

El psicoanálisis: intento de articulación teórico-clínica^{1,2}

Alfredo J. Paineira

I) INTRODUCCION

La primera pregunta que surge ante este intento de articulación es, ¿el psicoanálisis sigue siendo uno?

La segunda es más difícil, es una tarea de Sherlock Holmes, y es tratar de inferir, a partir del trabajo interpretativo que el analista muestra en sesiones escritas, qué teoría subyace a sus interpretaciones, a su actitud analítica, qué lo lleva a elegir determinados momentos de la sesión para intervenir, qué elige para hacerlo, lo que hasta cierto punto nos permite hacer hipótesis acerca de cómo y qué escucha y qué hace con lo escuchado.

Podría seguir, pero antes, quisiera señalar las dificultades inherentes a nuestra tarea, que son bastante similares a las que se nos plantean en una supervisión: el paciente está ausente y nos encontramos con un texto, en este caso totalmente despojado de contexto, toda vez que hasta el analista está ausente.

No obstante, es un ejercicio planeado para alentar el debate dentro de este Congreso y es un ejercicio conjunto, que nos permitirá reflexionar también acerca de si el psicoanálisis está o no vigente.

¹ Este trabajo fue presentado en el II Congreso Argentino de Psicoanálisis, 1995.

² Nota de *Psicoanálisis*: publicamos al final del trabajo del Dr. Paineira el material clínico completo al que él alude y que fue publicado en nuestra revista "Creatividad" (Nº 1, Año 1994), en la sección Supervisiones.

II) LA VIGENCIA DEL PSICOANALISIS

Me adelanto a decir que creo que el psicoanálisis está vigente aunque su práctica atraviese por un momento crítico.

Creo que sigue vigente gran parte de su teoría, aunque sus hallazgos aparezcan diseminados en las múltiples teorías que sustentan las psicoterapias contemporáneas, e impregnan el campo de la literatura, de la educación, de las notas periodísticas, habiéndose transformado en patrimonio de la cultura.

Pero esta extensión, que alguna vez *Freud* ingenuamente deseó como profilaxis de las neurosis, lo ha ido esfumando en versiones simplificadas de sus revulsivos hallazgos.

Y la dimensión clínica, la que hizo que las histerias obtuvieran respetabilidad y carta de ciudadanía, la que llevó a *Freud* a optar por la curación, cuando se daba la opción entre investigación y curación, se está perdiendo.

Los psicoanalistas se desalientan y adoptan dos posturas opuestas: o aristocráticamente dicen “somos un puñado de elegidos que montamos un laboratorio de investigación y hacemos *ciencia*” intentando vanamente rescatar el prestigio perdido, o dejan de lado la práctica psicoanalítica y se escapan de puntillas del cuadro en forma vergonzante y son psicoanalistas que hacen otra cosa, pero omitiendo el dato entre los colegas u omitiendo el dato de ser psicoanalista en su práctica cotidiana.

Hace muchos años Winnicott decía que la diferencia esencial entre el psicoanálisis y las prácticas no psicoanalíticas pasaba fundamentalmente por *la persona del terapeuta*, porque el psicoanalista, aún cuando haga otra cosa que a ese paciente le conviene en ese momento, no deja de ser psicoanalista. No deja de ver desde esa perspectiva privilegiada que la formación y la teoría psicoanalítica proporcionan para iluminar la praxis y no deja de operar como psicoanalista, respetuoso de la intimidad del otro y a la espera que del interior del mismo surjan las respuestas, aún cuando lo que haga sea una entrevista terapéutica, una psicoterapia psicoanalítica con menos sesiones, o un abordaje familiar.

Creo que el olvido de la dimensión terapéutica del análisis nos ha llevado a esta crisis de la práctica psicoanalítica, y también a esta Babel en que el psicoanálisis se ha convertido, propia de una comunidad profesional que ha perdido la brújula e intenta hallar en otras disciplinas las respuestas que no pudo hallar en la propia, lo

que es muy diferente a enriquecerse con los aportes interdisciplinarios sin perder el perfil, sin perder la forma y la identidad.

III) BUSCANDO CLAVES ORIENTADORAS

Tal vez el ejemplo más vivo de enriquecimiento por otras disciplinas sin pérdida, sino más bien, con acentuación de la propia identidad psicoanalítica es la obra de *David Liberman*, que otó en disciplinas tan diversas como la Teoría de la Comunicación, la Lingüística, y dio a sus teorías una formulación y una estructura epistemológicamente irreprochable.

Fue un investigador que nunca dejó de ser clínico, y que nunca dejó de ser psicoanalista y dividió muy bien los campos en los que la investigación psicoanalítica opera, en primer lugar en sesión, teniendo como centro a investigar el inconciente del paciente, apuntando a la resolución de los conflictos inconcientes y a la curación que por supuesto implica un mayor autoconocimiento.

En segundo lugar, fuera de sesión investigando el diálogo, el texto de las secuencias de sesiones registradas, de ser posible grabadas, para que las inflexiones de la voz, la magnitud de los silencios, hicieran más presentes al paciente y al analista, contextualizando el texto.

Tal vez por eso él está siempre presente cada vez que un grupo de apasionados del psicoanálisis se reúne a dialogar y a discutir temas que partiendo de la clínica, pasan por las especulaciones teóricas, para aterrizar nuevamente en la clínica, campo en el cual las hipótesis formuladas en forma de interpretación reciben su prueba de fuego.

IV) COMENTARIO ACERCA DEL MATERIAL CLINICO

Quiero hacer la aclaración que en una primera aproximación, voy a intentar mirar como supervisor (porque en algún lugar tengo que posicionarme) el material expuesto, tratando de inferir el estilo propio del analista en cuestión e intentando reconstruir su perspectiva, su escorzo, su particular ubicación frente al paciente y al material que éste produce.

Trataré también de detectar cuáles fueron las razones por las cuales la paciente (*Luisa*) buscó el análisis y qué cosas se

privilegiaron para indicarlo.

Porque otra cosa que me preocupa, preocupado como estoy por la dimensión terapéutica del análisis, es el tema de sus indicaciones dado que no es una panacea que viene bien a todos y no daña a nadie.

V) ANALISIS DEL MATERIAL DE LUISA:

Este material, adolece de una carencia, no se señala la fecha de consulta, y por ende no sabemos si las sesiones transcritas son de los comienzos del análisis o no.

El motivo manifiesto de la consulta fue su frigidez absoluta, que se mantuvo pese a que efectuó un análisis anterior.

Ese tratamiento duró 5 años y concluyó luego de que la analista, más que simbiótica, voraz y sin límites, hubo ingerido a la paciente y a través de ella al marido, a la pareja y al hijo.

