

# **El abrazo de Peleo: supervivencia, contención y con-vencimiento en la experiencia analítica con patologías graves\***

*Stefano Bolognini*

Como muchos psicoanalistas de mi generación, provengo de la psiquiatría. He trabajado como médico psiquiatra durante varios años en las instituciones públicas: primero en el hospital psiquiátrico, después en el departamento de la especialidad de un hospital general y en un centro psicoterapéutico provincial. También he mantenido una constante relación como consultor con ellos, incluso después de haberme dedicado al psicoanálisis a tiempo completo.

Mantengo con placer y con pasión mi actividad como supervisor de equipos psiquiátricos, mediante el clásico método de elaboración periódica grupal de experiencias compartidas. A juzgar por las continuas peticiones, parece que la supervisión en el campo de la psiquiatría de adultos y adolescentes es útil para los trabajadores que participan en ellas. Para mí, ciertamente lo es, con una forma de comensalismo consciente que permite el contacto y la revisión continua de nuestros conocimientos en materia de funcionamiento psicótico y borderline, de defensas primitivas de base y de dinámicas grupales e institucionales.

En 1992 fui uno de los fundadores, junto a otros eminentes colegas, del Comité de Patologías Graves de la Sociedad Psicoana-

---

\* Título original y editor: *Passaggi segreti. Teoria e tecnica dell'intersichico*, Bollati Boringhieri Editore, Torino, 2008.

lítica Italiana. Creo que para un psicoanalista es realmente valioso el haber cultivado una cierta familiaridad profesional con esos niveles de la vida psíquica y con la patología ligada a ellos.

Esta patología es de hecho transmitida, como ya bien sabemos, transpersonalmente y transgeneracionalmente, en lo que Money-Kyrle, de una forma simple y sugestiva, llama: “*el tradicional comercio de infelicidad entre los seres humanos*” (1951).

Como he mencionado anteriormente en este libro, R. Kaës (1993), H. Faimberg, M. Enriquez, J. J. Baranes (1993) y R. Losso (2000, 2003) han descrito una modalidad de transmisión “transpsíquica” en la que, al faltar el espacio transicional, la mente no puede transformar y hacer suyo lo que recibe del otro.

En la transmisión transpsíquica, que tiene lugar en una dimensión predominantemente narcisista, el espacio intersubjetivo es muy limitado o ausente. El aparato mental transformador del receptor es cortocircuitado y los contenidos no son elaborados y a menudo se hacen generalizados y perturbadores (Bolognini, 2005).

Se podría decir que en estos casos la comunicación no se hace “*entre*” los sujetos, sino “*a través*” o “*más allá*” de ellos (o de buena parte de ellos) y el preconsciente del receptor está desactivado o aplanado.

Aquí intento poner en evidencia dos aspectos relativamente poco valorados de la función de contención del objeto: uno, el relacionado con la *capacidad del objeto de sobrevivir*, señalada explícitamente por Winnicott (1958) y luego retomado más implícitamente por Bion (1959) con el concepto de “ataque al vínculo”, pero a mi parecer no ha estado lo bastante enfatizado en el estudio del tratamiento de pacientes graves. Otro –posterior– de “*espacio interno*”, estudiado, por ejemplo, por Meltzer en sus trabajos sobre el autismo (1975) y sobre el “claustro”.

En los últimos años se ha privilegiado (en muchos aspectos con razón) la función transformadora de la contención analítica mediante la *rêverie*: la contribución bioniana se ha desarrollado en este sentido por autores como Ferro (1996, 2002), Ogden (2003, 2006) y Grostein (2006) con estudios muy originales.

Mi contribución se dirige, en cambio, a considerar una fase anterior, *constituyente del contenedor*, en cierto sentido *más primitiva* (aunque no es realmente correcto hablar de estos complejos procesos en términos estrictamente temporales) *respecto a la instauración y al desarrollo de las funciones de rêverie*.

Como se verá en las situaciones descritas, se tiene aquí especialmente en cuenta funciones primarias de base, relacionadas sobre todo con las necesidades evacuatorias, con la búsqueda, por tanto, de un contenedor que –aun antes de dar sentido conjunto y representación a los elementos de la experiencia– acepte y tolere contener tensiones y excedentes y que, sobre todo, admita la experiencia de “un espacio acogedor”.

Considero el estudio de esta fase tan primitiva como una integración necesaria de las recientes e importantes investigaciones ya mencionadas que, en mi opinión, describen pasajes intersíquicos posteriores más evolucionados.

Comenzaré presentando una breve secuencia de trabajo psiquiátrico, para luego pasar a observaciones relativas al trabajo más estrictamente psicoanalítico.

