

Detención del tiempo, angustia claustrofóbica y actuación. Un caso clínico *

Reggy Serebriany

I. PRIMER CONTACTO

Un día, hace ya tres años y medio, respondo a un llamado telefónico. Pregunto quién me habla. “El doctor X...” contestan. Dudo un momento, el nombre me era desconocido. “¡Cómo es que no me conoce si yo me voy a analizar con usted!”. Enterada en ese momento del motivo de la llamada, fijamos hora para la primera entrevista.

Cuando acudió a ésta, su forma de entrar en el consultorio, de hablar, de fijar inmediatamente horarios y honorarios me hicieron sentir totalmente invadida. En pocos minutos todo parecía solucionado, y manifestó su deseo de comenzar en ese mismo momento, aunque yo no sabía el motivo, por lo menos consciente, que lo traía al análisis. Es claro que el enorme monto de ansiedad era palpable.

Un año más tarde, pudimos ver que su relación conmigo no había empezado en esa primera entrevista, sino mucho antes, cuando alguien le habló de mí y pudo concretar entonces en una figura que era sólo un nombre en ese momento, un viejo anhelo: “Tengo que decirle algo, a alguien, en alguna parte”. Ya tenía ese “alguien” y el “alguna parte”; seguimos buscando el “algo” que tiene que comunicar.

Pudimos ver también que ése había sido el único modo posible de tomar contacto: no podía *elegirme* como analista, porque esto hubie-

* Trabajo leído en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 18 de abril de 1961, y publicado en la revista *Psicoanálisis* de APA, año 1962, N° 3, Tomo XIX.

ra significado para él que yo era un objeto externo, libre, con posibilidad de movimiento y que a mi vez podía elegirlo o no. Su angustia frente a la posibilidad del rechazo era tan grande que necesitó incorporarme totalmente desde el primer momento. Por eso yo ya debía saber quién era, a qué venía y no podía plantearse la posibilidad de la elección, puesto que yo ya era “él”.

El paciente y su tratamiento

Cuando comenzó su análisis yo sólo sabía de Ricardo, que era el menor de dos hermanos, que tenía 31 años, era médico, casado, que tenía un hijo de pocos meses y que estaba muy angustiado. Ni siquiera me dio su apellido sino solamente su nombre precedido por el título. Más tarde, cuando surgió su angustia confusional y su desconcierto frente a sus múltiples personajes, comprendí realmente que en aquel primer momento no sabía quién era: el título le servía para tener un rol más o menos fijo frente al mundo, el apellido le permitía ubicarse dentro de un núcleo familiar. Hasta la fecha, son muy pocos los datos concretos de su pasado que conozco, salvo unos pocos episodios petrificados, núcleos de sus personajes, y su análisis, hasta hace un año, transcurría en un continuo presente.

Ricardo trajo y actuó en el consultorio con algunos de estos personajes que reflejaban un intento, siempre fallido, de elaborar su intensa angustia paranoide. El *boxeador*: practicó boxeo en su juventud para tener un arma secreta de defensa, pero de hecho, era el que recibía los golpes, porque tenía miedo de pegar; sentía que deseaba y podía matar. El *filósofo de café* era el que intentaba depositar sus partes en conflicto entre los que le escuchaban y controlarlas luego allí, omnipotentemente, para no reintroyectarlas; el *poeta* escribía cuando ese mecanismo le fallaba y esto representaba otro tipo de depositación. Además las poesías que a menudo me recitaba o traía escritas, eran también un intento de elaborar lo visto en sesión, pero tenía que hacerlo fuera del consultorio, lejos de mí, por su angustia claustrofóbica. “Esto lo voy a terminar afuera”, decía muchas veces al irse, y su fantasía correspondía a su práctica sexual más común: *coitus interruptus*. El *loco* daba rienda suelta a la manía, en un intento de triunfar sobre el perseguidor; en sesión en esos momentos se burlaba de mí, contaba chistes, silbaba, se sentía *genio*, otro de sus personajes, sabía todo y hacía cosas maravillosas; a veces también intentaba asustarme, es decir, pasarme su propio miedo. Este

personaje cargaba sobre todo con la omnipotencia y la negación: era “loco”, por lo tanto no tenía responsabilidad, y no era “malo”; no tenía porqué temer el castigo. Y luego el *médico*: curar era su posibilidad reparatoria, pero le fracasó, y este fracaso lo trajo al análisis cuando sintió que, frente a sus pacientes, surgían compulsivamente sus otros personajes y aparecían masivamente todos sus conflictos: la intensa competencia con sus colegas, la dificultad por su ambivalencia con los jefes, la vivencia persecutoria frente a los pacientes que no sólo le impedía el contacto con ellos, sino que lo envolvía en conflictos con los familiares. Por supuesto, cobrar honorarios en estas circunstancias era casi imposible.

Estos fueron sus primeros personajes. En el curso del tratamiento aparecieron otros, el ladrón, el asesino, el cobarde, pero ya no tenían ni la fijeza ni la intensidad de los primeros. Más tarde aparecieron también los roles que no existían: el de esposo, el de padre.

Dos datos importantes para la comprensión del caso: la intensa rivalidad y culpa con el hermano mayor (pues éste, figura admirada y envidiada en su infancia, en la actualidad ha fracasado profesionalmente), y las características del grupo familiar actual: Ricardo con su esposa e hijo vive en la casa paterna con su hermano, sus padres y otras personas de la familia, recogidas por la madre a quien mi paciente describe como una mujer que necesita proteger a todo el mundo y dar desmesuradamente. Parecen haber gozado de una situación económica más o menos holgada en un principio, con una característica especial: todo el dinero que ganaba el padre iba a una caja fuerte de la que todos estaban autorizados a sacar, sin ningún tipo de cuentas. No se sabía cuánto había, cuánto se sacaba, ni quién lo hacía. En la actualidad, y desde algunos años, la situación cambió pues el padre tuvo que cerrar su negocio y depende en parte de los hijos. Ricardo es quien más gana por ahora y, como veremos después, esta circunstancia pone en juego sus conflictos básicos: envidia, dependencia, agresión, culpa.

