

Clínica de un estado de desmentalización

Claude Smadja

En la primera parte de este texto me he esforzado en definir la desmentalización desde un punto de vista general, a través de algunas de sus grandes líneas clínicas, tal como le aparecen al psicoanalista-psicosomatólogo. El cuadro general de la desmentalización es ilustrado en su singularidad y en sus variantes personales mediante una investigación psicósomática de una paciente adulta, que presenta una esclerosis en placas.

Ψ Semiología Del Estado De Desmentalización

Para introducir la noción de desmentalización

Históricamente la noción de desmentalización está asociada a los estudios de psicósomática. Se ha impuesto como objeto de trabajo teórico en las elaboraciones de los psicósomatólogos, en la medida en que la conflictualidad psíquica se encuentra más o menos gravemente en falta. Recubre en negativo el campo de aquello que no puede ser tratado por medios psíquicos. De este modo, la noción de desmentalización no puede comprenderse sino es en su relación dinámica con la de mentalización. El conjunto de los psicósomatólogos está de acuerdo en general en definir el trabajo de mentalización como una aptitud para tratar y elaborar los representantes psíquicos de la pulsión, según sus dos dimensiones: cualitativa y cuantitativa. La clínica psicoanalítica de las enfermedades somáticas ha mostrado que las alteraciones en la calidad de la vida de representación y de la vida fantasmática, orientan la economía psicósomática hacia salidas no psíquicas, tales como los comportamientos o las somatizaciones. El campo de la desmentaliza-

ción recubre de esta forma el conjunto de los mecanismos psíquicos que subtienden esta economía y obstaculizan el tratamiento psíquico de la conflictualidad.

El término desmentalización es un neologismo. Contiene la idea de que hay algo que se le ha quitado a la mentalización. El prefijo “des”, acoplado al término mentalización, supone un movimiento dinámico de retirada de aquello que había estado inicialmente o anteriormente ubicado en el registro del trabajo psíquico. Por extensión y sin duda abusivamente, la desmentalización reenvía a la noción de carencia, pasajera o crónica, de los mecanismos psíquicos implicados en la elaboración pulsional, tal como ocurre en las neurosis actuales.

La noción de desmentalización supone rigurosamente que una cierta forma de mentalización ha fracasado en un momento determinado. Sin embargo, la fuerza y la precocidad de las situaciones traumáticas que han generado defectos en la mentalización, jugarán un rol determinante, tanto en la profundidad de la desmentalización como en las reorganizaciones psíquicas que le sucederán, sea de un modo natural, sea mediante la ayuda de un trabajo analítico.

Si el término mentalización figura en el cuerpo teórico de Pierre Marty, el de desmentalización está ausente de él. En su lugar ha sido desarrollada la noción de desorganización. Esta última supone que se encuentra ope-

Ψ Traducido por Pilar Puertas Tejedor.

Reproducido con permiso de la Revue Française De Psychosomatique. Publicado originalmente en: 2001/1 (no 19)



rante en el aparato psíquico -y en ciertos momentos traumáticos- una fuerza de deconstrucción que borra las bases sobre las cuales se ha establecido la organización psíquica del sujeto. Para este autor, dicha fuerza representa la corriente contra-evolutiva subtendida por los movimientos individuales de muerte. De este modo, para Pierre Marty la desmentalización corresponde al borramiento de los mecanismos de la mentalización. De la misma manera no encontramos mención de la desmentalización en el pensamiento de André Green. No obstante, se encuentra cerca de ella la función desobjetalizante que él describe como testimonio de la presencia de la pulsión de muerte en el funcionamiento psíquico. La misma supone un movimiento radical y exclusivo de desinversión con pérdida de las capacidades psíquicas de reinversión. En este sentido, la función desobjetalizante conduce a una pérdida de todo estatus de objeto en el funcionamiento psíquico y puede leerse en términos de borramiento. Podemos, de este modo, asociar la noción de desmentalización a una forma radical de trabajo de lo negativo en André Green.

El término desmentalización ha sido puesto en uso por Michel Fain. El mismo se inscribe como un avatar del destino pulsional y supone que se ha interrumpido la trayectoria pulsional hacia su realización edípica y la organización de un superyó post-edípico. De este modo, la desmentalización queda ligada en el pensamiento de Michel Fain al inacabamiento pulsional. Siguiendo esta concepción se pueden definir un cierto número de líneas de la desmentalización que representan otras tantas zonas de vulnerabilidad del funcionamiento psíquico marcado con el sello del inacabamiento pulsional. Es al nivel de estas líneas de la desmentalización que tendrán lugar preferentemente en el equilibrio psicósomático del sujeto.