#### **PSIQUIATRIA: DE LO TRANS-PSIQUICO A LO INTER PSIQUICO**

Esta viñeta clínica está ambientada en el Hospital de Día de Venecia para jóvenes pacientes psicóticos, en el que trabajé durante varios años (actualmente continúo esta actividad como supervisor del correspondiente Hospital de Día de Bolonia). Se refiere a la interacción entre Alfredo, un joven paciente psicótico grave de veintidós años y Ester, una enfermera experta, muy maternal y capaz de un buen contacto con los pacientes.

Alfredo está colaborando con Ester en la cocina, para preparar la comida del mediodía, como es habitual. Sin embargo, es evidente que hoy está especialmente mal: está nervioso, tiene la expresión vacía, sombría, parece más absorto de lo habitual en fantasías que visiblemente le ocupan, pero que no cuenta y que no se sabe cuanto invaden persecutoriamente.

Hoy, el médico del Servicio no ha venido a trabajar por asuntos familiares.

Sabemos que el padre de Alfredo murió cuando el hijo tenía nueve años. Sabemos también que, ya antes, era una figura poco presente porque, por trabajo, navegaba y rara vez estaba en casa.

Hoy Alfredo está especialmente huraño con Ester: no le habla, está tenso. La habitual cordialidad afectuosa de Ester parece producirle el efecto contrario pues lo irrita cada vez más.

Sabemos también que la madre de Alfredo era muy seductora: lo hacía dormir con ella durante largos periodos, antes y después de la muerte del marido. Es una mujer impulsiva, iracunda, portadora de expresiones y comunicaciones muy fuertes, en todos los sentidos, ya sea erótico o agresivo. Esto ha producido en el hijo evidentes angustias incestuosas y violentas reacciones de rabia.

La evidente carencia de experiencia contenedora por parte de la madre no favoreció la creación de un espacio interno en el hijo quien, a su vez, tiende a evacuar de una forma urgente y masiva sus tensiones internas. Alfredo no parece haber podido disfrutar de una adecuada protección paraexcitatoria (barrera protectora contra los estímulos excitatorios demasiado intensos para su aparato psíquico), ni por parte de su madre: dado el temperamento y el estilo expresivo-comunicacional muy excitante, concreto e invasivo de ella, ni por parte de su padre: por la ausencia de su presencia, ya sea en la realidad o en la mente de la madre.

Su padre (o en todo caso “*un padre*” en la simbiosis mental entre Alfredo y la madre) nunca pudo desarrollar la función desvinculante y estructurante necesaria para su evolución como individuo. Alfredo está actualmente atrapado, sea por la angustia de culpa incestuosa, sea por la angustia y la culpa de impulsos desvinculantes internos potencialmente más sanos, pero vividos conflictivamente.

Sin motivo aparente, Alfredo agarra un cesto de verduras y lo lanza con violencia contra Ester; y súbitamente, sin darle tiempo a recuperarse de la sorpresa y del susto, le grita:

“¡¡¡Alfredo!!! ¿Qué haces? ¿¡¡Te has vuelto loco...!!?”

Ester, conmocionada y en estado de gran confusión interna, huye aterrorizada.

Una hora más tarde tiene lugar la habitual reunión de equipo con los compañeros.

Ester, más tranquila y reconfortada con la presencia del grupo consigue poco a poco volver a pensar.

Cuenta lo sucedido y se centra en lo que la ha confundido y desestructurado más. No ha sido tanto el lanzamiento del cesto sino ver y oír al paciente “enloquecido” que *decía las palabras que debería haber dicho ella, con la expresión que le habría salido espontáneamente si no lo hubiera dicho él:*

“*El se había convertido en mí, y me hacía sentir como si yo fuera él: ¡me parecía haber enloquecido!*”

Lo “trans-psíquico” cortocircuita la mente de los individuos, con eliminación violenta de los límites y de las funciones normales del pensamiento y de la regulación interna.

Mientras que en lo intersíquico se puede compartir un nivel basal de fusionalidad fisiológica económicamente ventajosa, con áreas de unión tranquila, sin que el sujeto y el objeto se sientan invadidos, negados o “sustituidos” por el otro (Bolognini, 1997, 2003, 2004; Fonda, 2000) lo trans-psíquico “entra” en el otro por vía anómala y de forma traumática, no elaborable. Lo ocupa como un cuerpo extraño que puede incluso entrar en la cabina de mandos del huésped parasitándolo, sustituyendo el *Selfe* induciéndolo a repetir la acción traumática, esta vez de forma activa, contra una nueva víctima.