Quiero señalar también, aunque brevemente, dos características más del tratamiento: 1) el presente constante en que se desarrolló, durante los primeros años sobre todo, como si Ricardo no tuviera ni pasado ni futuro y 2) la intensidad dramática del vínculo transferencial, determinada en gran parte por la utilización masiva de la identificación proyectiva. Esto planteaba situaciones de difícil manejo, por el riesgo constante de caer en contraidentificación proyectiva, sobre todo frente a sus actuaciones y exigían un continuo

análisis de mi contratransferencia. Si bien se acostó en el diván desde la primera sesión, no tolera esta posición por mucho tiempo. Se sienta frecuentemente, como respuesta a una interpretación angustiante de la que tiene que protegerse, y suele volver a acostarse cuando siente que puede restablecer el contacto conmigo. Otras veces la situación es más persecutoria, necesita poner más distancia entre nosotros y se va al escritorio, que es el lugar más alejado de mi sillón, y desde allí me mira, me controla, me inmoviliza. En algunas ocasiones la necesidad de descarga se hace compulsiva: empieza a golpearse los puños, da golpes en las paredes, camina agitadamente por el consultorio, trata de romper, alguna vez de quemar, algo mío. Esta actuación indica el incremento de su odio, de su necesidad de destruirme y de su miedo, pero también está el elemento protector. Se aleja de mí por miedo y odio, pero también para protegerme de esa misma situación y la pared recibe los golpes que, con todo, no me quiere dar. Estas situaciones agudas se presentaron en sesión desde el principio de su análisis, y se incrementaron en la medida en que se fueron espaciando afuera. Con el tiempo sus crisis disminuyeron en duración y frecuencia. En la actualidad, Ricardo me previene que siente avecinarse una situación difícil, intenta comprenderla y generalmente todo se resuelve en el curso de la sesión. Además la actuación en sí se reduce casi a sentarse y controlarme.

Para terminar, una descripción diagnóstica que nos permita situarnos frente al paciente:

Se trata de una personalidad esquizoide, con un fuerte incremento de los elementos orales y un problema básico de envidia frente al objeto primario. Las defensas se estructuraron sobre todo en el plano de la manía y la psicopatía: negación, identificación proyectiva, control mágico y omnipotente y actuación compulsiva son los mecanismos más empleados. La intensa vivencia persecutoria de su propia agresión dificulta la elaboración de la situación y la posibilidad de alcanzar la posición depresiva, haciendo fracasar por lo tanto sus intentos reparatorios, con el consecuente aumento del sentimiento de culpa, que se hace rápidamente intolerable. La vivencia de lo “irreparable” dificulta también su capacidad de “insight” que se transforma a veces en “pseudo insight defensivo”.¹ Por último frente a su angustia de castración, suele acudir a defensas homosexuales pasivas.

¹ Término acuñado por León Grinberg, citado en el trabajo de Etchegoyen. (Ver bibliografía).

II.

A continuación presentaré material clínico de dos épocas del tratamiento de Ricardo. Primeramente, el resumen de una sesión del tercer mes de análisis y en una segunda parte, material posterior perteneciente al tercer año.

Una de las primeras dificultades que se presentaron, fue el manejo que Ricardo hacía de su tiempo. Nunca le alcanzaba por sus múltiples actividades, decía, y nunca podía descansar lo necesario. Generalmente llegaba tarde a la sesión, como en la que resumo a continuación:

“Bueno... hasta corrí para llegar a tiempo”. Dice que se siente mejor, que la sinusitis anda más o menos. “Estuve pensando en las cosas que me dijo... y sirven... Las usé en otros y resultan... son útiles. La medicina actual cura con píldoras, eso no es curar, no sirve. Esto sí”. Después se refiere a posibles dificultades con el pago.

Le interpreto su desconfianza por las cosas que le doy; me está poniendo a prueba afuera, utilizando mis interpretaciones para ver qué pasa, y adentro al venir corriendo para ver si se le producía o no el infarto.² Prueba qué valor tiene lo que le doy y me dice que en esa medida me va a dar (pagar).

“Puede ser. Yo tengo problemas en pagar o cobrar”. Después describe la situación en su casa: el hermano que está estancado y que tendría que analizarse, las peleas de la casa, los conflictos entre la madre y la esposa. “No se sabe bien qué pertenece a quien... hay tantas piezas... tanta gente...”

Interpreto que está angustiado porque aquí también siente que hay muchas piezas, mucha gente que vive conmigo, que quisiera saber qué pasa.

² En la sesión anterior tuvo una precordialgia como respuesta a una interpretación, con la fantasía de que iba a tener un infarto, y el dolor desapareció con la interpretación siguiente. La interpretación adquirió entonces un valor mágico y omnipotente, suscitando su rivalidad y envidia por mi medicina que podía curar instantáneamente, pero también su miedo porque podía enfermar del mismo modo.

“Claro. Yo quisiera saber qué hace usted cuando me voy. No se muere cada sesión para revivir cuando vuelvo... Al finalizar la otra sesión me fui haciendo un montón de fantasías de agresión sexual... Quería saber qué cara pondría si me tiro encima suyo y la desnudo”.

Ricardo no puede admitir que la sesión termine y que transcurra un lapso hasta la siguiente, no puede esperar. Siente que mientras está conmigo, me controla, me retiene, no pasa nada, pero apenas se va, me libero, me voy “a las otras piezas, con la otra gente” (fantasía de escena primaria) y empieza la confusión y la pelea dentro de Ricardo. Entonces me desnuda, para que no pueda escapar, o me deja muerta hasta revivirme la próxima sesión.