Reagrupamiento semiológico: la investigación psicósomática, tomada en el crisol de la

relación entre el paciente y el analista, permite reconocer un cierto número de signos, testigos del estado de desmentalización del paciente. El hilo rojo de este reagrupamiento semiológico nos orienta hacia modalidades psíquicas situadas más allá del principio del placer. Aquí los procesos de dominio predominan sobre los procesos de simbolización, y lo económico pesa con todo su poder, en grados diversos, sobre el conjunto del funcionamiento psíquico.

1) El funcionamiento operatorio:

se trata de una modalidad particular del funcionamiento psíquico, remarcable por su carácter de sobreadaptación a la realidad colectiva. Se revela bajo dos aspectos mayores:

Uno, idéico, el pensamiento operatorio. El otro, afectivo, la depresión esencial.

El pensamiento operatorio es un pensamiento que se adhiere a la realidad perceptiva y utiliza las palabras del consenso colectivo. Describe acontecimientos, enumera hechos, pero no cuenta una historia. Se lo puede calificar como pensamiento huérfano, en la medida en que se trata de un pensamiento privado de su autor. En efecto, no adviene a la conciencia del sujeto como sustituto de la realización alucinatoria del deseo y no contrainvierte el doble sentido de las palabras. Se presenta más bien como un pensamiento autónomo, marcado con el sello de lo colectivo.

La depresión esencial se revela al analista como una depresión sin expresión. Huérfana de los atributos habituales de las depresiones clásicas del campo de la psicopatología, no es fácil de reconocer. Del lado del paciente adviene a la conciencia en formulaciones lenguaje-ras que utilizan los modos sociales actuales. Así, se expresa por una falta de forma, una falta de energía, una pérdida de la "falta (pecado)"

Del lado del psicoanalista, se impone de entrada una percepción: la de una pérdida general de investimento libidinal en el paciente.



Esta percepción se acompaña a menudo -en el analista- de un sentimiento de inquietud por la vida psíquica del paciente y por su vida sin más. En realidad, la depresión esencial se declina según otra semiología que aquella a la que estamos acostumbrados en las depresiones psiquiátricas clásicas. Lo que el paciente ha perdido es el sentimiento de ligereza de la existencia, que confiere a aquél que la experimenta una aptitud al placer en todos los momentos ordinarios de la vida. Para él, por el contrario, todo se vuelve dificultoso, pesado y grave. En el núcleo de esta experiencia depresiva figura lo que podría calificarse de pérdida de la esperanza. Esta pérdida es vivida por el paciente como una interrupción dolorosa del sentimiento de continuidad de la existencia. Tiene como consecuencia privarlo de toda proyección en el futuro a partir de sus ensoñaciones de deseo. El paciente se encuentra así aprisionado en el yugo de lo actual y de la actualidad. Vive íntimamente esta experiencia de fractura psíquica como una catástrofe interior.

El funcionamiento operatorio se impone al sujeto a partir de circunstancias traumáticas brutales, tanto internas como externas. Por la sobreinvertidura de la realidad perceptiva que pone en juego, busca proteger al sujeto del despliegue de eventos alucinatorios internos que, al mismo tiempo, mantiene reprimidos. Aparece así como un modo adaptativo extremo, que mantiene al funcionamiento psíquico en estado de supervivencia.

2- La sobreinvertidura de los procedimientos del Yo:

se trata aquí de una orientación general de la economía del sujeto, que confiere al yo un rol desmesurado en la regulación de las excitaciones psíquicas. La hipertrofia del yo se ilustra en la sobreinvertidura de la motricidad y de los procesos secundarios y racionales del pensamiento. Se revela en el paciente por una valoración de la autonomía, en detrimento de una

posición de dependencia placentera en relación a los objetos. Esta exigencia de autonomía reivindicada por el paciente está sostenida por la existencia, en su funcionamiento psíquico, de un Ideal represivo que impone el silencio a toda reivindicación pulsional.

La sobreinvertidura de los procedimientos del yo está ligada sobre el plano teórico a la noción del imperativo de prematuración del yo, desarrollado por Michel Fain. Esta noción pone el acento sobre el adelantamiento del yo en relación a la libido en el desarrollo precoz del pequeño hombre. Esta sobreinvertidura de los procedimientos del yo tiene un efecto de contrainvertidura en relación a un desarrollo autoerótico pulsional, contrariado precozmente por una conjunción traumática que pone en causa el inconsciente materno y el cuadro paterno. El desarrollo de un ideal desmesurado con funcionamiento represivo sustituye entonces la constitución de un superyó post-edípico con función represiva.

3 – El narcisismo fálico:

se trata de un rasgo de comportamiento que se traduce en el paciente por una valorización de la actividad en todas las cosas y en todas las circunstancias. Dentro de ciertos límites y cuando las condiciones económicas, tanto internas como externas permanecen relativamente estables, esta valorización de la actividad contribuye a elevar el sentimiento de estima de sí del sujeto. Más allá de estos límites y cuando las condiciones económicas se vuelven inestables, esta coerción a la actividad puede conducir al agotamiento psicosomático. Este modo activo, que marca con su sello el conjunto de la vida del paciente, le es impuesto en razón de una ineptitud para replegarse periódicamente sobre una posición pasiva placentera. Se comprende entonces que este narcisismo del comportamiento, por su carácter irreductiblemente coercitivo, priva al paciente de los efectos de restauración psíquica, y sobre todo



somática, de una regresión narcisista de plena aplicación.