La repetición (Freud, 1914) del micro –y del macro– trauma no sólo se refiere aquí a lo que no es recordado, sino también y sobre todo a lo que no ha sido mentalizado y metabolizado. El mecanismo de defensa más primitivo se basa en *identificarse, transformando lo activo en pasivo*, evacuando en el otro las partes de sí mismo vividas como intolerables. Alfredo se ha identificado con el objeto que, en este caso, reúne en él de una forma paradójica las características de objeto simbiótico, de objeto de deseo parcial incestuoso y de objeto superyoico juez.

Alfredo no consigue abandonarse completamente a una reasegurante y aconflictiva regresión fusional porque está atravesado por impulsos evolutivos de separación (y es culpable de desear conflictivamente la rotura de la simbiosis). No puede afrontar la angustia edípica si no se siente protegido por objetos adecuadamente limitadores (el padre/el médico ausente). No es capaz de soportar la culpa de su propia agresividad por temor a represalias catastróficas. Así se “convierte” en el otro, con funciones intimidatorias y represivas: permitiéndonos el juego de un neologismo, podemos definir esta transformación ocasional del pasivo al activo como una “*identificación con el reñidor*” (por tanto, en realidad, con un tipo específico de agresor).

Alfredo no es un perverso: no ha erotizado la relación ni libidinizado la maniobra proyectiva que no maneja con maestría.

Esta evacuación masiva no es una estrategia habitual sino el resultado de una rotura interna (escisión) y de un espasmo/contracción expulsivo. Su actuación interpersonal pide ser contenida (Ferro, 2002) en un objeto “cóncavo” capaz de resistir sin romperse y de elaborar el trauma.

Este objeto hoy no será Ester sino el grupo de trabajo.

No profundizaré aquí en el concepto de “*contenedor suprapersonal*” (servicio, equipo, institución) ni de la dialéctica “control (farmacoterapia, ingreso)/contención”, tantas veces confundidas en psiquiatría por razones relacionadas tanto con la ideología de los profesionales como con el profundo miedo al contacto con los aspectos más regresivos y necesitados de los pacientes graves.

Estoy más interesado en tratar el concepto de “*presión persecutoria endógena*” y de la contención, desde el punto de vista analítico y lo haré tras una breve digresión mitológica.

#### DE LA CLINICA AL MITO Y DE NUEVO A LA CLINICA

La leyenda narra que el héroe Peleo, enamorado de Teti, hija de Poseidón, rey de los mares, después de haberla visto envuelta por la espuma de las olas, le pidió matrimonio. Pero al ser ella una diosa y él un simple mortal, Peleo tuvo que afrontar una prueba durísima para conquistar el derecho de unirse a ella.

La diosa, inicialmente poco inclinada a aceptarlo y dotada de la capacidad de metamorfosearse, le desafió a abrazarla y a sujetarla firmemente mientras ella se iba transformando en diversas formas, en una lucha larga y silenciosa.

Para tenerla, él nunca debería soltar su abrazo.

Según distintas versiones del mito, Teti se transformó en sus brazos primero en fuego, luego en hielo, en punta de flecha, en serpiente y en muchas otras apariencias, la última de las cuales, curiosamente, fue la de una sepia (quizá por la superficie resbaladiza y huidiza, supongo). Pero Peleo, que estaba seguro de su amor, no soltó nunca su presa, hasta que la diosa –vencida pero, podemos pensar, sobre todo “*con-vencida*” de la certeza del deseo de él– se le abandonó conyugalmente feliz entre los brazos.

Es verdaderamente difícil imaginar una historia de amor más romántica y más intensa que ésta. Pero es sorprendente la analogía que conecta esta historia con el tipo de relación que a menudo se crea entre analista y paciente en el tratamiento de los pacientes más graves.

Se necesita auténtica pasión para este trabajo; para afrontar la dificultad y las posibles heridas –que seguramente no se ahorrarán, mucho menos al terapeuta– a lo largo del camino que lleva hacia una,

al menos parcial, recuperación de la capacidad de vivir, de tolerar las turbulencias de la relación objetal primaria y en fin, eventualmente, de amar.

Tesón, resistencia, encanto y des-encanto, incluso una esencial disponibilidad a una cierta “familiaridad” (en el sentido literal de estar –con el tiempo y durante un cierto tiempo– al menos un poco interna y temporalmente “unidos”, casi familiares, al paciente en una “working área” sectorial de la mente) son elementos necesarios para que un analista pueda ocuparse realmente y con suficiente continuidad del tratamiento de pacientes graves.

Citaré a continuación algunos puntos que personalmente considero fundamentales para este fin. Parto del concepto de “espacio interno”.

