

## Una fantasía de contagio <sup>1</sup>

*Stephen Grosz*

En este trabajo trataré una fantasía que salió a luz durante el psicoanálisis de un hombre que fue diagnosticado como HIV positivo. En particular, quiero concentrarme en la diferencia entre este conocimiento *consciente* del paciente de su contagio y una fantasía *inconsciente* que fue reavivada y elaborada en esa situación. Presentaré material clínico para ilustrar cómo la relación del paciente con su infección sólo se puede explicar entendiendo tales fantasías vividas y analizadas en la transferencia.

Mi punto de partida no es excepcional, simplemente el conocimiento consciente es totalmente diferente de las fantasías inconscientes que son puestas en marcha al ser diagnosticado como HIV positivo.

El material que se presenta proviene de los primeros cuatro años del psicoanálisis de un hombre de negocios de 33 años de edad. Es homosexual y un análisis de sangre, tres meses después que comenzó su tratamiento, indicó que era HIV positivo. Mi intención es dar un breve y por supuesto distorsionado relato de la historia del Sr. A.; luego describiré algunos aspectos de su entrevista de consulta y de su análisis. Y finalmente, retomaré mi tema.

El Sr. A nació de padres de clase trabajadora en Escocia.

Tanto su padre como su madre tienen alrededor de 50 años. Su padre siempre ha trabajado de noche en el departamento de impresión de un diario (por lo tanto permanecía en su casa durante el día). A pesar de ello es descrito por el Sr. A. como un “desconocido”. La madre trabajaba como enfermera en un hospi-

---

<sup>1</sup> *Int. J. Psycho-Anal.* (1993) 74, 965.

tal antes de que nacieran sus hijos y retomó luego de que ellos dejaran el hogar. Ella es descripta como de “no enojarse nunca” y “dócil”. El Sr. A es el hijo del medio. Su hermana es quince meses menor, está casada con dos hijos; enseña part-time. Su hermano, dos años mayor, es endocrinólogo, casado con cuatro hijos.

Cuando el Sr. A tenía un año de edad y su madre veinte, ambos abuelos murieron en repentinos y separados incidentes; la madre de A. estaba embarazada de 6 meses, con un niño de casi 2 años y un bebé de doce meses cuando su padre y su suegro murieron inesperadamente. Hay evidencias que sugieren que estos eventos transformaron a la madre del Sr. A, volviéndose por un tiempo depresiva y frágil.

Mr. A recuerda muy poco de su infancia. Lo que él recuerda sugiere un niño torpe con sobrepeso, propenso a alergias a la leche y comidas (incluyendo problemas de piel), ansioso por complacer a los adultos pero apartado de los otros niños.

Se adhería a su madre –quizás como resultado de la depresión de la misma– algo así como si fuera su pequeño ayudante, o más sucintamente, un nene de mamá.

Como adolescente, el Sr. A se sentía solitario y receloso; encontraba imposible el poder hablar con cualquiera de sus padres. Aún así, él era claramente inteligente y le iba muy bien en la escuela. Ganó una beca para Oxford contando con una inusual joven edad. En ese punto perdió interés en sus estudios y se interesó por los hombres.

Cuando cumplió dieciséis años, organizó secretamente una casilla de correo a través de la cual recibía revistas de físico-culturismo. Dos meses después, mientras competía en un evento de atletas, conoció un muchacho de quien se enamoró perdidamente. Por varios meses le escribía diariamente. A los diecisiete tuvo su primera experiencia sexual con dos hombres mayores a quienes conoció en una pileta de natación. Lo llevaron a un parque donde todos ellos “tuvieron sexo oral con el otro”. Estaba excitado, perturbado y obsesionado por este episodio. (Por ejemplo, por muchos años, el Sr. A les hizo “silenciosos” llamados telefónicos a sus casas). Una semana después de esta experiencia buscó consejo a través de una “línea telefónica gay” y luego sin decírselo a nadie, tuvo un año de *counselling* con una trabajadora social.

El resultado fue que se sintió “feliz de que ella me ayudara a aceptarme como homosexual”.

Aunque el Sr. A había concurrido a la Universidad para estudiar bioquímica, pronto cambió por literatura inglesa. Se enamoró de su mejor amigo, que no era homosexual y, al ser rechazado, se deprimió tanto que se tomó seis meses y se fue a vivir afuera.

De vuelta a la Universidad, el Sr. A se volvió cada vez más promiscuo y aún más desorientado respecto a sus estudios. En general, su desempeño académico resultaba pobre. En 1982, habiendo dejado por un año la Universidad, el Sr. A pasó sus vacaciones de Pascuas en América buscando información para hacer un master en administración de negocios. Allí, en un bar gay, conoció a otro estudiante, a quien llamaré Tom. A primera vista, ambos se ligaron compulsivamente. Otra vez él se derrumbó: el día posterior a dejar a Tom, y en su primer día de regreso a Oxford, se sintió “confundido” durante una clase, salió del aula y se sentó gritando hasta que fue ayudado, algunas horas después, por la enfermería de Radcliffe. Por segunda vez, requirió *counselling*; pero cuando, luego de varias sesiones, su psiquiatra le ofreció prestarle un libro que lo podría ayudar a “abandonar su homosexualidad”, él tomó el libro y no regresó.