El narcisismo fálico es un avatar del desarrollo pulsional y un testigo de su inacabamiento. Es el resultado del fracaso del establecimiento del doble retorno pulsional, que tiende a asegurar a la pulsión una posición de goce pasivo con la ayuda de un objeto activo. Es, en definitiva y según Michael Fain, sobre las bases de una negación concerniente a la vivencia de una falta al nivel de los autoerotismos del sujeto, que se establecerá esta perversión narcisista que representa el narcisismo fálico.

4 – La dramatización en la polaridad externa

En los pacientes que están en estado de desmentalización, el espacio de la realidad externa deviene el lugar de la dramatización. Al revés de la dramatización interna histérica, asociada a la vida de las representaciones y de las fantasías individuales del sujeto, la dramatización externa tiene su fuente en las percepciones. La conflictualidad se despliega entonces sobre la escena de la realidad, con otros actores diferentes a los actores habituales de la conflictualidad psíquica. Por ejemplo, es frecuente que el sujeto experimente conflictos entre sus ideales y las exigencias de la realidad colectiva.

Esta exteriorización dramática confiere a la realidad del paciente un carácter vivo, incluso iridiscente, que conserva el sello de la sensorialidad. La ruptura entre el yo y sus fuentes pulsionales y la puesta fuera de juego de la actividad preconscious que entraña subtiende esta actividad de exteriorización perceptiva y obliga a distinguir este mecanismo de la proyección. Esta última, en efecto, implicaría una infiltración fantasmática de la realidad externa y su retorno hacia el funcionamiento psíquico del sujeto bajo la forma alucinatoria.

5 – El recurso a la vía somática

En una concepción psicoanalítica de la economía psicosomática, consideramos el recurso a la vía somática como una de las vías posibles de que dispone el sujeto en un momento dado de su existencia para hacer frente a conflictos de todo orden con los que se ha de enfrentar. Cuando el aparato psíquico se encuentra desbordado, o en un estado en que es incapaz de elaborar las excitaciones pulsionales según el principio del placer-displacer, es frecuente que la vía somática sea utilizada de preferencia.

En los estados de desmentalización que se organizan en un funcionamiento operatorio, la reactividad psíquica está indisponible y todo aquello que toma valor de conflicto para el paciente entraña inmediatamente modificaciones somáticas. El cortocircuito del funcionamiento psíquico y el pasaje por las vías cortas hacia la escena somática, devienen de esta forma, uno de los parámetros clínicos de los estados operatorios.

Algunas notas sobre la contratransferencia.

La investigación psicosomática de un paciente enfermo desde el plano somático, representa habitualmente el primer tiempo de un encuentro con un psicoanalista. El recorte semiológico que resulta de aquí, procede de un trabajo de pensamiento del analista *après-coup*, a partir de su experiencia vivida en el contacto con el paciente y con sus marcos conceptuales. La forma en la cual el paciente se presenta al analista, a lo largo de su primer encuentro con él, a veces es contradicha por el curso de los encuentros ulteriores. Además, a lo largo de la primera consulta, la escucha del analista, su presencia y su actividad pueden modificar sensiblemente la naturaleza de los materiales producidos psíquicamente por el paciente. Se revela así que los estados de desmentalización pueden mostrarse muy variables y su grado o su profundidad modularse en función del intercambio entre el paciente y el



psicoanalista. Éste, puede sin embargo estar confrontado a tres tipos de dificultades contras transferenciales:

1. El aburrimento. Se trata de una posición de desinversión progresiva del analista con respecto a su paciente. Algunos discursos operatorios o marcados por una racionalización excesiva, aparecen extremadamente cerrados y no dejan sino poca o ninguna apertura al analista. Éste se puede sentir colocado fuera de juego y desinvertir progresivamente a su paciente.
2. La fatiga. Este estado contras transferencial resulta de un esfuerzo constante que suscita en el analista el discurso de su paciente. La cerrazón de la vía regresiva que permite actualmente al analista replegarse sobre una escucha flotante, le obliga a mantenerse en una actitud progresiva de vigilancia intelectual. También es posible que participe en este estado de fatiga la proyección por parte del paciente de una violencia desorganizada.
3. La ausencia de contras transferencia. En algunos estados operatorios, la ausencia de inversión transferencial por parte del paciente hace imposible en el analista el desarrollo de la contras transferencia. La relación permanece funcional y el analista se ve privado de las representaciones contras transferenciales que puede, si lo elige, proponer a su paciente. Va a ser en este contexto, muy alejado del trabajo analítico actual, donde el analista tendrá que dar prueba de un verdadero “arte de la conversación”, utilizando la riqueza y la polisemia de las palabras para decondensar la alocución lingüística conformista de su paciente.