#### LA CREACION DE UN ESPACIO INTERNO

Crear un espacio interno, si no lo hay, es una necesidad imprescindible en todos aquellos casos en los que la presión persecutoria interna (que puede ser ocasional o reactiva) o, aún peor, una disposición caracterológica estructural narcisista-evacuativa de base, impide cualquier introyección: *en todas estas situaciones en las que el paciente simplemente no puede introducir nada que provenga del objeto: por ejemplo del analista o del medio terapéutico.*

La atención específica del analista a este parámetro funcional –que corresponde a una organización interna del paciente, temporal o cronicada–, produce un efecto terapéutico especial que, en el fondo, se nos revela a todos en la vida diaria, pero del cual no se ha tenido una adecuada conciencia en nuestra literatura psicoanalítica.

En un reciente congreso, una colega ha presentado en un grupo clínico el texto de algunas entrevistas, relatadas con precisión y apreciable sinceridad. Una entrevista en particular, mantenida en la proximidad de una separación, presentaba un *esquema*, en mi opinión, *absolutamente típico* que se puede encontrar en muchas situaciones parecidas, un esquema que yo he decidido resumir y formular así:

1. El paciente ataca con vehemencia a la analista y al análisis, que se experimentan subjetivamente en ese momento como presencias negativas, inútiles o francamente persecutorias.

2. La analista intenta (a menudo con una mezcla de lucidez y de

grave dificultad emotiva concomitante) asociar la vivencia del paciente con la circunstancia de separación y con la experiencia infantil correspondiente, para dar un sentido comprensible a la intensa experiencia emocional actual.

3. El paciente rechaza las palabras de la analista y le atropella sucesivamente con críticas sarcásticas y con un impactante sentimiento de absoluta y sombría desconfianza en el trabajo realizado.

4. La analista, después de un par de ulteriores intercambios pequeños, desafortunados y ásperos, profundamente afectada por un sentimiento de desvalorización funcional y de mortificación personal, va renunciando a intervenir activamente y deja que el paciente continúe con su arrebató.

5. Tras unos veinte minutos de feroz denigración, el paciente muestra un giro: parece “vaciado” y en ese momento extremadamente deprimido, incluso desesperado.

6. La analista, percibiendo el *vacío interno* y la consiguiente *disminución de la presión interna* que se ha creado en el paciente, siente que es el momento de decirle “algo” e interviene de forma modulada con una observación intencionadamente genérica (casi como informando: “*¡aún estoy viva! ¡Y también nuestra relación está aun viva!*”, pero de forma indirecta y discreta).

7. El paciente parece rápidamente confortado. Pero sobre todo muestra, por el tono más tranquilo y dialogante de su reacción, que está disponible ahora para recibir cualquier cosa de la analista.

8. La analista propone una asociación sustancialmente similar a la formulada sin éxito al comienzo.

9. El flujo asociativo del paciente se restablece, aceptando y produciendo relaciones significativas entre los elementos presentes.

Me parece evidente que en el proceso descrito, el analista ha debido, quizá contra su voluntad, aceptar, contener y tolerar el componente catabólico, tóxico, mortífero de los contenidos internos del paciente, de sus connotaciones relacionales y de su experiencia de sí y del mundo. Algo que ocupaba el espacio interno y que impedía la nutrición mental y la transformación.

La colega, luchando con su *paciente que no escuchaba, que no introducía nada*, ha dado espacio a lo negativo (entendido aquí no como algo que no está, sino como algo cualitativamente malo o

penoso), como una madre que ha comprendido que *el niño no puede introducir alimento, si antes sus turbulencias viscerales no han sido evacuadas*.

La analista no puede y no debe negar este “negativo”, pretendiendo forzar el positivo (sea en el sentido de “poner” activamente algo en general, sea en el sentido de proponer cosas vitales y “positivas”, como interpretaciones, asociaciones representacionales, etc.) dentro de la mente del paciente si no hay espacio en ella.

Más exactamente: creo que se puede hablar de una “presión interna” de lo negativo (equivalente psíquico de la tendencia somática a liberarse de un contenido gástrico indigerible o de un contenido fecal intestinal opresivo) que se reconoce y a la que no debemos oponernos. Acoger su “*expresión*” (presión desde el interior hacia el exterior: el equivalente del fuego, del hielo, de las flechas y de las serpientes evacuadas por Teti en el contenedor Peleo) *es parte del proceso de la cura, antes que la interpretación*.

Por otra parte, Peleo, creando (con sus brazos, en la imagen concreta propuesta por el mito) un espacio capaz de mantener la turbulencia primitiva de Teti, crea también la condición para que se constituya en ella una capacidad contenedora y para poder ser luego aceptado a su vez por ella, en una posterior dimensión genital que prevé la posibilidad de intercambio y de mutuo acogimiento.