Además, el haber expresado en palabras esa fantasía agresiva, es haberla realizado ya, en sesión, y empieza a angustiarse cada vez más. Se sienta en el diván, no puede mirarme. Se siente encerrado, acosado:

“No puedo acostarme... No puedo tampoco hablarle sentado... sería como de persona a persona (juega con un cenicero amenazando romperlo). Dice que tiene ganas de tirarlo, de patear el escritorio hasta romperlo. ¿Tendría que pagarlo?”

Le interpreto su miedo frente a sus impulsos agresivos y su pedido que le ponga límites.

“Tiene razón. Me porto como un chico. ¿Sabe qué pensé? Quisiera seguirla por la calle para ver qué hace... me volvió el dolor precordial”.

Le señalo el dolor como castigo por sus fantasías agresivas.

“Sí, es cierto, mi madre tuvo una angina de pecho, después hizo un infarto y si no se cuida y baja la tensión, le va a ir mal... Muchas veces le deseé la muerte... me tenía atado con su cariño... yo siempre me iba de casa, aunque fuera al café... Tengo ganas de decirle unos versos míos, pero usted va a decir que quiero conquistarla... Y bueno (riendo) la voy a conquistar”.

Ricardo nos muestra aquí sus dos defensas principales: la actua-

ción psicopática y la manía, en la última parte del material. Con estas defensas intenta retomar el control de la situación, pues el impacto de la interpretación le hace sentir a veces que yo le escapo:

“Esto no es lo que yo pensaba, usted se mete demasiado. Yo quiero que vaya para un lado y usted va a lo que le interesa. Bueno... no sé... en mi casa hay mucho desorden... deseo un poco de orden”.

Si siente que yo me muevo independientemente, primero se angustia, luego es un alivio porque esto es sentido como poner orden en su confusión y límites a su posibilidad destructiva.

Al acercarse al final de la sesión, empieza a hablar muy rápidamente y de modo tal que me es difícil interrumpirle. Le digo que está realizando la fantasía de quedarse después de hora.

“Es cierto. No podía dejar de hablar. Bueno, son tres minutos de más... Esos no me los quita nadie”.

Ya en la puerta, me dice: “La estoy mirando para ver si es una persona de adentro o de afuera”.

Aquí aparece claramente su vínculo simbiótico: me mira en un intento de ponerme fuera, de conectarse conmigo como objeto real, pero siente que estoy dentro suyo y que no hay separación.

Quiero destacar algunos puntos de esta sesión, que resume bastante bien la situación analítica de mi paciente en aquel momento: 1) la enorme hostilidad que suscita la interrupción de las sesiones, su dificultad en aceptar la separación y su miedo al reencuentro, que es el reencuentro con el objeto destruido. Esta situación está expresada no solamente en sus fantasías sino también en su conducta y en el manejo del tiempo (principio y final de la sesión); 2) en este momento predomina la relación con un objeto idealizado y omnipotente al que ataca por rivalidad y envidia y del que se defiende con la disociación y el control mágico; 3) vemos también la disociación esquizoide y la confusión que se producen frente a la escena primaria vivida sádica-mente. Necesita impedir esa unión que le aterra y la fantasía es matarme para retenerme; 4) frente a la culpa que surge entonces, y a la identificación con el objeto atacado (precordialgia) que provoca también la angustia claustrofóbica, vemos sus principales defensas: la actuación psicopática y la manía.

III.

En el transcurso del tratamiento de Ricardo se presentaba repetidamente una misma situación, la amenaza de interrumpir el análisis, con dos matices diferentes: a veces era después de haber logrado algún progreso analítico, progreso que fantaseaba maníacamente como una curación rápida y total; o bien era cuando se sentía muy acosado por su mujer, que lo urgía a poner una casa propia y él se sentía impotente frente a ese pedido. Esta es la situación que se presenta en una sesión de diciembre del 59 (tercer año de tratamiento).

Pero esta vez, a diferencia de situaciones anteriores, no siente que yo se lo impido, que lo ato (como el echarpe³ de su madre) y entonces “elige” analizarse. “Usted no me deja ir” y la consiguiente pelea, se transforma en “Yo me quiero quedar. La necesito”, como si recién en ese momento, aflojada en cierto grado la situación simbiótica, pudiera reconocer su enfermedad y su necesidad de curación. En la primera posición persecutoria está todo el plano de la actuación: me quitan, me obligan, me exigen, me agotan y su dramatización en la actuación desmedida (mucho trabajo sin tiempo para comer ni dormir) con el agotamiento consecutivo, “en esos momentos enflaquezco”. Corresponde a la vivencia del llamado telefónico. Se identifica masivamente conmigo, se funde, aboliendo mágicamente las distancias entre Yo y no-Yo, evitando la angustia del posible rechazo, de la separación del objeto vivida como muerte. En la segunda posición, siente que estoy fuera, que puede elegirme o no, pero entonces también se plantea la posibilidad de mi elección y aceptación. Y es posible que yo no quiera, porque “me imagino que va a estar mucho más tranquila cuando yo me vaya”. Es su primera preocupación por mí como objeto externo, sometido a todas las vicisitudes de lo que constante y masivamente proyecta sobre mí. Anteriormente frente a la posibilidad de que asomara su sensación de culpa decía: “Si usted se enferma, usted tiene la culpa, es porque no se quiere curar”.