Un mes más tarde, en mayo, Tom lo llamó al Sr. A para contarle que tenía herpes y sífilis. Y en junio alguien llamó para informarle que Tom había tratado de ahorcarse. A pesar de ello o quizás debido a ello, el Sr. A se mudó a América para vivir con Tom; en principio por el verano y luego al año siguiente, después de completar su graduación.

Mr. A recuerda que en algún momento del verano de 1982 contrajo gripe que le duró casi tres semanas. Fue advertido por su médico de América que practicara “sexo seguro”. Ni Tom ni él lo hicieron. Para agosto de 1983 se rompió la relación y el Sr. A se mudó a otra ciudad.

En febrero de 1984, el Sr. A oyó que Tom tenía Sida. En Navidad, Tom murió. En respuesta a esta noticia Mr. A pasó varias semanas solo en su departamento, masturbándose. También decidió mudarse nuevamente, esta vez a Londres.

Durante los últimos siete años el Sr. A vivió en Londres, donde trabajó en la industria de la grabación. Hace casi cinco años atrás se encontró socialmente con un colega psicoanalítico y le pidió

por un terapeuta, consecuentemente llamó para solicitar una entrevista.

Finalmente, el Sr. A me dijo en sus primeras sesiones que él nunca había tenido sentimientos hacia una mujer. De hecho, él nunca había visto una vagina. Una vez, cuando tenía once años, en el vestuario de una pileta, había tenido una oportunidad. Pero, “aparté mis ojos, no quise ver, y no quise saber... yo soy alguien que nunca ha sido contaminado por el amor sexual de una hembra”.

El Sr. A comenzó la primera entrevista diciendo, “no sé porqué estoy aquí, yo sólo pensé: tengo algún dinero y algo de tiempo. Pensé que podría tener alguna terapia, una vez por mes”.

Confiado, agradable y astuto, el Sr. A presentaba un relato bastante razonable y también coherente de todos sus cambios laborales y de residencia, mientras agregaba, de una manera vaga y general, que sería una buena idea ver a un terapeuta porque él tenía dificultades en sus relaciones. Luego de un rato, y muy al pasar, agregó ambiguamente que un amigo con el que había tenido una relación, había muerto de Sida en 1984. Al ser interrogado, dijo que él nunca se había hecho el test del virus del Sida y que no sabía si era HIV-positivo.

El Sr. A me explicó que era mejor no saberlo. Dijo que destacados especialistas y médicos eminentes le indicaron no testearse ya que un resultado positivo sólo lo pondría ansioso y le interferiría su vida. Más que eso, nada podría hacerse de tener un resultado positivo.

Hacia el final de la consulta, le dije al Sr. A que, a pesar de su modo confiado, creía que él pedía “*counselling*” porque estaba nuevamente en una crisis terrible. Le dije que percibía que estaba con pánico por el estado de su HIV, y que la forma en que me pedía que lo ayudara era que lo acompañara en no pensar nada que tuviera que ver con su salud física o mental. En resumen: él quería ayuda y pensaba que lo mejor que podía conseguir sería persuadirme de aliarme a él para no enfrentar su futuro, cualquiera pudiera ser aquél.

El Sr. A miró el piso, se produjo un silencio y entonces me contó un sueño que tuvo la noche anterior.

*“Estaba sentado en un inodoro. Estaba desnudo y mi madre estaba sentada en un inodoro al lado mío y ella también estaba desnuda. Los dos estábamos defecando y comencé a llorar y puse mi cabeza sobre su falda y lloré y lloré”.*

Comprendí este sueño como una respuesta a mi interpretación, una especie de cuadro que mostraba que el Sr. A entendía la consulta y el tratamiento como un lugar donde podría vaciarse de su pánico y caos (y quizás de la infección misma), pero que el objeto a quien él le traía esta enfermiza ansiedad no estaría capacitado para ayudarlo.

Noté la falta general de discriminación entre el Sr. A y su objeto: los dos hacen lo mismo, al mismo tiempo. No hay, por ejemplo, una madre nutricia o un padre potente. Pensé en el relato de Freud de una particular fantasía de castración que los varones pequeños pueden tener: “mi pene es como materia fecal, es desechable y se puede perder repentinamente a través de la defecación, mi madre debe haber perdido su pene de esa manera” (ver Freud, 1917, p.133).

La acción que diferencia al Sr. A de su madre –la de apoyar su cabeza en el regazo de la misma– pareciera marcar una ecuación inconsciente entre el pene perdido de su madre y su mente; cuando pensaba en sus logros académicos tenía la idea de equiparar su mente con el falo de su madre. Este sueño sugiere una razón por la que el Sr. A quería atenderse una vez por mes, y porqué tenía que cambiar sus planes y de residencia: podría sentirse perseguido por la ansiedad que él y sus objetos proyectaron en esos lugares. Finalmente, mientras el sueño era cordial y una respuesta directa a la interpretación, consideré que lo había endulzado por el ansia de agradar. Esta reacción a mi interpretación confirmó la idea que se me había hecho de que el Sr. A podía trabajar psicoanalíticamente. Lo que resultaba más urgente era el callejón sin salida, desesperanzado, que el sueño describía. El necesita ayuda pero no puede tomarla. Y ello se debe a que su objeto materno –la persona a quien ha acudido para calmar su ansiedad– es como él mismo y está en su misma situación. Interpreté simplemente la desesperanza de su sueño. Sentía que ni él ni nadie, incluyéndome a mí mismo, tenía la fuerza suficiente para enfrentar el futuro junto a él y esto podría hacerlo abandonar cualquier tratamiento que se le volviese muy perturbador. Estuvo de acuerdo y lloró y lloró como en el sueño.

