes lo que sería...

estaría tirando... "We have done a long way together". ¿De dónde lo saqué? ¡Ah! lo saqué de un "reclame" de cigarrillos...

A partir del momento de "la biblioteca", de la indecisión, de "La Metamorfosis", se esboza la encrucijada de los dos caminos posibles: "La Metamorfosis" y "A mí de mi lugar no me sacan ni a palos". El primer camino, podemos entenderlo como la posibilidad de escuchar con la terapeuta las cosas de otra manera. Si una persona ha llegado a una forma de vida tan empobrecida, es porque de ese modo, elude aspectos internos más aterradores aún. Y el camino de retorno a la vida, a la recuperación de su condición de sujeto —es terrible porque pasa por asumir la verdad psíquica que está clivada. "Metamorfosis" habla del deseo y del temor de ser "otra persona", de ser ella misma. La ansiedad que moviliza la pérdida de una identidad y la conquista de otra, implica pasar por el terror de lo desconocido. Todo cambio posible supone cargar con esta ansiedad y con la incertidumbre de lo que puede pasar: "vamos a ver qué resulta".

La culpa antitética de la "metamorfosis" es: "A mí de mi lugar no me sacan ni a palos...". "Me siento más segura en mi lugar". Esta afirmación representa el no cambio, la compulsión a la repetición, y es una jactancia (defensa maníaca) ante el horror a lo nuevo (reintroyección del conflicto). El tono y la rigidez de la defensa ilustra los conceptos que Bion (4) describe como ataque al vínculo: "la arrogancia y la estupidez". "Hemos hecho un largo

camino juntas...". "We have done a long way together...". "¿De dónde lo saqué? ¡¡ah, de un "reclame" de cigarrillos!. En una misma frase funde, comprime el valorizar con el desvalorizar, mostrando su dificultad de discriminar.

En esta secuencia que hemos transcrito, ella comienza haciendo un desafío a la terapeuta de que acceda a su interioridad singular: "Uno es lo que es... no hay otro igual a uno" y nos dice de sus dos historias que trae a través de Procopio. Hay una historia, la verdadera, que estuvo escondida por temor a Justiniano. Ella ya nos ha dicho que cuando papá y mamá se pelean se tapa los oídos, para conservar la buena historia: "papi y mami se llevan regio". Detrás de la historia edulcorada, donde no pasa nada, hay otra, que a permanecido oculta, y ésta es la que empieza a revelarse. El "barullo" es el efecto del tratamiento, "no sabemos a qué atenernos, eso embarulla más todo". Acercarse a su segunda historia es incluir a nivel psicológico lo escindido y proyectado en el cuerpo. Lo que está escindido en el cuerpo empieza a tener acceso a nivel psíquico. Esto es lo que Bleger señala como la movilización del "núcleo aglutinado" (aquí la segunda historia): "El reiterado y repetido proceso de proyección-introyección, junto con el reforzamiento del yo central por el análisis de los niveles neuróticos, hacen posible la movilización del "núcleo aglutinado", su fragmentación y discriminación. Durante mucho tiempo ocurre que tenemos que manejar el "núcleo aglutinado" como lo que es, un conglomerado, sin saber muy bien su

estructura (los objetivos internos en él involucrados, las partes de la personalidad y la experiencia específica histórica), y durante todo este lapso se impone la utilización de la interpretación no clivada, que lleva al paciente a reconocer un afuera que permite, por un relativo incremento de las asociaciones, reconocer y discriminar sus componentes. Cuando esto último se ha logrado, en cierta medida, la interpretación clivada permite tentar la reintroyección, que sólo es factible cuando se ha conseguido un cierto avance en la discriminación. Podíamos decir que la reintroyección sólo es exitosa con objetos internos discriminados, y llamamos exitosa a la reintroyección estable, que no es seguida de una inmediata reproyección (Bleger, 11, pág. 96). Son estas puntualizaciones teóricas las que se han seguido en la comprensión y en el manejo técnico de la paciente.

A partir del encuentro con su segunda historia y con el despliegue de las dimensiones persecutorias de su mundo interno, se establece en la sesión un campo comunicacional que ilustra las dificultades de la paciente para reintroyectar el conflicto y sus ansiedades concomitantes, así como para poder sostenerlo en un nivel de pensamiento. Se ven reiterados intentos de reproyección y de destrucción del pensamiento.