Es evidente que esta metáfora mítica, aparentemente referida específicamente a la relación entre hombre y mujer adultos, abarca todos los estadios de la relación objetal. Propone el tema de la contención como necesidad primaria constitutiva del espacio interno, el de la fuerza del deseo (en sentido amplio) y del tener/tenacidad del contenedor originario materno y de los posteriores.

Esta función y este espacio analítico *no son una dotación garantizada de antemano de la pareja analítica en cuanto tal*.

A menudo es necesario, en nuestra clínica, un largo trabajo para constituirlos. En parte basado, de forma específica, en compartir la experiencia, cuando esta función no ha sido desarrollada primariamente en la medida suficiente por quien ha criado y formado funcionalmente al niño.

Aquí, y no sólo en el ámbito de la interpretación, se ve la diferencia sustancial entre el verdadero terapeuta y una persona cualquiera: frente a la comunicación/emisión evacuativa del interlocutor, cualquier persona tiende a ser *convexa y no cóncava*. Comienza rápidamente a hablar de los contenidos sin ofrecer receptividad a

la evacuación (es decir, sin escuchar más que un breve momento). Es más, intenta dar inmediatamente consejos, explicaciones de la razón de su estado o contar lo que le ha sucedido en el pasado. Intenta, en resumen “*hacer recibir*” rápido cualquier cosa al otro.

Habitualmente esto sucede porque las personas no soportan quedarse con la angustia, la tensión o las dudas del otro por mucho tiempo.

*Pero el paciente, empujado por una presión endógena persecutoria no puede recibir, sólo puede emitir.* Así que esto se puede definir sin duda como un “diálogo de sordos”.

En realidad, sólo se puede dialogar cuando se ha creado –por *disminución de la tensión*– un espacio interno entre ambos.

El analista o incluso un terapeuta bien analizado, con todas sus dificultades humanas, dispone, por experiencia y por método, de un cierto espacio interno y pueden conceder al otro el comienzo de una experiencia de acogida que en la realidad cotidiana no es a menudo evidente.

#### **INVASIONES. TRASIEGO DE CONFUSIONES, SENSACIONES INDIFERENCIADAS**

Mario ha vivido (y me ha hecho vivir a mí) dos sesiones infernales. Con tensión, denigración aparentemente sin motivo, discontinuidad asociativa esquizoide y sobre todo con una prolongada sensación de malestar sin nombre, sin sentido aparente.

Para él es una tendencia penosamente recurrente. Hace así en la vida con las personas significativas y por eso está solo.

Hoy, como otras veces, se mueve nerviosamente sobre el diván, transmitiendo una sensación de tensión y de sufrimiento concentrado, sin expresión.

Me hace pensar en una persona que tiene una especie de *cólico* que le atormenta: un estado de tensión que no consigue solucionarse en sentido evacuativo por un obstáculo abajo, por un espasmo que obstruye la salida normal del contenido en un cuerpo cavo.

Sólo que, en este caso “el cuerpo cavo” es la mente y la sensación penosa es que su mente no puede transmitirme más que estas sensaciones indiferenciadas de malestar tensional y genérico, sin correspondencia representacional.

Al conocerlo desde hace dos años, sé que su capacidad de utilizar

el análisis está fundamentalmente entorpecida por una fuerte resistencia narcisista antidependencia, que bloquea la percepción de sus sentimientos, de sus necesidades y deseos respecto al objeto (en el análisis, en relación conmigo). En la tercera sesión de la semana Mario consigue finalmente producir y referirme una fantasía intrusiva muy simple: imagina que entra dentro de mí “*por detrás, por un agujero del sillón*”.

Esta fantasía, contada no de forma inconsciente, sino con una cierta y clara agresividad, podría orientar al terapeuta hacia una lectura de la situación en un sentido sólo agresivo o incluso perverso. El paciente podría manifestar así su deseo de controlarme, de dominarme y –en sentido concreto– de “*metérmela en el culo*”. En un sentido figurado y relacional significa embrollarme, neutralizarme como analista, castrarme como equivalente de los padres, atacar el *setting*, etc.

Todo esto es realmente cierto, pero ahora estoy en condiciones de pensar que las cosas no han sido sólo así. He logrado pensar, después de dos años de trabajo, que están implicados *otros deseos de base*:

1. La necesidad de *ser contenido*.
2. De ser contenido sí, *pero de forma relativamente imperceptible*, para evitar el reconocimiento consciente y directo de la dependencia y por tanto la intervención de su Ideal del Yo narcisista, que impide la relación.
3. Retransformar *lo pasivo en activo*, para amortiguar y controlar la *experiencia de la regresión*, que tanto necesita, pero que lo aterroriza.