Una Investigación Psicosomática

La investigación psicosomática de Regina A. comprende dos tiempos separados por un periodo de quince días.

Primera entrevista

Regina A. tiene 31 años, se acercó al IPSO siguiendo los consejos de una amiga que conocía a un paciente que había sido tratado en el hospital Pierre Marty. Cuando fui a buscarla a la sala de espera, no vi a nadie. La paciente está en el despacho de la secretaria y parlotea con ella. Como estoy con algunos minutos de retraso, pido disculpas, y me dice entonces: “¡Oh! no pasa nada”. Desde que llegamos al despacho y antes de sentarse, me interpela diciendo: “¿Sabe Ud.? Sólo tengo mi trabajo después de esta cita. No pasa nada... ¿No está Ud. de acuerdo?”.

Es una mujer joven, delgada, incluso flaca, de mediana talla y vestida sin elegancia. Tiene un aire fatigado que contrasta con una actividad voluble y una tonalidad logorréica en su discurso, el contacto es directo, familiar. Parece continuar la conversación que había iniciado con la secretaria. El paso de un objeto a otro, de un interlocutor a otro, parece haber escapado a un trabajo de diferenciación.

Sentada sobre el borde del sofá y reduciendo así la distancia conmigo sigue diciendo: “Tengo una esclerosis en placas y mi neurólogo piensa que estoy deprimida. Desde hace varios meses me prescribe un tratamiento antidepressivo, pero no sigo regularmente este tratamiento. No estoy de acuerdo con su diagnóstico. Yo no me siento deprimida. Sin embargo, sabe Ud. continuo trabajando y nunca tengo ideas sombrías. No entiendo entonces por qué insiste tanto en este diagnóstico de depresión. Y además, es curioso, me dice desde que estoy enferma, casi es lo contrario lo que me pasa. En fin, tengo un diagnóstico preciso. Antes yo sufría de numerosos síntomas, iba de un médico a otro y nadie sabía lo que me pasaba. Hoy en día, desde que sé que tengo una esclerosis en placas me siento mucho mejor. Hace unos meses, mi médico me ha indicado una casa de reposo, en fin, una clínica psiquiátrica. Me ha puesto durante 15 días bajo perfu-



sión de Neuroxyl, y después he salido. Estaba completamente dopada. Yo no podía hacer nada. No me sentía bien. Mi médico me dice que es necesario que olvide, pero yo no sé qué olvidar y por lo demás, no tengo nada que olvidar. Por mi esclerosis en placas, me han puesto Interferon. Esto crea mucha fatiga y yo lucho contra esta fatiga”.

Como percibo en su elocución una discreta disartria, le pregunto si se da cuenta. En un primer tiempo me dice que no se había dado cuenta hasta ahora. Después, poco a poco a lo largo de la entrevista me va a señalar esta dificultad de elocución como si tomara conciencia personalmente de ello.

La enfermedad somática y la depresión son de entrada colocadas bajo el mismo plano en el discurso de la paciente. Entre ella y su médico-neurólogo se desarrolló un malentendido sobre el diagnóstico de depresión. Para Regina A. no hay reconocimiento de un afecto depresivo. Ella lo prueba diciendo que permanece activa y que no tiene ideas sombrías. Dicho de otra manera, la expresión depresiva ordinaria y común está ausente en ella. Su defensa hipomaniaca habitual parece servirle de cobertura a una experiencia depresiva ausente de su conciencia. Para el médico, por el contrario, no hay duda en cuanto a la percepción de una vivencia depresiva en esta paciente. De ahí la insistencia de su neurólogo en tratarla como se trata a un paciente deprimido. En este malentendido, pienso que los dos protagonistas tienen razón. No perciben las cosas según el mismo punto de vista.

Del mismo modo que su médico, yo percibo en Regina una depresión difusa, extendida y profunda, pero se trata de una depresión esencial que su defensa hipomaniaca constante en ella, no puede contrainvestir. Se trata de una depresión sin expresión habitual, sin coloración sintomática. A lo sumo queda figurada por un sentimiento de fatiga, de cansancio de vivir. Para mi paciente lo que está puesto en primer término es la relación paradójica entre

su enfermedad somática y la depresión. Como Fritz Zorn, el autor de Mars, ¿se siente mejor desde que está enferma?, o más precisamente, desde que se sabe enferma con un diagnóstico médico preciso. Un segundo malentendido entre la paciente y su médico se evoca aquí. Conciérne a la cuestión del olvido. Esta cuestión está ligada a la de la represión. Para su neurólogo, parece evidente que la depresión de su paciente está ligada a la ausencia de la represión de acontecimientos traumáticos de su vida ordinaria. Para Regina A. al contrario, todo pasa como si la existencia de otro lugar - lo inconsciente- hacia el cual estarían reprimidas, rechazados un cierto número de acontecimientos psíquicos traumáticos, no tuviera razón de ser. Para ella las excitaciones psíquicas insoportables deberían ser tratadas de otra manera, con otras modalidades económicas. Se plantea aquí, en todo caso, cuáles son los medios defensivos de los que ella puede disponer para regular su economía psíquica y psicossomática.