Afortunadamente, como Pinocchio, el hijo menor que había quedado afuera logró salvarlos, pues de la indicación terapéutica que se le hizo se sirvió la madre engullida por una madre analista voraz para sacar a toda la familia de ese engendro iatrogénico.

También me pregunto, si la crisis del psicoanálisis como práctica no dependerá de estos ejemplos de mala práctica.

El analista se abstiene pudorosamente de decir que trató de efectuar un diagnóstico y nos dice que hizo “entrevistas de discriminación”.

¿Esto es un eufemismo para referirse al diagnóstico, que a mi juicio, coincidente con *Freud*, *Winnicott* y tantos otros autores debe preceder a toda indicación terapéutica?

Aprovecho para decir que el diagnóstico se seguirá haciendo a lo largo de todo el análisis, pero que un diagnóstico presuntivo es indispensable para certificar:

- 1) Que el análisis no está contraindicado.
- 2) Que el análisis es necesario y que otra técnica, menos costosa no va a alcanzar.
- 3) Que el análisis va a beneficiar al paciente.
- 4) Si suponemos que el análisis solo no va a alcanzar, qué otras terapéuticas vamos a tener que agregar como complemento (terapia familiar o de pareja, psicofármacos, etc...).
- 5) A qué nos exponemos y exponemos al paciente una vez iniciado un proceso que puede obligarnos a sostener una psicosis transfe-

rencial vera durante mucho tiempo.

6) Si suponemos que el paciente, el medio familiar y sobre todo nosotros vamos a tolerar esa experiencia.

En este caso, siguiendo la idea de efectuar un ejercicio a partir del material, con los escasos datos con que contamos, podríamos suponer que el Psicoanálisis es la terapéutica de elección.

Pero, hay un dato importante, consulta por un síntoma, la frigidez, lo que nos remite a un segundo problema pues cuando hay un síntoma tan saliente, y cuasi único dominando el cuadro, el analista suele obsesionarse con él, perdiendo con frecuencia perspectiva, olvidándose del paciente para luchar contra el síntoma.

Es de hacer notar, al menos en mi experiencia, que si este hecho pasa desapercibido, rápidamente la resistencia del paciente se acantona tras el síntoma y genera un forcejeo con el analista que quiere modificarlo.

Como veremos, en este caso en particular, esto acontece en un momento del análisis en el cual el analista trata de penetrar a la paciente de una manera cuasi violatoria, haciendo realidad la fantasía de la misma y “justificando su resistencia”.

Los antecedentes que se nos proporcionan de la paciente no hacen referencia a los primeros cinco o seis años de vida, y desembocan en el colegio, como continuación de una educación formalista, hecha por una madre-maestra, que enseñaba siempre y en presencia de un padre violento, que se borraba yendo con otras mujeres (tal vez poniéndose a salvo de la madre-maestra o poniéndola a salvo a ella y a sus hijos de su propia violencia, no lo sé).

También se enfatiza, que estuvo en un colegio de monjas, insinuando que este hecho pudo haber sido causa de la frigidez. Como psicoanalistas, sabemos que los acontecimientos posteriores a la resolución o represión del complejo de Edipo, sólo pueden reforzar prohibiciones, que son operantes en la medida en que son inconcientes.

Creo que a más de prejuiciosa, la afirmación es ingenua, toda vez que los acontecimientos traumáticos que generaron en este caso la frigidez, tienen seguramente sus raíces mucho más allá, presumiblemente en el Nivel Edípico del desarrollo.

Es frecuente olvidarse del psicoanálisis cuando de prejuicios se trata, y en mi casuística he tenido tantas pacientes histéricas

provenientes de colegios comunes, como chicas de vida sexual promiscua provenientes de colegios de monjas, lo que a mi juicio evidencia la potencia de los conflictos inconcientes, que se generan en los primeros años de vida.

Eso sí, con el Edipo sin resolver y sin poder resolverse de no mediar un análisis, los valores que se incorporan a posteriori, durante la latencia en el colegio, pueden servir de coartada, haciendo del síntoma algo “virtuoso”, o por el contrario “vergonzoso”.

La abuela padeció una psicosis maníaco-depresiva y terminó sus días internada, su madre también y tuvo su primer episodio coincidiendo con el momento en que Luisa queda embarazada de su primer hijo, lo que me resulta muy significativo.

Supongo que el embarazo de la hija actuó como factor precipitante de una crisis que se hubiese producido tarde o temprano teniendo en consideración la clara causación endógena de la psicosis maníaco-depresiva y su relación con la herencia; esto nos enciende una luz amarilla en el tablero, pues debemos tomar en cuenta la posibilidad de una fase depresiva o maníaca, que complique el cuadro en el futuro.

Quisiera destacar también, que la psicofarmacología, sumamente útil, en un episodio melancólico, no sirve para aliviar un sentimiento, la culpa inconciente, asociada al cumplimiento de las fantasías agresivas ligadas al embarazo, la crítica que hago es la misma que en el párrafo anterior y es el olvido del inconciente y sus leyes, en este caso por los manipuladores de los sentimientos humanos.

Tampoco servirá “la razón”, pues la paciente puede saber que no es culpable de la locura de la madre, y que su embarazo no la enfermó, pero para su inconciente seguirá siendo culpable, se diga lo que se diga, mientras el análisis no ponga de manifiesto las raíces inconcientes de esa culpa patógena.

Nos dice el analista que tiene del padre una imagen idealizada, lo que entra en contradicción con lo que la misma paciente señala, su violencia y sus infidelidades.

Todo esto unido a las peleas entre los padres, debe haber reforzado la fantasía del coito como un acto sádico, en el cual la mujer debe padecer o anesthesiarse.

El marido inexperto y “poco romántico”, en la noche de bodas pone en duda su virginidad y hace el resto, fijándose el síntoma.

Tiene una hermana 8 años menor, esquizofrénica, se dice poco de ella, sólo que *Luisa* se hace cargo de su tratamiento, una abuela melancólica y un abuelo a quien según la tradición familiar se expulsó por enloquecer a su abuela con su acoso sexual.

SESIONES

Hay tres resúmenes apretados de sesiones, de noviembre, diciembre y enero, y luego una sesión completa de 1 año después.

Sesión 1

Relata que ha ido al dentista, y habla del terror que le produce el torno, “la vibración y el miedo a que toque el nervio”.

Tiene un lapsus que la misma paciente advierte y aclara (mostrándonos su actitud vigilante y alerta), dice *diván* en lugar de *sillón*, y aclara que lo dice porque es reclinable y alargado, agrega que “la anestesia la relaja”, pero que “la cabeza está tensa y alerta”.