Luego surge más claramente su sensación de deuda. Primero, la deuda de afuera con sus padres y su necesidad de devolverles lo que

³ En la sesión resumida en la segunda parte, vimos la queja del paciente al hablar de su madre: “Me tenía atado con su cariño”. En otras sesiones refiriéndose a la misma situación, describió ese cariño como un *echarpe* que lo ahogaba y no dejaba escapar.

recibió. Y ese mes por primera vez me paga el último día, no totalmente, porque no disponía de esa suma, pero sí de la mayor parte. Esto era todo un cambio. En primer término estaba en la realidad del tiempo externo, de calendario: además, pagarme parte y no todo, era reconocer que había una deuda y podía asumirla durante un tiempo. Con todo, si bien es verdad que el pago empieza a tener un valor reparatorio, sigue siendo una reparación maníaca: “Aquí la situación es justa. Aceptada por un contrato mutuo. Puedo pagar lo que debo”, con lo que niega todo lo que siente como deuda de afecto y agradecimiento. Pero ése es su modo de tranquilizarse y de decir “no robo”.

Se acercaban las vacaciones y siente que puede esperar mi regreso para decidir si continúa o no el tratamiento (existe ya un futuro y puede dilatar el tomar una decisión). Además el pasado empieza a tomar forma temporal justamente en relación a la vivencia de deuda. “Debo 25 años a mis padres de haberles dado un hijo loco. Mi mujer me aguantó 10 años. Antes lloraba una vez por mes, ahora es todos los días”. El pasado, en su vector temporal, puede medirse y paralelamente también el futuro. “Tendré que esperar que Fernando se reciba para irme de casa”.

En ese mismo contexto, empieza a disminuir la situación claustrofóbica expresada últimamente en la necesidad de huir de su casa y del consultorio antes de tiempo. “Siento que si me voy ahora, en vez de salir con mis dos piernas, tendré que volver a usar muletas”.

En resumen, se acerca a la posición depresiva, empieza a “apenarse” por el daño hecho al objeto, y puede empezar a admitir su preocupación en la medida en que siente que puede repararlo. Es menor su necesidad de negar el tiempo y manejarlo omnipotente-mente, ya no necesita fundir el pasado y el futuro es un devorador presente. Ese presente que “devora” es el que alimenta su fantasía claustrofóbica y que le hace huir constantemente.⁴

Se plantea entonces un aumento de honorarios para la vuelta, lo que intensificó nuevamente la situación de encierro; parecía no haber salida de ningún tipo. Llegada la última sesión, le digo al comienzo de la misma cuánto pensaba cobrarle. “Es justo lo que yo pensé

⁴ Durante la sesión anterior había estado totalmente desconectado de mí, perseguido por las quejas de su mujer que le había dicho que se moría si no la sacaba de la casa. “Parece un pájaro pero me enloquece con su pío, pío”. Sólo se reconectó conmigo cuando pude mostrarle que el pío, pío enloquecedor era su propia parte exigente, hambrienta que reclamaba constantemente alimento de mí.

anoche”, contesta, e inmediatamente se sienta en el diván presa de gran angustia. “Anoche estuve pensando cuánto podría pagar y qué sería lo justo en este momento y llegué a esa cifra. Después... me encontré más tranquilo y empecé a pensar otra vez en el horario y entonces me di cuenta que podía encontrar tiempo para atender el consultorio”. Pero ésta es la situación más temida; nos hemos puesto de acuerdo en lo que él considera justo y esto significa que: “hay algo afuera que se mueve independientemente de mí y *que no es solamente malo*”. Le aumento, soy mala, pero si el aumento de todos modos le permite seguir su tratamiento, también soy buena. Es decir, le fracasa la disociación, y el intento de retener el objeto bueno dentro y poner el malo fuera. Tiene que reconocer que no lo trago y entonces él no puede vengarse de mi parte mala tragándome. Tiene que dejarse existir fuera de él, tiene que dejarme vivir, eso ya es quererme y empezar a preocuparse por mí y sufrir por la separación.

De vuelta de la vacaciones, y en un intento de elaborar la situación persecutoria, la proyecta en la sala del hospital, donde siente que “progreso rápidamente pero con sus exigencias me están tragando”. Analizada esa situación y no pudiendo conservar el desplazamiento, empieza a sentirse exigido por mí. Para apaciguarme me propone un aumento de honorarios mayor que el que habíamos acordado y plantea dejar una sesión ya que no podría pagar cuatro como hasta ahora. Esta fantasía contenía algunos elementos de valorización, pero pronto pude mostrarle todos sus contenidos negativos: el aumento propuesto era taparme la boca y que yo no siga analizándolo, satisfacer mi avidez de dinero pero impedirme trabajar, ya que siempre sintió como muy importante tener cuatro sesiones; tres eran “lo indispensable para seguir viviendo (no enloquecer), pero sin posibilidad de progreso”. Era encerrarse y encerrarme acusatoriamente. Yo ávida, tragándolo y él acusándome de esa situación. También era un intento de superar la situación claustrofóbica escapándose.

Tres sesiones más tarde Ricardo entra invasivamente al consultorio con una carta dirigida a mi marido: la había encontrado en la escalera de mi casa; además, se había cruzado con el paciente anterior. Al entrar casi me atropella. Cuando intento mostrarle su actitud, me interrumpe: “No sé nada. No me di cuenta de nada”. Interpreto entonces la intensificación de sus celos frente a mi marido y a mis pacientes. Le digo que sintió que me mataba con sus celos y su odio; corrió para reencontrarme pero también para sorprenderme

en plena infidelidad. Toda la sesión estuvo rechazando mis interpretaciones y decía: “No sé, lo único que siento es la palabra culpa, culpa, culpa... Pensé que si la mato, no hay más culpa”. Es decir, si destruye el objeto acusatorio, nadie puede acusar; la posibilidad de destruir está proyectada en el futuro, *podría* hacerlo, pero es para negar que siente haberlo hecho *ya*; proyecta la culpa en acusación, y “actúa” matando la parte acusadora. Al finalizar la sesión, volvió a surgir el tema de los honorarios: dice que prefiere pagar más y venir tres veces. Al irse, mirándome con odio: “No puedo recibir nada de nadie, o reviento”. Revienta porque es admitir su necesidad, su pobreza (hermano menor, hijo, paciente) frente a un objeto idealmente pleno, y entonces me convierte en el objeto despreciado que puede comprarse.

