

Graciela

Analista: Considero de interés mostrar mis primeras impresiones cuando recibí a esta paciente, es decir cómo nació en mi mente Graciela.

Una pediatra me planteó telefónicamente su deseo de que viera a una paciente con un cuadro de anorexia nerviosa, con una desnutrición muy severa, que corría serios riesgos de muerte. Ella y la familia querían evitar una internación, y entendían que la única salida era un tratamiento psicológico. Me preguntó si yo estaba dispuesta a abordarla, y me informó que en ese momento la paciente tenía 12 años –casi 13– y pesaba 27 kilos.

De modo tal que no fue una paciente común, se presentaba una situación de emergencia que tuvo un gran impacto sobre mí; sabía que no tenía el tiempo del mundo para ver qué pasaba con ella y si la podía ayudar; el mensaje era: es una cuestión de vida o muerte. Por un lado me sentí presionada y con temor, pero por otro me movía un gran deseo de ayudarla y de aceptar el desafío.

En esas condiciones, y con estas premisas previas, comencé el tratamiento de Graciela.

DATOS DE SU HISTORIA VITAL

Graciela tenía 12 años –actualmente 14–, en el momento de la consulta, en octubre '89. Comenzó al mes siguiente su tratamiento que continúa hasta la actualidad. La indicación terapéutica fue de cuatro sesiones semanales individuales, y una sesión semanal de terapia de grupo familiar con otro terapeuta; actualmente se siguen dando las mismas condiciones.

Constelación familiar

La madre tiene 34 años y es ama de casa; el padre 36 años, profesional; una hermana de 14 años y mellizas de 11 años. Viven en una casa de dos plantas. En la planta baja vive G. con su familia, en la planta alta la abuela materna y el padre tiene instalado su consultorio. Los abuelos paternos viven fuera de la ciudad.

El padre es hijo único, de padres muy exigentes. Ejerce la misma profesión que su padre. Estaba muy desconectado del grupo familiar. Esta situación se ha revertido completamente en la actualidad dado que el padre se ha hecho cargo de la hija, no sólo en cuanto al control de la alimentación sino a controles pediátricos; actualmente sólo él y G. concurren a la terapia de grupo familiar.

La madre, tiene un hermano menor que vive fuera del país. Es sumamente dependiente de la figura materna y ha establecido un vínculo simbiótico con sus hijas, especialmente con G.

MOTIVO DE CONSULTA

Fueron derivados por su pediatra. Están seriamente preocupados por G. pues se niega a comer, y temen pueda morir. Pesa 27 kilos, está en constante actividad en la casa, totalmente aislada, y manifiesta que quiere morir. Toda la familia está muy angustiada por G.

Refiero algunos datos registrados en la entrevista familiar. Este es un diálogo:

Paciente: (al papá) Yo me siento llena, no tengo hambre, me siento encerrada y no es de salir afuera o salir a la calle sino de siempre estar en lo mismo.

Padre: Pero tenés que comer.

Paciente: No me obligues, dejame elegir.

Padre: Yo no puedo dejar que elijas morirte, no puedo dejarte morir.

Paciente: ¿Por qué hay que comer?, ¿por qué hay que vivir?

Madre y hermanas: (llorando) No queremos que mueras.

Madre: yo creo entenderla a G., a veces siento lo mismo.

La madre de G. a los 14 años era bulímica y luego adelgazó muchísimos kilos, no podía comer. Actualmente es muy delgada, se confunde físicamente con G.

Refiere la madre: “G. fue la que menos comía y menos se enfermaba. Cuando nació parecía delgada pero pesó 3 kilos 800”.

Ella esperaba un varón y se desilusionó mucho, pero rápidamente la aceptó. “Luego fue con la que más mamá me sentí”.

G. lloraba mucho de noche y dormía de día. La madre estudiaba odontología y de día regresaba a la casa sólo para amamantarla –las hijas quedaban con la abuela–, luego abandonó la carrera.

Hasta los 9 meses le dió el pecho, se lo interrumpió brusca-mente porque quedó embarazada de las mellizas.

G. siempre tuvo problemas con la alimentación, sólo le gustaban los guisos de lentejas o comidas con salsa. El tío le decía a G.: “petisa de mal humor, te van a ganar las mellizas”.

Siempre fue delgada. A principios de este año G. empezó a pedir arroz integral y que le compraran una cuerda para saltar. En ese momento pesaba 38 kilos. Su hermana mayor empezó a hacer régimen para adelgazar, ella a imitarla, y de mayo a noviembre bajó 11 kilos.

Desde hace un año comenzó a criticar a sus amigas, a decir que eran tontas, y a preocuparse porque sus piernas engordaban; practicaba hockey. Siempre quiso hacer las cosas mejor que su hermana mayor.

Según el padre, G. empezó a ordenar compulsivamente todo lo desordenado en la casa. También a comienzos de año formó pareja con una de las mellizas, dejando a la otra fuera de juego.

En el momento de iniciar tratamiento se revirtió esta situación; las mellizas se volvieron a juntar quedando ella afuera.