Recuerdo que Menninger señala que el material debe recorrer en el análisis los tres vértices del *triángulo del insight*, que son: la situación externa actual, la transferencia y el pasado infantil y que es importante que el material *circule* sin anclarse en ninguno de esos polos.

Aquí vemos cómo parte de la situación actual externa y desemboca impensadamente en el campo de la transferencia en el momento del lapsus.

El analista interviene e, independientemente de lo oportuno de la intervención, con la misma genera un forcejeo con la paciente que tal vez dramatiza –ahora en la transferencia mucho más que en lo dicho– el juego de provocación-excitación-frustración que la paciente histérica suscita.

Le señala “*que aquí le pasa lo mismo*”, transformando tal vez la *analogía en identidad*, sin que para la paciente se opere el mismo proceso de transformación.

Hay aquí un primer desencuentro y creo que a veces olvidamos, sobre todo en el análisis de pacientes histéricos cuya ingenuidad no es fingida, como nos recordaba *Lieberman*, que la interpretación debe ser tan clara para el analista como para el paciente, cosa que no ocurre, si por apuro sorteamos pasos

intermedios.

Pienso, desde afuera, que tal vez hubiera sido conveniente, teniendo en cuenta la actitud alerta de la paciente, muy defendida, interpretar precisamente esa actitud tensa y alerta que ubica en su cabeza, esperando su respuesta para proseguir.

Le señala además en términos de *partes* de la persona, lo que a mi juicio no es bueno para referirnos al conflicto neurótico en una interpretación, pues permite una rápida descarga de la responsabilidad por lo propio, que pasa a ser problema de “*una parte de ella*”.

Así es una parte de ella la que no “deja llegar al analista”, es una “parte mala”, que se opone a una otra parte “buena”, que se comprometía con el análisis, sentía la relación y trataba de ser comprendida.

¿No estamos ideologizando la sesión cayendo en la trampa de la histeria? ¿No estamos apartándonos de la neutralidad analítica? Creo que sí.

Y aclaro que en este caso al menos, no creo que haya *partes en juego*, no creo que sea una personalidad partida, escindida, tampoco creo que sentir y comprometerse con el análisis sea lo “bueno” y que el no dejarse penetrar sea lo “malo”, no al menos en la fantasía de esta paciente que vive precisamente el dejarse penetrar como algo peligroso y malo.

En su fantasía la paciente enfrenta a un analista sobre el cual ha transferido una imago paterna violenta y penetrante; como consecuencia, es bueno todo lo que la proteja de sus intervenciones, aunque para el analista lo malo sea precisamente lo que se configura como resistencia de la paciente.

Ya *Freud* nos decía hace casi 100 años que la *resistencia* era la contrapartida de la *represión* y vista desde la perspectiva de la necesidad del analista de penetrar e indagar, resulta algo malo y molesto.

Pero a la paciente es lo que la protege en todo caso de un temor irracional e inconciente en su origen, y a mi juicio sin querer, el analista se pone judicativo, censor, abandonando la neutralidad que *Freud* recomendara en estos casos.

Recordando de paso que la represión es inconciente, como lo reprimido, razón por la cual *Freud* se vio obligado a formular su última tónica.

La intervención del analista provoca la “respuesta fría” de la

paciente, ésta hace una pregunta retórica, “¿Cómo se manifiesta eso?”, y el analista responde a esa exigencia tácita de la paciente e insiste en introducir de cualquier manera lo que ha interpretado, hay un forcejeo cuasi violatorio, una insistencia en meter la interpretación, que probablemente la paciente vive como un pene penetrante (y el analista también) que amenaza y que el analista va a usar en su perjuicio, de allí que lo tiene, para, suscitando la insistencia, dejarlo desairado-castrado, castración que la histérica practica una y otra vez en la transferencia.

Insiste el analista diciendo “cuando usa su cabeza para anular, no registra lo que acabo de interpretarle”.

La paciente responde, dentro de la interacción transferencial-contratransferencial que se ha suscitado, con un recuerdo infantil, en el que el pobre abuelo, carga con la responsabilidad de la melancolía de la abuela, ésta se atribuye a su violencia sexual (¡no insista con la interpretación Dr.!) y lo expulsan de la casa.

El drama se transforma en grotesco, la paciente imagina al abuelo comiendo groseramente tallarines, como en las películas italianas, saliendo con los fideos colgando de la boca.

El analista agresivo, penetrante y excitado insiste y le dice a la paciente “Ud. me ve agresivo, penetrante y excitado”, podríamos pensar que la traducción en términos de la paciente puede ser “eso que Ud. cree ver es sólo fruto de su imaginación. ¿Qué tengo yo de penetrante?”.

Esta intervención actúa casi como una refutación de la percepción, lo que en un paciente psicótico hubiese tenido gravísimas consecuencias, aunque en este caso no.

Creo que lo que ha pasado, es que el analista se ha dejado arrastrar por la contratransferencia (en la medida en que es inconciente la podemos llamar así) y ha jugado el rol complementario al de la paciente, y tal vez no ha visto que más que en el material verbal escrito, las claves en este caso había que buscarlas en la interacción, en el vínculo, pues la conflictiva estaba dramatizada en el campo de la transferencia y no enquistada en el discurso de la paciente.

Esta termina burlona, esquivando la interpretación penetrante y así, castrando al analista y al abuelo del relato, que de gran sexópata pasa a víctima de la expulsión con la boca llena de tallarines.

Podríamos pensar también, lo que se confirma después, que en

este caso, como en *Dora*, la *boca* aparece tomando el lugar de los genitales, y que la sigue ocupando a lo largo de la sesión pese a los esfuerzos del analista por llevar la problemática a los genitales nuevamente.

Sesión de diciembre

En la sesión continúa con el tema del dentista, “que le está arreglando la parte de abajo” y señala que “por suerte la anestesia era suficiente”, como para atenuar el miedo al dolor.

Luego se genera una situación de a tres, “Nene, Yo y Ella”; la analista anterior, el marido y ella, y la analista haciendo cosas antianalíticas para *cambiarla*.

La entrega que puede conducir a un cambio ulterior, la vive como enloquecimiento y destrucción.

El analista interpreta su frigidez como sinónimo de la anestesia, como defensa frente al miedo de que “quiera agresivamente hacerla sentir”, etc...

La paciente, anestesiada, responde sencillamente *no*, como la histérica suele hacer, dejando desairado al analista, que evidentemente le sigue señalando la oposición a la entrega como algo negativo (lo que no es necesariamente cierto), defensivo y resistencial (lo que sí es cierto).

Yo me pregunto: el analista, al comportarse como el marido-padre-abuelo, insistiendo en penetrarla, ¿no justifica el temor?

¿No será muy comprensible la actitud defensiva de la paciente que ha logrado excitar al analista?