Con todo, la sesión siguiente, de entrada me dice: “Lo pensé mejor: necesito las cuatro sesiones; *si usted puede* quisiera seguir como hasta ahora”. Es la segunda vez que se preocupa por mí como objeto total, “*si puedo...*”: tengo límites, tengo posibilidades que se agotan: Ricardo siente que podría agotarme con sus exigencias, con su avidez, e intenta “no hacer”. En ese momento puede aceptar que él también tiene límites, que no puede pagar tanto como otros. Es pasar de una situación de omnipotencia a otra más real, pero más importante aún, es aceptar su necesidad de mí y, sin tanta envidia, mi capacidad de dar. Puede aceptarla porque siente que mis posibilidades también tienen límites, “si usted puede...” Por lo tanto no soy ya el pecho idealizado, inagotable, perseguidor por su omnipotencia, exigente y devorador en la medida de su falta de límites. Ricardo y yo comenzamos a humanizarnos; siente que puede pedir, admitiendo su necesidad porque yo también tengo mi parte necesitada a la que él puede dar.

Esta situación siguió elaborándose en sesiones posteriores. En una de ellas demoré unos minutos en atenderlo. El primer material fue de desvalorización. Le muestro su miedo a que yo no apareciera por sus ataques de la sesión anterior (en que estuvo burlándose maníaca y compulsivamente de todas mis interpretaciones).

Ricardo hace consciente en ese momento su agresión: “Me di cuenta que al hablar, mato a todos... después me asusto tremendamente”. Sigue hablando de su agresión y de la necesidad de *reparar*. “Al decir esa palabra, se me hizo un vacío tremendo”. Asocia su deseo de caminar, frente a su actitud habitual de correr: “Para poder caminar es necesario que haya un piso, y que el pie se levante del piso,

que se pueda separar y después volver a encontrarlo. Pero si se siente que al levantar el pie, se pierde el piso para siempre, uno sólo puede quedarse inmóvil o echarse a correr, que es lo que hago siempre”.

Su relación transferencial en ese momento es con un objeto (piso, pecho) que contiene toda su seguridad, todos los límites y al que está unido simbióticamente. Si intenta separarse (caminar, progresar) puede hacer el primer intento (levantar el pie, agredir, abandonar), pero en cuanto lo hace y en el momento en que el pie está en el aire (que sería el momento de la “espera”, el momento del “insight”, de hacer consciente la separación, y elegir entre volver o seguir), la sensación de vacío es tan grande, en relación a sus fantasías agresivas tan intensas, que la posibilidad de *inmovilizarse* (volver hacia atrás a la relación simbiótica) o *correr* (actuación). Justamente, el monto de esta angustia es lo que le impide elaborar esa primera pérdida.

Meses más tarde, la fantasía de poder caminar adquiere otro matiz. Ricardo había llegado a un momento de su análisis en que, por primera vez, empezó a sentir sus propios límites. Había disminuido la idealización del objeto y la envidia, había aceptado mis limitaciones y podía aceptar las propias con gran sensación de alivio. En esas circunstancias, se plantea una duda acerca de la necesidad de intervenir quirúrgicamente a su esposa. Se angustia por lo que siente como una situación amenazante pendiente y por su incapacidad de esperar la evolución de la afección. Proyecta esta situación en su análisis y quiere dejar *ya*; luego seguir con una sola sesión, luego con tres. Esto sucesivamente, en la medida en que va elaborando su culpa. Reaparece entonces la claustrofobia en el tiempo, y comienza la pregunta compulsiva de siempre: “¿Cuánto va a durar esto todavía?” (se refiere a su análisis). Después dice: “Total cuando un hombre ha perdido una pierna y en vez de tirar también la otra, que es lo que yo hacía habitualmente, empieza a cuidar la sana, ya está curado, ya puede andar”.

Le muestro su necesidad de castrarse una parte (pierna perdida), para conservar lo adquirido, y también el intento de separarse de mí, para no seguir enfermándome. Porque para Ricardo progresar significa triunfar sobre el objeto y destruirlo. La disociación estaba en ese momento entre lo que decía y cómo lo decía: hablaba de progresos (en parte reales), pero la incapacidad de gozar de ese progreso y la frustración se manifestaban en su voz. Además, proyectaba e inmovilizaba en mí esa parte suya, y contratransferencialmente, yo sentía que tampoco podía alegrarme por lo logrado.

Esta situación básica dura dos sesiones, y surge una intensa desconexión: las interpretaciones no podían reestablecer la comunicación. En un momento dice con enojo que el análisis tiene sus límites y no se le puede pedir más de lo que puede dar (tiene entonces una intensa precordialgia). Le interpreto que siente que me está pidiendo más de lo que puedo dar, y teme enfermarme. Después me dice con mucho enojo: “Usted es como un médico que se ocupa de la pierna fracturada nada más. Curar, nada más que curar”. Le digo que siente que rechazo su parte sana, su parte que puede querer, y que sólo me ocupo de la parte enferma, agresiva y le muestro su propio miedo a querer, porque siente que inclusive con su amor podría dañarme. Estábamos al final de la sesión, y al comienzo de la siguiente, con mucho miedo, me trae algunas poesías, una de las que reproduzco:

“El hombre destruye todo lo que quiere
A veces lo mata por miedo a perderlo
Y de allí su drama porque sin quererlo
Fatalmente hiere.
Casi como el niño que alegre apretara
Sonriendo arrobado
Aquel pajarillo que muriera ahogado
Y él sólo quería que no se volara”.⁵

Aquí está explícita gran parte de su situación transferencial: la necesidad de tenerme constantemente controlada, inmovilizada, encerrada, por miedo a perderme, la vivencia de que esa situación lleva a la muerte y la angustia de sentir que es su única forma de querer. El paciente pudo ir comprendiendo lentamente esa situación y aceptando, aunque con muchos reparos, su parte amorosa. Llega un momento en que se siente “como el ratoncito que come el queso, pero no tiene por qué comerlo todo de una vez. Puedo esperar y comer luego otra vez”. Es decir, si el pecho está, y no lo ha vaciado y destruido totalmente, puede esperar su vuelta. Antes esperar era intolerable porque era esperar el castigo y la muerte: ahora puede esperar porque es esperar el reencuentro con el pecho y con la vida.