El resultado de estas adquisiciones más internas es que, finalmente soy capaz de *no interpretar* (Bonaminio, 2003) de forma reactiva y precoz y de conceder, sin embargo, el tiempo y el modo de *estar* en la relación *sin empeorar interpersonalmente el conflicto intrapsíquico* (el Yo en lucha entre los deseos libidinosos del *Self* y las pretensiones narcisistas del Ideal del Yo autónomo), en espera de una posible resolución interna solamente “*asistida*” por mí.

Poco a poco el cólico se resuelve, el espasmo interno disminuye, aparecen asociaciones referidas al exterior (“*Hoy había un atasco de locos en la tangencial para llegar aquí. Pensaba que no conseguiría llegar. Después, afortunadamente, el tráfico se hizo más fluido y llegué a tiempo*”) que describen la vuelta del “peristaltismo” interno. El paciente se tranquiliza progresivamente, y en el momento de la despedida logra decir “gracias”, en forma fugaz, pero sincera.

Es evidente que esta situación debe entenderse de forma compleja: el deseo de ser contenido es sólo uno de los factores en juego. En este caso ha resultado ser lo más importante en este momento: el llamado “punto de urgencia”.

Los otros componentes, el agresivo y el parcialmente perverso, estaban copresentes pero dinámicamente menos significativos en dicha coyuntura.

También está claro que el analista debe tener la capacidad de regularse según la situación: si se colocara siempre y únicamente, *a priori*, en una actitud contenedora, sin saber cambiar el registro hacia otras posibles opciones técnicas, posiblemente debería analizar su propia tendencia caracterológica masoquista de base.

En resumen: el analista debería sintonizar con el paciente mediante una articulación perceptiva compleja, capaz de percibir las diferentes partes en conflicto y no simplificar la representación que se ha hecho de él, para no caer en el “empatismo”.

#### DIANA AL ATAQUE

Las turbulencias internas de los pacientes, transmitidas en la transferencia, ocasionan a veces serios problemas de contención por el desafío al objeto, que se supone incompetente para contener y que es atacado para tapar la ofensa narcisista y afectiva repentina durante un tiempo, cuando por otro lado la dependencia infantil del objeto era real y casi total. El sujeto busca entonces inconscientemente una repetición, en parte invertida, del suceso traumático, a menudo con el mecanismo primitivo que se basa en la transformación de lo pasivo en activo.

A pesar del incómodo cimientto –por decirlo con un eufemismo– estas situaciones revelan a menudo una notable potencialidad para el cambio. Para ser honesto hay que decir que de ello se puede tener la suficiente certeza sólo *a posteriori*.

Aquí una entrevista con Diana, paciente guerrera, que en ese periodo del análisis tolera mal la dependencia afectiva del objeto y se opone a ella todo lo que puede.

Diana: (con mirada agresiva) “*Por el buzón de las cartas he visto que usted trafica con el extranjero*”.

Analista: (percibiendo una atmósfera agresiva) “*¿Qué le sugiere esto...?*”

Diana: (con aire de ostentosa superioridad y en voz alta) “*Nada*” (hay silencio, tensión y después, tono superyoico) “*No debería ponerse en el buzón, los pacientes no deberían verlo*”.

Analista: (pensativo, para dar un respiro a la situación interpsíquica toma tiempo, hace un comentario sonoro genérico, suspensivo, tratando de crear un espacio) “...*Mmmh...*”.

Diana: (abalanzándose sobre este elemento sonoro con el aire de quien quiere señalar que ha descubierto al otro en una actitud privada indecorosa) ¡¡¡*Usted gruñe!!!*

Analista: (claramente molesto, por la intrusión agresiva y manifiestamente instrumental de la paciente, que ha adoptado un término grotesco y distorsionante para caricaturizar y hacer incongruente mi lamentable expresión): “...*Mmmh...*”.

Diana: (excitada y triunfal: tiene la impresión de por fin haber dado en el clavo y puesto en dificultades al analista. Lo castiga con un complacido tono conoedor-superyoico). “*¿Por qué lo ha hecho!?!... ¡¡¡No debía!!!*”

Analista: (tomando aún tiempo y creando aún espacio) “*¿...Según usted...?*”

Diana: (después de una interrupción, perpleja, muestra un principio de titubeo ante el espacio disponible) “*¿Para escuchar... que no es como decía...?*”

Analista: (percibiendo que se inicia en Diana un movimiento interno de retraimiento depresivo) “*Sí*”.

Diana (tras una pausa elaborativa): “*Soy agresiva, le ataco*”.

Sigue una pequeña discusión durante la cual, con angustia, Diana revela que siente “*una masa en el cerebro*”. Es una masa dice, “*que no se disuelve*”, parece desesperada. Aparece que no consigue llorar, que no llega a disolver la rabia con el dolor. Parece que en la sesión se ha reabierto el diálogo, con afectos y pensamientos más vivibles, más integrados y más comunicables.