En la casa hay mucha estrictez; circula la versión sostenida por la madre de que hay muchos microbios por todos lados, que hay que lavarse las manos permanentemente. El que cumple la ley, bien; el que no, es un tonto transgresor. El padre refiere también que la hija mayor se ha podido desprender un poco de la

madre, en cambio las otras hermanas quedaron muy simbiotizadas con la mamá. Él es el que trabaja y siente que no tiene cabida en ese mundo de mujeres, en el que hay que incluir a la suegra, figura dominante.

Dr. Meltzer: *No es una historia muy interesante hasta ahora, en realidad son comentarios de la familia que no revelan nada interesante acerca de los motivos y los sentimientos de la chica, que hasta ahora no parece haber hablado en estas reuniones de la familia. No se puede saber cómo es el grado de vanidad que ella tiene o cuán competitiva es, si bien hay alguna indicación de que algo competitivo ocurrió con la hermana en el juego de hockey, y tampoco cuán liera es. Hay indicaciones de que ha tratado de dividir a las mellizas pero no se puede tener una idea muy clara acerca de ninguna de estas cosas por ahora.*

También suena como si después de una breve explosión de sexualidad y reproducción, la pareja dejó de ser una pareja sexual. El padre se retiró a su consultorio y está ocupado con sus cosas. Una especie de junta femenina se formó que lo excluía a él o de la que él se excluía a sí mismo.

Uno tiene la impresión por lo poco que dijo esta chica que ella está muy ocupada proyectando ansiedades depresivas en todo el mundo, cosa que es muy común con pacientes anoréxicos.

Analista: Me impactó su aspecto físico, era algo así como un bicho con pelos largos, piel y huesos. No me miraba, actualmente sigue sin mirarme; el cabello largo, suelto, tapaba su cara.

Dr. Meltzer: *¿Quiere decir vello corporal o pelo en la cabeza?*

Analista: Pelo en la cabeza y vello en brazos y piernas.

Impactaban los huesos pronunciados del cuello y hombros, caminaba lentamente, y toda ella daba la impresión de una fragilidad tremenda. Usaba shorts y remera. Lo que refiere G. de sí misma era:

Paciente: “Tengo miedo de la gordura; me siento comiendo cada vez menos, hay algo que no me deja comer, por mí no comería. Siempre fui como mi mamá, flaca. A mí me gustaba que me dijeran la flaca, y luego me lo dejaron de decir y me vi gorda.

Tengo miedo que si empiezo a comer no pueda parar y me vuelva gorda.

Tengo que hacer cosas para gastar las energías, no quisiera engordar; todos me tratan bien siendo flaca, pero yo no quisiera saltar a la soga.

No necesito comer, estoy bien sin comer. Se me cierra el estómago y no me pide más nada.

A veces siento ganas de morirme porque me siento encerrada en las mismas cosas, sin poder salir, sin poder comer, pero cuando llega la hora de comer no puedo.

No me interesa tener amigas ni ir a bailar; siento que me usan, a veces las chicas hablan entre ellas de mí, siempre buscando ganar.”

“Como yo no como ni tomo agua, la doctora –se refiere a la pediatra– me describió los riesgos a los que estoy expuesta. Entonces yo me toco el corazón y pienso: ¿tendrá alimento?”

Dr. Meltzer: *Algo que se encuentra muy frecuentemente con pacientes anoréxicos es este tipo de actividad rumiativa, que está centrada en que si comen, que si engordan, en esta actividad catártica de qué va a pasar si comen o si no comen... en fin, una especie de proceso obsesivo que tiene como objetivo evitar tener experiencias emocionales. Para dejar todo en la conciencia, bloquean el ser receptivos a lo que piensa la gente, o a tener una experiencia emocional con otra persona.*

Uno se preguntaría qué significado tiene la gordura para estos pacientes, o qué significado tiene la idea de morirse para estos pacientes; creo que la respuesta es que de la manera en que la usan no tiene ningún significado, todo el propósito de esta rumiación, cuando sale como discurso es frenar las emociones y con ello un freno a cualquier significado.

ESTADO ACTUAL

Continúa su tratamiento con la misma frecuencia, como así también su terapia familiar a la que desde hace un tiempo sólo concurren la paciente y su padre, ya que la madre y las hermanas se niegan a hacerlo.

Está cursando segundo año, recuperó su peso normal: mide 1,53; pesa 41,5kg.; retomó su actividad física, practica hockey.

Está mucho menos aislada y hace tres meses menstruó por primera vez.

Dr. Meltzer: *¿Nos puede dar alguna idea de por qué la madre y las hermanas no quieren ir a la terapia familiar?*

Analista: Sí, no solamente no van a la terapia familiar, sino que la madre se ha negado también a concurrir a alguna de las entrevistas que yo he tenido con el padre.

Dr. Meltzer: *Lo que parece haber ocurrido, es que ha habido una nueva división dentro de la familia, y en lugar de ser el padre contra las mujeres ahora parece ser el padre y Graciela contra la madre y las hermanas. Ha habido un rearme territorial con nuevas fronteras. Es un nuevo tipo de agrupamiento, no se puede saber si es el resultado de algo que Graciela hizo, o el padre, o la madre, pero parece que ha habido una reorganización del grupo familiar. Tampoco se puede saber si este reagrupamiento es una función de manejos de Graciela o del padre o de la madre, no se puede decir, pero sin duda se desplazó la dinámica de la familia. Tampoco se puede saber si lo causó la terapia familiar o el resultado de un acting out de Graciela como resultado de su análisis; una sospecha que tiene que ver con esto último.*

Analista: En realidad este alejamiento de la terapia coincide con el acercamiento del padre a la paciente y la mejoría de la paciente. Lo que manifiesta la madre es que ella no quiere tener nada que ver ni con el análisis, ni con la pediatra, ni con la terapia de grupo familiar.