Le recomendé al Sr. A psicoanálisis, cinco veces por semana. Se mostró tanto shockeado como aliviado. Se rehusó, debido “al dinero y al tiempo”. Le contesté que, si fuese por el dinero, lo podía derivar a la Asociación psicoanalítica de Londres por bajos

honorarios; si él quería otra cosa que un análisis podía retornar a la persona que lo había derivado. Por el contrario, yo iba a tener pronto una vacante disponible o podía derivarlo a otro analista –una mujer, por ejemplo– lo que prefiriera. Alegó numerosas razones “reales” por las cuales era imposible el análisis. Varias semanas después de la consulta, me escribió ofreciéndome pagar más dinero para atenderse tres veces por semana que lo que pagaría atendándose cinco. Repetí mi recomendación. Y cinco meses más tarde, el Sr. A escribió para decir que estaba dispuesto a analizarse cinco veces por semana y por el honorario originalmente indicado. Comenzamos el análisis algunos meses más tarde.

Creo que hay un número de problemas que son únicos para el psicoanálisis de los pacientes con HIV positivo. Consecuencias específicas de la infección del paciente, tales como la capacidad de contagiar a otros con el virus del Sida, o el incremento en la probabilidad de desarrollar una o más enfermedades fatales y la expectativa de muerte a una edad muy temprana, tornan la fenomenología ordinaria clínica –la tendencia a actuar o a negar, por ejemplo– en problemas clínicos intratables, generando las más vigorosas reacciones conscientes e inconscientes contratransferenciales. Pasaré por alto la discusión sobre estos temas complejos, porque ello me llevaría lejos de mi objetivo (estos problemas son discutidos por Hildebrand 1990, 1992 y Weinel, 1989).

Quiero concentrarme en la diferencia entre el conocimiento consciente del Sr. A acerca de su infección y la fantasía inconsciente que se revivió durante su análisis. Para el Sr. A, el diagnóstico de HIV-positivo reavivó una fantasía muy regresiva sobre su madre. Esta fantasía concierne a la *alimentación* que ella le brindó y a su opuesto, su “*envenenamiento*”. Naturalmente, esta fantasía tiene implicancias profundas en la transferencia.

En este caso, encontré que la transferencia es característica, casi paradójica. Una aspiración del paciente en la transferencia es estar envuelto por el objeto materno de manera que no haya experiencia de separación. Pero esta envoltura del paciente toma una forma altamente idiosincrática. Para decirlo en términos simples, es la experiencia de ser un *fósil*, más que un feto o una criatura. El Sr. A necesita encajar con su objeto y considera que ha logrado que su objeto encaje con él. Nunca llega tarde y nunca llega temprano. Puede comenzar una sesión donde precisamente

la dejó el día anterior; o puede contarme todo lo que le ocurrió desde que se cerró la puerta del consultorio. Todo esto lo habilita a negar cualquier diferencia entre él y su objeto y también a negar cualquier dependencia hacia él. Condescendencia y consentimiento actúan para evitar la separación y el intercambio.

La otra cara de esta transferencia fusionada es que se hace pedazos en los intervalos. Durante los fines de semana y en las vacaciones, el Sr. A se siente desamparado, vacío y, últimamente, enfurecido con su objeto. En parte, intenta manejar este frenesí a través de la escisión: ataca a otros, no a su analista. O a través de la evitación: simplemente encontrando razones para no asistir a sus sesiones. O utiliza la proyección y erotización: por ejemplo, el Sr. A intenta sentir, a través de la masturbación anal, que es viciosamente necesitado y no viciosamente carenciado.

Un sueño en el noveno mes de su análisis captura el clima de ese tiempo en sus sesiones y espero contribuya a ilustrar lo que quiero significar al decir que el Sr. A busca ser un fósil más que un feto. También dará la idea de la experiencia *inconsciente* del paciente de ser HIV-positivo. En esa ocasión, se quedó dormido en el diván. Se dio vuelta, miró la biblioteca a través del consultorio y luego se quedó medio dormido. Cuando se despertó, cinco minutos más tarde, relató el siguiente sueño:

*“Estaba mirando un libro médico. Podía ver las páginas del texto y había una fotografía. Era una fotografía cortada de un feto dentro de la madre. Pero en realidad no era una fotografía, era como un video-tape porque, a pesar de estar en un libro, podía ver la sangre circulando entre la madre y la criatura a través del cordón umbilical. La fotografía estaba subtitulada: ‘El bebé se infectó de la sangre de la madre, porque la madre tiene el virus HIV.’*