Aportemos material:

- P. Lo que me dijo Laura me bajó del mundo iluso. Cada cosa en su lugar. El 8 y el 9 los de la clase hacen una convivencia en Piriápolis. Es para pasar el día, para unirnos más, para conocernos más, pero no sé si valdrá

la pena ir. Tengo ganas de ir a ver a Rosario.

T. Su indecisión es, si se queda a hacer una convivencia conmigo donde intuye que yo la puedo bajar de ese mundo iluso que Ud. se forja.

Las intervenciones de terapeuta y paciente centran un campo comunicacional. Vemos qué destino tiene esto en Ana: su asimilación o su reproyección.

P. Me estaba acordando, antes lo fácil que me resultaba mentir, por ejemplo, decir una mentira trivial... ¡ahora me cuesta tanto! Mami se enoja conmigo: ¡No sabés mentir! Es un embrollo decir una mentira... antes podía imitar un estado de ánimo perfecto. Ahora me puede salir, pero no tan fácil. Me encuentro como... hablo con una persona, me viene algo a la mente que no quiero decir, pero me delata la cara pongo cara de callejón sin salida.

La paciente ha comprendido que el tratamiento es buscar una verdad interna (antes era fácil mentir, ahora no) y trata de asimilar la interpretación de la terapeuta. A esto se le contrapone la "mami de la falsedad", la que se enoja con la verdad. Esta madre es un personaje central en la constelación real y fantasmática de Ana. Esa falsedad, la prohibición de decir la angustia en sus términos reales, es en nuestra hipótesis un motor fundamental en la génesis de la enfermedad. En este material se junta la mentira de antes con la verdad de ahora. Antes y ahora no son tiempos cronológicos sino términos de un conflicto, de una estructura. Acá vemos los términos confrontados, mientras que en el

texto anterior estaban comprimidos ("Hemos hecho un largo camino juntas, ¿de dónde lo saqué? De un "reclame" de cigarrillos.").

Al situarse ante el conflicto psíquico que ella misma ha definido (madre verdadera y madre de mentira), a Ana le vienen a la mente cosas que no quiere decir (distensión de la represión) y se siente en un callejón sin salida. El conflicto es ahora endopsíquico.

T. En este año Ud. se ha ido acercando a la historia verdadera, y seguramente le es más difícil decir: aquí no pasa nada.

P. Tengo un profesor de literatura que es brutal. Empieza por Valery y nos termina contando del campo, nos explica como distinguir una víbora venenosa de una no venenosa... contaba el otro día que para él la juventud no era la parte más alegre, sino la más triste... es una época triste, es una época de indecisión.

La terapeuta comienza a hablar y es interrumpida por la paciente de una manera despectiva:

P. Ya sé lo que me va a decir, ¡pucha! ya empieza la filósofa.

La segunda intervención de la terapeuta también la invita a la verdad, la paciente dice que tiene un profesor (terapeuta) brutal, por que la lleva a enfrentar y a discriminar la verdad de su historia, que ella quiere desconocer. Esta verdad es brutal, debajo de la poesía —Valery— está la víbora venenosa, lo que mata. Aquí Ana va a decir ¡basta! a la reintroyección. Cuando el juntarse con lo que hay que decir es

enfrentarse con la víbora venenosa, el “yo quiero pensar con Ud.” —implícito en “ya no puedo mentir”— se transforma en “¡Pucha, ya empieza la filósofa!”.

T. Ud. se pone tan despreciativa, proque lo que en realidad teme es que yo la lleve a ver lo venenoso que la carcome.

P. Eso me revienta, me río. Cuando algo no me interesa me hago una sonrisa. Lo empiezo tomando como una cachada (empieza a hablar vertiginosamente y gritando; se siente el olor que proviene de la bolsa). Estoy aburrída de tomar el bus. Estaba tratando de subir y un hombre me empujó: ¡dále, apúrate!. Era un hombre con una valijita de ejecutivo y me dijo: ¿se podría correr un poco? Yo, oídos sordos. Yo... ni minga. Si me equivoqué, lo siento. ¡Tenía un olor a sudor inmundado, yo tengo derechos sobre mi territorio!