GRACIELA

Dr. Meltzer: *Se puede saber algo de la cronología de esto; ella estuvo en análisis dos años.*

Analista: No, hasta acá un año y medio.

Dr. Meltzer: *¿Cuándo se retiran la madre y las hermanas de la terapia familiar?, ¿en qué momento?*

Analista: Aproximadamente a los ocho meses.

Dr. Meltzer: *¿Cuándo comenzó a subir de peso?*

Analista: A los cuatro meses de comenzar el tratamiento. No obstante la mamá, a pesar de no concurrir a las entrevistas y a la terapia de grupo familiar, se encarga de que su hija concurra y regula los horarios en los cuales la hija tiene que venir a la terapia.

PRESENTACION DEL MATERIAL DE SESION

Divido el tratamiento en dos períodos marcados: un primer período donde G. está anoréxica afuera; en la transferencia se comunica y es activa, sólo que no me mira. Actualmente sigue sin mirarme, ni siquiera cuando saluda.

Dr. Meltzer: *Para tener una idea de la cronología, ¿cuánto dura este primer período?*

Analista: Seis meses aproximadamente.

Un segundo período donde G. mejora notablemente afuera: sale de la anorexia física, retoma el colegio con muy buenos resultados, sale de su aislamiento, tiene amigas –si bien no son muchas. Físicamente hace un cambio importante, se recoge a veces el cabello, antes lo usaba para tapar su cara. Camina erguida, es como si se hubiera transformado de una planta marchita, en una que se hidrata y empieza a tomar forma. Y en cambio, en la transferencia, se muestra ostensiblemente retraída generando en mí un fluir contratransferencial abundante.

Dr. Meltzer: *¿Dice algo acerca de los contenidos, de la calidad de la contratransferencia?*

Analista: Sí, después lo incluyo en el material.

Opté por transcribir mi contratransferencia como una manera de preservar mi actividad profesional en la sesión, y además como una manera de ir depurando mi contratransferencia hasta poder transformarla en una interpretación.

En este período la paciente aparentemente producía muy poco material. Daría la impresión que en este segundo período se instaló la anorexia en la transferencia, cuyo observable es la boca cerrada, poco aporte de material, y la poca permeabilidad de la paciente al contacto conmigo.

En este momento hablaría de un tercer período, que se inicia en noviembre-diciembre que es el que me preocupa mucho, porque la paciente se torna más autista, se persigue más cada vez y diría que el contacto verbal es prácticamente nulo. Solamente me dirige la palabra para pedirme cambios de horarios.

He seleccionado dos sesiones del primer período y dos sesiones del segundo período.

Dr. Meltzer: *¿Y después va a agregar algo acerca del tercer período?*

Analista: Sí.

Dr. Meltzer: *¿La sesión de diciembre es del tercer período o del primer período?*

Analista: Noviembre y diciembre son las del primer período. El segundo período comienza a partir de agosto del '90

Dr. Meltzer: *¿Y la última sesión de diciembre del '90 es del tercer período?*

Analista: No, es el final del segundo período, que además no se diferencia demasiado de las del tercer período.

INTRODUCCION DE LA CAJA DE JUEGOS EN LA SESION

Le muestro la caja de juegos, le doy la consigna. La mira de reojo, no la abre.

Analista: Si querés podés traer juguetes de tu casa y ponerlos en la caja.

Paciente: No, yo tengo todos los juguetes juntos con los de mis hermanas, y entonces no los puedo traer porque si los traigo se van a mezclar con los suyos. Además no voy a jugar.

La caja quedó siempre sin ser tocada ni mirada, no la abrió nunca.

Analista: Pareciera que juntarte conmigo te asusta, y que si te mezclás conmigo no se sabría quién es Graciela y quién es R.

Paciente: Yo no puedo, ni voy a traer los juguetes de mis hermanas.

Analista: Juntarte acá es como mezclar los juguetes de tus hermanas con los de la caja.

Sigue muy callada, en silencio. Observo que afirma sus pies en un parante del escritorio, agacha la cabeza, cubre su rostro con el cabello, mueve los pies.

A los veinte minutos de sesión me dice:

Paciente: ¿Me puedo ir?

Analista: Así como te pasa con la comida, te negás a comer del análisis.

Paciente: ¿Me puedo ir?

Analista: Me sentís a mí como alguien que te está enchufando el tratamiento, y vos te negás a tomarlo igual que a la comida.

Paciente: Yo le estoy diciendo si me puedo ir.

Analista: Sí, desde ya que podés irte cuando quieras, pero tal vez podamos ver que me estás pidiendo irte porque temés quedar atrapada como en un pantano y no poder salir más. (Observo que se afirma más fuerte en el parante del escritorio). Es como si necesitaras afirmarte en el escritorio como una forma de no ser chupada por mí.
Silencio. Termina la sesión.