*Y había algo más acerca de cómo la sangre de la madre envenenó al bebé. Luego la inscripción decía: ‘El semen no es venenoso’. Al final sopló un viento y voló las páginas del libro hasta que se dieron vuelta y allí me desperté”.*

Después de contarme este sueño, el Sr. A hizo una pausa y luego recordó un intercambio de palabras que habíamos tenido seis meses antes. Recordó que yo había usado las palabras “pecho” y “leche” en una interpretación y él tuvo arcadas. Mi interpretación lo hizo sentirse físicamente mal –casi a punto de

vomitarse y luego se puso furioso. Recordó haber dicho que la interpretación le resultó “pornográfica y repugnante” y que la única manera que encontró para no irse del consultorio fue haciendo una traducción. “Cada vez que Ud. dice pecho”, dijo, “yo pienso: pene, y cada vez que dice leche, yo pienso: semen”. Luego de evocar este intercambio, le vino a la memoria haber sido alérgico a la leche de chico.

Logré trabajar con el Sr. A el hecho de que él se había quedado dormido y había soñado para no experimentar activamente la privación y evitar recibir, posteriormente, el alimento analítico del pensamiento por parte mía. En particular buscaba evitar la necesidad de mí, luego si tomaba una idea mía y la incorporaba, eso significaba que éramos diferentes y esa experiencia de diferenciarnos destruía el estado de fusión que trataba con ansiedad de mantener. Pero quiero llamar la atención sobre lo siguiente: un giro defensivo es actuado *literalmente* dentro de la transferencia. Es físicamente revivido en la sesión, está representado en el sueño y luego es articulado en las asociaciones del Sr. A. En la sesión: se da vuelta y se queda dormido para evitar la leche venenosa de mis interpretaciones y también para ofrecerse pasiva y homosexualmente.

En el sueño: el pensamiento de que el bebé está siendo envenenado por la sangre de la madre gira al pensamiento de que el semen no es venenoso. Y en sus asociaciones, repite este viraje: el pecho y su leche son venenosos, en cambio el pene y su semen no lo son. En este nivel transferencial el Sr. A elude la leche envenenada de la alimentación de la madre recurriendo al pene y su semen para nutrirse y estar a salvo.

Por supuesto que a un nivel consciente, Mr. A conoce la biología de su infección de HIV. De hecho, está extremadamente informado de la literatura médica sobre Sida: sabe que su infección es efecto del contagio por semen y no del contagio por la leche materna. Conscientemente sabe cómo se transmite el virus del HIV y en este nivel sabe que se contagió a través de las relaciones anales que mantuvo con Tom durante el verano de 1982. Es más, cree recordar la situación.

Ocasionalmente el Sr. A tiene fantasías masturbatorias con Tom, usualmente de relación anal. En algunas ocasiones, desde que se infectó, ha tenido “sueños húmedos” en los que es contagiado por Tom. Es mucho lo que podría decirse acerca de tales

fantasías masturbatorias y sueños pero sólo quiero poner atención en el siguiente punto: la fantasía de haber sido contaminado por Tom está totalmente libre de sentimientos de ansiedad, persecución o rabia. Nunca ha expresado o sentido enojo alrededor del hecho de que Tom lo infectó. Cuando le transmití este punto al Sr. A él comprendió mi razonamiento y respondió: “no sé porqué tendría que enojarme con Tom”.

Considero que, cuando Mr. A tiene el pensamiento “Tom me contagió”, no experimenta sentimientos de ansiedad, persecución o rabia debido a una escisión del Yo. Esta escisión del Yo permite mantener dos pensamientos opuestos. El Sr. A posee el pensamiento consciente de que “Tom es la causa”. Y, simultáneamente, el pensamiento inconsciente: “él no es la causa”. ¿Cómo puede ser esto?

Creo que puede tener el pensamiento inconsciente –“él no es la causa”– porque *experimenta* el origen real de su infección proviniendo de otro lugar. Para decirlo de otra manera, conscientemente el Sr. A sabe de qué modo se ha contagiado pero sus experiencias niegan completamente esta verdad, y esas experiencias son derivadas de la fantasía de que fue contagiado por algún otro.

En mi opinión, la madre del Sr. A es experimentada como fuente de su infección. Fantasea con que ella lo ha contagiado.

Esta fantasía inconsciente –que la madre es la fuente de la infección del HIV o, para ser más preciso, que su objeto materno está siempre contagiándolo– fue revivida en la transferencia de otra forma, lo que nos permitió, al Sr. A y a mí, comprender más su significado inconsciente.