Es en 1996 cuando el diagnóstico de esclerosis en placas se plantea por primera vez. Regina me explica que había perdido entonces la sensibilidad de medio cuerpo izquierdo, desde el cuello hasta el pie, pero no se había dado cuenta. Va a ser un poco más tarde, cuando aparecen las dificultades motoras, que le llevan a consultar a un neurólogo.

Me doy cuenta del defecto de la percepción psíquica de su sensibilidad, y lo asocio a lo que va a evocar más tarde, a lo largo de la entrevista de su resistencia al dolor.

Le pido que me hable de ella en ese momento.

- *“Me estaba separando de un novio con el que vivía desde hacía 6 años. Era un hombre blando, con el que de hecho yo me aburría todo el tiempo. No tenía ningún proyecto de casarme con él”.*
- *¿Blando?*
- *“Si, nunca tomaba iniciativas. Por ejemplo, por la tarde yo le proponía ir*



al cine y él prefería quedarse delante de la televisión. Entonces, yo permanecía a su lado y hacía punto. Dos años más tarde fue cuando encontré al hombre con el que vivo hoy. Ya le conocía, pero no había pasado nada entre nosotros, y decidimos casarnos”.

Asocia inmediatamente con su suegra o futura suegra.

- *“Me hiere todo el tiempo, se queja de estar apartada de los preparativos de la boda, que va a ocurrir el próximo Julio. Telefonea decenas de veces por día. Por ejemplo, por la mañana llama muy temprano y nos despierta. Pregunta a su hijo sobre consejos para la Bolsa. Es totalmente loco, ¿no?”.*

Evoca numerosas situaciones conflictivas con su suegra, y me describe con lujo de detalles las disputas violentas que tienen lugar en su casa, entre su novio y su madre.

Esta secuencia centrada sobre las relaciones conflictivas con su futura suegra se desarrolla en un clima afectivo de discreta vehemencia y reivindicación. Sin embargo, el tono general de su discurso permanece fuertemente descriptivo. Adhiriéndose a los detalles concretos y a los acontecimientos. La sobreinversión perceptiva de las escenas que describe, tiene efectos muy sugestivos. Me siento tocado como un testigo visual de las escenas que me describe. Todo pasa como si el lugar donde se juegan sus relaciones con el otro, se encontrara situado en el exterior y no en el interior de su espacio psíquico. La dramatización parece estar aquí exteriorizada y no internalizada. En algunos momentos, cuando ella se queja de su suegra, tengo el sentimiento de que me la pinta como un objeto persecutorio. Sin embargo, pienso que lo que aquí ocurre es más bien un mecanismo de exteriorización que de proyección auténtica. Después de esta primera parte de la entrevista y como capturada por la conciencia del lugar que ella ha tomado al hilo de

este intercambio, dejándome escucharla, me lanza:

- *“Soy charlatana ¿no es así?”.*

Hago una mímica de confirmación.

- *“Siempre he sido charlatana y os he contado muchas cosas. Sí, en efecto, pero Ud. podría decirme algo más sobre Ud.”*

Yo entonces le pregunto sobre su historia personal y sobre su familia.

Ella tiene a sus padres, y a un hermano 9 años más joven que ella.

Después de esta sucinta presentación, va a ser su abuela paterna la que viene a ocupar el primer lugar en su mente.

- *“Se murió un poquito antes del inicio de mi esclerosis en placas. Ha sido mi verdadera madre, mi amiga, mi confidente. Sabía todo de mí y si yo continuó hablándole de ella, me voy a poner a llorar. Prefiero hablarle de otra cosa”.*

La evocación de su abuela, la madre de su padre, muerta un poco antes del inicio de su enfermedad, contrasta con las descripciones factuales de sus relaciones con los otros objetos de su entorno personal. Esta evocación es acompañada de afectos violentos de tristeza, cuya intensidad es tal que teme ser arrastrada al hablar de ello. Decido respetar esta posición. Esta asociación permanecerá en latencia y resurgirá 15 días más tarde, durante la segunda entrevista al hilo de un sueño que me relatará. No tengo ninguna duda en ese momento de que la calidad psíquica de su relación con su abuela contrasta nítidamente con el tratamiento que hace de sus otros objetos. Este paréntesis, aunque sea breve es el único que fue enunciado fuera de todo discurso operatorio.

