

# Llegar a ser persona: La importancia de la respuesta emocional del analista a los sueños de una paciente esquizoide deprivada emocionalmente.<sup>1</sup>

Franco Borgogno ( Turín )

( Traducción del inglés : Javier Malda )

“ En realidad, a menudo temo que todo el tratamiento fracase y que termine enajenada o se suicide. No oculté el hecho de que tener que decirle esto fue lo más doloroso y estresante para mí, sobre todo porque yo sabía lo que significaba enfrentarme a esas posibilidades..... El resultado fue, de manera inesperada un completo alivio: “Si en aquel momento hubiese podido obligar a mi padre a hacer semejante confesión de una verdad de aquel tamaño y de darse cuenta de lo peligroso de la situación, podría haber preservado mi cordura...” ¿No fue quizás aquello un antídoto inconsciente buscado contra las mentiras hipnóticas de la infancia? ¿ Un completo discernimiento dentro de los más profundos escondites de mi mente, desafiando todas las convenciones, incluyendo aquellas de amabilidad y consideración? Si simplemente se hubiera tratado de brutalidad o impaciencia, no hubiera servido de nada; pero la paciente vió como tuve que luchar para hacerlo, y cuanto dolor me causó esta tarea.” [Ferenczi, 1932b, Diario clínico pp. 37-38]

“No pienso que este tipo de pacientes acepten nunca una interpretación, aunque sea correcta, a no ser que sientan que el analista ha pasado por dicha crisis emocional como parte del acto de interpretar”. [Bion, 1992, Cogitaciones p. 291]

## 1. Premisa teórica-clínica

Ilustraré dos premisas teórico-clínicas en el marco y el contexto del proceso que presento en este trabajo:

1. Lo que los pacientes desean – como ya fue descrito por Ferenczi en su *Diario Clínico* (1932b) y, tras él, por Bion en su *Cogitations* (1992) – y aquello que algunos de ellos necesitan literalmente es vivenciar durante el tratamiento cómo se siente el analista, cómo el analista vive y procesa los acontecimientos intersubjetivos que

---

<sup>1</sup>La estructura básica de este artículo apareció en *Diálogos Psicoanalíticos* (Borgogno, 2004a): Agradezco a Taylor y a Francis por haberme permitido republicarlo ligeramente modificada. Algunas de las ideas y materiales de casos que aquí se discuten fueron publicados previamente en una versión diferente en Borgogno (1995c) como contribución al estudio de la depresión y más recientemente, en un documento sobre muerte psíquica cuando se fuerza al analista a un estado de deprivación, descuido, y exterminio (Borgogno, 2000c). Presenté el análisis de M de forma original en “Dall’ambiente creato alla parola e alla storia: Transfert, controtransfert e working-through nell’analisi di una paziente schizoide deprivata” ( “Del ambiente co-creado en palabras e historia personal: Transferencia, Contratransferencia, y Working-Through en un largo análisis de una paciente esquizoide deprivada” ) para el acceso a analista supervisor (Borgogno, 1994–1995).

están en la base de su sufrimiento mental y afectivo.

2. Este tipo de experiencias son especialmente necesarias con pacientes esquizoides, quienes, durante su infancia fueron profundamente privados emocionalmente.

Para discutir y probar estas premisas, presentaré en este primer capítulo, que constituye el corazón del libro, algunos momentos clave del largo análisis de una mujer muy silenciosa y apática que llamaré M. En particular, delinearé aquellos aspectos del tratamiento que pueden ser generalmente aplicables a casos similares: la naturaleza primitiva de su depresión y desesperación, el origen de la "impensable pérdida" que sienten haber sufrido, sus transferencias y defensas típicas, los factores terapéuticos y los diferentes procesos de trabajo mental que son requeridos en el analista para establecer gradualmente un contacto real. A través de la exploración detallada de material clínico creado en varias fases de este análisis, también señalaré el determinante rol de las respuestas emocionales inconscientes del analista para lograr niveles de desarrollo y autonomía que nunca antes se habían alcanzado. Especialmente subrayando cómo esto no fué solo una herramienta indispensable de comprensión para encontrarse con el paciente (Heimann, 1949; King, 1978) y un importante medio de "facilitación ambiental" (Winnicott, 1967a), sino también – como diría Michael Balint (1968) el "primer movimiento de un nuevo comienzo."

En el curso de dichos tratamientos, más que en la mayoría de nuestros análisis, el clima patógeno emocional y las características relacionales del ambiente de desarrollo en el cual estos pacientes crecieron es necesariamente recreado en las sesiones, penetrando durante un largo período en la atmósfera analítica e influenciando inevitablemente las reacciones subjetivas del analista. Esto último, constituye indudablemente una fuente crucial de información y comunicación para captar e identificar la calidad específica del dolor mental que colorea y caracteriza la existencia de este tipo de paciente.

De hecho, el ambiente psíquico internalizado de M estaba directamente reflejado en sus sueños, aunque ella no era consciente de ello. En efecto, sus sueños parecían capturar y

señalar el lento desarrollo de las realidades subjetivas que emergían en nuestros encuentros; se podría decir que parecían funcionar como elemento facilitador de una posible futura articulación y elaboración de las mismas. Aun así, estos sueños - como ocurre habitualmente en estos casos - tenían que ser vividos, pensados y soñados por el analista primero (Bion, 1962b, 1992; Ogden, 2005), para después poder llegar a tener una efectiva significación simbólica para el paciente (Jacobs, 1986, 1991). Un "enactment" recíproco (Levenson, 1983) suele ser casi siempre un paso obligatorio para que el paciente reconozca en sí mismo las configuraciones relacionales internas en las que se encuentra atrapado. De este modo el paciente conseguirá - sólo un tiempo más tarde y con la ayuda del analista - descubrir que ha sido capaz de liberarse a sí mismo de sus configuraciones teniendo la habilidad de resistirse a ellas. Como consecuencia, el paciente será gradualmente capaz de aceptar e integrar completamente esas necesidades y afectos básicos que tiene disociados, ya que fueron deslegitimizados e ignorados en el pasado por sus cuidadores. (Ferenczi, 1932b).

### *3. El caso de M*

#### *1) Los primeros Años del Análisis: Nacimiento*

El primer sueño analítico de M es una buena muestra del tipo de problemas que caracterizaron nuestro primer encuentro y la subsiguiente interacción. Cuando M me pidió que la analizara tenía 25 años y acababa de romperse la pelvis tras caerse de un caballo. Este accidente ocurrió tras una serie de accidentes que habían afectado físicamente a otros miembros de su familia en ese período, y desencadenó un episodio depresivo que había quedado latente. Sus estudios habían quedado paralizados por un tiempo y se sentía aislada, bloqueada y sola. " Mi vida, dijo al principio : " ha sido invadida por algo macabro: una sombra o un agujero negro." El sueño que M trajo a nuestra primera sesión, fue en mi opinión una tarjeta de presentación, una imagen de la experiencia de sí misma y de su relación con su objeto maternal y un prototipo para las dinámicas de transferencia-contratransferencia que marcarán más tarde nuestra relación terapéutica llegando a ser

básicamente una historia traumática de vaciamiento de pensamientos y emociones - una historia traumática que se repite y que no se puede parar - y en la cual alguien termina siendo testigo impotente, sintiéndose cada vez más exhausto y desbordado en la medida que se repite una y otra vez ( en el pasado M como niña y en el análisis yo mismo, como terapeuta y en virtud de la inversión de roles, haciéndome sentir lo que sintió la pequeña M ).<sup>2</sup>

Aquí está el sueño:

*“ Una persona japonesa de identidad desconocida estaba haciéndose el hara-kiri ante mí en un claustro y quería que yo lo viera. Así que empecé a correr, pero esta persona me sigue y siempre acaba cogiéndome, arco tras arco del claustro, desplomándose al suelo con todos los intestinos afuera. Yo estaba horrorizada y disgustada.”*

Si bien desde el principio, este sueño fue para mí la tarjeta de presentación de la paciente, sin embargo todo esto era claro solamente para mí. M. no era para nada consciente de que la persona japonesa del sueño podía representar a ambas, tanto a ella como a su madre, de cuyo sufrimiento M. fué obligada a ser un testigo impotente.

De hecho, por un largo periodo, M no parecía ser consciente de la intolerable y horrible privación que este sueño ponía en juego, y cuanto le asustaba que esto pudiera ser reactivado en el análisis. Que pudiera cobrar vida repentinamente y tomar forma entre nosotros el modo patogénico e insensible de relatar – aquí condensado en la imagen onírica -.

En el proceso de transferencia-contratransferencia, yo ocuparé el lugar de la niña M incapaz de poner remedio a la situación - asumiendo M la posición de una madre “carente de entusiasmo por la vida”, una madre que solía estar enferma y sufría debido a causas físicas desconocidas y a un “secreto terrible” que la atormentaba, pero sobre el cual “no se podía hablar en casa”. La comprensión nació de mi aceptación de esta *inversión de roles actuada por* M que me hacía sentir a mí las emociones que ella sintió cuando era niña

---

<sup>2</sup> Perelberg (2000), también, enfatiza que los sueños que son traídos al principio del análisis tienen un significado predictivo en cuanto al curso y desarrollo de la relación, y en particular con respecto a la transferencia-contratransferencia que emergerá. El objetivo del análisis será obviamente no repetir lo que el sueño representa sino llegar a una transformación del mismo.

(sin que tuviera ninguna conciencia de ello ya que ahora estaba totalmente identificada con su madre). Esta situación facilitó mis interpretaciones sobre los sentimientos de dolor, ira, cansancio, separación, vacío, falta de realidad y resignación que emergían gradualmente en la sesión.

Estos eran los sentimientos que M había sufrido durante su infancia cuando era forzada a hacerse cargo de una madre frágil y psicológicamente ausente, la misma que en otras ocasiones se mostraba intrusiva (descargando en la pequeña M sufrimientos y tensiones no digeridas y sobre todo un pesimismo especialmente aniquilante). Tampoco la madre se había sentido ayudada por su marido quien a su vez estaba deprimido por todas las pérdidas que había sufrido y culpabilizado por no ser capaz de sostener económicamente a la familia<sup>3</sup>. Por lo tanto, el sueño de M fue la vía que utilicé para entender su pasado y la forma en la que éste se estaba repitiendo entre nosotros.