No obstante, no estoy criticando al analista, más bien pienso que está padeciendo lo que todo analista debe padecer en el análisis de una paciente histérica, que lo provoca y lo deja desairado una y otra vez, escenificando además en la transferencia su drama edípico, esbozándose inclusive la rivalidad con la analista-madre.

La interpretación del sueño

La interpretación del sueño, *vía regia de acceso al inconsciente para Freud, centro del triángulo del insight para Menninger*, marca un hito importante toda vez que pone de manifiesto las diferencias en el estilo interpretativo y en la teoría,

pues *Freud* destacaba la importancia de analizar un sueño a partir de las asociaciones que suscitaba, y no como traducción de un texto hecha por alguien que no es el soñante y que conoce las claves y que sabe lo que significa cada cosa que el soñante sueña o que el paciente dice.

Aquí este analista, sigue el camino “freudiano” y parece suponer –acertadamente– que la paciente es una *hística*, aunque el diagnóstico no se haya formulado explícitamente y parece suponer que hay un mecanismo, la *represión*, que impide el acceso a la conciencia de las representaciones reprimidas.

Esto implica afirmar que para acceder a ellas hay que remontar el camino de las asociaciones y luego registrar su paso por el “estrecho desfiladero de la transferencia”, lo que le dará al trabajo analítico su valor probatorio.

Creo que globalmente a juzgar por la marcha del proceso, el analista, con sus errores y aciertos, ha permitido el despliegue de la neurosis de transferencia, y la está conteniendo dentro del marco del análisis; esto ha hecho que el contenido dramático reprimido aparezca en la interacción con el analista, que ha jugado el rol del partenaire excitado y luego burlado(castrado); aquí el analista sigue escrupulosamente el camino freudiano y espera que la paciente asocie aunque los contenidos estaban allí servidos para ser consumidos.

Luego de señalar que ha tenido relaciones con el marido y no ha sentido nada aunque lo ha engañado diciéndole lo contrario, cuenta un sueño y una primera asociación; *luego del sueño tiene su primer orgasmo*; el sueño actúa aquí como manifestación simbólica de ella misma, y le permite separar los elementos orales en juego en la sexualidad y produce una *autocuración* transitoria que entusiasma al analista, que termina frustrado, porque en realidad *un sólo orgasmo no es triunfo*, sino *dos* y la paciente tercamente le niega el segundo orgasmo, hasta un año más tarde por lo menos.

El sueño:

“Estaba por comer un sandwich de jamón crudo y mayonesa, de figaza, con muchas cosas y grande... como si fuera de propaganda de mayonesa. Y yo no alcanzaba a darle un mordisco. Y entonces me pasó...”

Me despierto con mucha excitación, con sensaciones vaginales, calor y unas contracturas como en el parto”.

Señala que el marido acabó bien, que fue placentero, y que ella dijo palabras que no recuerda pero que no eran de censura... Agrega enigmáticamente: “sentí que había como una relación, como un cable entre mi vagina y mi cabeza” (pero se señala la boca).

Todo esto está muy bien observado por el analista que *no interpreta* –lo que me parece muy adecuado–, pues no se deja engolosinar por el triunfo anticipado, ni por ese orgasmo obtenido en un estado cuasi onírico, en que la represión se había debilitado y le permitió *decir las palabras* que expresaran su estado, palabras de las cuales abjura en la parte final.

La paciente *asocia*, y esto es importante, recuerda así que los sandwiches le gustan mucho y que la madre se oponía a los sandwiches.

Tal vez el sueño resultó una forma de simbolizar la oralidad adherida a la genitalidad y dramatizar la oposición, rivalidad con la madre, además ilusiona al analista que en la interpretación siguiente *tiene que atribuirse el mérito de la hazaña*.

La paciente tuvo orgasmo *porque aceptó la interpretación*.

Al fin y al cabo es la histérica con sus artilugios la que logra estas cosas, hacer sentir al hombre muy hombre, para castrarlo luego dejándolo desairado.

Freud también sucumbió a los encantos de *Dora* y cuando su entusiasmo científico y terapéutico llegaba a su culminación, recibió la bofetada que *Dora* había preparado para ese momento, ella le dice que no se trata más, y lo “despide como a una mucama”.

La paciente frente a esto:

1. Acepta formalmente la interpretación.
2. No tiene más orgasmos.

Refutando con los hechos la aparente aceptación.

Un año después:

Llega *tarde* como es su costumbre, hacerse esperar.

Comienza a hablar verborrágica y parece entrar en la sesión identificada con el objeto temido, el pene erecto, para más datos, “la cabeza le late”, ataca al arquitecto que privilegia lo estético y

descuida lo práctico y sigue su avance... *su* casa “vuelve locos a los demás”, pero no sirve funcionalmente porque no se han colocado acondicionadores. ¿Su cuerpo femenino atractivo excitando a todos pero funcionalmente incapaz de darle satisfacción y permitirle la resolución de la excitación y sin poder dar satisfacción plena a nadie y olvidando sus propios deseos?

Es de hacer notar que aquí la excitación está asociada al desasosiego y al displacer en la medida en que representa una excitación sin resolución, sin orgasmo que alivie, porque como *Freud* nos decía, si se exceden ciertos límites el placer anticipatorio se esfuma y la excitación es displacentera.

Se transforma en angustia y termina con una descarga agresiva... así sigue embistiendo, ahora es omnipotente, no necesita de nadie y *análisis* (el analista ha desaparecido), es una molestia que la obliga a soportar esa calentura sin salida ni alivio posible.

En el párrafo siguiente ha despachado a la familia (al marido ni lo menciona), no necesita de nadie y embiste contra la novia del hijo.

La “*hija de puta total*” que no la aprecia.

Pero poco a poco ese estallido va bajando sus decibeles, y comprueba que como su tía *Carmen* ha despedido a todos y ahora debe cargar con el padre y quedar al pie del cañón, no sólo no es cañón (falo), sino que tampoco lo posee.

A continuación se encuentra con la mujer insatisfecha que es *ella*, y que segundos antes era la tía...

El Psicoanalista ha obrado con extrema prudencia, poco frecuente en nuestro medio, ha *esperado*, no se ha *apurado* y ha elegido un momento oportuno para intervenir, no ha cortado el discurso provocativo por momentos, descalificador, y ha sabido escuchar y esperar.

Recuerdo aquí la importancia de la *escucha atenta* del analista y el valor del *silencio que hace* para dejar surgir el material que el paciente produce, *silencio receptivo*.

Recuerdo también la recomendación de *Paula Heimann* cuando aconsejaba esperar que decreciera la ansiedad paranoide para interpretar...