- *“Siempre me he embronado con mi madre. Ella también está enferma, desde 1993 ha ido haciendo cáncer sobre cáncer. Comenzó con un cáncer de pecho y después, actualmente, se encuentra en quimioterapia por un cáncer de pulmón. Resulta curioso ya que ella*



jamás fumó. Cuando me puse enferma decidí no decirle nada. Cuando iba a visitar a mis padres me veía obligada a hacer toda una pantomima. Venía con medicamentos que tenía que mantener frescos en cajas especiales. Y estaba obligada a tener un cómplice que venía a buscarme a la estación. Desde que llegaba a la casa de mis padres, colocaba las cajas en el refrigerador, a escondidas de mi madre. Y el único que conocía mi enfermedad era mi padre. Un día mi madre se dio cuenta al abrir el refrigerador y preguntó a quién pertenecían esas cajas. Interrogó a mi padre, a mi hermano, y después a mí, y me dijo: “Ya que esto no pertenece ni a mí, ni a tu padre, ni a tu hermano, ¿son tuyas?”. Inicialmente esquivé la pregunta y le dije que eran productos para mi alergia. Después, no podía hacer otra cosa, le dije que tenía una esclerosis en placas. Esto la conmovió y seguidamente se fue a un psiquiatra que aún sigue viendo. Con mi madre todo se convierte inmediatamente en conflicto. No se puede hablar sin enfadarse”.

Después de un tiempo le señalé que no hablaba de su padre.

- *“Yo me siento muy cómplice de mi padre, hemos estado siempre muy próximos el uno del otro. Tenemos los mismos intereses intelectuales, somos más bien científicos y matemáticos los dos. Es lo contrario que con mi madre”.*

Después me lanza:

- *“Quizás por esto es por lo que he estado muy ligada a mi abuela. Creo que mi madre ha estado celosa de esta complicidad con mi padre.*
- *¿Celosa?*
- *Sí, ella no lo mostraba, pero era autoritaria”.*

Hacia el fin de la entrevista, le señalo el talento particular que tiene cuando me cuenta

las escenas de su vida de forma muy viva y sugestiva.

- *“¿sabe Ud.? Soy muy concreta, más bien técnica que intelectual, como mi padre por otra parte. A veces me digo que un croquis vale más que mil palabras para explicar las cosas”.*

Vuelve entonces, sobre su enfermedad y me dice que tiene la costumbre de materializar sus brotes.

- *“Materializar sus brotes?*
- *Sí, les doy una traducción material”*

Entonces me explica que fabrica un balón con plastilina y después le habla como si se tratase de su brote de esclerosis en placas.

- *“Y de qué le habla?*
- *Le pido que me deje tranquila”.*

Esta técnica evoca las visualizaciones de las que hacen uso algunos pacientes cancerosos, gracias a las cuales se figuran su cáncer y los medios de luchar contra él.

Al final de la entrevista yo le pregunto cómo se representa lo que espera del Instituto de Psicósomática. Capturada por esta pregunta que parecía incomodarle y por primera vez en este intercambio, hace una pausa y después me dice:

- *“Ah, ahí me ha pillado”.*

Sin duda, mi solicitud para que se represente las cosas más que describirlas y figurarlas completamente por imágenes u objetos, le ha generado una dificultad.

Retomando su modo habitual de funcionamiento, me dice en forma interrogativa:

- *“¿Piensa ud. que yo soy una materia trabajable?*
- *Pienso que podemos continuar hablando los dos”.*

Yo le señalo que me ha descrito numerosas relaciones difíciles y algunas insoportables para ella, pero no me ha dicho cómo las vivía interiormente.

- *“Sabe Ud.? Yo nunca me he deprimido, pero siempre he estado enferma”.*



Me describe entonces crisis de porphyria, que han atravesado su adolescencia y después, en los últimos 10 años, accesos de vértigo que le han obligado a ir de médico en médico.

Estos accesos de malestar o de vértigos evocan estados de angustia difusa que Michel Fain ha descrito muy bien.

- *“Actualmente, tengo miedo a dejarme desbordar nuevamente por estados de angustia”.*

Yo le pregunto qué es lo que ella entiende por esto.

Aproximándose un poco a mí, y mirándome fijamente, ayudándose de gestos de sus dos manos, me dice entonces:

- *“Soy como un león enjaulado. No hay nada que sea más terrible para mí que esto. Tengo necesidad de estar permanentemente activa, no soporto no hacer nada”.*

Le invito a que nos veamos de nuevo una segunda vez, con el fin de que nos tomemos nuestro tiempo para hablar de esto.