Como asociaciones al sueño, pero sin ningún tipo de conexión explícita con el mismo, M dijo que: “era imposible no ver la sangre y los intestinos” y que “ambas personas en el sueño eran incapaces de hablar”. Añadió que en el sueño su edad no era la misma que la que ella tenía ahora, observando también que una amiga suya se había fracturado la pelvis en un accidente, con la diferencia de que en ese caso se le había descubierto un defecto en la cadera. En este punto, M profirió un quejido diciendo: “Es mejor tener un accidente que una enfermedad que tienes desde el nacimiento, porque en este caso se vuelve fatal”.

Mi pensamiento inmediato fué que los padres de M habrían podido querer abortarla; esto era cierto para M en el nivel psíquico, pero también parecía probable que no hubiera sido una hija deseada. Más tarde, de hecho, durante sesiones posteriores habló de “una santa que ayuda a niños que no deben nacer” refiriéndose a un parto difícil que pondría en juego la vida de la madre. Aunque esto parecía confirmar mi hipótesis, también me hizo temblar ya que comenzaba a preguntarme si tenía las capacidades necesarias para poder

---

<sup>3</sup> “*La inversión de roles*” a la que me estoy refiriendo – aunque ajena al objetivo de este trabajo, como lo es “el negativo” asociado a ella – es un proceso bipersonal que fue previamente presentado en el diario clínico de Ferenczi (1932b), en su intento de elaborar el “terrorismo de sufrimiento” de Elizabeth Severn. Bajo mi punto de vista una imagen teórica muy clara de esto está presente en el pensamiento de P. Heimann (1965, 1969) y – más recientemente – en un trabajo de P. King (1978) sobre “La respuesta afectiva del analista en las comunicaciones del paciente”. También ha sido redescubierta por los neo-kleinianos (Feldman y Bott Spillius, 1989; Bott Spillius, 1992).

ayudarla. Me dí cuenta de que me había embarcado en una empresa en la cual para que M no muriese yo mismo debía convertirme en un santo o al menos apelar a la ayuda divina. Sin embargo, al releer mis notas me sorprendí al ver que sin darme cuenta, me había colocado en una actitud más optimista frente a lo que M propugnaba como una parte ineludible del destino. Este es un elemento crucial de mi presente visión analítica: el analista debe tener más esperanza que el paciente, debe mantener viva la esperanza y transmitírselo al paciente. Al comentar la frase sobre el santo en modo interrogativo para que M la ampliara, yo había dicho "no debían" en lugar de "no deben".

De esta forma, me había opuesto a un destino imperativo y había abierto una vía de esperanza en nuestro análisis - le dije que ella había venido a verme porque quería nacer - abriendo así la posibilidad de un nacimiento psicológico que comenzaría a través de un encuentro feliz y consensuado entre nosotros, aunque sólo cuando ella misma considerase que estaba lista y decidida a nacer.

Hoy en día consideraría la imagen de la santa con un valor pronóstico menos alarmante y con menor carga de una demanda de omnipotencia ya que incluía ( aunque a una distancia considerable ) la "preconcepción" de una buena madre. El problema puede ser el de conducir a la persona a usar esta "preconcepción" de una forma sana y no idealizada.

El deseo de mostrar sus "tripas", en el relato del primer sueño podía ser interpretado como un signo pronóstico favorable<sup>4</sup> ofreciendo disponibilidad del inconsciente y absoluta "sinceridad" más allá del tipo de destripamiento que su deficiente objeto maternal produjo.

A la luz del material que fuí recopilando durante los años del análisis, parecía cierto que M era una hija no deseada. Su madre ( así se lo dijo a M ella misma ) había tratado de abortarla en diversas ocasiones porque se sentía demasiado mayor para tener un hijo y la familia era pobre. Ambos padres de M eran huérfanos, y a ambos se les había muerto el padre al nacer ellos. De hecho, se trataba de un secreto del que nadie se había atrevido a hablar en la casa debido a un terror supersticioso de que esto pudiera repetirse, especialmente porque M fue concebida tarde, cuando sus padres pensaban que eran

---

<sup>4</sup> Este punto fue particularmente resaltado por Glauco Carloni cuando discutí este caso en el Centro Psicoanalístico de Bolonia el 9 de Marzo de 2.000.

demasiado mayores para tener un hijo y se sentían agobiados por la vida.

Todo esto fue apareciendo gradualmente, no en el relato de M sino en el trabajo de transferencia y contratransferencia que metabolicé de manera lenta y silenciosa a través de la reactualización en el análisis de una experiencia agónica, una experiencia de “hemorragia psíquica” y de queja principalmente centrada sobre sus dolores corporales y otros temas vagos y atormentadores. Para captarlo necesité contener en mí mismo los sentimientos y angustias catastróficas que M. transmitía de modo primitivo ( por lo general por vía evacuativa y proyectiva ), además de reconocer que yo había cometido varios pequeños errores de asistencia y cuidado psicológico de sus problemas y necesidades, lo cual reactualizaba en nuestra relación su pasado de niña muy descuidada y cargada de pesares ajenos.

Fué este continuo y significativo intento ( dentro de mis límites) de ofrecer palabras y significados afectivos a M - huérfana, según mi opinión, de “reverie transformador” y de “representación” – lo que le permitió, progresivamente, adquirir primero un cuerpo menos doloroso y luego un idioma propio en el que pudiera expresar y narrar a un nivel más consciente, en primera persona, los diversos episodios de su vida.

El reencuentro gradual de aspectos sensoriales y emocionales que habían sido bloqueados y escindidos, y de las habilidades de auto-observación que habían sido atrofiadas y empobrecidas, se hizo evidente en la medida que aparecían más fantasías y sueños a través de los cuales M - aunque manteniéndose a cierta distancia emocional ( hablando de otras épocas, países, continentes o planetas) – fué lentamente acercándose a su experiencia infantil. Éstas fantasías incluían cruzadas de niñas y madres desnutridas y hambrientas, violentas guerras medievales donde había algún prisionero encerrado vivo para el mundo, porque oficialmente no debía existir; también llegada de horribles y grotescos marcianos disfrazados de amables huéspedes que se comían el cerebro de la gente, o bien de gente buena que sería acusada falsamente.

En otras palabras, en su conflicto entre la vida y la muerte, lo viejo y lo nuevo, el amor y el odio –desde misteriosos planetas, lúgubres monasterios y tétricos castillos, tierras desiertas e irreales - emergió poco a poco un “yo” poblado de necesidades, miedos,

sentimientos y angustias. Ella necesitaba ser “alguien” y dejar de ser “nadie”; tener un nombre, una historia personal, una genealogía ( en resumen, necesitaba un reconocimiento de sí misma ), liberarse de la opresión seductora y mortífera de una madre que no habría querido nacer ella misma, y que no había querido que M viviera, porque sentía que la existencia misma solo podía traer sufrimiento y un incomprensible dolor torturante.

Este despertar a la conciencia de la privación emocional traumática vivida por M, está representado en el sueño que a continuación transcribo:

*“En un planeta gris en el cual llovía siempre, habitaba una reina que odiaba la vida y a su propio hijo. Lo odiaba tanto como para tratar continuamente de matarlo arrojándolo desde el palacio. El niño había aprendido a caer de pie y a no lastimarse. Su habilidad de no lastimarse, ni herirse le valió la admiración de la reina. En un cierto momento llegaron astronaves al planeta que inmediatamente fueron consideradas como enemigas, aunque en realidad lo que querían era proteger al pueblo sometido a este cruel juego entre la reina y el hijo. Una joven mujer de nombre ‘Nadie’ se encargó de advertir a los extranjeros que tuvieran cuidado del odio de la reina y de su hijo, dándoles informaciones sobre sus planes malvados y uniéndose a las acciones de los extranjeros para liberar y defender al pueblo”.*

### *Nuevos Rumbos de la Vida: Una sorprendente respuesta emocional y sus consecuencias*

En esta sección, describo una fase siguiente del análisis en la cual una respuesta emocional mía nos sorprendió a ambos y produjo inmediatamente un cambio peculiar y vital en nuestro diálogo.<sup>5</sup> Sólo más tarde mi respuesta fue comprendida como significativa desde el punto de vista del análisis de M (y también para el tratamiento de pacientes esquizoides y deprivados en general ), revelándose como fructífera y mutativa produciendo

---

<sup>5</sup> Debo admitir que estuve gratamente “sorprendido” de descubrir años después, cuando estas notas mías emigraron de mis trozos de papel a la primera publicación “*public-action*” ( Bion, 1992 ), todo el valor que un autor influyente como Bromberg (2006) asigna hoy a las “sorpresas seguras”. Con éstas, se refiere a “eventos relacionales no anticipados” (Bromberg, 2006, p. 12) que no sólo marcan la senda – tal y como Theodor Reik (1936) había intuido – sino el “camino real al inconsciente” del paciente ( Bromberg, 2006, pp. 198-199 ), y que también asumen el valor de transacciones terapéuticas esenciales a través de las cuales nuevos escenarios pueden ser explorados por la pareja analítica. Otros ejemplos de estos fenómenos intersubjetivos pueden ser encontrados en mi trabajo previo llamado *Parla il campo: immagini e pensieri* ( *The Field Speaks: Images and Thoughts*. Borgogno, 1995 a ),. Para ver la manera en la que Reik conceptualizó e hizo uso de los mismos ver Sacchi, 2010.



un cambio estructural en la manera que M se ubicaba en la relación consigo misma y con los demás. El material al que aquí me refiero pone de relieve los dos tiempos de este episodio y la " digestión " que de ellos llevamos a cabo juntos.

En este periodo, durante el cuarto año de análisis – se había graduado, había encontrado trabajo y había hecho algunos amigos – M continuaba siendo muy silenciosa y cerrada hacia a la vida, y desde luego lo era en su relación conmigo. En nuestro vínculo se habían transferido plenamente las luchas presentes hasta entonces en sus sueños, creándose una suerte de círculo vicioso en el cual la mera existencia de uno parecía molestar al otro, que en respuesta a esto, apagaba todo signo de vida. O yo me transformaba en la niña amenazadora que se hacía escuchar mostrando necesidades, demandas y deseos, o bien por el contrario era la madre quejosa y resignada que la inmovilizaba y descorazonaba queriéndola " muy eficiente y muy buena ", es decir muerta, dispuesta a renunciar a sí misma y a sacrificarse.

Transmitiré dos sesiones para representar de manera vívida el contexto en el cual ocurrió la respuesta que trato de narrar, así como nuestra explícita, concurrente y recíproca liberación - "discharge" - de una atmósfera relacional que había sido hasta ese momento mayormente limitante y opresiva.