En el segundo año de su análisis, un día lunes, cerca de seis semanas antes de la pausa por Pascuas, le di las fechas de la interrupción y del recommienzo del análisis. Al día siguiente estaba muy agitado, hablando de su trabajo y de todo lo que tenía que hacer, de toda la gente que tenía que ver y de lo bien que le venía el corte por las Pascuas. Esa tarde el Sr. A conoció un hombre en el gimnasio y este hombre lo masturbó en el baño. Al día siguiente el Sr. A comenzó su sesión de la siguiente manera:

*“Soñé que yo contagiaba a mi madre. Ella me estaba ayudando –me estaba dando una transfusión de sangre o una inyección, algún tipo de intervención médica– terminó lo que estaba haciendo y retiró la aguja y supe que ella iba a pincharse a sí misma –su*

*mano–, su pulgar, pero no estaba preocupada por ello y lo hizo. La aguja entra debajo de su piel, trato de fregarla con lavandina, no resulta entonces comienzo a escarbar. Entro en pánico y me despierto”.*

“Me volví a dormir y tuve otro sueño:

*Estaba haciendo guardia –estaba en el ejército y tenía un rifle– era de noche y yo era un centinela. Un hombre trata de acercarse y yo le grito ‘alto!, tengo un arma’. Y él no se detiene, se mantiene caminando hacia mí con sus manos sobre la cabeza diciendo: ‘adelante, dispáreme, dispáreme’. Y así lo hice: le disparé a una de sus manos”.*

Luego de contarme sus dos sueños el Sr. A habló de la culpa que le dio el haberse masturbado. “Lo *necesitaba*, de verdad lo *necesitaba*”.

Entonces, entendí esas palabras –“*lo necesitaba*” (*needed*, en inglés)– como una asociación a la aguja (*needle*, en inglés) del primer sueño. Y esta asociación fue la que nos permitió a ambos clarificar lo que lo estaba infectando.

Esta asociación nos ayudó a comprender que el anuncio de las fechas de la interrupción por las Pascuas disparó en el Sr. A el sentimiento de que yo retiraba mi necesidad (*need*) de él y que el retiro de la misma lo dejaba a él con la sensación de haberlo penetrado y contagiado con la necesidad (*need*) de mí. En este nivel, es su objeto materno que penetra, poniendo su necesidad (*need-needle*) debajo de su piel. Similarmente, ella penetra e infecta cuando lo ayuda; el cuidado materno, o en nuestro caso el psicoanálisis, es una técnica, una transfusión, que disimuladamente transforma la necesidad desesperada de la madre por él en la desesperada necesidad de él por ella. Pero, específicamente, la sensación de *necesitar a la madre debajo de la piel*, es experimentada como venenosa y lo conduce inexorablemente a la muerte.

Es decir, el Sr. A parece realizar una ecuación inconsciente entre *necesidad debajo de la piel e infección debajo de la piel*: necesidad = veneno. Entonces, un cambio en su necesidad es experimentado como un cambio en su infección por HIV; un incremento en la necesidad de su objeto materno es sentido como un incremento en la toxicidad del virus. Aquí, en el nivel inconsciente, ser HIV-positivo es vivenciado por el Sr. A como ser infectado por su necesidad de madre. Y es esta infección por HIV

–*necesitar a la madre debajo de la piel*– la que es sentida como latente, en peligro de activarse y entonces dispersarse, despararrarse inevitablemente, fuera de control. Es la infección de HIV que el Sr. A teme destruirá su cuerpo.

Permítanme una elaboración: el Sr. A no sufre tanto el *separarse* como el sentirse separado. Separado es una catástrofe psíquica conducente a un colapso interno; como, por ejemplo, las dos ocasiones en que consultó a un terapeuta, a los 17 y a los 22 años. Separación es tanto la pérdida del objeto como el sentimiento de ser rechazado cuando no se lo necesita más. Mi experiencia con el Sr. A me hace creer que él aspira a mantener la atención de su objeto materno y simultáneamente preservarse de la depresión de la madre; la separación es mortificante porque significa que el objeto materno deprimido no necesita ser animado por él: separación significa rechazo. *Afectivamente*, el Sr. A experimenta su infección a través de la experiencia de separación. Su experiencia *afectiva* de ser HIV-positivo no está conectada tanto a un cambio objetivo en su estado *físico* como a un cambio *psíquico* en la experiencia de necesidad de su objeto materno.

Esto ayuda a clarificar un aspecto de la transferencia del Sr. A. He descrito la intención de él de ser envuelto en la transferencia por su objeto materno de manera que no haya experiencia de separación o de intercambio. Usé la palabra *fósil* para este aspecto de la transferencia porque espero transmitir el deseo del paciente de eternizar el presente tanto como su intento de romper un compromiso entre su deseo de adherirse a su objeto materno y simultáneamente escapar de su veneno. Pienso que esta experiencia de ser un *fósil* –estando *atracado* dentro del objeto materno– es lo que, él cree, le garantiza el bienestar a su cuerpo.

En resumen: el Sr. A experimenta su infección por HIV por medio de esta fantasía inconsciente. El sentimiento de separación es tomado como equivalente a una baja en sus células-T, un colapso en su sistema inmunológico y, contrariamente, experimenta la ausencia de *necesidad de madre* como ausencia de Sida.

Soy consciente de haber usado las palabras “madre” y “objeto materno” de manera intercambiable. Esta es una sobresimplificación: empaña, por ejemplo, la distinción entre contenido manifiesto y latente del sueño. La “madre”, tal como aparece en los sueños del Sr. A es un producto de las relaciones objetales del Sr.

A: debemos inferir su “objeto materno” de sus sueños y en la transferencia.