Es a partir del sentirse acorralada por la verdad psíquica (“Pongo cara de callejón sin salida”... “Me viene algo a la mente que no quiero decir”), que se defiende de la dimensión persecutoria poniendo en juego las defensas maníacas (triunfo, desprecio y control del objeto). En este movimiento vemos cómo esboza la posibilidad de pensar (“me bajo de un mundo iluso”), y cómo rápidamente esto fracasa y se destruye (“yo...oídos sordos... Tenía un olor a sudor inmundado...”).

Transcurridos 6 meses del material expuesto, veremos insinuarse la apertura a un tiempo depresivo y a la posibilidad de pensar.

P. El fin de semana se me hizo largo, no de aburrido sino de contenido. estuve estudiando Kafka, “La Metamorfosis” y me dejó angustiada.

Ella nos habla de que pudo sostener su angustia, lo cual contrasta con momentos anteriores cuando resolvía su ansiedad psíquica mediante la evasión (“Me volqué a comer y a hacer pañuelitos”).

P. Me hacía acordar un poco a mí. Leyéndolo no necesito que me expliquen por qué dice una cosa y no dice otra. Hay una parte en que el insecto arma todo un escándalo y pone la casa patas para arriba. Después quiere ordenar todo pensando que ha sido el único que guardó la calma, como dejando de lado qué realmente había sido él, el que puso todo patas para arriba. El libro está lleno de “los padres deberían haber hecho tal o cual cosa”.

Cuando puede hallar una solución, lo que pasa es que no se la busca, es muy pasivo él, hace las cosas porque sí, hace lo posible por no hacer las cosas. Si no tendría que tomar la solución él, y para él todo es un problema.

P. Después que hace un mes de la metamorfosis, se siente contento porque la madre va a ir a verlo. La hermana quería sacarle los muebles porque él correteaba por las paredes. Pidió ayuda a la madre porque no podía ni el padre ni la sirvienta. Pero la madre dice: “¿Te parece que tendríamos que hacerlo? ¿No sería condenarlo para siempre, dejarlo a su suerte?”.

P. Escuchando eso se dió cuenta de la falta de diálogo con la madre y la monotonía de la familia. Pensó que había estado en el borde del olvido y sólo la voz de la madre lo había vuelto de nuevo al recuerdo.

En este material vemos cómo Ana trata de esbozar su lugar en la trama familiar, y puede decir que ella, como Gregorio Samsa, no sabe si es una persona o un monstruoso insecto. El hacerse bicho — tiene que ver con las relaciones intrafamiliares o las intrapsíquicas— que siempre están vinculadas con las intrafamiliares. También como en Gregorio, el movimiento paradójico es que cuando Ana empieza a pensar esto, ya es más persona que bicho. Desembocar como ser humano es ser sujeto de una tragedia donde siente que sólo está ella misma, sino todo su núcleo familiar del cual se siente depositaria. Su miedo es poner “la casa patas arriba”, romper el equilibrio familiar, que a su vez es el equilibrio intrapsíquico.

Como índice de la entrada a la posición depresiva vemos el intento de discernir lo propio de lo ajeno. Aparece un escenario de personajes dañinos y dañados — madre, hermana, padre, sirvienta. Ella quiere entender la trama. Cómo entre ella y los otros se ha establecido este circuito de dañadores y dañados, que ha transformado a un ser humano en un insecto monstruoso. Este es un intento de comprender qué es lo que ella hace y qué es lo que le han hecho. Estar al borde del olvido y volver al recuerdo, se refiere al levantamiento del clivaje, y a poder restituir como drama humanos las situaciones horribles. Esta es la reintroyección a nivel psíquico de lo clivado en el cuerpo. El levantamiento esbozado del clivaje integra el poner la casa “patas arriba” (ruptura del equilibrio intrapsíquico e intrafamiliar), y

pensar desde una perspectiva humana la tragedia del insecto.