El miércoles, en la tercera sesión de la semana M estaba en silencio. Tras diez minutos, le pregunté qué estaba ocurriendo. Ella dijo que estaba preparándose para enfrentar las dificultades ( " faceva quadrato " ), y tras otro periodo de silencio, repitió la misma expresión refiriéndose a su enfermera, quien en su trabajo todo lo paralizaba y no le dejaba al otro ni mover un dedo porque consideraba todo demasiado peligroso o inadecuado. Volvió a usar el término " quadrato ", contándome en un tono casi orgulloso, y no como las dos veces anteriores con tono lastimoso y molesto, que ella se había opuesto preparándose para hacer frente a las dificultades y rebelarse frente a lo que el otro le decía ( ' aveva fatto quadrato ' ).

[ Me pregunté mientras hablaba si ella estaba criticándome de un modo críptico ( en dos sesiones precedentes le había hablado justamente de su angustia en relación al crecimiento ), o bien si estaba observando en sí misma una escisión que le daba seguridad ( había una parte que deseaba moverse bloqueada por otra parte paralizante de ella misma ). Me había impactado el término insólito

“cuadrato” que me hacía recordar la guerra<sup>6</sup> y al término piamontés “testa quadra”: cabeza dura, ser obstinado y un poco bizarro al persistir en acciones improductivas ].

Pasó un camión por la calle a la que da la ventana de mi consultorio, era un enorme camión con remolque, haciendo un fuerte ruido; la paciente se sobresaltó y se dio vuelta hacia mí mostrando un comportamiento insólito; y yo dije: “ Un rombo como respuesta al cuadrado ”.<sup>7</sup> Me sentí sorprendido y un poco desubicado, y me quedé sin palabras cuando la paciente se rió abiertamente, diciendo con alegría que las colegas habían apreciado su seguridad al hacerle frente a la enfermera.

[ Al comienzo de la sesión yo estaba tranquilo reflexionando sobre lo que estaba aconteciendo; ahora ya no lo estaba; no entendía. Pensé que el susto que ella había mostrado frente al estrépito del camión podría haber sido causado por una reacción superyoica mía frente a su decisión de hacer frente a las dificultades ( ‘fare quadrato’ ), o sea su atrincherarse para oponerse a algo o a alguien, sin embargo ella parecía divertida; sentía como si me hubiese hecho el chistoso sin darme cuenta y como si hubiese desahogado una agresividad reprimida aprovechando el ruido que de casualidad se había producido, mientras ella permanecía calma y además contenta ].

Dije algo que la puso contenta con mi expresión: “ el rombo que responde al cuadrado ”, y que yo me preguntaba qué podría ser. Contestó que la situación la había puesto de buen humor, especialmente por el hecho de que, tal como ella dijo, yo había usado “una palabra que sentía como realmente mía” aún cuando ni ella sabía el por qué. Propuse, aunque con dudas que el rombo y el cuadrado eran figuras geométricas diferentes, y que ella podía haberse percatado: el hecho de que cada uno de nosotros tuvieramos nuestro propio lenguaje y nuestras propias ideas, tal y como había descubierto en su trabajo, donde se había hecho escuchar.

Ella continuo hablando de su trabajo, donde pensaba que estaba construyendo cosas y también de estar arriesgándose. Dije que prepararse para hacer frente a otro ( “fare quadrato” ) era indice de cierta consistencia y solidez, y que descubrirlo le había puesto de buen humor: en ese momento ella no tenía miedo de enfrentarse a otro cara a cara, sino que, por el contrario, lo sentía como placentero y constructivo.

En este punto terminó la sesión. [ Yo comencé a pensar que habíamos intercambiado nuestros

---

<sup>6</sup> Me estoy refiriendo a una disposición típica de las legiones en la época de los romanos. Una formación en cuadrado para proteger todos los flancos

<sup>7</sup> La palabra italiana para retumbó, es *rombo* que también es el término para la figura geométrica rombo – un intraducible juego de palabras -.

roles: M estaba cómoda y positiva y yo estaba lleno de dudas. ¿ Era yo la madre que no podía controlar las diversiones de M, sus juegos y quien, percibiéndolos como peligrosos trataba de ponerles freno ? ¿ O acaso estábamos descubriendo una nueva manera de estar juntos, una más libre y divertida que yo no había percibido conscientemente, pero a la que me había adherido de forma rápida desde un nivel preconsciente y su novedad me asustaba ? Y si esto fuese verdad, ¿ esto que había comenzado entre nosotros, podría ser el comienzo de una transferencia erótica incipiente aún no reconocida pero cuya amenaza sentía ? ]

El siguiente día, durante la sesión, M comenzó relatando un sueño: “ Yo estaba de pie en una caverna mientras que un hombre que estaba conmigo trataba de buscarme en el interior, sin percatarse de que yo ya estaba fuera buscando caminos ”. Dijo que el hombre era robusto y que pensaba que era un carbonero porque tenía la cara ennegrecida y una lámpara adherida a su frente. *Interpreté que en el sueño parecía reaparecer su sentimiento de sentirse más separada de mí, igual que en la sesión anterior. El hombre con la cara negra podría ser yo, que la buscaba “ adentro “ ( para ella una antigua y conocida posición de replegarse ) como experto en “cavernas” ( no mucho antes, habíamos hablado en estos términos sobre la vida primitiva y subterránea ), y a quien quizás ella había sentido como dubitativo en la sesión anterior, ante los nuevos hechos que habían emergido.*

M continuó en silencio por un tiempo, y después dijo que había estado pensando sobre el rombo y el cuadrado, que decir “rombo” era algo realmente típico de mí y que lo había disfrutado, aún cuando desde que era una niña ella había preferido las figuras y objetos perfectamente simétricas como el círculo o la rueda. Le contesté que de esto habíamos hablado ya varias veces ( como el no querer diferenciarse del objeto; como exclusión de toda alteridad y separación; como representación de la relación fusional idealizada; como estar concretamente adentro del cuerpo, la mente y el corazón del otro; como todo aquello que pone un límite al vacío de la depresión primaria ). Y que debía ser por este motivo que en la sesión anterior yo me había quedado pensando que ella estaba aún en la panza-análisis resguardada de cualquier herida o punto doloroso que pudiese romper la continuidad, y no pude darme cuenta en ese momento que ella podía estar lista para establecer un vínculo más comprometido y vital.

M quedó en silencio, y seguidamente, refiriéndose a un escritor oriental, agregó con voz triste que la panza es el centro del cuerpo y también el punto más expuesto y doloroso. Asocié esto al

hecho que era la cuarta sesión – última de la semana - y por lo tanto, un momento doloroso , más aún pensando que se había dado una situación de cálido afecto entre nosotros. Sin embargo, le recordé también que en el sueño estaba mirando algunos caminos como si avanzar por ellos se hubiese transformado en algo interesante más allá de lo difícil que pudiera resultarle. “Carbonero” – concluí - no nos llevaba solamente a pensar en uno que trabaja con el carbón negro de la depresión sino también, por como ella lo había pronunciado, nos llevaba a pensar en “carbonaro”, esto es uno de los rebeldes que había luchado por la unificación italiana durante el Risorgimento.

Mientras consideraba esto, sus ojos deambulaban alrededor cómo si estuvieran encantados. M dijo que en su sueño se había sentido plena. Pensé sobre las exploraciones de los bebés después de comer justo antes de quedarse dormidos, y se lo dije, subrayando el hecho de que aunque pudiera haber sido difícil para ella expresarlo de forma abierta, estaba tratando de decirme que le había gustado el hecho de que yo le diera calor y de que me hubiera transformado en mi asociación - un carbonaro: una especie de padre-rombo para la niñita-círculo en la que ella se había convertido. En cierto sentido, ella había crecido y a través del acto de “facera quadrato” había conseguido sentirse más plena, más satisfecha y más abierta hacia la vida.

Inmediatamente después, examinando esta secuencia de sesiones atípica, pensé que durante la semana M había estado un paso por delante mío, y que mi expectativa respecto de que se desconcertara frente al ruido del camión y a mi respuesta, pudiesen corresponder a cuán difícil debería haber sido para M. involucrarse en una relación vincular diferente en la cual toda ella no se viese anulada por alguna catástrofe.

Durante esa sesión, la desconfianza y la sospecha habían estado todas de mi parte y mi incertidumbre para conectar conscientemente el carbonero con algo cálido era prueba de ello. También reflexioné que durante este periodo, estaba adoptando un enfoque más “masculino” y penetrante en mi modo de interpretar; me había sentido con más capacidad para marcar una diferenciación entre entre ella y yo. Por eso, el rombo podía haber sido conectado al hecho de que ella había dejado de percibirme como un perseguidor y había comenzado a hacerlo como un padre que rompe con la simbiosis entre madre-hija [ aquí tenía en mente el concepto de M. Little de unidad básica (1981)] estimulándola al

crecimiento y a ponerse en contacto con él <sup>8</sup>.

De hecho, durante las siguientes sesiones, estos aspectos aparecieron gradualmente: (a) un padre que en ocasiones era juguetón y con humor; (b) el hecho de que sus padres hubieran esperado un chico como compensación del embarazo no deseado<sup>9</sup> ( sus padres querían haberla llamado Alexander, un nombre que en sus mentes evocaba " alguien que hubiera podido rescatarlos y aliviarlos de sus miserias " cambiando por lo tanto su destino ); y (c) el hecho de que en su infancia y en sus fantasías, a ella le gustase pensar en sí misma como un importante general ( " Alejandro Magno " ), mientras que al mismo tiempo se consideraba una chica o una mujer ( como ya habíamos descubierto durante el periodo de sus sueños medievales, cuando me habló del *armet* que enmascaraba las caras de los caballeros. La palabra italiana para *armet* <sup>10</sup> – *celata* – también significa " mujer oculta " ), una ambigüedad que la sobrecargó con una tarea prácticamente imposible y cuya naturaleza no estaba nada clara para ella.

¿ Pero cómo podía ser abiertamente una mujer – identificándose con su madre – si ésta era tan sometida, deprimida, derrotista y tan frágil que no podía sostener nada ? ¿Cómo podía M convertirse en una persona viva, capaz de generar vida, si la vida era exactamente lo que siempre había tenido que esconder, rechazar o anular porque para su madre era una desgracia y una amenaza que podía ser interrumpida en cualquier momento?