Después de la entrevista me acerco al despacho de la secretaria, y ésta me dice:

- *“¿sabe Ud.? La paciente que acaba Ud. de ver es muy interesante. Ha hablado conmigo antes de que Ud. la atendiese en consulta. Simplemente me doy cuenta de que no reconocía su enfermedad. Me ha dicho que jamás ha estado deprimida, y me ha preguntado si yo lo había estado de vez en cuando. Yo le respondí, un poco incómoda, que ocurre a veces que una tenga una baja en la moral. Me respondió que no conocía lo que era eso.”*

Encuentro notable que la secretaria haya percibido dos de los aspectos más sobresalientes del funcionamiento psíquico de la paciente: Por un lado, el interés que ha suscitado en ella su manera peculiar de describir acontecimientos

de su vida actual, y por la otra, la exclusión de toda expresión afectiva.

Al final de esta primera entrevista tengo el sentimiento en relación a Regina de que es una paciente muy frágil, tanto en el plano psíquico -por la precariedad de sus medios psíquicos de repliegue defensivo- como en el plano somático. Me parece constantemente al borde de la desorganización psicósomática.

Segunda entrevista:

Entrando en el despacho y aún de pie, Regina exclama: *“¡Ah! me viene bien veros de nuevo; acabo de salir de La Salpêtrière, he tenido un acceso de la esclerosis”.* Una vez sentada me dice que está muy nerviosa, lo repite varias veces, acompañando sus palabras de gestos con sus dos manos, dando vueltas. *“No puedo más. No llego a poder gestionar la situación”.*

Percibo un clima afectivo sensiblemente diferente del que tenía en la entrevista previa. Aquí domina la angustia y la desorganización psíquica. Su soporte defensivo precario se ha resquebrajado sensiblemente. Me siento de entrada objeto de una investidura masiva, con valor de apuntalamiento narcisista.

Sin tener nada que preguntarle de lo que está ocurriendo, con un gesto le invito a asociar.

- *“Me he enfadado con mi madre en relación a mi suegra. Mi madre me ha propuesto organizar una comida familiar, invitando a mi suegra. Entonces exploté y le dije: “No quiero invitar a mi suegra y cocinar para ella”. Y después mi madre ha telefoneado a mi novio para pedirle que le invite a su madre a una comida común. Ud. Se da cuenta, ha pasado por encima de mí, ahora la cosa ya está en marcha y estoy fuera de mí. Todo esto ha ocurrido el fin de semana pasado”.*



Me dice que se siente angustiada y totalmente impotente para tratar esta situación. Le pregunto lo que le dijo a su suegra.

- *“Oh Ud. Sabe, he sido muy educada, así soy con todo el mundo”.*

Le hago notar la distancia que existe entre la intensidad de lo que vive interiormente y el conformismo de su actitud con respecto a su suegra.

Me responde inmediatamente:

- *“Es la educación. Siempre nos han educado así. Hay que ser siempre muy educados y diplomáticos con los otros y nunca generar conflictos”*

Sigue hablándome largamente de diversas situaciones al hilo de las cuales ha tenido que escuchar a su suegra hablándole de problemas domésticos:

- *“Me invade. Me telefona varias decenas de veces al día”.*

Durante varios meses experimentó náuseas y se puso a vomitar cada vez que el teléfono sonaba. De vez en cuando, no pudiendo más, pide a su novio intervenir con su madre. Eso dura 15 días y después, su suegra comienza de nuevo.

- *“Está muy bien que yo os vea hoy”, me repite.*
- *“¿Si?”*
- *“Con mi madre siempre he estado en conflicto. Por cierto, el conflicto es su modo de ser habitual. Si no se está de acuerdo con ella, hay conflicto”.*
- *“Ah ¿si?”*
- *“Ud. sabe, mi madre siempre ha estado más o menos enferma.”*

Al hilo de este discurso, Regina me dice que nació después de un embarazo muy difícil. En su familia siempre se le transmitió la idea de que había estropeado la vida de su madre. Cuando ella tenía 4 o 5 años, su madre hizo un embarazo extrauterino y los médicos pensaron que ya no podría tener un niño de forma natural. Algunos años después se embarazó nuevamente, esta vez de su hermano.

- *“¿Sabe Ud.? Mi hermano le ha devuelto la vida.”*

Después de la evocación del nacimiento de su hermano, me habla asociativamente de un acontecimiento traumático para ella. Cuando su hermano tenía un año y medio, le pilló los dedos en una puerta, y ella siempre guardó la huella de este acontecimiento.

- *“Mi madre es como mi suegra, es invasiva. Le das el dedo y te coge el brazo. Siempre trata de implicarse en los asuntos de los demás y en particular en los míos. Por ejemplo –sigue diciendo– cuando supo que yo tenía esclerosis en placas, enseguida dijo que era por culpa de ella, por su embarazo difícil. ¿Se da Ud. cuenta? ¿Que yo tengo esclerosis en placas porque mi madre tuvo un embarazo difícil de su propia madre, y piensa que, de la misma manera, sus diferentes enfermedades, en particular sus cánceres recientes, están ligados a este acontecimiento de su nacimiento”.*

Para Regina, esta forma que tiene su madre de endosar la responsabilidad de su propia enfermedad es una forma de implicarse en los asuntos de su hija.