En los tres sueños en que la madre es retratada reaparecen ciertas cualidades. En el primero la “madre” es representada defecando, en el segundo es descrita con un cordón umbilical y en el tercer sueño aparece con una aguja. En estos tres sueños acerca del contagio, la “madre” tiene falo. Además, su pene tiene heces o veneno. Este material sostiene la deducción de que el objeto materno del Sr. A es una madre con un pene; lo que me permite comprender ciertos aspectos de la transferencia del Sr. A –por ejemplo, el darse vuelta y dormirse en un determinado momento de su sesión, o su masturbación anal durante los fines de semana y en los intervalos– como evidenciando el deseo de ser penetrado por dicha figura. Mi intención no es dar un relato general de cómo llegué a estas inferencias. Las traigo porque conducen a la conclusión de que, en un nivel discriminado, la fantasía de contagio no concierne tanto al origen de su infección por HIV sino al origen de su homosexualidad.

Ahora, quiero volver atrás –con estos pensamientos– y considerar la secuencia de los acontecimientos con mayor detalle. El lunes, en respuesta a indicarle las fechas de la interrupción por Pascuas, Mr. A se siente inconscientemente no necesitado, desamparado y furioso; experimenta el análisis como un proceso que casi lo ha penetrado y lo ha dejado fusionado con necesidad. Considera que lo he rechazado como mi objeto vital. Se defiende de hacer conscientes estos sentimientos a través de la identificación proyectiva; en la sesión del martes hay un intento de revertir las posiciones y me ofrece la experiencia de lo que es sentirse dejado de lado del mundo adulto laboral. Yo soy el niño que ha de sentirse no necesitado, desamparado y furioso y será el Sr. A la madre adulta ocupada. Pero esta defensa, actuada en la sesión del martes, no contrarresta el elevado pánico del Sr. A. Entonces, otra vez, trata de restaurar la situación como la que fuera antes de que le diese las fechas del intervalo de Pascuas. Intenta restablecer su transferencia fósil –la idea de que él se ha ajustado a su objeto materno e inducido a que aquél se ajuste a él– al involucrarse en una situación donde siente físicamente que es un objeto necesitado, retenido y vitalizante. Esta escena es actuada en el baño del gimnasio.

Comprendo que el Sr. A no está cambiando un objeto materno

venenoso por un objeto paterno fuerte que lo proteja y le dé seguridad. Desde el punto de vista de sus relaciones objetales: el Sr. A se vuelve hacia un hombre para reencontrarse con su madre con pene. Su pareja homosexual es un reencuentro con el objeto materno perdido. El obra en arreglo a escaparse de la catástrofe de separación; se comporta como para rellenar y restaurar su fantasía inconsciente de una relación segura con su objeto materno.

Pero este acto de transformación no evade la creciente ansiedad. Su pánico sigue en aumento. ¿Por qué?

Parte de esta respuesta está contenida en el sueño de la aguja. Al borrar las diferencias entre él y su objeto materno –por un estado en el que ambos, él y su madre, están infectados– ninguno de los dos es fuerte, nadie puede darle lo que él necesita. No hay nadie, en síntesis, que pueda enfrentar con él la enfermedad o la muerte. Si tiene éxito en erradicar la diferencia entre él y su objeto materno, fracasa. Porque efectivamente ha retornado a la posición en la que estaba cuando asistió a la entrevista inicial: está otra vez en esa posición en la que necesita ayuda pero está inalterablemente desesperanzado acerca de obtenerla porque no hay nadie que sea diferente y, por lo tanto, no hay nadie que pueda ayudarlo a enfrentar el ser un HIV-positivo. Y quizás esto es lo que hace que el sueño termine con el Sr. A tratando frenéticamente de remover o limpiar la infección de la mano de su madre.

El siguiente sueño es, entonces, una respuesta a la culpa del primero. El Sr. A vuelve a dormir, para desembarazarse de su angustia culposa y justificar el ataque a su objeto materno. El segundo sueño, en efecto, dice: “si tu mano es devastada, madre, si tú eres devastada, yo no tengo nada que ver con ello; eso se debe a que tú no te detuviste, no escuchaste, dijiste ‘adelante y dispara’”.

Tanto el acting-out y los dos sueños como las conexiones entre ambos, son complicadas. (Cada una, a mi entender, es una reelaboración de la otra. Cada una, por ejemplo, involucra “un pinchazo y una mano”.) Todo lo que quiero hacer es subrayar la necesidad urgente del Sr. A por aliviarse de la necesidad de su objeto materno re-estableciéndose como el necesitado, y señalar que si triunfa en des-identificarse de su necesidad y siente ello como una proyección en su objeto materno, también falla, porque pierde el objeto con el cual podría enfrentar su destino.

Quisiera agregar dos puntos más.

Obviamente, el Sr. A se vuelca a una experiencia sexual para renegar de su necesidad. Así de claro. Lo que es menos claro, pero importante de recordar, es que su percepción de riesgo fluctúa en relación a la fantasía inconsciente de contagio. En el nivel de la fantasía inconsciente, su giro alrededor del sexo parece ser para él un giro alrededor de la seguridad, lejos del peligro. Cómo el Sr. A experimente la cuestión de un sexo seguro será determinada por el conocimiento *inconsciente* del riesgo.