Mientras estábamos trabajando en estos aspectos ( siete o ocho meses después de las sesiones mencionadas anteriormente ), sin ningún motivo evidente, M volvió a un estado de completo mutismo y replegamiento. La atmósfera se convirtió otra vez en " carbón negro " y M volvió a sus antiguos caminos, convirtiéndose en una presencia opaca y difusa en la habitación, tanto que difícilmente podía ser sentida o escuchada y que consideraba inútil cualquier esfuerzo mío para restablecer el vínculo. Parecía realmente estar muerta,

---

<sup>8</sup> Sólo más tarde consideré con sorpresa ( por no haberlo pensado inmediatamente ) que el hombre en el sueño con una luz adherida a la cabeza, podría también tratarse de un ginecólogo con un "speculum", es decir, yo mismo me incluí en el trabajo de contribuir a su nacimiento psíquico.

<sup>9</sup> No analizaré aquí los problemas asociados a su identidad sexual, aunque este elemento fue muy importante en nuestra elaboración.

<sup>10</sup> Un casco medieval que oculta la cara. N.T. : " celato " significa también estar escondido.

especialmente en la forma de expresarse y en cómo se negaba a responder, mostrando una total falta de ímpetu o de ganas de vivir.

¿ Era ésta una reacción terapéutica negativa – una reacción catastrófica frente a la posibilidad de crecer y de adquirir un mayor grado de autonomía y de placer tanto fuera como dentro del análisis ?, ¿ podría tratarse de una forma indudablemente radical del miedo a la muerte y/o de interrumpir el vínculo por miedo a decepcionar o a ser decepcionada cuando se reanuda una vida activa dejando el mundo de vacío y de ensimismamiento al que estaba acostumbrada ? ¿ se trataba de una forma de revancha alimentada por un odio desesperado y exasperado por haberse sentido terriblemente dañada y traicionada, quizás desatada por algún fallo mío, que había exacerbado el dolor de un desarrollo que estaba bloqueado por el frío de una furia glacial ?, ¿ deseaba que yo sintiera en mi propia piel lo que ella había sentido y el consiguiente fracaso para la transformación de esa venganza en una vivencia mas manejable ?, ¿ era una desesperada maniobra de supervivencia y de confirmación de su propia existencia como las descritas por Ferenczi ( 1921b, pág. 163 ) cuando habla en términos de un animal “ haciéndose el muerto ” cuando la herida en la subjetividad del self es demasiado seria ?.

Al cabo de un tiempo me sentí cansado y exasperado. Me dí cuenta que su comportamiento me resultaba insoportable, y que seguir así era verdaderamente dañino y una pérdida de tiempo. Había ensayado varias vías interpretativas y con ninguna había podido mover esta condición de resignación fatal, ni siquiera con mi silencio.

Fue exactamente en la mitad de estos sucesos o mejor “ no-sucesos ” que volvió a aparecer el “ rombo ”: desde mí, a través de una interpretación vehemente en la cual le mostré explícitamente mis sentimientos como objeto de su transferencia, con mayor énfasis, desagrado y con mi sincero deseo que pudiesemos salir de aquel “ impasse ” y comprender la situación; y desde la paciente que reaccionó a mi intervención sintiéndola como un signo de que ella verdaderamente existía para mí, y mis palabras incisivas como una llamada para volver de nuevo a la vida.

Citaré de mis notas clínicas:

En las últimas sesiones había estado pensando en la película *El huevo de la Serpiente* ( Bergman, 1977 ), y en particular en la escena que muestra una serie de experimentos llevados a cabo por los nazis, quienes para estudiar la reacción de las madres hacen llorar a los niños ininterrumpidamente. En algún momento, una de las madres no puede aguantar más y mata a su hijo arrojándolo por la ventana, y se suicida después de hacerlo. Traté de interpretar esto, diciéndole que me parecía que el hara-kiri y el expulsar al otro era la única solución, exactamente igual que en su primer sueño y en otros que vinieron más tarde; que me parecía que ella era quien estaba haciendo el hara-kiri, pero que obviamente yo también tenía que hacerlo. En este sentido, me pregunté a mí mismo, ¿ si estaba ella intentando hacerme sentir la imposibilidad de continuar con el análisis, ya que el resultado estaba resultando monstruoso ? Esto hubiera sido como terminar algo extremadamente doloroso, pero hubiera requerido matarla a ella como paciente y matarme a mí mismo como analista...¿ estaba yo haciendo algo mal, fallando al no entender algo crucial ? Si esto fuera verdad, no estaba exactamente seguro de ello, ella debía ayudarme, echarme una mano. Si ella se había identificado realmente con la madre que, como M sabía, odiaba la vida, mientras que yo era la niña que intentaba cambiar a la madre ayudándola a recuperarse debía admitir honestamente que esto en realidad no era posible. El análisis era limitado. Yo también tenía mis límites y juntos - el análisis y yo - sólo podíamos ayudarle a separarse de este proyecto insano (conectado a su continua identificación inconsciente con su madre) tratando de entenderlo; esto es, sólo podía mostrarle que su conflicto dramático estaba en su interior y que debía ser allí donde se resolviera.

M visiblemente conmovida continuó:

“ Si descubres que tienes un efecto en la gente, te sientes real, sientes que existes: por lo tanto, los demás también existen para tí y son reales. Todo esto es lo que Ud. me ha dado. No se trata de un sonido irritante o impreciso que no sabes exactamente lo que es o de dónde viene. No es un gemido que te atormenta y no puedes luchar contra él porque no puedes hacer nada por detenerlo; y tampoco es un eco que se repite. Es algo que viene “a retumbarte adentro”, algo que está vivo y para nada muerto, algo que te hace sentir renacer ”.

Todavía conmovida, añadió que nunca nadie le había prestado atención, ni a su enfermedad, ni a su silencio, en la infancia o en la adolescencia. En casa no se habían percatado, o si lo habían hecho, nunca habían hablado de ello; ella era la hija modelo que

no tenía problemas y era exactamente lo que sus padres querían que fuese. No se sentía capaz de provocar ningún tipo de sentimiento en las personas que no fueran irritación y fastidio, de los cuales sin embargo ella nunca se había sentido la causante. Sus padres, cuando no estaban deprimidos, estaban asustados y tensos, por algo que " los sobrepasaba y ante lo cual estaban dispuestos a someterse " ( el "secreto" que he mencionado antes, que a partir de ese momento M. iba a estar dispuesta a investigar y a hacer circular - esta vez verbalizándolo - para que pudiera deshacerse del pesado mandato transgeneracional ).

Reflexionando en este episodio analítico en dos tiempos, recuerdo como empezó: el inesperado desconcierto y la subsiguiente curiosidad que sentí en relación al contexto en el que el término *rombo* había aparecido de repente en mis propias palabras y el resultado que ello había provocado: "una respuesta emocional significativa" que había funcionado como "modalidad de encuentro" para M ( Heimann, 1949, 1970, 1978, 1981; Borgogno, 1992, 1995a, 1999b, 1999c).

De cualquier modo, como el lector recordará, inmediatamente después me pregunté mi quien y qué cosa se habían encontrado, tratanto de entender el movimiento intersubjetivo que había tenido lugar o estaba en proceso de ocurrir y explorando auto-analíticamente las funciones psíquicas conseguidas y los mensajes explícitos e implícitos que transmití en lo que dije y en lo que no dije. Por ello, formulé la hipótesis de mi posible sintonización preconsciente en relación a un anhelo emergente de individuación de M, y consideré además una posible " resonancia de rol " de tipo paterno (Sandler, 1993).

Considerando lo que emergería más tarde, no existe duda de que el uso que había hecho del término *rombo* había estimulado en M nuevos afectos poco experimentados y vivenciados – ligados a una relación con el otro diferenciado y separado de ella misma -. Respecto a esto, mi respuesta tanto para su necesidad de una madre separada que no fuese ni fusional ni deprimida, como para su expectativa inconsciente de un padre diferenciado, capaz de alentar la vida, y de establecer los límites sin hacer colusión con sus necesidades omnipotentes, antivitales y anestésicas, y sin devualuar sus tendencias - aún inciertas y embrionarias - hacia el crecimiento (Balint, 1958). M misma – énfasis esto



– ya había empezado a moverse en esta dirección cuando comentó: “ Es una palabra muy suya...es esto lo que me ha impactado, me gustó.” Resaltaba de esa manera la exigencia y la importancia de una auténtica alteridad que no percibía conscientemente, y que sentía como una novedad que provenía de su análisis.<sup>11</sup>

Sin embargo para que este movimiento afectivo en ciernes pudiera consolidarse como una relación más rica y participativa, fue necesario e indispensable un segundo tiempo. Todo lo que se había anticipado en aquella particular sesión y en los sueños previos esporádicos pero recurrentes, así como las historias y las visiones que iluminaron el análisis, al principio como “islas” de futura subjetividad en un océano “calmado, vacío y plano” – como el ambiente original - . Para mí, todo esto significó meses de intenso trabajo durante los cuales – mientras continuaba con la elaboración ( “*working through*” ) de lo que estaba sucediendo entre nosotros, teniendo el episodio del rombo como trasfondo, me transformé progresivamente en alguien siempre dispuesto a vivir “en mis carnes” (Freud, 1926) sus vivencias, hasta el punto de que, en mis intentos por ayudarle, renuncié a defenderme o a justificarme. Hice todo esto evitando en mis intervenciones el más mínimo recurso a teorías o modos de interpretación que pudieran de alguna manera sonar como rutinarias o formales .

Fue en este clima de “ facilitación ” (Winnicott, 1954b, 1969d) y “ provisión ambiental ” (Borgogno, 1999d), que tomo “cuerpo” el “rombo” como palabra compartida y “convivenciada” en nuestro intercambio simbólico ( atreviéndome a dejar de lado temporalmente “los textos sagrados”<sup>12</sup> y a “contaminarme con el invasor” ). Para M, fue un elemento tangible, que la condujo a vivir la experiencia del análisis de manera más plena y sentida; para mí, una impactante manifestación de autenticidad que en el tratamiento de M se tornaba indispensable para llevar a cabo el cambio. Un “paso crucial”, para ser más

---

<sup>11</sup> Ambrosiano y Gaburri, en su libro *La spinta a esistere [El impulso a existir]* (2008), han subrayado recientemente la importancia de la función paternal a la que me refiero, etiquetada como “disyuntiva” estas situaciones analíticas conducen a la apertura del paciente con respecto al otro y a la diversidad, haciéndolo curioso y atraído por el mundo que le rodea. Reflexionando clínicamente sobre qué determina el surgimiento a la realidad externa de pacientes con rasgos comunes a M, escriben- en completo acuerdo con lo que yo afirmo- : “La separación no puede ocurrir si no hay alguien ahí que está vivo” (p. 63; traducción de Gina Atkinson). Esta última característica, “estar emocionalmente vivo,” no estaba en los padres de M, y la tendencia de M para sobrevivir había sido acompañada durante la infancia y adolescencia por un silencio afectivo completo que era una de las bases para su tendencia depresiva.