A continuación “se pasa de vueltas” y de la comprobación de su carencia, pasa a pintar el cuadro dramático de su vida y se constituye de nuevo, no ya en una mujer incapaz de realizarse sexualmente como tal, sino como la sufriente que soporta sobre sí

todas las catástrofes y desventuras, agregándose que además como si hubiera un doble discurso, un dueto, mecha frases de admiración y reconocimiento por sí misma, expresa su drama, y luego se compadece y luego se admira de sí misma, sucesivamente se ubica en diferentes lugares y desconcierta, es una sesión particularmente móvil, donde las múltiples identificaciones defensivas de la paciente entran en juego: *el falo, la víctima, la admirable con enorme fortaleza para soportar los dramas que ha debido vivir* (y que convengamos que no fueron pocos).

La Histérica “a la ofensiva”, deja su lugar a la “histérica a la defensiva”, del edipo negativo o de la identificación con el agresor pasa a una forma de relación objetal donde el compadecimiento es sinónimo de amor.

El analista interviene en ese momento en que la paciente se admira de sí misma y de su fortaleza, e incluye en la interpretación la sensación anterior de calor y desasosiego, pero *no incluye la irrupción agresiva*, que se da más en la forma que en el contenido, aunque tiene picos muy expresivos, como cuando dice que si no fuera por análisis, ella no debería soportar lo que soporta, y cuando embiste contra la nuera, o en la exclusión del analista y del marido y la inclusión de un hombre deteriorado (el padre) del cual “hay que hacerse cargo”.

Tampoco contempla ese juego de dramatización, autocompasión y reacción omnipotente, que implica a mi juicio una clara expresión del juego de relaciones objetales e identificaciones que la paciente hace, una actualización de su fantasmática.

Parte de su interpretación incluye lo que a la paciente le sucede, pero ésta la escucha como una confirmación de que ella está abrumada *por las cosas que le pasan* “no del calor sino por todas esas cosas externas que vivo...no sé...”.

Tal vez el analista debió cerrar el circuito comunicativo señalando la distorsión que *Luisa* hace de la interpretación que recibe y que ha escuchado como confirmación de su teoría conforme a la cual *los otros la enferman...*

Fiel a la teoría sigue embistiendo, ahora contra la estupidez del hijo, los hombres, el analista, el marido también, que se dejan seducir y gobernar por cualquier puta que los seduzca y que carecen de valor en sí mismos (la víctima doliente se esfumó como por ensalmo dando entrada a una walkiria combativa)...

Hay una clara alusión transferencial, ha descalificado al ana-

lista que le dio la razón y que la dejó insatisfecha sexualmente porque para lograr una descarga necesita un analista-hombre que ofrezca resistencia y le permita a ella *pujar contra algo* (sobre todo cuando se ha identificado con el falo y necesita oposición).

Recuerdo una paciente histérica que un día se sentó en el diván, adoptó una postura de compadrito de barrio y me dijo: *yo necesito discutir, chocar contra alguien, confrontarme...*

La imagen de la mujer sexuada aparece desvalorizada, es la chica “puta, pelotuda, loca, ordinaria, bizca, con las rodillas juntas”, “*un desastre físico y psíquico*” (privilegiando lo físico por supuesto).

Es evidente que el hombre enamorado de un objeto tan desvalorizado y por añadidura caliente, no la pasa mejor, es también un “pelotudo”, “porque ya no es enamorado, es pelotudo, embobado”.

El silencio prudente del analista, permite que se vaya enredando en su propio piolín y termine deschavando su envidia ante la pareja que puede gozar en el coito...

Embiste contra el marido que deja que su casa se convierta en “un cogedero y un fumadero”.

En medio de la furia, el analista, ahora eligiendo mal el momento, trata de intervenir pero la paciente *lo corta... sigue* en su cruzada hablando como si nada hubiese escuchado de todos los detalles de la relación, pese a que el analista esta vez inició tímidamente su interpretación con un prudente “Yo pienso”... la paciente, que no interrumpe su parrafada, parece responderle: ¿Y a mí qué me importa lo que Ud piensa?

Aprovechando un resquicio el analista insiste, sin advertir que está ubicado en el papel de un *hombre-padre* desvalorizado, de quien no se supone que sea capaz de imponer una *ley* que permita ordenar la escena.

Su interpretación corre la misma suerte que su intento anterior, la paciente sigue con su discurso, adherida a la situación externa actual.

En la interpretación, que es bastante teórica y explicativa, el analista intenta reubicar las piezas en el tablero, hacerla reflexionar, destaca que el hijo es algo idealizado de ella misma y le señala que en la chica ha puesto cosas desvalorizadas de sí misma, alude también al “*defecto*”. ¿La castración? Pero la paciente sigue en su guerra.

Las intervenciones del analista toman a la paciente en plena catarsis y son dejadas de lado.

La paciente no obstante va conduciendo el análisis, o mejor dicho el inconciente de la paciente lo va conduciendo, que es lo que debe ocurrir en un análisis.

Ingenuamente, se compara con la novia que seduciendo a su hijo la dejó excluida.

Dice que *ella* “*si era linda cuando se casó*”, era “*tan, tan linda*” subraya, pero... siempre debe aparecer un hijo de puta, aquí es el cuñado que ahorrando en el fotógrafo, la privó de ser foto de colección, habla de su femineidad innata, ella sabía hacer la pose... ella es la belleza universal, ¿hasta que se casó?

Cuando amengua la persecución, dado que el analista no le ha ofrecido resistencia, va surgiendo la angustia, y teme quedar sin palabras y sentir, “hundirse y perder el logos”, la lógica, la palabra, y eso le ocurre cuando se acuesta y se despierta sintiendo que no se operó el click que la haría pasar de cuerda a loca...

Es muy interesante el final y creo que es mérito del analista haber hecho posible que la paciente sola vaya aterrizando, ella tiene de la cordura una visión particular como control estricto sobre lo que se siente y de la locura como descontrol, pero también como expresión de todo lo que late en ella y el logos no puede expresar, porque se expresa con acciones y sensaciones inefables que las palabras no agotan.

VI) CONCLUSIONES:

Para terminar quisiera buscar en mi diálogo con el analista desconocido, con Uds., conmigo mismo y por momentos con Luisa, de qué psicoanálisis hemos hablado, el paciente produciendo su material, el analista interpretando y sosteniendo el encuadre que hizo posible el análisis, y yo comentando el trabajo de ellos dos.

Y pienso que en este diálogo hemos estado hablando sobre todo del análisis del que hablaba *Freud*, y que en el diálogo se han conservado renovados, los conceptos básicos que constituyeron el fundamento de la práctica psicoanalítica.

La paciente, ha intentado asociar libremente, y más allá de algunos desacoples con el analista, los límites los encontró dentro de ella, en su propia estructura neurótica.