Pero de repente, sucede un imprevisto: suena el teléfono y muy al fondo, la voz sonora de una colega hace *by-pass* al dispositivo silenciador del contestador automático. Diana, con percepción ultrasensible, aún no comprendiendo el contenido de la llamada, consigue atrapar alguna palabra en la lejanía.

Diana: (de nuevo excitadísima y triunfante) “*¡Es una mujer! ...¡¡¡y le ha dicho también adiós!!!*” (Breve pausa, Diana, compren-

siblemente alterada por aquella intrusión y la consiguiente exclusión, dado el tono confidencial y amigable percibido, parece reintentar la solución defensiva de ataque narcisista-maníaco-evacuativo. Después, sin embargo, cede y se deja llevar con un tono completamente distinto, espantada) *“tengo miedo de ser psicótica: me vienen a la mente insectos”*.

Analista: *“Quizá pensamientos o sensaciones intranquilizadoras... y en un cierto sentido se puede también pensar que esa persona se ha deslizado en nuestra sesión como un insecto...”*.

Diana: (preocupada, con sensación de alarma interna) *“Tengo la impresión de que mi cuerpo se pega al diván, como un adhesivo”*.

Analista: (percibiendo la ansiedad de la paciente por la experiencia regresiva en curso y por las emociones inesperadas, fuertes y poco controlables, conectadas a una fuerte conflictiva transferencial): *“¿tiene miedo de ‘pegarse’ a mí?”*

Diana: (aparentemente sin responder a mi intervención, en realidad dando una asociación útil, hecha con aparente discontinuidad del discurso, como para negar orgullosamente el funcionamiento intersíquico que yo, sin embargo, siento que comienza a instalarse) *“El fibroma me apareció cuando comencé el otro análisis. Pero he podido tener dos hijos. ¡Pero qué cansancio...! ... sin una madre... Mis suegros me han dado un poco de ‘madre’, pero a su manera...”*.

Analista: (percibiendo ser, en parte heredero de esta “madre que no está” y en parte representante consustancial de estos “suegros que han dado un poco de madre”, aún con la ambivalencia experimentada y transmitida por Diana) *“Se da cuenta que ‘sí puede’, se pueden tener hijos/pensamientos con otro. Cierto, con ‘tanto cansancio’ y ‘a su manera’: es decir, sin poder controlarlos más que un poco...”*.

Crear espacio con un paciente en fase evacuativa es un trabajo difícil, necesario y a menudo fructífero, pero que requiere mucha paciencia. Lo curioso es, y en un cierto sentido paradójico, que crear espacio con un paciente que ha investido narcisísticamente –y quizá incluso erotizado– las propias defensas evacuativas y la propia forma de ataque activo al otro y al trabajo común, puede ser la más refinada de las venganzas. Se usan de hecho, con fines terapéuticos, las corrientes transferenciales negativas, convirtiendo en técnica (mediante “dar espacio”) las propias reacciones instintivas de fastidio y de rabia, hasta conducir al paciente a un progresivo retraimiento depresivo: se le pone en condiciones de poder reintroyectar, de

vuelta, lo que había expulsado, haciéndole, cada vez más difícil, la defensa proyectiva.

Es como si el analista pensase: *“Ahora te arreglo yo:...creando espacio entre nosotros y dentro de ti. Haré que conozcas y reconozcas esta parte de ti. Tomarás contacto con el dolor”*.

Sin duda en esto hay agresividad.

Pero ¿deberíamos hablar de sadismo del analista?

No, porque el analista estará allí para compartir el dolor, con humanidad, sin disociar y sin “endosárselo” en su totalidad al paciente.

Compartir es un precursor, tanto de la *rêverie* como de la posible empatía. La contención es a menudo el paso anterior a compartir y el analista está llamado a esa función elemental, cuyas raíces se hunden en la relación primaria de base.

#### **TODAVIA A PROPOSITO DE PELEO ...**

Entre los distintos personajes de la antigua mitología griega, Peleo es uno de los más curiosamente controvertidos.

Sintetizando bastante sus vicisitudes podríamos decir que en él se manifestaban verdaderamente las características precarias de los mortales: le echaron de varios sitios donde había armado jaleo y se había metido en líos (en Egina, por haber matado a un hermanastro junto a su hermano Telamón; en Tesalia por haber matado accidentalmente al suegro Euritión durante una cacería; en Iolco donde fue derrotado en la lucha por Atlanta y donde fue acusado falsamente de ultraje por Astidamia, la mujer del rey Acasto que, enamorada de él, se vio rechazada).