<sup>12</sup> La expresión “arrojar el libre” está en Hoffman (1998), pero Cremerius (1991), también, lo utiliza para referirse al estilo analítico de Ferenczi, citando el lema medieval “*Rumpite libros, ne corda vestra rumpantur*” (“Destruye tus libros para que tus corazones no sean destruidos por ellos”) – y en mi opinión, esto también está implícito en el trabajo de Bion *Una memoria del futuro* (Borgogno, 1993).

preciso, para que la respuesta emocional elaborada por el analista pudiera llegarle - funcionando para ella también como un apropiado " instrumento de conocimiento " verdaderamente idóneo para invitarla a la relación, a la curiosidad y al pensamiento.

Resumiendo, yo había permanecido vivo en el ambiente mortífero que M. recreaba, y había combatido en pro de su nacimiento y despertar sin asustarme por toda la lucha que esta persecución había despertado y convirtiéndome así en el " objeto-obstáculo en el camino a la acción " ( Balint, 1968 ).

Mientras que M siempre se había considerado a sí misma como un monstruo por sus desbordantes necesidades y por el simple hecho de haber nacido, mi rol paternal apasionado la había hecho sentirse deseada y viva. Esto significaba que yo, también, podía existir como separado y diferente con respeto a ella, a sus padres y a su mundo objetal interno; en el "vocabulario" de nuestro diálogo, yo podía existir como el rombo/carbonero/*carbonaro* que estaba revirtiendo los mecanismos del destino en los que estaba atascada, promoviendo así su propia identidad e integridad - el *Risorgimento* italiano de mi interpretación meses antes -. Haciéndolo, también podía guiarla en el pasaje desde el nivel de lo narcisista a lo edípico.

M., en otras palabras, se había preparado interiormente ("aveva fatto quadrato") para la búsqueda y espera de un pensador con emociones ( no sometido, inhibido, cansado y frágil como sus padres ) que rompiese con las cadenas de su trágico destino familiar. Yo había ido a su encuentro experimentando, no siempre conscientemente y de ninguna manera de modo omnipotente, su odio homicida y suicida, su rabia llena de dolor y carente de palabras. Los había podido enfrentar sin negarlos y sin dejarme vencer por ellos ( Winnicott, 1969 ), y esto llegó a ser una prueba de que si uno lo desea, puede emanciparse del camino señalado y abrirse paso en forma creativa y personal a un nuevo camino. De hecho cuando las propias situaciones dolorosas han podido ser aceptadas y convalidadas por un psiquismo que las ha podido compartir y modular afectivamente (Benjamin, 1988), es posible sufrir este dolor sin tener que caer violentamente en el remolino de la propia destrucción, ni en el circuito de la culpa (Speziale-Bagliacca, 1998) o

en una especie de "terrorismo de sufrimiento" ( Ferenczi,1932a, 1932b )<sup>13</sup>. Es decir, sin tener que hundirse en un duelo sin fin ya que el dolor infantil se ha transformado en algo que simplemente se podrá "perder de vista" (Pontalis, 1988).

William James (1890, citado en Menninger, 1968) tiene quizás las palabras más apropiadas con las que resumir y enfocar el "gran dolor mental" de M:

"No se puede pensar ninguna tortura más cruel que aquella de no recibir ninguna respuesta cuando usted habla, nadie se da vuelta cuando hace un gesto, sino que simplemente todos lo ignoran. Pronto surgirá la hostilidad dentro de usted junto al deseo de atacar a aquellos que lo ignoran, y si eso no logra obtener un reconocimiento, seguramente la hostilidad será vuelta hacia usted mismo en el esfuerzo de probarse que tiene una existencia real." [p. 136]<sup>14</sup>

### *Trabajando en la integración: Vivir*

Avanzaré algunas observaciones generales sobre teoría y técnica en lo que se refiere a pacientes esquizoides deprivados, en el tratamiento de su depresión y en factores terapéuticos que son necesarios para no pasar por encima de la "muerte psíquica" – una condición que caracteriza la permanente supresión de contacto emocional que distingue el análisis de estos pacientes - . También presentaré algunas observaciones sobre sus sueños y sobre la reactualización de su trauma en el proceso analítico.

Sin embargo, antes de hacerlo dejaré que M ilustré "el cambio de dirección" que experimentó durante los siguientes años, utilizando una sesión del octavo año de análisis - la segunda sesión de la semana - en la cual era M quien indicaba con sus palabras el

---

<sup>13</sup> Shengold (1989), refiriéndose a pacientes similares a M – es decir, "almas-asesinadas" – advierte los resultados de estos "*pietas*" procesos "*caritas*," y por lo tanto subraya el aspecto relacionado con aprender a cuidar de uno mismo y de los otros sin rencor y sin venganza por las injusticias sufridas.

<sup>14</sup> En el primer volumen de *Los Principios de Psicología* (1890, p. 294), William James escribe: "El yo social de un hombre es el reconocimiento que obtiene de sus compañeros. No somos simplemente animales gregarios, queriendo estar en la vista de nuestros iguales, sino que también tenemos una propensión innata para hacernos notar favorablemente, por nuestra amabilidad.... Si nadie se girase cuando entramos, respondiera cuando hablamos o no le importase lo que hiciéramos, si todo el mundo que conociéramos "nos diera por muertos" y actuase como si fuéramos objetos sin existencia, una especie de rabia e impotente desesperación se apoderaría de nosotros, para ella las torturas corporales más crueles serían un alivio; esto nos haría sentir que, no importa que difícil fuese el apuro en el que nos encontráramos, pues preferiríamos apestar antes que no ser mercedores de ninguna atención".

trabajo de integración que favorecía el cambio que había experimentando hasta ese momento. Mi única intervención interpretativa fue un pequeño comentario que validaba lo que ella estaba diciendo. De hecho, en una situación como esta – de memoria y asimilación creativa (Heimann, 1955, 1957, 1969) – es el paciente quien descubre y narra su verdad al analista, quien participa silenciosamente, sin interferir con su aportación.

“ Tuve un sueño : Otra vez había una bajada. Un grupo de niños estaba en la cumbre de una colina, haciendo rodar objetos hacia abajo. Desde una pequeña colina, un grupo de niños hacia resbalar objetos que caían en una tierra negra que los absorbía. Los niños que estaban jugando a ver quien podía hacer rodar más objetos por la pendiente, comenzaron una pelea y se desafiaban mutuamente para hacerse rodar ellos mismos por la pendiente. Yo estaba con un amigo y tratábamos en vano de disuadirles. Había un niño en particular que me preocupaba y que empezó a tirarse rodando por la cuesta aunque siempre se levantaba y volvía a subir hasta la cima. Me parecía un juego demasiado peligroso, así que fuí a buscar a su madre, quien me dijo que estaba muy preocupada porque el niño no hablaba bien. Esta madre estaba esperando a que llegase el padre del niño, pero él estaba muerto”.

La madre en cuestión era la madre de un niño al que había visto esos días en consulta y que había sido adoptado tarde<sup>15</sup>. Me dí cuenta de que tenía un grave problema de lenguaje que sus padres desconocían. Me lo trajeron debido a un dolor de tripas.

La pequeña colina y la pendiente me recordaban a la carretera que llevaba a mi casa en X donde vivía cuando tenía cuatro años. Era una subida difícil pero solía hacerla agarrada de la mano de mi abuela lo que la hacía más fácil. En el sueño, los niños estaban tirando todo colina abajo para probar que no pasaba nada. Para mí, la idea de separarme era como si me arrojase a mí misma al vacío... lo descubrí aquí . . y tardé mucho tiempo en comprenderlo. Y todavía me cuesta; pero antes lanzaba al vacío los recuerdos y los sentimientos para hacerlos desaparecer.

No sé si estará de acuerdo conmigo, pero creo que estas podrían ser las cosas que los niños estaban arrojando cuesta abajo . . . esto es lo que yo hacía conmigo hasta que al final me hice cargo de mí misma. Ese era mi juego – un juego de muerte, tal y como ud. me enseñó - : hacer que yo misma muera, hacer que mis padres mueran, hacer que este dolor con el que me es tan difícil vivir desaparezca... era una manera de no enfrentarme al dolor de la ausencia y la desaparición de las

---

<sup>15</sup> En el curso del análisis, M se había convertido en una pediatra respetada.

personas y de la muerte . . . antes o después mis padres morirán, el análisis terminará; esto es doloroso, sin embargo ahora le da sentido a mi vida . . . .

Me he angustiado viendo a esos padres venir a verme por un pequeño dolor de tripas sin tener ni idea del serio problema que tenía su hijo. Parecía como mi historia, excepto porque esa madre estaba más viva que la mía. Yo siempre he tenido problemas con el lenguaje, sin embargo no sabía que los tenía antes de verlos aquí, y ahora puedo darle a ese niño y a sus padres algo de todo lo que he recibido de estas sesiones . . . .

Hacia la madrugada tuve otro pequeño sueño que no conseguí entender, y que me angustió porque me dió la sensación de que aún estaba muy atrás, en las épocas oscuras: “ Veía en mis manos unos pequeños dinosaurios que trataban de mordirme. Al principio pensé que eran muy bonitos, pero me mordían hiriéndome en las manos. Estaba fastidiada y no había forma de echarlos . . . .”

¿ Se trata de algo mío que todavía me duele y no quiero dejar ? . Aunque fueran pequeños los dinosaurios asustaban. ¿ Se trata de recuerdos, algo que no he conseguido entender, mis silencios pasivos que cada tanto vuelven ? . . Estaban dañando mis manos. . . sin embargo ya no dañaban las tuyas, cuando era la pesadumbre que yo traía que se las hería . . . también en mis sueños . . . ; sin embargo usted se las arreglaba para sacarme adelante . . . y en uno de los sueños su mujer decía – ¿ lo recuerda? - Que debía empezar a preocuparme para conseguir lo que yo quería. ¡ Ese fue un momento importante ! Así que quizás no debería estar asustada de que aun existan algunas huellas de prehistoria: son mi historia después de todo, mi identidad.