Por su parte el analista, se ha mostrado sensible, con suficiente “flotación de su atención”, como para permitir la prosecución del proceso, por momentos involucrado en la tormenta transferencial, cayendo y rescatándose trabajosamente, como nos pasa a casi todos los analistas cuando analizamos.

Las asociaciones al sueño, y la libertad con que dejó cursar el análisis, nos hace pensar que cree que el mecanismo más importante generador de *resistencia* es aquí la *represión*, y que la problemática censurada es el *Complejo de Edipo*, con todas sus ramificaciones y juegos identificatorios.

El cuidado con que aborda el material parecería indicar que procura actuar “per vía di levare”, aunque no puede dejar de actuar por momentos “per vía di porre”.

Por supuesto, creo que se desprende claramente que trabaja sobre el supuesto de que existe un *inconciente* que no es visible a simple vista, al cual debemos acceder por las asociaciones del paciente y por la transposición de su neurosis infantil en la neurosis de transferencia, o sea que parece trabajar, por momentos tal vez a su pesar, con el inconciente freudiano, con su misma textura.

Trata por ende, que las intervenciones ayuden a “hacer conciente lo inconciente”, y que lo infame, a lo que la paciente se refiere en el párrafo final, encuentre la vía y la forma adecuada de expresión, y alcance una representación verbal, que por supuesto no lo agotará.

También parece entender, aunque la paciente muchas veces no le entienda, que supone que el análisis a más de un mayor autoconocimiento, y más aún que esto, debe permitir al paciente ser más él mismo, y disponer con mayor libertad de todos sus recursos, liberando las pulsiones atadas por la represión o acantonadas en un síntoma.

Creo que también hay un rescate del valor enorme de los sueños y del soñar mismo (que en este caso produce un cambio que luego no se estabiliza), y una búsqueda de sentido hecha sobre la base de que sólo las asociaciones de la paciente nos pueden conducir hacia las profundidades.

Creo que el psicoanálisis está vigente, como teoría en permanente desarrollo, como práctica y como inspirador de todas las prácticas que lo suponen y que tal vez debamos estudiar con más cuidado, en lugar de desecharlas diciendo que no son psicoanálisis, retirándonos hacia nuestra torre de cristal.

ALFREDO J. PAINCEIRA

Descriptores: Práctica psicoanalítica. Relación teoría-práctica.

Alfredo J. Pinceira
Av. Cabildo 1406 - 4° D
1426 Buenos Aires
Argentina

MATERIAL CLINICO:

ANTECEDENTES

Luisa es una linda mujer de 46 años, de aspecto juvenil y dinámico. Está casada y tiene tres hijos varones de 19, 13 y 11 años de edad.

Vino a mi consulta luego de interrumpir un tratamiento que había durado cinco años, con una analista con quien había establecido una relación simbiótica, que también parecía haber sido actuada por parte de la terapeuta: ya que en determinado momento ésta había tomado en tratamiento “psicoanalítico” a la paciente, su marido, la pareja, un hijo y la hermana esquizofrénica al mismo tiempo. Este tratamiento fue interrumpido por el desengaño que le produjo la indicación de terapia de su segundo hijo, hecha por el gabinete psicológico de la escuela³.

El motivo manifiesto de la consulta anterior y que reiteró conmigo fue su frigidez absoluta.

Luego de un período de entrevistas de discriminación, comenzó psicoanálisis cuatro veces por semana.

DATOS BIOGRAFICOS

Luisa es la primera hija de un matrimonio que tenía frecuentes y violentas peleas.

Su madre provenía de una familia con graves antecedentes psicopatológicos: su propia madre y una hermana sufrían de psicosis melancólica. Cuando Luisa tenía 25 años, estando embarazada de su primer hijo, su madre sufre el primer ataque grave manifiesto de psicosis maníaco-depresiva, que requirió internación. A partir de ese episodio la enfermedad siguió un curso maligno, que produjo a través de numerosas crisis un marcado deterioro y la internación permanente. Murió hace tres años.

El padre, del cual Luisa tiene una imagen idealizada, trabaja

³ En esa ocasión la terapeuta le dijo a Luisa “ya no la puedo seguir defendiendo como madre”, esta frase fue decisiva para ella e interrumpió una relación de la que se sentía descontenta desde hacía largo tiempo.

aún hoy (tiene 83 años). Pero le reprocha haber sido mujeriego. También su carácter violento.

Tiene una hermana, 8 años menor, que padece de esquizofrenia paranoide desde los 16 años y de cuyo tratamiento se ha hecho cargo Luisa.

De su infancia tiene buenos recuerdos de su vida en el campo y otros dolorosos y sombríos de las peleas de sus padres. Su madre, directora de escuela, la educó severamente y este tipo de educación se prolongó en colegio de monjas.

Cursó sus estudios normalmente y se recibió de maestra, ejerciendo durante algunos años. Posteriormente estudió obstetricia.

Su frigidez data de su desfloración y acusa al marido de su origen porque éste dudó de su virginidad. Por otra parte ella le oculta su frigidez simulando el orgasmo.

SECUENCIA DE SESIONES 1988/9

Sesión de noviembre 1988

Me cuenta que viene del dentista. Ha pasado un momento angustioso porque no tolera el torno. Tiene un recuerdo infantil traumático al respecto y ahora, aunque reconoce que la técnica ha mejorado, revive el terror. Acepta la anestesia “pero cuando el dentista empieza con el torno porque me está tallando, ese ruido, la vibración, no lo tolero, siento que me contraigo en el diván y trato de tranquilizarme”. Hace una breve pausa y agrega: “lo llamo diván porque es reclinable y alargado, distinto de los sillones que había antes. Bueno, entonces, cuando estoy con el torno mi cuerpo está relajado por la anestesia, pero mi cabeza está tensa, luchando con el miedo de que el torno toque el nervio”.

Le interpreté que aquí le pasaba lo mismo, que por una parte se comprometía con el análisis, sentía nuestra relación y trataba de ser comprendida. Pero en su cabeza luchaba contra eso y no dejaba que le llegue (faltó agregar el temor al sufrimiento). Le muestro cómo percibió su lapsus y lo anuló.

Admite fríamente que puede ser pero ¿cómo se manifiesta? Le señalo que cuando usa su cabeza para anular no registra lo que acabo de interpretar. Aparece entonces un recuerdo infantil. Refiere que de chica le impresionó mucho una historia familiar que le contó su tía. Cuando la abuela enloqueció (crisis melancó-

lica) los hijos acusaron al padre por su sexualidad agresiva y lo expulsaron violentamente de la casa. “A mí me impresionó la escena. Me lo imaginaba comiendo tallarines, como en las películas italianas, y que lo echaban zumbando con los fideos colgando de la boca” (burlona).