## VI. CONCLUSIONES

Nuestro abordaje de este caso está inscrito en un marco referencial teórico de orientación analítica kleiniana. Los aportes de J. Bleger — en cuanto al “núcleo aglutinado” — y de W. Bion — en cuanto a la parte psicótica de la personalidad — y su relación con los procesos de simbolización — fueron los ejes fundamentales para la comprensión de la paciente.

De acuerdo con estas conceptualizaciones, pensamos que una parte de los conflictos de este paciente no ha sido elaborada a nivel psíquico, organizándose como un núcleo psicótico escindido y proyectado en el cuerpo. Nuestro trabajo psicoterapéutico es darle un estatuto psíquico, un nivel de simbolización, o sea lograr la reintroyección de lo clivado y proyectado en el cuerpo.

La movilización del “núcleo aglutinado”, su discriminación y su fragmentación, se hacen posibles por el reiterado proceso de proyección —introyección, junto con el reforzamiento del yo central por el análisis de los niveles neuróticos. Al comienzo, se trabaja con el “núcleo aglutinado” como un conglomerado, sin saber muy bien su estructura (los objetos internos en él involucrados, la parte de la personalidad y la experiencia específica histórica), utilizando la interpretación no clivada que lleva al reconocimiento de un afuera, y va permitiendo reconocer y discriminar sus componentes. Cuan-

do se ha conseguido un cierto avance en la discriminación, la interpretación clivada permite tentar la reintroyección, la cual sólo puede ser exitosa con objetos internos discriminados.

El material clínico nos permite ver la evolución de la paciente desde un

ser "fáctico" en el que todo está a nivel de suceso, con un lenguaje de acción (ecuaciones simbólicas) y donde las viviendas no son elaboradas sino registradas y "espetadas" inmodificadas en el terapeuta, a la posibilidad de pensar, o sea de estructurar un campo comunicacional rescatando un universo simbólico.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ DE TOLEDO, L.G. El análisis del asociar, del interpretar y de las palabras. Revista Argentina de Psicoanálisis, Tomo XI, No. 3, 1954.
2. BARANGER, W. La noción de material y el aspecto temporal prospectivo de la interpretación. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Tomo IV, No. 2. 1961-1962.
3. BARANGER, W. Posición y objeto en la obra de Melania Klein. Paidós, Buenos Aires, 1976.
4. BION, W.R. "Ataque al vínculo" en Volviendo a pensar. Paidós, Buenos Aires, 1972.
5. BION, W.R. "Diferencia entre la parte psicótica y no psicótica de la personalidad" en Volviendo a pensar. Paidós, Buenos Aires, 1972.
6. BION, W.R. "Desarrollo del pensamiento esquizofrénico" en Volviendo a pensar. Paidós. Buenos Aires, 1972.
7. BION, W.R. "Lenguaje y esquizofrenia" en Nuevas direcciones en psicoanálisis. Paidós, Buenos Aires, 1965.
8. BION, W.R. "Notas sobre el pensamiento" en Volviendo a pensar, Paidós. Buenos Aires, 1972.
9. BION, W.R. "Notas sobre la teoría de la esquizofrenia" en Volviendo a pensar. Paidós, Buenos Aires, 1972.
10. BION, W.R. "Sobre la arrogancia" en Volviendo a pensar. Paidós, Buenos Aires, 1972.
11. BLEGER, J. Simbiosis y ambigüedad. Paidós. Buenos Aires, 1967.
12. FONTANA, A. Colitis ulcerosa - Presentación de un caso. Revista Argentina de Psicoanálisis. Tomo XV. No. 3., 1958.
13. KLEIN, M. "Algunas consideraciones teóricas sobre la vida emocional del individuo en Desarrollos en Psicoanálisis. Paidós, Buenos Aires, 1967.

14. Klein, M. Envidia y gratitud. Nova, Buenos Aires, 1960.
15. KLEIN, M. "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo" en Contribuciones al psicoanálisis. Harwe, Buenos Aires, 1964.
16. PAZ, J.R. Psicopatología - Sus fundamentos dinámicos. Nueva Visión, Buenos Aires, 1970.
17. RODRIGUE, E. RODRIGUE, G.T. de El contexto del proceso analítico. Paidós, Buenos Aires, 1966.
18. ROSENFELD, H.R. Estados psicóticos. Paidós, Buenos Aires, 1968.