En este punto, dije:

“ Creo que tienes razón . . . . Este sueño y el trabajo que has estado haciendo durante los últimos meses son signos muy esperanzadores. Te has reconocido a tí misma, recuerdas tu historia, eres dueña de tu historia; y lo que es más, puedes hablarme de ella de manera vívida y personal. Creo que éste es realmente un cambio y también un agradecimiento por el trabajo que has estado haciendo conmigo. ¿Recuerda la película *Jurassic Park* que fuiste a ver con tu sobrino varias veces ? Recuerda que era el dinosaurio más pequeño el más devorador . . . . Tenía una vocecita tan pequeña que al principio no se podía oír bien. . . emitía tímidos y desconsolados chillidos, casi susurros, pero en un abrir y cerrar de ojos se comió a sus cuidadores. Esto también es parte de tu historia, parte de tu pasado, y en el sueño es evidente por la forma en la que lo contaste y la forma en la que lo elaboraste que has sido capaz de contenerlo y hacerlo tuyo ”.

La paciente continuó diciendo:

“ Las cosas de los pequeños hacen sufrir mucho. Yo he sido una gran devoradora de afecto, de atenciones, de tiempo . . . sin embargo no habría podido ser de otra manera. Comía también por mis padres, especialmente por mi madre que canibalizaba todo en el agujero negro de su depresión; y yo supuestamente debía liberarlos de la esclavitud de un hambre endémica: el hambre de los huérfanos que han sufrido también la guerra.”

¡Ah! . . . he arreglado el contestador telefónico . . . estaba interfiriendo con el teléfono y hoy antes de venir aquí, llamé a mis padres porque estaba contenta de que en el sueño lograba ocuparme de mí misma. Le dije a mi padre que le había llamado porque quería saber de él. Estaba un poco sorprendido y contestó: “ Doctora . . . ¿ cuando vas a ir al hospital ? pensaba que ya estabas allí ”. He sentido ternura por él. Fue muy dulce por su parte.

### *3. Tendencia de pacientes esquizoides deprivados a la identificación patológica y la importancia de la respuesta personal del analista.*

Como ya he escrito antes (Borgogno, 1994a, 1994b, 1994 – 1995, 1995a, 1995b, 1995c, 1997, 1999b, 1999c), subyacente a las dificultades depresivas y al sufrimiento de los pacientes depresivo-esquizoides (como M) encontramos una “*identificación masiva con un objeto que depriva*”. La deprivación es principalmente un despojo: en general de aspectos necesarios para el crecimiento a los cuales el niño tiene derecho, y en particular de características propias que no han sido reconocidas, y que por lo tanto no se les ha permitido existir o madurar. La vivencia de intrusión y de rechazo con la cual los padres de estos pacientes son percibidos, recubre una falta básica de cuidados parentales fundamentales.

De cualquier modo, la deprivación que proviene de las psicosis parentales es diferente – en su naturaleza simbiótica, caótica y desorganizada - de la deprivación que proviene de padres deprimidos ( Little, 1990; Borgogno, 2002b). Diferente quizás también de la deprivación que deriva de una ausencia depresiva de entusiasmo - tanto en uno de los cuidadores como en ambos - por la transmisión de la vida y la existencia en la crianza de

los propios hijos como he descrito en "*Spoilt children*" (Borgogno, 1994b; Ferenczi, 1929).

En estos casos, de hecho, puede ser más insidiosa y sutil, por lo cual el analista, que a mi parecer debe siempre considerarla como un factor etiológico potencial relevante, debe encontrarla y focalizarla primero en sus rasgos distintivos y patógenos, ya que el paciente sólo puede ser vagamente consciente de esto ("deducirlo" , como Freud y Ferenczi sugirieron<sup>16</sup>). La misma es expresada o bien a través del cuerpo ( que el paciente generalmente no sabe cuidar bien, aunque lo ponga en el centro de su atención<sup>17</sup> ) o mediante comunicaciones que aparecen elaboradas y a lo mejor bien adaptadas, pero que en realidad no lo son en cuanto no se puede pensar acerca de ellas ( los numerosos y ricos sueños de M. en los primeros años de análisis que dentro de poco volveré a retomar, son un ejemplo de esto. Sueños a los que les he dedicado gran parte de atención en nuestro trabajo previo, revisitando su transcripción inconsciente de " eventos psíquicos interrumpidos traumáticamente, Ferenczi, 26-III-1931, in 1920 – 1932).

Otro índice puede ser - más allá de la clásica presencia de un falso self y de la inversión de roles que no siempre es explícita y que suele acompañar cualquier tipo de privación – un extremado negativismo alternando con una extremada docilidad y pasividad ; sin embargo el signo mas evidente es el sentir en el aquí y ahora y durante el proceso de la transferencia y contratransferencia, una constante falta de respuesta en el vínculo, acompañada por la persistente sensación que falta algo vital y esencial en el análisis y en el paciente. De hecho, el paciente está convencido, a un nivel profundo y sin ser consciente de ello, de que tanto su madre como el analista aman la muerte y quieren que el paciente muera. Como sostiene Franca Meotti ( 1.995 ) el inconsciente arcaico de estos

---

<sup>16</sup> Podría decirse que Ferenczi trató de desarrollar y de conseguir con los pacientes precisamente lo que Freud afirma, congratulándose, en una carta que le envió el 16 de Septiembre, 1930: que "los traumas deben ser deducidos por sus implicaciones", ya que son "cicatrices reactivas" que "los hacen visibles" (Freud, Ferenczi, 1919 – 1933). Y, en este sentido, los signos que anuncian traumas y que han ocurrido, eran precisamente los sentimientos de aniquilación, apatía, agonía, colapso y catástrofe: signos que a menudo son percibidos no en los propios pacientes, sino en la relación contratransferencial del analista en su relación con los pacientes.

<sup>17</sup> En este aspecto, junto con las observaciones de Ferenczi, Anna Freud advierte que en los niños que habían retornado de Theresienstadt también este elemento debía de ser digno de consideración (A. Freud, 1951). Ella también interpreta el interés del niño por su propio cuerpo y su cuidado como la asunción inconsciente de la función parental y ( cuando esto ocurría menos en el pasado y ocurre menos en el presente ), característica de un "yo" privado. El problema, sin embargo, es que ésta asunción inconsciente es en estos casos imitativa y superficial, y no corresponde totalmente a una asimilación efectiva de las cualidades de cuidado física y psíquica de los padres.

pacientes interpretaría de esta manera la ausencia de entusiasmo de los padres.

Estas defensas primitivas – particularmente esquizoides como son : fragmentación grave, disociación, escisión, proyección y una total desestimación de la vida psíquica - en los pacientes deprivados, provienen de vivencias caracterizadas por fallas ambientales de diversos tipos y el paciente trata de sean vividas y experimentadas principalmente por el analista. En mi opinión, estas estrategias defensivas no son el producto de una destrucción primaria, sino que se trata de estrategias de supervivencia radicales debido a un dolor insoportable. Como tales, deben ser reconocidas con respeto por la función que desempeñan, para no repetir en la interacción analítica la confusión con el abuso y la intrusión que estos pacientes sufrieron en el pasado. Las experiencias de deprivación de las que provienen, continuamente vivas y en primer plano en la vida y en el análisis, darían cuenta de la violencia y destructividad que tienen éstas defensas. Aun así, este resultado es siempre un intento inconsciente - sin embargo insano - para recordarlas, modificarlas y controlarlas.

El modo de ser apático ( antivital ) de M era violento y destructivo, era del tipo “negador de vida” , que consistía en adherirse al pesimismo absoluto y omnipotente de su madre interna ( apoyado a su vez en la actitud de su madre externa) y al destino preconizado por sus padres. Era esta identificación de M con su madre y con la visión que su madre tenía sobre sí misma y sobre la vida - un potente veneno - que M misma reproducía. Sin embargo, el hecho de provocar odio era también su manera ( de un modo claramente enfermo ) de prepararse a sí misma frente a la muerte anunciada, y de guardar el objeto tanto distanciándolo de sí misma **Nonetheless, not living and provoking hatred were also her way (an undeniably sick one) of setting herself up against this predicted death, and of saving the object both by distancing it from herself and by not being born, not existing psychically, and not growing (another meaning of the “recrudescence” of mutism, withdrawal, and opposition that made the “rumble/rhombus” emerge).**

Es por lo tanto importante que el analista no tome en cuenta solamente el narcisismo omnipotente destructivo de estos pacientes, sino también el narcisismo de naturaleza igualmente primitiva de sus objetos, ayudándolos a desenmarañar su historia junto con su



mundo interno, para que puedan así “ desidentificarse del objeto deprivante ” y puedan convertirse, a través de la construcción de una función de “ no entrada ” que sea menos permeable a la influencia del objeto deprivante y más selectivos en la asimilación de contribuciones del mundo externo. Este es un punto de inflexión que implica algo más allá que la inmóvil elaboración de la compulsión de repetición ( que es alimentada por contribuciones externas y antes por los propios pacientes y sus anhelos introyectivos generados por la deprivación que han sufrido ) . Es éste un punto clave – señalado últimamente por Faimberg (2.000) – que implica no sólo permitir al paciente comprender qué cosa han depositado dentro suyo sus padres ( diferenciando este proceso de aquel de las proyecciones, que habrían dañado y convertido en malos los aspectos parentales buenos ), sino también, y al mismo tiempo, permitirnos a nosotros analistas tener una constante voluntad y disposición, para explorar nuestras eventuales carencias que como tales, hemos podido tener y con las cuales lamentablemente estos pacientes son muy propensos a identificarse dejando pasar cualquier error que podamos cometer.

Es necesario pues que nosotros reconozcamos las resistencias de estos pacientes en los términos de necesidades y angustias que no hayamos comprendido y a las cuales no hayamos podido ser capaces de responder adecuadamente hasta ese momento, o – en casos extremos – hasta de comportamientos “impropios” actuados por nosotros (ver Ferenczi, 1920 – 1932, 1929, 1931, 1932a, 1932b, 1934).

Hay que resaltar que es absolutamente necesario para facilitar y movilizar la elaboración depresiva de las experiencias de estos pacientes, primero contener el nivel de mortificación, vergüenza y traición que subyacerán a su culpa, por representarse terriblemente violentos y persecutorios. En resumen, esto significa - para avanzar hacia una reparación total - empezar a acercarse al socorro del paciente, no tanto por el daño infligido al objeto sino por los producidos por el objeto al “ yo ”. Hacia el final del análisis de M, hablando del “*hara-kiri*” y la figura japonesa del sueño del principio, describió cómo en esa cultura alguien prefería cometer suicidio antes que violar las costumbres tradicionales, e incluso abrazar nuevos valores podría “ secretamente ” considerarse mejor. Esto es una declaración, por tanto, que indica no sólo como el inconsciente primitivo de estas personas opera, sino también su necesidad de sentirse firmemente

apoyados en su propia subjetividad y así poderse separar de las asunciones básicas y la lógica de la moral que domina el grupo familiar al que pertenecen<sup>18</sup> .