Después de esta sesión tuvo lo que Ricardo llamó “la maravillosa vivencia de ser yo mismo, entero, y esto me duró casi un día”. A partir de este momento empieza un lento cambio en mi paciente. Su actitud

⁵ Es otra vez la fantasía del echarpe, pero ahora, sintiendo que es él quien ahoga con su cariño.

se hace más tranquila, valora su trabajo como médico, puede aceptar más sus responsabilidades, las discusiones y peleas en la casa disminuyen, las sesiones se hacen menos tensas y las interpretaciones menos persecutorias.

Para concluir con esta parte, el resumen de una sesión de enero de 1961.

Comienza la sesión con el tema de mudarse de su casa y de la culpa por sentir que deja a sus padres cuando ellos envejecen. Luego cuenta que tuvo un llamado urgente en la guardia, que fue a ver a la paciente y que la internó, pero al poco tiempo murió. Después: “Ayer me di cuenta que miento. Lo que pasa es que no me puedo fiar de mi memoria. Si uno no recuerda la totalidad de una situación, entonces miente. Esto fue un descubrimiento... Yo siempre me fié de mi memoria, y de pronto me di cuenta que sólo me restituye una parte de las cosas. De la otra, ni medio... Entonces... no sé... antes creía que lo patológico era hablar, entonces dejé de hablar..., ¿pero también recordar...? Así que el único lugar en que puedo hablar y pensar sanamente, es aquí”.

Interpreto que en ese momento, yo soy su memoria, la depositaria de las cosas del pasado que le puede restituir las partes que él no puede recordar. En este momento en que él sólo recuerda la muerte de la paciente, quiere que yo le recuerde las veces que “sacó del pozo” a otros pacientes. “Sí, es verdad”. Después empieza a recordar que su madre siempre les daba cosas muy ricas para comer, que gastaban cualquier suma con tal de tentarlos, y que si ellos no comían, la comida se tiraba.

Le muestro su culpa por despreciar todas las cosas ricas que siente que le ofrezco y que teme que a fuerza de sacarme y desaprovechar cosas valiosas me puede envejecer y vaciar totalmente (en este momento está sentado y controlándose muy atentamente). “Es cierto, siento que estoy como esos pacientes que no me dejan trabajar”.

Después habla de la salud de su madre y de que no la atiende médicamente como debiera. Le interpreto que tiene tanto miedo a no poder curarla, después de haberla enfermado, que sólo puede quedarse unido a ella, controlándola, como lo hace conmigo en ese momento, con la fantasía de que el tiempo no pasa y ella no envejece, que él sigue siendo chico, porque siente que si ella le dió la vida, él le debe su vida (material de sesiones anteriores). Por eso su miedo a tomar; tomar significa tomar vida y luego tener que dar su propia vida.

Al irse de la sesión y refiriéndose a si podrá o no irse de su casa, dice: “Usted sabe lo que va a pasar... ¿Por qué no me lo dice...? Tampoco sé si usted va a poder aguantar algún tiempo si no le puedo pagar”. Es decir yo, como su memoria del pasado, puedo predecir su futuro. Ricardo no puede hacerlo todavía, porque no sabe el monto de la deuda, no sabe cuanto me dañó. No sabe si “podré aguantar” sin que él me alimente permanentemente, si podré vivir si él no me hace revivir en cada sesión. Con todo se está acercando a la posibilidad de saberlo, en la medida en que vaya integrándose con su pasado.

IV.

A continuación voy a resumir y completar algunas ideas esbozadas en el material anterior.

Mi paciente parecía estar fijado a un momento de su evolución psicológica que correspondería al momento en que tuvo que elaborar el primer duelo (destete) e iniciar el aprendizaje del hablar y del caminar. Ese primer duelo no pudo ser superado, la situación depresiva no pudo elaborarse y el aprendizaje se perturbó; hemos visto que Ricardo siente que está aprendiendo a caminar en análisis. Si para el niño empezar a caminar significa alejarse de la madre, podrá hacerlo siempre que sienta que puede reencontrarla. Para volver a reencontrar, es necesario mantener el vínculo con el objeto a través de la separación, pero si ésta significa muerte del objeto, y soledad absoluta del Yo, no hay reencuentro posible. Frente a esta vivencia catastrófica Ricardo no puede ya “caminar” (es decir, aprender, progresar, enriquecerse) y acude a la actuación psicopática⁶ o la fusión simbiótica con el objeto (recordar la sesión en que dice: “Para poder caminar es necesario que haya un piso y que el pie se levante del piso, que se pueda separar y después volver a encontrarlo. Pero si se siente que al levantar el pie se pierde el piso para siempre, uno sólo puede quedarse inmóvil o echarse a correr, que es lo que hago siempre”). Este es el vínculo que Ricardo establece conmigo desde el primer contacto (llamado telefónico): me incorporó totalmente y podría decirse que