Dr. Meltzer: *¿Ella no se fue antes?*

Analista: No.

SESION DE DICIEMBRE

Última sesión antes de la interrupción por las vacaciones. Se queda en silencio unos minutos. Cabeza gacha, no me mira.

Analista: ¿Qué pensás?

Ante esta pregunta en varias sesiones anteriores si sonrío es que va a comunicar algo, si queda seria no responde.

Paciente: Pienso que por qué usted hace tanto lío con las vacaciones. No es para tanto, está exagerando. (Se sonrío nuevamente). En casa, en dos cuartos, tenemos un piso igual al de usted.

Analista: Creo que vos estás diciendo que hay algo que nos une y tenemos en común; y es en el piso donde vos tenés puesta la mirada, que nos unimos las dos.

Paciente: (Se vuelve a sonreír). Sí, pero las maderas no están colocadas de la misma manera.

Analista: Me decís que sí, que podemos tener un piso común, pero hay un pero.

Se pone seria, cierra la boca, frunce los labios y permanece en silencio.

Analista: Ahora que estás en silencio es como si un personaje se adueñara de tu boca y no te permitiera hablar. Y cuando te sonreís es como si estuvieras en compañía de otro personaje, más benevolente, que te permite hablar conmigo.

Dr. Meltzer: *¿Eso está basado en alguna evidencia o es una interpretación intuitiva?, está interpretando un proceso de disociación en la cual le dice a la paciente, que una parte de ella está en el control de la boca. La pregunta es, si es una interpretación que surge de una evidencia o si es simplemente algo que surge de su intuición por observarla.*

Analista: Yo creo que son las dos cosas, de alguna manera surge de una observación que se había dado ya en otras sesiones.

Dr. Meltzer: *Me preguntaba si surgió de las dos habitaciones que nombró.*

Analista: Cuando vuelve de las vacaciones empieza una lucha sin cuartel, un negativismo muy acentuado y oposicionismo. En la primera sesión luego de las vacaciones dice:

Paciente: Usted es una extraña, ¿por qué yo tengo que contarle mis cosas?, es lo mismo que alguien que pase por la calle, es una desconocida. No es nadie.

Analista: En las sesiones que siguieron al receso por las vacaciones, el extrañamiento frente a la terapeuta, la desconfianza y el rechazo, fueron repetidamente trabajados como producto de la separación entre la madre y su bebé.

Dr. Meltzer: *Tenemos ahora una evidencia importante acerca de su omnipotencia, ella es un poco como un bebé que puede aniquilar objetos mediante el proceso de no mirarlos.*

Si ustedes hacen una observación de bebés, si por ejemplo entra una amiga de la madre con otro bebé y ustedes observan los ojos del bebé de la casa, van a ver que hace un recorrido que va obviamente a aniquilar, a no ver

al nuevo bebé. Parece estar ligado al comentario de que su piso y los dos pisos de las habitaciones de la casa de la paciente son parecidos, si bien tienen la madera dispuesta en forma diferente.

Si entonces juntamos ambas cosas –el tema del piso, que dijo entonces, y la no existencia de la analista ahora– tenemos un cuadro de un proceso, un proceso primero de introyección, de modificación y de aniquilación del objeto externo. Mediante la mirada lo introyecta, modificándolo para su conveniencia; tiene adentro de ella los objetos que ella quiere y puede después aniquilar el objeto externo, no prestándole ninguna atención.

SESION DE ABRIL DE 1990

Llega veinte minutos tarde.

Quiero aclarar que siempre llega tarde, difícilmente usa toda la sesión, a veces está quince minutos, viene por quince minutos; a veces por veinte minutos. Pero nunca falta.

Recuerdo que durante los primeros meses de tratamiento la traía la madre y la esperaba en la sala, actualmente en algunas oportunidades viene y se va sola en ómnibus.

Creo que tiene voluntad de venir, y que a pesar de sus tardanzas, sus resistencias no son tan acentuadas. A pesar de todo, la rebeldía se da.

Recuerdo que el padre me llamó para ver si podía cambiarle el horario de sesión, porque tenía un partido de hockey.

Mientras la paciente está en silencio, observo que el aspecto físico cambió mucho. Es una linda nena, ahora se recoge el cabello, antes lo usaba para taparse la cara.

Observo que apoya con fuerza los pies en el escritorio. Mira su reloj.

Analista: ¿Será que me querés indicar que llegaste tarde?

Paciente: No sé.

Analista: ¿De qué te parece que hablemos hoy?

En otras oportunidades en que le he preguntado qué pensaba o en qué andaba, me dijo que no le preguntara, que de esa forma no le gustaba.

Paciente: No me gusta esta forma, puede haber otra.

Analista: ¿Cuál?

Paciente: Que se hable de cosas, proponga usted temas: escuela, casa...

Analista: ...y que yo sea quien hable de las mías.

Paciente: ¿Y por qué tengo que hablar yo de las mías con usted?, ¿quién es usted para que yo hable de mis cosas?

Analista: Es probable que temas que yo pueda meterme dentro de tu cabeza y mirar adentro, y que para vos sea importante que yo respete tu intimidad y pueda comprender tus temores.