Por las razones expuestas hasta este punto, la dificultad de estos pacientes en enfrentar cambios no puede resultar más que evidente. En el caso más específico de los pacientes deprivados por la ausencia de entusiasmo por la vida de sus padres, esta dificultad se va delineando en el análisis y, como siempre, Franca Meotti ( 1.995 ) lo ha subrayado en los siguientes términos: “ En la medida en la cual la transferencia es una experiencia nueva, amenaza mortalmente el status quo. Y en la medida en la cual es repetición, eso presentifica una madre que aprueba solamente la muerte ”( p. 463 ).

El analista por lo tanto será por ese motivo el portador de muerte porque amenaza las defensas para sobrevivir utilizadas por el paciente, o bien – por la inversión de roles que en este trabajo he descrito – será el niño que el objeto materno mortífero quiere muerto. En cualquiera de los dos casos el analista en cuanto es percibido de este modo, será rechazado permanentemente y considerado como inexistente, y será principalmente puesto a prueba en el ámbito de la resignación. Es importante clarificar que hablo del objeto maternal letal no porque considere esa característica exclusiva de la madre, sino porque ese rasgo es mucho más determinante si pertenece al objeto primario, mientras que si es característico del padre su presencia terminará siendo menos grave.

Muchos analistas – especialmente el grupo Británico independiente ( Winnicott, 1947; Little, 1957; Symington, 1983; Coltart, 1986; Bollas, 1987, 1989; Rayner, 1991), pero no exclusivamente (cf. también, por ejemplo, Hoffman, 1998; Kernberg, 1992; Ehrenberg, 1992) – han afirmado repetidamente la utilidad en estos pacientes de llevar a cabo “actos de libertad” – mostrando los sentimientos del propio analista – en momentos de impasse y de intensa destrucción del paciente hacia el análisis. Aunque en general creo que es sano en sí para la situación terapéutica el hablar con sinceridad acerca de lo que está ocurriendo, no sé si siempre es de utilidad y apropiado recurrir a esto. En cualquier caso, mantengo que, para llegar a estos pacientes, el analista deberá aceptar sus propias emociones intensas, tanto positivas como negativas, como un punto de partida

---

<sup>18</sup> Este aspecto ha sido tratado más en profundidad por Gaburri, Ambrosiano (2003).

indispensable desde el cual continuar el trabajo, preparándose para dar pasos en falso y para las *inevitables actuaciones propias ( enactments )* sobre las que habrá que trabajar y las que habrá que modular de manera asidua y paciente. En mi opinión, el tipo de paciente deprivado al que me estoy refiriendo tiene, además de los atributos que acabo de mencionar, una considerable necesidad de constatar que él/ella tiene un efecto en el ambiente que le rodea, para poder llegar a descubrir el ambiente tanto afuera como dentro de sí mismo; ésta es otra de las razones por las cuales el analista no debe asustarse de la involuación inevitable que tendrá con estos pacientes, al mismo tiempo que tratará de ser cuidadoso de no volverse traumático para el paciente.

Sin embargo, los errores serán inevitables. De cualquier modo, cuando son admitidos con naturalidad ( que no quiere decir ser indulgente hacia uno mismo ), será la ocasión para reencontrar y traer al presente la realidad "elusiva" que aún no ha sido organizada, y que a menudo corresponde a la vida pasada del paciente que hasta ese momento ha sido ignorada y dejada a un lado. Paradojicamente, los errores y fallos del analista se convierten así gracias al proceso terapéutico en un descubrimiento y un estímulo para el aprendizaje. ( Winnicott, 1963 – 1974; Borgogno, 2006<sup>a</sup> ).

No debemos esperar en ningún caso que sea el paciente mismo quien nos haga saber aquello que no estamos recibiendo o que no estamos comprendiendo bien, si antes no le hemos ayudado y alentado muchas veces a compartir abiertamente sus observaciones y sus ideas acerca de nosotros y nuestro trabajo, incluidas aquellas que preferiríamos no escuchar. Quien ha sufrido deprivación desde la niñez estudiará indudablemente nuestro estado de ánimo y nuestro comportamiento (incluyendo errores, inhibiciones y ansiedades ) observando cómo nos manejamos con ellas y cómo las resolvemos.

De forma abierta y sin hipocresía, tendremos que considerar los límites de nuestra comprensión y aceptar que no seamos capaces de tolerar el sufrimiento del paciente de forma inmediata. Cada uno necesitamos nuestro tiempo y nuestro modo personal e individual para hacer frente al dolor y a los conflictos que provienen del difícil

descubrimiento de nuestros fallos en relación a cada uno de nuestros pacientes.

Los pacientes deprivados necesitan un analista que les haga sentir genuinamente esperanzados, vivos, y con significado para el otro, porque sólo de esta manera pueden obtener acceso al mundo de los sentimientos y los significados compartidos. No es exacto decir que quieren ser comprendidos y no comprender, ya que ser comprendido para estos pacientes significa tener valor y existir para el otro que participa emocional y mentalmente de sus experiencias particulares. Como consecuencia, los factores terapéuticos principales para el análisis de estos pacientes son la profunda generosidad del analista y la continuidad libidinal-afectiva del mensaje que está implícito en sus palabras pero que va más allá de las propias palabras – la comunicación afectiva pragmática ( Rycroft, 1956 ), es lo importante, más que el contenido declarativo de nuestras intervenciones y los detalles de nuestras interpretaciones. Obviamente, la vitalidad, sensibilidad y la humanidad capaces de llevar a una reflexión serán muchas veces rechazadas, contrastadas y bloqueadas. Aunque no debemos olvidar que estos pacientes no han recibido nunca el tipo de experiencia que el analista les ofrece. No la reconocen, por lo tanto y frecuentemente piensan que no tienen derecho a ella.

¿ Cómo construir esa relación con una seguridad afectiva y mental que les permita a los pacientes tomar exclusivamente las interpretaciones que son significativas para ellos? No creo que haya un único modo de llevar a cabo esto; cada analista tiene un estilo propio. Aun así, como ya he sugerido en el caso de M, es indispensable más allá de una buena técnica y una teoría coherente, que el analista esté dispuesto a experimentar emociones en nombre del paciente, demostrando firmeza y capacidad de separación cuando eso es necesario para su supervivencia para la del análisis.

El compromiso del analista ateniéndose rigurosamente a su propia respuesta emocional elaborada, le permite encontrar al paciente comprendiéndolo y evitando así un pseudo-análisis que puede llevar al paciente hacia un insight prematuro y precoz, y a una anticipada toma de responsabilidad no auténtica, dando realidad a un ambiente que no es

genuinamente protector y respetuoso con el "particular" tiempo de crecimiento del paciente.

Estos obstáculos son riesgos que se presentan en el tratamiento de los pacientes deprivados, porque su "como si" evoca y adula el "como si" del analista. Por tanto es necesario, con estos pacientes más que con otros, mantener una mirada cercana en nuestro nivel de autenticidad ya que – como ya he enfatizado en alguna otra parte - y este es el caso de " la sombra del objeto que cae sobre el yo ", ya que debido a su historia, y a una particular facilidad para "dejar al objeto tomar el sitio del yo" sacrifican el desarrollo de su propio camino cognitiva y emocional. El silencio del paciente y la separación en el análisis pueden ser también un signo de ello. Es nuestra tarea principal *dar voz a las potencialidades no expresadas y al yo no nacido y fomentar* la esperanza y vivir la experiencia.

#### *4. Sueños y revivir el trauma en el análisis*

Volviendo a los sueños de M, emerge una consideración que probablemente también haya sido considerada por el lector: al menos tres de los cuatro sueños que M trajo al análisis eran claras variaciones de la misma escena. La representación de un esquema prototípico de interacción patógena (viéndola en secuencia con el beneficio de hacerlo en retrospectiva) que muestra como éste esquema se supedita gradualmente a un proceso de desarrollo idéntico.

El primer sueño, traído al principio del análisis, arroja luz sobre una situación de suicidio físico de la que no hay salida. M es la testigo sin poder del hara-kiri a una persona japonesa de identidad desconocida en un espacio cerrado, el tipo de claustro en el que el evento se repite "arco tras arco" representado de manera idéntica, sin que el paciente pueda ser capaz de modificar la situación pidiendo ayuda o escapándose. Esta era una situación relacional, la que el primer sueño ilustra, que además era típica en los sueños del paciente y su actitud general en la primera fase del análisis.

A diferencia del primer sueño, el segundo (en la mitad del análisis) en el que la malvada reina arroja a su hijo por la ventana de palacio, tiene lugar en un espacio que es en cierto sentido más abierto. Aunque la escena central se mantiene invariante respecto a los rasgos subyacentes, muestra un principio de conciencia y un movimiento hacia el reconocimiento de lo que ocurre, con el consecuente llamamiento al ego y las fuerzas libidinosas (la mujer joven llamada "Nadie" y la gente oprimida) sostenidos por la contención e interpretaciones (las naves alienígenas no son vistas como "enemigos" sino como "protectores"). De igual manera, el reconocimiento ocurre de forma condensada en este sueño, lejos de ser mínimamente estable y sólido, ya que como el lector recordará- hecho que no debe ser ignorado desde el punto de vista de las características de este análisis- el hijo de la reina había aprendido a caerse a sus pies para que no le ocurriese nada" y era admirado por la reina por ese "talento para vitar el daño y el sufrimiento "<sup>19</sup>

El tercer sueño al que volveré, de el octavo año del análisis sería definido por Jean-Michel Quinodoz como "un sueño que pasa de página" (1999). Este sueño, a través de su contenido y subsecuentes asociaciones, hace que quede claro e irrefutable que el paciente está inmerso en una nueva capacidad para percibir su "yo" y la realidad (externo e interno). Se ha puesto a circular una integración de pensamientos y sentimientos: ella ya no ignora el dolor sino que le presta atención. Este hecho anuncia un cambio estructural que anticipa una buena conclusión del análisis en un futuro cercano.