⁶ Quiero resumir aquí los distintos sentidos que tenía la actuación tanto dentro como fuera del análisis: 1) *Reflejaba en qué etapa se detuvo su evolución y era un intento de superar esa detención.* En superficie parecía moverse mucho, hacer muchas cosas (recordar la actividad de sus múltiples personajes), cuando en realidad estaba inmovilizado por la imposibilidad de

el trabajo analítico en buena parte será el análisis de este tipo especial de vínculo omnipotente y sin límites, hasta llegar a la individuación. No puede tolerar que yo sea de “afuera”, me convierte en “de adentro”, me aprisiona y empieza a luchar para que no escape. Se vuelve omnipotente porque “es yo”, pero entonces ya no puede alejarse: sería perderme totalmente y quedarse vaciado de alimentos y lleno de rabia y miedo. La solución es inmovilizarme dentro (con el pecho idealizado y sometedor), pero entonces él es quien se siente encerrado, tragado y surge la ansiedad claustrofóbica. Tiene que liberarse y para conseguirlo acude a diversas técnicas: intenta vomitar el objeto peligroso, expulsarlo analmente, proyectarlo y controlarlo afuera, pero todas las técnicas fracasan, porque entonces se siente solo, vaciado, y en peligro en un mundo lleno de ataques: surge la ansiedad agorafóbica, vuelve a encerrarse como protección y sigue

aprender, ya que esto significa que haya un Yo bastante maduro para asimilar la experiencia del aprendizaje y del cambio que ella implica, sin desintegrarse. La inmovilidad es muerte, y para superar la angustia acude a la actuación, que no es en realidad “movimiento”, sino “agitación”. 2) Un *mensaje* en el que condensa un pedido urgentemente angustioso de ayuda y al mismo tiempo y con la misma urgencia, la necesidad de rechazar y destruir aquello que se le ofrece, aumentando la frustración y la agresión y estableciéndose así un círculo vicioso difícil de romper (“Si acepto algo, reviento”. “Si además es buena, tengo que matarla”). Era el ciclo habitual de las sesiones: cuando yo conseguía mostrarle algo y esto era vivido como enriquecimiento, en un primer momento parecía aprovechar y gozar de lo obtenido, pero enseguida surgía el peligro: sentía acercarse la culpa, pero también se incrementaba la envidia: si yo daba, era porque era rica. A veces esto significaba en un plano homosexual que yo era potente, más potente que él; otras, como mujer yo poseía capacidad creadora (pecho que alimenta); a veces yo representaba directamente la pareja unida en coito fértil; yo podía entonces dar como mujer, pero también era “profesional”, “enérgica”, tenía el pene dentro y la fuerza de la buena desvalorización y el triunfo maniaco sobre mi labor. “Es muy fácil, usted lo resuelve todo con palabras. Y con eso, ¿qué?”, destrozando justamente las “palabras” que viene a buscar. 3) Una *búsqueda de límites*: es el “criminal por sentimiento de culpa” en busca del castigo que pueda tranquilizar la acusación super-yoica. Las interpretaciones dadas en momentos de crisis adquirían ese doble valor: eran vividas muchas veces como castigo, pero al mismo tiempo lo tranquilizaban porque eran prueba de que yo seguía viva y que no había conseguido destruirme. 4) Una *defensa ante esa culpa* tan intensa, incrementada aún por la vivencia de su incapacidad reparatoria, que le permite proyectar los objetos persecutorios, y controlarlos afuera. 5) Una *defensa frente a la posibilidad de integración*, que hubiera significado tener que reintroyectar las partes rechazadas del Yo. 6) Un *intento reparatorio*, pero que sólo alcanzaba a ser reparación maniaca, con todos los elementos que ésta implica: a) negación de la culpa, como si la fantasía fuera: “Yo no hice nada antes, puesto que lo estoy haciendo ahora”, y tener que seguir haciendo para poder seguir negando; b) tiene que ser rápida, muy rápida, para no tener tiempo de mirar el pasado, que es ver y medir la agresión; c) el objeto reparado tiene que ser exactamente igual al objeto atacado, lo que es otra vez negar lo destruido.

el círculo vicioso. Salió de su casa para boxear, dejó el boxeo para ser filósofo de café, dejó el café para ser médico, deja la medicina para ser poeta. Este es el modo de “actuar”⁷ del paciente: escapar de un tipo de angustia a otra, con la necesidad además de mantener bien neta la división entre las dos situaciones, porque si se juntan se produce la confusión. Hemos visto que en sesión, a veces, se sentaba bruscamente en el diván, o bien se levantaba para sentarse en el escritorio. Acostado y sentado en el diván, o bien en el diván y en el escritorio, eran situaciones bien delimitadas y distintas que implicaban una división del espacio (y la correspondiente disociación del Yo). “El valor es miedo que corre para adelante”. “Los caminos sólo llevan a otros caminos”, decía Ricardo. Escapa corriendo siempre, anda por caminos que no lo llevan a ninguna meta y por eso nunca puede detenerse y descansar, porque esto supone tener capacidad de espera y “tener tiempo” que permita mirar y ver “qué se hizo”. ¿Qué teme ver Ricardo?: el contenido de sus fantasías agresivas. “¿Se acuerda cuando la amenacé con este cuchillo...? Bueno... ahora somos amigos”, dice al finalizar una sesión en que pudo detenerse y “ver”. No ha sido elaborada todavía la situación de la amenaza con el cuchillo, pero es un progreso. Porque “somos amigos”, porque ha reencontrado su parte que puede querer, puede empezar a admitir su parte que quiere matar. Este correr constante le impide toda adquisición, todo progreso, aunque a veces la situación adquiere otro matiz. Hemos visto que para Ricardo, progresar es matar; en un principio podía hacerlo con la fantasía de triunfo maniaco sobre el objeto, pero en el curso del tratamiento llegó un momento en que ya no quería hacerlo así y le quedaron dos posibilidades: o bien renunciar al logro,