En resumen, no le iba bien y cada vez –siguiendo las costumbres de entonces– debía “purificarse” en otro lugar.

Se redimió definitivamente consiguiendo la madurez y el respeto de los hombres y los dioses justo con la conquista de la divina Teti.

Me ha impactado, leyendo las diversas versiones de esta conquista, la presencia en el fondo de una figura significativa: Quirón, el más sabio y el más sapiente de los centauros. Experto en el arte de la medicina, de la música, de la gimnasia y de la profecía. Incluso los dioses (como el mismo Asclepio, dios de la medicina) recurrieron a él como consultor.

El ya había salvado a Peleo de los otros centauros que iban a

matarlo y en el episodio de la conquista de Teti, lo sostiene de forma decisiva durante la dura prueba (Píndaro, *Nemea*, IV.60).

*Para contener a alguien hace falta ser o haber estado contenido*, parece decir el mito.

Se necesita haber tenido esta experiencia o al menos tenerla durante el trabajo.

¿Cómo no leer, en esta gran alegoría del pasado, el protoequivalente de la cadena inter-generacional que transmite la capacidad de criar al ser inmaduro y a la relación hasta que pueda individualizarse y separarse?

¿Cómo no reencontrarlo en nuestra actividad cotidiana –en la supervisión analítica y en grupos de discusión en psiquiatría– de “contención elaborativa asistida” del colega que cuenta su propia experiencia? Haciendo la debida consideración de los aspectos idealizados implicados en la imagen, ¿cómo no reconocer en Quirón al mismo analista, cuando sostiene al paciente en la tarea crucial de aprender a contener la intemperie del propio *Self* y del objeto, hacia el anhelado objetivo de poder crear con el otro una unión íntima y generativa?

## BIBLIOGRAFIA

- BION, W. (1959) “Attacchi al legame”. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1979.
- BOLOGNINI, S. (1997) “Empatia e patologie gravi”. In: Correale, A.; Rinaldi, L.: (a cura di) *Quale psicoanalisi per le psicosi?*, Raffaello Cortina, Milano.
- (2003) “Vrais et faux loups. L’alternance du refoulement et du clivage dans les tableaux cliniques complexes”. *Rev. Franç. Psychanal.*, 4, 1285-1304, 2003.
- (2004) “Intrapsychic-interpsychic”. *Int. J. Psychoanal.*, 85: part. 2, 337-357.
- (2005) “Il coraggio di avere paura”, Convegno “Le emozioni del vivere”, Centro di Psicoanalisi Romano, 26-2-2005.
- BONAMINIO, V. (2003) La persona dell’analista: Interpretare, non-interpretare e controtransfert. In: Fabozzi, P. editor *Forme dell’interpretare. Nuove prospettive nella teoria e nella clinica psicoanalitica*, Milano, Franco Angeli.

- FERRO, A. (1996) *Nella stanza di analisi*. Cortina Ed., Milano.
- (2002) *Fattori di guarigione, fattori di malattia*. Cortina Ed., Milano.
- FONDA, P. (2000) “La fusionalità e i rapporti oggettuali”. *Riv. Psicoanal.*, 3, 429-449.
- FREUD, S. (1914) Ricordare, ripetere, e rielaborare. *OSF*, 13, 353-361.
- GRINBERG, L. (1967) *Teoría de la identificación*. Paidós, Buenos Aires.
- GROTSTEIN, J. S. (2005) Projective identification: An extension of the concept of projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, 86, 1051-1069.
- KAËS, R. (1993) *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris, Dunod.
- KAËS, R.; FAIMBERG, H.; ENRIQUEZ, M.; BARANES, J. J. (1993) *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris, Dunod.
- LOSSO, R. (2000) *Psicoanalisi della famiglia. Percorsi teorico-clinici*. Franco Angeli, Milano.
- (2003) “L'intrapsichico, l'interpersonale e il transpsichico nella psicoanalisi di coppia”. Relazione al Centro Psicoanalitico di Firenze, 30-1-2003.
- MELTZER, D. (1975) *Esplorazioni sull'autismo*. Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
- MONEY-KYRLE, R. (1951) *Psicoanalisi e politica*. Loescher, Torino, 1982.
- OGDEN, T. (2003) “On not being able to dream”. *Int. J. Psychoanal.*, 84, 17-30.
- (2006) *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. New York, Routledge.
- WINNICOTT, D. W. (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.

Trabajo presentado: 9-6-2010

Trabajo aceptado: 23-6-2010

*Stefano Bolognini*  
Via Dell'abbazia 6 40122  
Bologna  
Italia

E-mail: fef8279@iperbole.bologna.it