Paciente: A mí no me importa lo que usted piense.

Analista: Debe ser importante tenerme a mí lejos y a distancia por temor a que algo te pase si nos juntamos.

Dr. Meltzer: *Esta parece ser una situación anoréxica muy parecida a la situación en la cual ella dice: “no me fuercen a comer”, pero ella está todo el tiempo provocando una situación que obliga a la persona que está con ella a penetrarla de alguna manera.*

Indudablemente algo ha estado ocurriendo en todo este tiempo en el análisis o en otro lugar –la disminución de la anorexia–, por el hecho de haber aumentado de peso y de haber cambiado la forma de presentarse y su apariencia. Algo ha ocurrido, y tenemos que asumir que algún cambio ha ocurrido en el análisis. Lo que creo que ocurre es un poco comparable a ‘cómo robar un banco’; la forma de robar un banco es primero provocar un disturbio, un gran alboroto en la puerta delantera del banco de manera que la policía se ocupe de lo que pasa delante del banco y no

note que los ladrones entran por la puerta de atrás. Lo que ocurre entre la boca del paciente y los oídos de la analista o la boca de la analista y los oídos del paciente, lo que ocurre en estas sesiones es equivalente del alboroto, y lo que ocurre secretamente ocurre con los ojos; es con los ojos que ella está robando el banco.

Había una vez una película divertida con Alec Guinness llamada "The lavender hill mob" que se trataba de una pandilla que robaba lingotes de oro de un banco, y la forma de sacar los lingotes de oro del país era fundiendo el oro y transformándolo en imitaciones baratas de la Torre Eiffel.

Ocurre muy frecuentemente con chicos en la edad de latencia, cerca de la adolescencia, una situación muy similar. Los chicos son traídos, son obligados, no hablan, traen los deberes, y no pasa nada por meses y luego, misteriosamente, aparece un cambio; y el problema analítico es averiguar qué es lo que realmente ocurre en las sesiones qué está enmascarado por esta aparente inactividad.

Yo creo que aquí hay dos elementos evidenciables que ella trae. Uno es la referencia al piso y el otro es la posición de las piernas contra el escritorio. De manera que la imagen que tengo es la de un bebé que está siendo puesto al pecho pero que se niega a comer, que se pone rígido, que empuja los pies contra la falda o el estómago de la madre; y lo que pienso que ocurre es que mientras con las piernas está forzando la separación de la parte inferior, mientras que no se alimenta, por arriba roba con los ojos la femineidad de la analista.

No es poco común en el análisis, esto ocurre frecuentemente, pero en general cuando ocurre uno se da cuenta por ejemplo que si una usa un vestido rojo un día y al día siguiente el paciente aparece con un vestido similar, o si uno está usando un par de zapatos nuevos, al día siguiente el paciente aparece con un par de zapatos nuevos. Pero esto está mucho más disfrazado que eso, ella viene trayendo sesión tras sesión estos incrementos en su femineidad y belleza, pero ninguno parece ser el resultado de haber robado algo de la analista; todos han sido alterados en su

forma y tienen un poco esa cualidad que les decía de las torres Eiffel realizadas con los lingotes de oro.

En abril, la madre deja de venir, es el padre quien llama para pedir el cambio de sesión, y eso sugiere que posiblemente con la femineidad que ha robado ella comienza la seducción del padre. La implicancia de esto es que una vez que ella haya completado el robo de la femineidad y haya completado la seducción del padre, va a descartar el análisis como algo vacío, sin valor.

Este es un acting out que es una actuación psicótica, muy parecida a otro tipo de actuaciones no psicóticas que se dan en casi todos los análisis. Hablando teóricamente es una situación en la cual la introyección ha sido reemplazada por el robo; la forma más frecuente en que se manifiesta esto en el análisis es mediante los pacientes que parecen escuchar muy atentamente las interpretaciones que uno hace, y uno después escucha que ellos han comenzado a ser psicoanalistas gratuitos de todos los amigos, a practicar el análisis de todos los amigos. Esto es diferente de lo que ocurre en el proceso analítico con los pacientes que entran en identificación proyectiva con el analista, que se manifiesta de diferentes maneras. El resultado de este tipo de robo es que ellos no dejan de introyectar al analista pero lo introyectan como un objeto arruinado y vacío, y se vuelven hipocondríacos.

Participante: Le quiero hacer una pregunta, usted dijo que ésta es una introyección psicótica que no se diferencia de la no psicótica en otros pacientes, ¿cuál es la diferencia clínica?

Dr. Meltzer: *El robar con los sentidos es una forma psicótica de usar los sentidos, de la misma manera que lo sería cuando se alucina y no es parte del desarrollo normal, no es regresivo sino psicótico.*

Analista: A raíz de esto que comenta el doctor Meltzer sobre el robo, recordaba que esta paciente en una sesión comentaba que cuando ella venía a sesión estaba como muerta, y que cuando ella salía de la sesión estaba viva.

En este segundo período se establece una relación inversa entre la producción de material analítico y mi fluir contratransferencial. Cuanto más escasas se fueron haciendo las producciones de la paciente, mayores fueron mis emociones y ocurrencias contratransferenciales. Esto se fue dando gradualmente y espero poder transmitirlo en el material que sigue.