⁷ Quiero diferenciar aquí el *actuar*, de la psicopatía, del *hacer* por el que entiendo movimiento útil y productivo, tanto físico como psicológico, que implica crecimiento, aprendizaje, enriquecimiento, progreso y que tiene un fin reparatorio. *Actuar* sería el movimiento propio de la posición esquizoparanoide, *hacer* el de la posición depresiva. En otro contexto, pero con el mismo contenido, el Dr. Liberman habla de *actuación*, oponiéndolo a *realización*. Por este último concepto entiende el “hacer” en situación grupal y en función de la teoría de los roles: ... “Lo mismo ocurre cada vez que logramos asumir un rol y una función oportuna y útil en los diversos grupos en que actuamos dentro de la Institución; cada vez que actuamos democráticamente. Aquí están las bases del proceso que denomino ‘realización’ y que consiste en aceptar el rol adecuado a las posibilidades de cada uno de nosotros en un momento dado y a las necesidades de la Institución. Esto sería una ‘realización’, en caso contrario tendríamos una ‘actuación’ con resultados negativos tanto para los grupos como para la práctica profesional”. (Sobre aspectos específicos de las relaciones entre analistas, en *Rev. de Psic.*, T. VII., N° 4, 1959).

para no dañar (esto significaba frenar la situación) o bien proyectar la parte exigente y acusatoria y así, exigido y angustiado por el objeto (la sala, la mujer, yo), podía alcanzar algún logro.

Ese correr incesante aparecía en la conducta del paciente: Ricardo parecía desplegar una actividad muy intensa, pero internamente estaba detenido, casi paralizado. Justamente, esa actividad estaba destinada a ocultar la inmovilidad del fondo. “Soy como una piedra en el fondo de un lago con plantas acuáticas encima. Cuando alguien se acerca, tiro de las plantas, las muevo, se asustan con lo que ven, y me dejan tranquilo”. Podríamos describir la actividad del paciente, como un movimiento repetitivo, en círculo cerrado, sin progreso, sin tiempo, encerrando un objeto que se vuelve claustrofóbico; más que movimiento, sería una “agitación” constante.

Quisiera destacar el carácter de “atemporal”, porque esto supone la negación del tiempo y de su transcurrir. Hemos visto los conflictos de Ricardo con el tiempo, y la vivencia de que nunca había tiempo suficiente para su necesidad (voracidad) y a la vez, de que el tiempo se lo tragaba. Frente a este tiempo que lo devora, pide tiempo que lo deje vivir. En una sesión en que me sentía muy perseguidora, dice “estaba tratando de expresar lo que siento... sería como una piedra negra... Tengo ganas de decirle *que me dé un poco de afecto... que no me apure... que me dé tiempo y que voy a salir bueno*”. La dificultad estaba en que tener ese tiempo con futuro que implica vida, significa también poder integrar el pasado, negado porque es el que contiene la acusación y la culpa. Mientras Ricardo no pudo superar esta situación, negaba el transcurrir del tiempo, que se transformó en un eterno presente inmóvil. Vimos en el material que en la medida en que pudo ir elaborando la posición depresiva, el pasado surge como vivencia que se integra a su Yo, y se amplía el tiempo en sentido prospectivo.

En resumen, la vivencia persecutoria del tiempo y la negación del mismo, configuraban en este paciente un tipo de actuación, que he llamado “agitación”, destinada a perturbar la inmovilidad y la disociación que lo protegían de una intensa angustia paranoide.

Para que haya un “hacer” útil, un movimiento psicológico abierto (movimiento en espiral, ascendente como dice E. Pichon Rivière), con un enriquecimiento del Yo, es necesario el libre juego de la proyección y de la introyección, que sólo se logra cuando el Yo ha adquirido cierto grado de maduración que le permita asimilar el cambio sin desintegrarse, y este libre juego implica la capacidad de

duelo y la elaboración de la posición depresiva que da al “hacer” su sentido reparatorio. Ricardo está tratando de convertir su “actuar” en un “hacer”.

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURI, A. La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva. *Rev. de Psic.*, T. XV, Nº 1-2.
- ALVAREZ DE TOLEDO, L. El análisis del asociar, del interpretar y de las palabras. *Rev. de Psic.*, T. XI, Nº 3.
- ETCHEGOYEN, H. *Comentarios sobre el análisis de un psicópata*. Buenos Aires, 1960.
- FREUD, S. Más allá del principio del placer. El criminal por sentimiento de culpa (en Psicoanálisis aplicado). Recuerdo, repetición y elaboración (en Técnica psicoanalítica).
- GRINBERG, L. Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva. *Rev. de Psic.* T. XIV, Nº 1-2; Aspectos mágicos en las ansiedades paranoides y depresivas. *Rev. de Psic.* T. XVI, Nº 1; Aspectos mágicos en la transferencia y la contratransferencia. *Rev. de Psic.*, T. XV, Nº 4.
- HEIMAN, P. Notes on the theory of life and death instincts. En *Developments in Psychoanalysis*, The Hogarth Press, London.
- JOSEPH, B. Some characteristics of the psychopathic personality. *Int. Jour. of Psy.* Vol. XLI, Nº 4-5, 1960; An aspect of the repetition compulsion. *Int. Jour. of Psy.* Vol. XL, Nº 3-4, 1959.
- KLEIN, M. On the theory of anxiety and guilt. En *Developments in Psychoanalysis*; Mourning and its relations to manic-depressive states y A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. En *Contributions to Psychoanalysis*, The Hogarth Press, London
- KLEIN, M. Y RIVIÈRE, J. *Las emociones básicas del hombre*. Ed. Nova, Buenos Aires.
- LIBERMAN, D. Acerca de la percepción del tiempo. *Rev. de Psic.*, T. XII, Nº 3, 1955.
- MOM, J. *Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas*. Buenos Aires, 1960.
- RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

REGGY SEREBRIANY

ROSENFELD, H. Some observations on the psychopathology of hypochondrial states. *Int. Jour. of Psy.*, Vol. XXXIX, N° 2-4, 1958.

SPIRA, M. Etude sur le temps psychologique. *Rev. Franç. de Psychologie*, enero-febrero 1959.