Mi segundo punto es el siguiente: entre otras cosas, tener Sida, estar enfermo, es una experiencia. Como tal está sujeto a todas las vicisitudes a las que esa experiencia puede llevarlo a sufrir; puede ser pensada, escindida, desmentida, proyectada y demás. Por ejemplo, en ciertos momentos, el Sr. A se des-identifica de la idea de estar infectado *físicamente*, lo proyecta en su analista y luego se aterroriza de que ciertas palabras o interpretaciones lo puedan enfermar. En tales momentos, mi infección *física* resulta ser terrorífica para el Sr. A. Esta porción de identificación proyectiva puede servir para bloquear la exploración de su actual infección *física*. Aquí, por ejemplo, le garantiza considerablemente la posibilidad de explorar esta experiencia de mi “veneno” utilizando mis interpretaciones.

Tales interpretaciones transferenciales son centrales. Una interpretación mutativa lo confrontará, *necesariamente*, con la diferencia entre el objeto materno infectante y yo, o entre su objeto homosexual y yo. Tales interpretaciones traen alivio pero también producen angustia. El alivio y la angustia son las dos caras de una misma moneda. El Sr. A se siente angustiado porque se siente separado; se siente aliviado porque las interpretaciones le introducen un objeto que es diferente. Creo que esta experiencia de diferenciación, de todas maneras penosa, es una condición necesaria para tolerar la idea de enfermedad y muerte.

Ser diagnosticado como HIV-positivo, precipita en el Sr. A un conflicto entre dos deseos opuestos en relación a la cuestión de la diferencia. El pensamiento “*mi expectativa de vida es limitada*” intensifica el deseo de deshacer la diferencia sexual –en realidad toda diferencia– para evitar la experiencia de estar muriéndose. Deshace la idea de madre, deshaciendo la idea de mujer. No hay pechos, no hay genitales femeninos. No hay padre, no hay escena primaria. Todos tienen pene. Nadie está enfermo,

nadie está sano. Nadie está vivo, nadie está muerto.

(Un sueño, a las tres semanas de ser diagnosticado como HIV-positivo, ejemplifica esto: “soñé que todo el mundo es HIV-positivo”).

Y aún, la idea de su inminente *enfermedad* precipita un deseo simultáneo opuesto. El pensamiento “*pronto estaré enfermo*” reaviva el deseo de encontrar el objeto materno que comprenderá sus temores de impotencia y muerte. Este objeto materno no es el objeto materno descrito tan bueno, pero creo que es el residuo de la esperanza por un objeto vigoroso suficiente tanto para estar presente como para ser diferente. Es un objeto materno que está en parte definido por la relación con un padre. Así, mientras hay momentos en que el Sr. A caricaturiza o ridiculiza la relación de su analista con el psicoanálisis, hay otros en los que se siente plenamente tranquilizado por esta relación.

Por ejemplo, mucho lo alivia al Sr. A que me haya plantado en mi original recomendación clínica, no aceptando su oferta de verlo tres veces a la semana: ‘Ud. no aceptó ser *seducido* para no hacer lo que pensó era lo mejor’. El punto es éste: en aquellos estados de la mente donde el Sr. A tolera tanto la idea de la diferencia sexual como la de la pareja parental, tiene la relevación de una experiencia interna de su infección por HIV que corresponde a una realidad externa.

Esto me trae a mi punto final. He descubierto que en este análisis, así como en otros, el progreso se logra sólo si se trabaja con el paciente la comprensión de lo que es inconsciente. En verdad, estoy convencido de que la relación a menudo extraña y sin expectativas que el paciente tiene con su infección puede ser únicamente explicada si son entendidas sus fantasías inconscientes de acuerdo a cómo son revividas en la transferencia. Digo esto porque tengo la impresión de que desde el psicoanálisis no se hace referencia a los hombres homosexuales que tienen HIV-positivo y lo más habitual es que, si necesitan asistencia psicológica, sean derivados a *counselling* o servicios psicoterapéuticos donde el énfasis está puesto en el consejo o recomendación tranquilizadora. Estos abordajes acarrearán el peligro de direccionar al paciente hacia el nivel equivocado.

Por ejemplo, temprano en su análisis el Sr. A se enfermó de una diarrea aguda, dolor abdominal y fiebre. A medida que su salud se deterioraba se tornaba crecientemente excitado, cance-

lando sus sesiones, apartándose de un efectivo tratamiento médico y volando a una ‘importante’ cita de negocios en Asia. Consejos o recomendaciones tranquilizadoras no pueden modificar el amenazante ciclo vital de pánico y negación maníaca, porque no se dirigen a la omnipotencia del paciente o a su rechazo de la realidad psíquica. Pienso que sólo un análisis sostenido de este ciclo repetitivo puede hacer revivir los objetos internos deteriorados del paciente haciendo posibles el cuidado médico y el alivio.

Como conclusión, resaltaré algunos puntos. Considerando la infección HIV-positivo del Sr. A, he sugerido seis hipótesis.

1. La falta de angustia, sentimiento persecutorio o enojo del paciente acerca de la verdadera fuente de su contagio está basada en una escisión del Yo que le permite al Sr. A sostener el siguiente pensamiento inconsciente: “él *no es* la causa”. Esta escisión del Yo puede ocurrir porque el objeto materno del Sr. A es experimentado como el que siempre lo infectó.