SESION DE AGOSTO DE 1990

Analista: Es una sesión luego de un fin de semana. Llega treinta minutos tarde.

Silencio.

Me pregunto cómo empezar, creo que es el problema que ella plantea, ¿cómo empezar a relacionarse?, iba a escribir relacionarnos.

Creo que es un problema de las dos, problema muy complejo que no resulta fácil de resolver. Para juntarse conmigo tiene que soltarse de la mamá, y entonces tengo que tender un puente.

Tengo una imagen: costa, río, costa. Para unir las dos costas, se necesita un puente. Es allí donde interpreto.

Analista: Para que puedas separarte de tu mamá, tengo que aparecer yo como un puente que une dos orillas. Pero entiendo que juntarte conmigo no te resulte nada fácil.

Paciente: Mi papá llegó tarde a comer.

Analista: Tu papá llegó tarde a comer y yo tengo que esperarte a vos, como vos a tu papá.

Paciente: Yo lo tengo que esperar a papá para que él me diga cuánto comer.

El padre es quien regula lo que ella tiene que comer, las cantidades y calidades de los alimentos.

Dr. Meltzer: *Ahí está el idilio entre ella y el padre...*

Analista: Contame cómo es eso de papá.

Paciente: Papá siempre venía tarde a comer, esto era antes, ahora es un poco menos. Viene medio tarde, y yo no tengo la culpa de llegar tarde acá.

Dr. Meltzer: *Esto parece decir que papá venía muy tarde cuando venía a verla a mamá, pero ahora que me viene a ver a mí llega un poco tarde.*

Analista: Debe ser muy importante papá en tu vida.

Paciente: Si él no me dice no hay quién me diga.

Analista: Ahora entiendo por qué cuando llegás estás en silencio y esperás que yo hable primero.

Esto ocurre en reiteradas sesiones, donde si yo no hablo primero ella no lo puede hacer. Además me dice que yo proponga los temas.

Dr. Meltzer: *También parece significar que “papá no me dijo que yo coma aquí”, que papá se hizo cargo. Lo que está implicado en lo que ella dice es que si papá no me dice que haga algo no hay nadie que me lo diga, si él no me dice que lo haga, no lo hago; sólo hago lo que me dice papá. Si no lo hago acá es porque papá no me dijo que lo haga; ¿papá te dijo que no lo hagas?; no, no me dijo que no lo haga pero tampoco me dijo que lo haga.*

Analista: Sucede que cuando yo estoy acá me vivís igual que a tu papá, si no te indico lo que tenés que hablar no podés hacerlo sola.

Paciente: Eso que me dice yo ya lo pensé antes, pero no se lo dije porque creí que usted ya lo sabía. Además, ¿por qué usted cuando llego no empieza enseguida a hablar?

Analista: Entiendo que vos te enojas conmigo cuando no empiezo enseguida a hablar, y me tenés que esperar igual que a tu papá cuando llega un poco tarde.

Dr. Meltzer: *Ella parece decir: si querés comenzar una relación conmigo tenés que hacer conmigo como yo hago con papá, me tenés que obedecer.*

Paciente: Usted llega todo tarde, mi papá un poco.

Analista: Tal vez sientas que este fin de semana me tuviste que esperar mucho tiempo para que yo te indique qué es lo que tenés que hacer, y qué comer.

Paciente: Yo tengo mis razones, ya son las menos diez y me tengo que ir.

TERCERA SESION DE LA SEMANA

Analista: Llega 15 minutos tarde. Me da la mano a la entrada, esta vez me la da con el pulgar un poco más abierto.

Dr. Meltzer: *¿Siempre le da la mano?*

Analista: Hay toda una historia con la mano y con el saludo; cuando yo tuve las entrevistas y los vi la primera vez, primero entró la mamá –a quien le di la mano– después el papá –a quien también le di la mano– y después siguieron todos los demás –que también me dieron la mano.

Dr. Meltzer: *¿En la primera entrevista también le dio la mano a ella?*

Analista: Sí. De allí en más, cada vez que venía me daba la mano.

Dr. Meltzer: *Pero no es parte de su técnica sino la técnica de ella.*

Analista: Empezaron las cosas así. Hay toda una historia con el saludo porque a esta paciente después tenía que buscarle la mano, es decir, yo darle la mano a ella y tomársela, porque ella cada vez se retrae más y en este último período, en estas últimas sesiones, se cruza de brazos y no me da la mano.

Dr. Meltzer: *¿Pero es parte de su técnica darle la mano a los pacientes?*

Analista: A los adolescentes no.

Dr. Meltzer: *Yo pienso que ella posiblemente lo viva como una cuestión de obediencia de parte de la analista. Pero esta vez le dio la mano con el pulgar un poco más abierto. Va retirando un dedo por vez...*

Analista: Es así como venía haciendo, y ahora directamente ya retiró todo.

Dr. Meltzer: *Ella está posiblemente en el proceso de retraerse completamente; apenas ella esté convencida de que usted esté vacía y que se ha derrumbado en una masa de femineidad des-sexualizada, ella se va a ir del tratamiento, la va a dejar cuando la haya vaciado.*

Esto tiene algo que ver con la fantasía en la contra-transferencia acerca del puente, esto de dar la mano.