Le interpreté que parecía tener que controlar lo que sentía porque me veía a mí agresivo y penetrante, excitado por su rechazo.

Sesión de diciembre de 1988

“Vengo del dentista, que me estuvo arreglando la parte de abajo. Por suerte lo soporté... pero es terrible cuando trabaja sobre la amalgama... el zumbido, la vibración, es enloquecedor... y que en cualquier momento toca un punto sensible, por suerte tenía bastante anestesia... y cuando venía para acá veo un pasacalles. Y decía 'Bebe te quiero un montón'. Me sorprendió, yo le digo Bebe a mi marido. Y miro y firmaba 'yo'. Me impresionó la casualidad y pensé (yo soy muy desconfiada) si no habría otra mujer. Cuando nos tratábamos con la Dra. yo a veces pensaba si no se habrían puesto de acuerdo él y la Dra. Como a veces yo sé que se hace una relación entre paciente y enfermo, quiero decir, entre paciente y analista... y que me provocaran con los problemas y los celos hasta que yo me entregara, me destruyera, me enloqueciera”.

La interpretación: su frigidez (anestesia) como defensa frente a lo que ella teme que yo quiera agresivamente hacerle sentir (enloquecerla, le señalo el lapsus) es rechazada con el estereotipo: “yo no tengo miedo, me gustaría sentir sus interpretaciones, por lo menos algo”.

Sesión de enero de 1989

Me cuenta lo que le sucedió el fin de semana “a raíz de que Ud. hizo hincapié en que tal vez yo no tenía orgasmo porque lo vivía como miedo de enloquecer”. Esa noche tuvo relación con el marido “y fue como siempre, así, sin ganas, sin sentido. Yo no siento nada, ninguna parte de mi cuerpo siente nada... ni mis genitales, ni ninguna otra zona. El me preguntaba si yo siento, yo

le miento y le digo que sí. Pero él nunca quiere hablar de eso. Y tuve un sueño: soñé con un sandwich (me encantan), que me estaba por comer un sandwich de jamón crudo y mayonesa, de figaza, con muchas cosas... y grande, como si fuera de propaganda de mayonesa. Y yo no alcanzaba a darle un mordisco. Y entonces me pasó: me desperté muy excitada, con sensaciones vaginales, calor y unas contracturas como en el parto”. Despertó a su marido acariciándolo y tuvieron relaciones: “él siempre acaba enseguida pero esta vez lo hizo bien. Fue muy placentero. Me resulta difícil explicarlo... Yo le dije algunas palabras, pero no fueron palabras como '¡me duele!', '¡me aprietas!'. No, eran otras palabras. No sé qué palabras le dije pero no eran de molestia” (= reprime aquí la expresión de deseo)”.

“Bueno, y él acabó y yo no sé... fue placentero. Después nos dormimos. Lo más notable es que yo sentí que había como una relación, como un cable, entre mi vagina y mi cabeza (se señala la boca)”.

“Me quedé pensando después, al día siguiente no lo pude sentir y no me pasó más. Yo pienso que si lo hubiera sentido dos veces entonces sí tendría que venir y decirle Dr. ha triunfado. Voy a tener que buscar otro motivo para tratarme porque Ud. ha logrado que yo sintiera. Pero me pasó esa sola vez”.

Análisis del sueño

Asociaciones: le gustan mucho y los prepara con fruición, disfrutando de antemano. Luego recuerda que la madre no era partidaria de los sandwiches. Siempre decía que lo importante era la comida, el bife. Decía: “esas mujeres que se conforman con un sandwich así nomás, no cocinan”.

Le interpreté que había podido aceptar la interpretación y así conectarse con su deseo: fantasía sexual-fellatio (desear el sandwich = desear el pene), y así un juego amoroso. Aceptó la interpretación.

1990 (un año después)

Sesión del 16 de enero, 3ª de la semana

Llega cinco minutos tarde (generalmente llega tarde 10-15 minutos). Aspecto acalorado, ansioso. Luce desaliñada (lo que no

es habitual), algo infantil. Se acuesta en el diván y comienza a hablar enseguida, verborrágica, como es su estilo.

P: (ríe) “Qué aspecto de país tropical que hay. Yo estuve en Sudáfrica, había 42°. A mí me baja muchísimo la presión o algo me pasa. Me empiezo como a obnubilar y me duele la cabeza. Pero eran 42°. Ahora son 38°. Es bastante y me siento mal... Es una ola de calor. Cuando todo se calienta tanto (estaremos en los 40° ya). Es cuestión de quedarse quieta y a la sombra. Para colmo mi casa donde vivo... Como yo tenía quinta cuando hubo que poner aire acondicionado salía tan caro que pensamos no valía la pena... como en verano estábamos afuera. Pero cuando empecé a quedar... algunos días... por análisis... realmente yo no puedo estar en mi casa. Porque yo tengo una decoración moderna, con los mejores diseños. Tengo un Le Corbusier, un Bauhaus. A mí me fascina la decoración... y el arquitecto era excelente y el piso es increíble. Tiene una vigencia que está tal cual”.

“El que entra hoy, se enloquece al ver esa decoración. Lo que pasa es que tengo los techos bajos y tengo moquette. No se puede estar... Hace 3 años quisimos poner tres aparatos. Pero resulta que el hijo de puta del arquitecto no previó eso cuando nos hizo la instalación eléctrica y resulta que no resiste. Había que reforzar líneas y cambiar instalación, etc. Así que no tengo”.

“Anoche no podía dormir... Era tétrico y estoy mal. Voy por la calle y siento que me late la cabeza... Estaba pensando hace un rato y me sentía tan triste...tan sola en Buenos Aires... porque realmente si no fuera por análisis yo estaría instalada afuera... Llevé a mi hermana a tomar el micro. Se fue a Mar del Plata con la Sra. A. Así que ya despedí a todos... A Carlos... (hijo) que se fue a Pinamar. El otro va a la colonia y el mayor se fue a Brasil. Anoche llamó por teléfono. Ya el domingo había llamado a la piba...con la que está *tan, tan* metido. Y comprobé que era una hija de puta total. El la llamó el domingo y si ella nos tuviera aprecio podría habernos llamado ayer y darnos noticias. No llamó para nada, para nada. Mi marido dice que yo me rayo con ella y que la odio”.

“Cómo no la voy a odiar si es una hija de puta el comportamiento que tiene con nosotros. Yo pensaba... no está mi hijo mayor, se fue mi hermana y quedé con la responsabilidad de mi papá. Lo de mi hermana me parece mentira... lo decidió ella... 'Me dijo la Dra. que estaba bien, que yo lo deje a papá y me vaya a despejar la

cabeza”.