2. En el nivel de la fantasía inconsciente, el paciente experimenta su infección como consecuencia de haber sido “envenenado” por su objeto materno: ese “veneno” no es otra cosa que la *necesidad* de su objeto materno.

3. El Sr. A experimenta su infección a través de esta fantasía inconsciente. La vivencia de separación es tomada como el equivalente a un colapso en su sistema inmunológico y, por el contrario, experimenta la ausencia de *necesidad de madre* como la ausencia de Sida.

4. En un nivel destacado, la fantasía de contagio no concierne tanto al origen de su infección por HIV sino al origen de su solución homosexual.

5. La percepción del riesgo oscila en relación a su fantasía inconsciente de contagio. En el nivel de la fantasía inconsciente, su viraje alrededor del sexo parece ser para él un giro alrededor de la seguridad, lejos del peligro. Cómo el Sr. A experimente la cuestión de un sexo seguro será determinada por el conocimiento *inconsciente* del riesgo.

6. Para el Sr. A, una interpretación mutativa lo confrontará, *necesariamente*, con la diferencia entre el objeto materno infectante y el analista, o entre su objeto homosexual y el analista. Es esta experiencia de diferenciación la que le da un sentimiento de sostén y le permite obtener un conocimiento interno de su infec-

ción correspondiente a la realidad externa.

He convenido en que el Sr. A es un hombre inteligente y bien informado. De todas maneras no se había hecho la prueba del virus antes de su tercer mes de análisis, o sea luego de más o menos seis años de haberse contagiado. Aún después de haber sido diagnosticado como HIV-positivo, a menudo “se olvidaba” de sus turnos médicos. No podía escuchar a sus médicos. Insistía en atenderse con los mejores especialistas, pero perdía las citas. Idealización y evitación ocultan una respuesta paranoide a la idea del cuidado médico. La transferencia alrededor de los médicos reflejaba la transferencia tal como fue vivida en su análisis. Tanto el tratamiento médico como el psicoanalítico amenazaban con envenenarlo.

Este es nomás el caso. El Sr. A está menos perseguido por estos sentimientos. Por lo tanto está en menor peligro para sí mismo así como para los otros. Ve a sus médicos regularmente, está dispuesto a requerirlos si necesita ayuda. No se olvida de tomar la medicación y no ha tenido efectos colaterales. Juzga su psicoanálisis como la causa de sus cambios y lo que probablemente le ha prolongado la vida.

## RESUMEN

“Una fantasía de contagio” es un estudio clínico del papel de la fantasía inconsciente en las enfermedades.

El artículo trata una fantasía que salió a la luz durante el psicoanálisis de un paciente homosexual que había recibido un diagnóstico positivo de SIDA. El artículo se centra en la diferencia entre el conocimiento *consciente* que este paciente tiene de su infección y la fantasía *inconsciente* reavivada y elaborada en esa situación. Se presenta material clínico detallado para ilustrar que la extraña y a veces inesperada relación del paciente con su infección sólo se puede explicar entendiendo tales fantasías inconscientes vividas y analizadas en la transferencia.

## SUMMARY

“A phantasy of infection” is a case study of the role of unconscious

phantasy in the experience of illness.

This paper discusses a phantasy that was brought to light during the psychoanalysis of a homosexual man who has been diagnosed as HIV-positive. The paper concentrates on the difference between this patient's *conscious* knowledge of his infection and an *unconscious* phantasy which was reawakened and elaborated in this situation. Detailed clinical material is presented to illustrate the point that the often unexpected and strange relation the patient has to his infection can be explained only through an understanding of such unconscious phantasies as they are lived-out and analyzed in the transference.

### RESUME

"A phantasy of infection" est une étude clinique du rôle du fantasme inconscient dans le vécu de la maladie.

Cet article traite d'un fantasme qui fut éclairci pendant l'analyse d'un homosexuel qui avait été diagnostiqué comme séro-positif. Je me concentre dans l'article sur la différence entre la connaissance *consciente* qu'a ce patient de son infection, et un fantasme *inconscient* qui fut réveillé et élaboré dans cette situation. J'offre un matériel clinique détaillé pour illustrer le fait que le rapport, souvent surprenant et étrange, qu'a le patient envers son infection peut s'expliquer seulement à travers la compréhension de tels fantasmes inconscients alors qu'ils sont vécus et analysés dans le transfert.

### BIBLIOGRAFIA

- FREUD, S. (1917). On transformations of instinct as exemplified in anal eroticism. *SE* 17.
- HILDEBRAND, H.P. (1990) The situational psychology of AIDS. Paper presented to the British Psycho-Analytical Society, London, February 1990.
- (1992) A patient dying with AIDS. *Int. Rev. Psychoanal.*, 19:457-469.
- WEINE, E. (1989). Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung von AIDS-Patienten. *Psyche*, 43:710-719.

Traducido por Raquel Duek.

UNA FANTASIA DE CONTAGIO

Descriptores: Caso clínico. Fantasía inconsciente. Interpretación mutativa. Sida. Transferencia.

*Stephen Grosz*  
52 Downshire Hill  
London NW3 1 PA  
England, U.K.