Analista: Silencio. ¿Interpreto la apertura del pulgar?, ¿sí?, ¿no?, no sé.

Tengo la imagen de un citrus deprimido; la imagen es del momento en que se exprime el citrus para sacar el jugo (aclaro que pensaba en el limón).

Siguen pasando los minutos, G. sigue inmutable con la mirada puesta en el piso. Como siempre no me mira.

Pienso que así como el citrus, voy a tener que exprimirme la cabeza para sacarme alguna interpretación, para darle y que tome un poquitito.

Mutis por el foro.

Me pregunto: ¿estoy dispuesta a hacer el esfuerzo? Por ahí pienso que sí, por ahí no. Quizás si encontrara aunque más no sea una mínima respuesta...

Pienso en una pollera que compré y querría devolverla, es blanca; pero luego pienso en una negra que también compré. ¿Cuál de las dos devuelvo?, ¿la blanca o la negra? Recuerdo un chiste y pienso: partamos la diferencia y compro una gris; pero es de medio luto, como si la cosa pasara por vida o muerte, y que ella

puede sentirse más o menos vital y me estimule para que yo me sienta también vital, o todo lo contrario.

Dr. Meltzer: *Su contratransferencia parece estar muy acertada; es una cuestión de vida o muerte para usted, si bien empezó como una cuestión de vida o muerte para la paciente, ahora es una cuestión de vida o muerte para la analista.*

Analista: Yo la espero para ofrecerle mis interpretaciones o alimento analítico, y me deja a mí con todo lo vital y se queda sin tomarlo, en cuyo caso nos transformamos: yo en alguien que tiene, ¿pero de qué sirve?, y ella en alguien que puede, pero tampoco toma nada, o muy poco.

Ahí es cuando puedo interpretar.

Analista: Vos venís a sesión y tenés que optar entre tomar o no tomar de mí, pero cuando venís, algo ocurre dentro tuyo que no te permite tomar.

Sólo en este momento hace un gesto con los hombros como diciendo: “no sé qué es”, y dice:

Paciente: No sé por qué es así.

Pienso: tendremos que ir viendo eso. Luego dice:

Paciente: ¿Qué quiere que yo haga?, yo no entiendo.

Pienso: hoy no me rechaza como otras veces, no me dice como otras veces: “¿qué le importa?, no se meta”.

Analista: Hoy estás más abierta, como cuando te recibí y lo estaba tu pulgar, y me decís que no podés estar de otra manera.

De aquí en más se cierra, frunce los labios, esconde su cara en su cabello, y no se mueve.

Analista: Estabas más abierta, pero es como que poco a poco te fuiste cerrando y entonces vos te quedás con lo tuyo y yo con

lo mío.

Silencio prolongado. Asocio con una madre que espera su hijo y le ofrece lo único que tal vez pueda ofrecerle, que su hijo a veces acepta: un té, y él rehusa. Me angustio con esta asociación, creo que me identifico con la madre del recuerdo.

Analista: Entiendo que tal vez necesites ponerme muy lejos, y que tal vez necesites que yo te hable poco para no sentirte invadida.

Dr. Meltzer: *Una cuestión de técnica: usted observa su contratransferencia y la está tratando de usar para enmarcar o producir las interpretaciones, pero lo más significativo de la contratransferencia es que usted está perpleja. Pero no está usando esa parte de su contratransferencia para enmarcar la interpretación, porque creo que lo que podría estar diciendo es contarle a ella sus observaciones, que incluyen la observación que había hecho antes de que se la ve mejor, que aumentó de peso, que parece más femenina, etc. etc., y que lo que parece estar pasando es que nada de lo que haya ocurrido en sesión parece ser la causa de ello. Usted se siente como una mamá vieja cuya hija la viene a visitar, le ofrece una taza de té que ella no acepta, y eso la hace tremendamente infeliz, y ni se da cuenta que ella robó toda la platería... al otro día la ve pasar en un auto nuevo y se pregunta: ¿de dónde sacó la plata para comprar ese coche?*

Yo pienso que cuando se sufre en la contratransferencia es muy importante recobrar el sentido del humor, y esto sólo puede hacerse cuando se entiende lo que está pasando.

Es muy importante cuando uno observa que el paciente nos está haciendo sufrir, ser capaz de interpretar esto con una sonrisa; y yo siempre me digo cuando estoy por interpretar algo de este tipo: esperemos un momento, esperemos que primero salga el sol, esperemos hasta poder interpretar con una sonrisa, esperemos hasta tanto haya tomado control de mi contratransferencia lo suficiente como para permitirme interpretar lo que pienso de

una manera amigable.

SESION DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1990

Analista: Esta es la última sesión del año pero no antes de la vacaciones, después continuábamos veinte días más.

Llega 15 minutos tarde. Llama desde abajo por el portero eléctrico.

Dr. Meltzer: *¿Es lo que hace siempre?*

Analista: Sí. Al preguntar quién es, me responde con voz clara y firme su nombre y apellido.

Dr. Meltzer: *¿Es lo que hace siempre?*

Analista: Sí, siempre es así. Entra, se ubica en su posición habitual afirmados sus pies en el parante, la cabeza reclinada y sin mirarme.