Mi objetivo en estas páginas ha sido el de mostrar de la manera más eficiente posible por qué y cómo M tuvo un éxito gradual al establecer una cohesión e identidad respecto a su experiencia-pasada y presente- que no había sido accesible para ella antes, y como resultado de acercarse más y más a percibirlo como algo que pertenecía a su persona. Dejando de lado mi elección particular de los sueños para este objetivo, los sueños de M en los años previos al análisis, conducían de manera compulsiva a un escenario que reflejaba el deterioro psíquico y la violencia mental a la que el sujeto había

---

<sup>19</sup> Una clara imagen, de "traumática progresión" que caracteriza el "*niño sabio*" de Ferenczi (1932a) y los "saltos mortales de adaptación" de estas personas, basados en la renuncia a la vida psíquica de su infancia y a su consecuente disociación.

sido expuesta y cómo se había deprivado como vía de escape. El sujeto de los sueños era ella directamente, o un indefenso solitario niño, o en otras ocasiones, un grupo de personas situado en una posición dependiente o subyugada con respecto al principal agente del sueño. Debo especificar que, más que parecerse a "sueños clásicos", los sueños de ese periodo tenían características de "pesadillas", debido a sus primitivas maniobras de defensa que fallaban en sus propósitos. Estos sueños engendraron el sentimiento de que no se podía hacer nada contra los eventos que allí se representaban, tan sólo quedaba sufrirlos y que algo no mentalizado ni digerido estaba volviendo, algo totalmente oscuro y incomprensible para el soñador además de tormentoso. En resumen, respecto a esto M no parecía tener instrumentos emocionales y conceptuales adecuados para reconocer afectivamente y de manera estable la relación patógena que confirmaron. Además, a pesar de este insistente retorno a la visualización de esta relación patógena, no se producía más que un borroso incremento en la conciencia real de M sobre la naturaleza traumática de sus contenidos. Había aun menos incremento de pensamiento introspectivo sobre la conexión de los episodios y los sentimientos descritos en estos sueños, de su historia y de su ambiente psíquico temprano.

Mi segundo argumento originó lo que recién observe sobre el sueño al principio y en la mitad del análisis y su correspondiente atmósfera análoga que domino esas sesiones durante años. Llevaré adelante este argumento en forma de preguntas, aunque en la realidad ya he tratado de responderlas en el transcurso de todo lo que he escrito. ¿Reprimió M activamente su experiencia dolorosa, escindiéndola y evacuándola en el sentido ordinario que los conceptos de repression, proyección y escisión tiene para nosotros? ¿Distanció ella y alertó al ego de esa experiencia en mayor o menor medida? O, alternativamente, ¿Las experiencias que estos sueños indicaron no permanecieron disociadas de ella, y además automático y mecánico (alguien podría añadir), ya que carecía de los parámetros afectivos e interpretativos para contener, distinguir y legitimizar primero el sufrimiento, y Segundo su estado mental y el de sus padres? Esto por cierto,– la contención, diferenciación y legitimización de su sufrimiento y el de sus padres- fue un resultado que alcanzó más tarde, cuando aprendió a deducir y discriminar gradualmente

uno del otro, dando paso a sus necesidades- cuando quiera que fuese apropiado para su proyecto de vida- del clima obstructivo y mortífero de silencio y inercia psíquica familiar que tendía a envolverla, y que los anulaba.¿Entraron a escena en este largo segmento del análisis más allá de la forma y contenidos expresivos de sus sueños un bloqueo y destrucción de conexiones que habían sido establecidas pero después perdidas, o por el contrario, se trataba de conexiones que nunca habían sido alcanzadas ni formadas?

¿Podemos hablar de estos sueños y dramatizar los graves conflictos del inconsciente en el soñador- conflictos que son responsables de la mutilación simbólica de la capacidad del soñador- o no tenemos que expandir nuestra visión como Ferenczi (1920 – 1932, 1931, 1932b, 1934) y, más tarde, Bion (Bion, 1992; Bion Talamo, Borgogno, and Merciai, 1997), para incluir la idea de el sueño en sus imágenes como una transcripción de fragmentos de experiencias mudas y silenciosas que no han sido asimiladas a un nivel simbólico en ausencia de una disponibilidad real de medios en los que poder ponerlos en palabras y trabajar a través de ellas? Fragmentos, quiero decir, que no son conscientes y que, independientemente, pueden encapsular al mismo tiempo información preciada de notable importancia no sólo en el funcionamiento mental del sujeto sino también sobre el pasado relacional “no conocido conscientemente” y “no pensado”(Bollas, 1987).

Volviendo a lo anterior, ¿si esos interrogantes no son consideradas inútiles y marginales, cual es la consecuencia para el procedimiento técnico de nuestras intervenciones? Es insignificante restaurar en el paciente una fuerte individualización de su paso existencial y de los atributos y características de sus objetos y de su yo – para cambiar la decodificación de este tipo de sueño en una dirección en vez de en otra? ¿Y cuando damos prioridad a la hipotética imagen de un espacio vital restringido y una pequeña abstracción en nuestras interpretaciones, enfatizando los efectos del mundo interno para una situación decisiva e inapropiada de falta de paternaje, por parte de nosotros mismos o por parte de los cuidadores del paciente, o por el contrario, primero indicar e introducir en el análisis la inevitable distorsión producida por el paciente? Y, más que eso, ¿está ésta distorsión producida por el deseo (el punto de vista Freudiano) por la proyección de los instintos



propios de uno, especialmente los negativos (el punto de vista de Kleiniano), por la inevitable introjección de las "órdenes paternas hipnóticas" y por la resultante imitación para la supervivencia (una eventualidad no excluida por Ferenczi y Heimann), o, más básicamente, por simple inmadurez e inexperiencia?

Continuaré con mis reflexiones finales. Sueños como los de M, que muestran reproducciones exactas de un patrón de relación que es patógeno y antivital, debe ser visto por el analista –para poder llevar a cabo una simbolización provechosa y apropiada– como la persistencia del paciente en la experiencia traumática acumulativa, llena de "gran dolor" (el dolor que se refiere a la no-existencia y a la no-diferenciación). En este momento, de hecho, el paciente no tiene en un periodo de tiempo adecuado palabras reflexivas y llenas de emoción con las que puede verbalizar y renegociar– juntos con la falta de diferenciación– ese "gran dolor" que aparece, no siempre en un nivel indirecto y críptico, en el contenido ostensivo "secundario" del sueño. La inteligibilidad que éstos sueños parecían poseer de forma excesiva en ocasiones, la particularmente organizada y sofisticada narración traída por la secuencia "invitada" de imágenes oníricas, no debe sugerir sin embargo, la presencia– ni la más mínima y débil presencia– de un sentimiento o pensamiento que pasar de la reflexión. Sólo un analista apresurado y superficial confundiría la impresión de estos pacientes y el registro mnemo-sensorial con el producto de un ego que está suficientemente desarrollado para manejar el evento traumático y transformarlo en recuerdo o insight de las operaciones mentales del propio paciente. M, por ejemplo, no era de ninguna forma capaz de observar y significar a través de sus sueños el trauma al que había estado sujeta y en el que había tomado parte; ella no pensaba, excepto de manera confusa, que más allá de las formas de existencia y de relación que ella había experimentado durante la infancia y la niñez existían otras formas.

¿Pero cual es la relación entre la evolución de los sueños en pacientes como M, y la evolución del proceso analítico entero el cual he enfatizado en mis comentarios, centrándome especialmente en la importancia de la efectividad de cada análisis de la experiencia afectiva personal del analista con su paciente?

En general, con pacientes como M, uno se encuentra a sí mismo en una etapa temprana

en la que la "progression" de los sueños es "falsamente evolutiva" (Ferenczi, 1932a, 1932b), derivada por experiencias excesivamente dolorosas que no han se han sometido al "work through", para que los "eventos psíquicos traumáticamente interrumpidos" (Ferenczi, 26-III-1931, in 1920 – 32) ocultados por ellos deban ser re-experimentados a medida que el análisis va desplegándose en profundidad y en pequeñas porciones ("en fracciones" y "hasta su final," Ferenczi aconsejó; 26-III-1931 in 1920 – 32; 1932b). Esto es necesario para que los eventos sean observados auténticamente, sean entendidos y sean trabajados (work through). El trauma, por tanto, para poder ser guiado hacia la mejor solución y superado, deberá *in primis* convertirse en real y reconstruido en la reunión con la pareja analítica, y atravesará el trauma "cuerpo y alma" gradualmente de forma más consciente. En otras palabras, por esta razón, los eventos traumáticos reales vividos por los pacientes no deben ser negados por nosotros (por ello la categoría "la historia infantil psíquica y ambiental" no puede entrar a formar parte de nuestro bagaje teórico), y, igualmente, no debes truncar prematuramente el dolor que les fue infligido en el pasado y que tarde o temprano se reproducirá en las sesiones.

Teniendo en cuenta esta finalidad, el analista ineludiblemente deberá encarnar los distintos personajes del drama presentado en los sueños si desea en verdad, prestándose personalmente y funcionando a modo de espejo, que el paciente pueda alcanzar aquel "nuevo inicio" y oportunidad (el "nuevo comienzo" de Ferenczi y Ballint al que aludí al principio) que le permita apropiarse de su historia y del origen del sufrimiento que a modo de catástrofe lo ha llevado a enfermarse y a ser lo que él es. Sólo si esto acontece, los eventos traumáticos podrán ser puestos en juego en el diálogo compartido, y será el mismo paciente quien podrá sostenerlo y señalar los eventos describiéndolos, como una sana defensa de sí mismo, ya sea en su versión histórica, ya sea en su versión interiorizada e intrapsíquica.

Es gracias a la creación de ese tipo de ambiente en el desarrollo del análisis- que satisface (como Ferenczi y Bion, citaron en epígrafes al principio,intuidos) "*la necesidad de realidad*" más que "*la necesidad de verdad*" (Borgogno, 1994 – 1995, 1995c, 1999b, 1999c, 2000c, 2006a; Borgogno y Merciai, 1997) garantizando funciones humanas y psicológicas a las que no se les había prestado atención y que habían sido apartadas- ese

sueño y la sesión en la que se da la "vuelta de página" en el tratamiento de M. Esto es, esto ocurrió no sólo gracias a las propias funciones de las interpretaciones de contención, reverie y transformación sino también gracias al testimonio, legitimación y validación personal del analista.

Por un lado, el sueño y la sesión que resumió y condensó en pensamientos cargados con afecto, comunicados conscientemente por la circunstancia del paciente- la experiencia dental por la que ella había pasado durante el análisis, ahora identificada al nivel de separación y diferenciación que la proveía con un individuo, esto es, dejando de estar fragmentada y dividida. Por otro lado, este sueño y esta sesión enriquecieron el horizonte existencial en el sentido de que la pérdida impensable y aniquiladora sufrida por M- que en un nivel profundo era "sangre, mirada fija, gestos y palabra" con la adquisición del nacimiento psicológico completo- pudo finalmente dejarse a un lado y ser olvidado. Por ello, M se permitió ir más allá de eso y emerger en el presente y el futuro de su vida, con energía renovado y una verdad básica incrementada.