- *“Ud. Sabe, para mí mi enfermedad es una fatalidad. De hecho, desde siempre la enfermedad ha formado parte de mí y cuando caí enferma, hace algunos años, no me cayó de sorpresa. Creo que este sentimiento de fatalidad lo he heredado de mi abuelo paterno. Era así: fatalista”.*

Del mismo modo que ocurrió en la primera consulta, el discurso de Regina, es rápido, logorréico, dejando poco sitio al otro. Sin embargo, la siento menos hipomaniaca y más deprimida. De hecho, sobre todo está muy angustiada. Poco a poco a lo largo de la entrevista se reanima discretamente. Encuentra su



porte habitual, esta reorganización se apunala sobre una relación de buena calidad conmigo, evocándome la relación de confianza y confianza que tenía con su abuela paterna. Señalo cómo existe una intercambiabilidad entre su madre y su suegra y los efectos económicos de descarga que tiene su discurso de rechazo referido a su madre. Parece que ésta debe ser mantenida a distancia por parte de ella. Toda aproximación genera una situación de desorganización.

- *“Ud. Sabe, tan atrás como me recuerdo, siempre he sido una persona muy autónoma. Me da rabia depender de los demás”*
- *“¿Le da rabia?”*
- *“Sí, por ejemplo hoy, una colega del despacho me ha acompañado aquí. Ha venido conmigo a la Salpêtrière y después aquí, al IPSO. Ha insistido mucho porque no me encontraba bien. Reconozco que es muy amable, pero no quiero ser una carga para los demás”.*

Sigue después dándome otros ejemplos, esta vez más personales, y en el núcleo de su familia.

- *“Mis padres eran maestros, y nunca he querido que me ayudasen en el plan escolar. Yo hacía mis deberes sola, y después hacía mis tareas domésticas sola. Yo era la que lavaba mi propia ropa, me ocupaba personalmente de ello. Mis padres no estaban para asistirme. Por ejemplo, cuando yo tenía necesidad de comprar algo, tenía que ganar yo misma el dinero para hacerlo. No pedía nada a mis padres”.*
- Parece que para Ud. es muy importante sentirse una carga para los demás. Sin embargo, Ud. antes me ha dicho que, desde siempre, ha pensado que había estropeado la vida de su madre, por su embarazo difícil ¿no se considera Ud. – por lo tanto- una carga para su madre?

- *“Sí, pero soy así con todo el mundo, no sólo con mi madre. Al mismo tiempo he hecho muchos amigos, me abro fácilmente y no soy nada tímida”.*
- *“Y con los chicos?”*
- *“Con los chicos también. Oh, Ud. Sabe, los hombres son frágiles y siempre he obtenido de ellos lo que quería”.*
- *Ah ¿sí?*
- *“Sí, cada vez que he querido a un chico, lo he tenido. Y cada vez que he querido abandonarlo, lo he abandonado”.*

A través de esta última secuencia Regina ha encontrado su porte habitual. Tiene un tono directo, familiar, incluso malicioso. Lo que me parece digno de señalar es que me habla en el mismo tono y en el mismo plano, tanto de sus relaciones amistosas como de sus relaciones amorosas, tanto en relación a sus amigas chicas como a sus amigos chicos. La sexualidad no parece haber dibujado diferenciaciones en sus diferentes relaciones de objeto. Ningún sentimiento de pudor o de reserva, ninguna formación reactiva, ninguna dramatización histérica vienen a perturbar el curso lineal de su discurso.

La cuestión de la autonomía me parece estar en el núcleo de su economía psíquica. Plantea el problema de una posición narcisista fálica en Regina, y de una de sus mayores consecuencias: La falta de pasividad psíquica. Antes de explorar esta vía de una falta en la interiorización psíquica, le pregunto si de vez en cuando tiene ensoñaciones.

- *“No, muy poco. Soy más bien activa. No soporto no hacer nada. Hago punto, hago la casa. Siempre estoy ocupada”.*
- *“¿y los sueños de la noche?”*
- *“Ah, sí, a veces sueño.”*
- *“¿Me quiere Ud. contar un sueño?”*
- *“He tenido uno recientemente, hace unos días. Estaba con mi abuela, aquella de la que os he hablado la última vez. Era el psi de la familia, hacía falta*



casi hacer cola y esperar turno para hablar con ella. En el sueño discutía con ella, pero al mismo tiempo estaba por encima de la escena, viéndola”.

- “¿De qué hablaba Ud.?”
- “Bueno, hablaba de mi suegra”.
- “¿Dónde ocurría esta conversación? le pregunto”

- “Era en una tienda. Ella tenía un comercio, pero es curioso, había sillones y canapés”

- “¿Cómo aquí?”

Estalla en risas, y de pie antes de separarse, dice, girándose hacia mí dice:

- “Soy complicada ¿eh? Una auténtica paradoja viviente”.