“Bueno, me quedo haciendo el papel de mi tía Carmen, que despedía a todo el mundo y ella se quedaba al pie del cañon, ¿no? Yo pensaba lo que siempre planteo acá, qué fortaleza de espíritu debo tener yo para tener: un cuadro de infelicidad a partir de la imposibilidad de sentirme realizada sexualmente como mujer... un cuadro bastante grave... porque no tengo cura. Haber sufrido en la juventud y adolescencia un hogar con desaveniencias entre Padre y Madre. Enterarme que papá tenía otra mujer o varias. Después la enfermedad de mamá, que cuando me caso se deprime y se interna con psicosis maníaco depresiva. Sobre eso al año ver cómo se raya mi hermana. Y de dos años a esta parte mi hijo con escoliosis y el corset... y estando en tratamiento yo desde hace tanto tiempo (énfasis). Y pensaba cómo puede ser que yo pueda hilvanar dos frases seguidas, llevar dos casas, estudiar... hacer cursos... O que me pueda concretar para jugar al tenis”.

T: Pero creo que recordar sus problemas y lo fuerte que es para llevarlos adelante debe ser para superar esa sensación de calor y aplastamiento... que tal vez significa una sensación de ansiedad, de sentirse abrumada.

P: (Hace una pausa) “O sea que estar así abrumada y obnubilada... por la situación... no de calor sino por todas esas cosas externas que vivo... no sé”. (Hace un largo silencio).

T: ¿En qué se quedó pensando?

P: “Me quedé pensando. ¿Cómo es posible que yo vea cosas que mi hijo no puede ver?... cosas que me hacen mucho daño. Siento que estoy perdiendo un hijo detrás de esa pelotuda... de una loca... ¿Cómo puede ser que mi hijo no se dé cuenta que es bizca, que un ojo no ve para nada, que tiene plantillas, que no es linda, que tiene las rodillas juntas, que según la madre tiene talones duros y por eso camina así...un desastre físico y psíquico... Y frente a esa imagen de ella, mi hijo, que es corpulento, alto, con un físico extraordinario, muy, muy lindo, con unos ojos luminosos. Y él me dice: 'pero yo estoy bien así, yo estoy feliz así'... Y como yo no puedo tolerar la felicidad de él... no puedo privarme... acompañarlo en su felicidad. Me da pena que mi hijo no me diga: Mamá yo estoy feliz pero con otra chica... con una chica normal de nuestra condición social, cultural y económica... Si la chica fuera de un lugar más o menos culto...Y fuera linda, realmente hermosa... yo pudiera ver que mi hijo se enamoró porque es

hermosa, con ojos que atrapan... entonces hasta yo podría decir bueno... y si fuera buena, dulce, no amargada... yo podría obviar que fuera pobre e inculto su hogar... Pero cuando todas las cosas peores están en esa chica. Padres incultos, mayores...el padre un almacenero, enfermo mental, porque es un depresivo que se quiere suicidar como el abuelo... (énfasis). No tengo nada no hay nada en esta chica que a mí me pueda despertar una sola alegría... sin embargo él está tan, pero tan pelotudo... porque ya no es enamorado, es pelotudo, embobado... que si yo tuviera que creer en un daño, un gualicho (aunque yo no creo), diría que a mi hijo lo embrujaron, pero no, yo sé que es él. Esta chica le da todo servido, como si estuviera casado... Porque mi marido le da demasiada sogá. Eso es malo, es contraproducente no poner pautas... Ya mi casa es un cogedero y un fumadero”.

T: Yo pienso que a Ud. le vino esa chica a la cabeza porque...

P: (me interrumpe continuando su relato) “Porque anoche ¿sabe lo que me dijo? Que la llamó ayer. Me dio bronca estar relegados como padres. Que el primer llamado fuera para ella y cuando le pregunto (esto es lo peor) '¿Extrañas?', me dijo: '¿A quién?'. Le salió del alma. Me dejó tan pero tan dolida... Con esta inmunda es como si ya lo hubiera perdido a mi hijo... Pero mi hijo tiene que desengañarse solo... tiene que producirse algo. Ella lo tiene enloquecido... ¿sabe lo que es enloquecido, Dr.? Perdí un año de facultad por esa puta de mierda (pausa). Por eso volaba hacia este caso y la bronca que tengo”.

T: Entonces esa obnubilación y ese calor es también una bronca que vuela... que lo asoció en este momento por los celos y el patrón de presencia de su hijo. No le permite vincularse con la familia. Aparte de cosas histéricas que tiene ella. El se queja porque ella lo quiere absorber todo el día con ella.. pero todo el día, enfermizamente”.

T: Sí, creo que en esta chica Ud. ha puesto algo que rechaza mucho, que siente enfermizo, que no concibe que pueda ser querida. Por eso le enoja que su hijo la quiera... que su hijo, un ideal como una imagen suya que sí reconoce, pueda querer a una chica tan llena de defectos y desvalorizada (como pasó en la sesión de ayer frente a las vacaciones) y no lo puede aceptar.

P: (pausa) “Yo no puedo ni siquiera... intentar compararme con ella porque yo a la edad de ella era tan, tan linda. El otro día estuve viendo un album de casamiento que hubiera sido extraor-

dinario si no fuera que el hijo de puta de mi cuñado amarreteó con el fotógrafo. Yo veía las fotos y no lo podía creer, yo las miraba y decía... (el fotógrafo no era profesional) cómo es posible que yo supiera, yo sola, hacer la pose adecuada de una novia. Porque yo sola me tenía que poner y decirle a este pelotudo que me saque así. Y veía lo bien que estaba, lo linda, la belleza universal... era muy, muy linda”.

“Eran fotos de exposición... que si fuera Rodin (fotógrafo de moda) sería para concurso... si yo pienso en lo que era... la alegría y la bondad que yo tenía. Esta chica tiene algo que yo nunca tuve. Y tengo miedo que mi hijo se ponga tan boludo que se quiera casar con ella (silencio)”.

“Yo me siento acá, como interrogante, no comprendo cómo puede ser que él tenga esa capacidad para... por el temor que tengo... que no es normal, lo que siente tanto. Desde hace 5 o 6 meses siento... en algunos momentos... acostada... una sensación que me hundo, y no tengo ganas de gritar porque me voy a morir... Y que voy a gritar, a gritar, a gritar infinitamente... ese grito como si fuera la pérdida del logos, de la palabra, de la razón... y cuando me despierto pienso que no llegar a gritar... no llegar a hundirse del todo... en ese pozo... es que no se hizo el 'click' dormida... que me transforme de cuerda en loca. Esa es la opción”. (Termina la sesión).