Permanece así diez minutos mientras yo pienso: una es G. de lejos y otra la que está aquí conmigo.

Dr. Meltzer: *Está pasando por delante de la puerta con un coche nuevo...*

Analista: Pienso: la de aquí es silenciosa, autista, anoréxica; la de afuera es más vital.

¡Qué diferencia entre G. cuando está lejos y me habla contestando con voz firme y clara desde el portero, y ésta que está cerca!

Silencio; se mueve.

Analista: La de abajo habla, contesta; la de acá está metida para adentro y silenciosa como si tuviera mucho miedo a que nos pudiéramos mezclar.

Silencio; pienso en el último día del año, y recuerdo que hace

un año y un mes que está en tratamiento, y fantaseo que podría hacerme un regalo de fin de año hablando. ¿Será mucho pedir?, aparece mi deseo, y eso debe ser para ella peligroso.

Dr. Meltzer: *Ella le va a regalar esa pollera gris...*

Analista: Si vos pensás que yo deseo que vos hables, debe surgir un personaje que te lleva a hacer todo lo contrario y debe decirte: “no le digas nada”. Pero estando lejos parece que pudieras permitirte hablarme y no oponerte.

Silencio; recordé los comienzos del tratamiento, ¿será un balance de fin de año? Recuerdo su anorexia, el saltar a la cuerda, su delgadez, la última entrevista con el padre, la llegada de la menstruación...

Dr. Meltzer: *¿Cuándo tuvo la menarca?*

Analista: En noviembre del '90, un mes antes de esta sesión.

¿Le digo lo del balance?, ¿tiene sentido que yo le diga si ella no lo puede decir?, en realidad me lo diría a mí.

De pronto, se me ocurre ubicarme de otra manera para ver reflejada la parte de atrás de su cuerpo en un ventanal al que G. le da la espalda. Veo un papelito en el piso, lo recojo, y fantaseo con tirárselo, pero no agresivamente, como los avioncitos de papel... algo así como iniciar un juego con ella donde yo tiro y ella devuelve.

Dr. Meltzer: *¿Puede decir algo más acerca de ese pedazo de papel?, ¿cómo era de grande?, ¿tenía algo escrito?*

Analista: No, era un papel en blanco muy chiquito.

¿Avioncito?, equivalente de palabras que van y vienen entre las dos. Bueno, ya estaría sana si eso ocurriera, o al menos más sana.

Analista: Cuántas cosas pasarán por tu cabeza en este silencio y cuántas por la mía.

Paciente: No (tajante).

Analista: Decís que no, como diciendo “no se meta con mis pensamientos ni yo me meteré con los suyos, así no se mezclan”, como antes separabas las comidas para que no se mezclaran.

Silencio. No recuerdo si le di la tarjeta con el importe de los honorarios. Se lo pregunto, mete la mano en el bolsillo y me tira el cheque (era al final de la sesión).

Esto de guardarse el cheque hasta el final de la sesión lo hace en varias oportunidades, es decir lo guarda, lo tiene en la mano hasta el final de la sesión, y por ejemplo hace dos días en la puerta, cuando ya iba saliendo, me lo dio.

Dr. Meltzer: *Hay que considerar que en esta sesión la analista está esperando que se le pague, y en la sesión la analista levanta un trozo de papel y tiene la fantasía de hacer un pequeño avioncito, tirarlo y que ella lo tire de vuelta. Lo que ocurre en la sesión es que ella le tira el cheque.*

Consideremos la relación entre esto y la fantasía acerca de las polleras blanca y negra, si juntamos ambas fantasías sería como completarlas: es como si usted le hubiera dado una pollera blanca y ella le hubiera dado una pollera negra.

Consideremos qué le pasaría a un analista que no hace lo que usted ha hecho, que es ser muy cuidadosa en monitorear su contratransferencia. Uno encontraría el cuadro típico del peligro al trabajar psicoanalíticamente con pacientes psicóticos. Los pacientes psicóticos tienen la capacidad de robar los objetos internos y reemplazarlos por los suyos propios que son objetos dilapidados, y es muy importante cuando se trata pacientes psicóticos y esta paciente se presentó con la parte psicótica de la personalidad, aunque puede tener otros aspectos, saber que es un azar para la salud de uno. Y creo que es absolutamente esencial en mi opinión, hacer lo que ha hecho la analista: monitorear la contratransferencia.

Pero lo que la analista no ha hecho es incluir los

fenómenos que observa acerca de su mejoría manifiesta, como comenzó a hacer en esta última sesión, que empezó a pensar cómo es que está mucho más linda, y saludable, y contenta, y bla, bla, bla y cómo habla por el portero eléctrico y sin embargo cuando está acá se comporta de este modo, y demás. Y es probablemente cierto que lo que ha estado ocurriendo hasta ahora es que ella ha estado robando la platería de la familia.

Es indudable que la mejoría manifiesta que aparece a través de esta maniobra psicótica no puede tener éxito en producir el desarrollo de la paciente, y la razón es porque mientras ella piensa que es tan viva y tan inteligente que le roba la femineidad y se enriquece, lo que ocurre a nivel mental es que ella está incorporando una madre envejecida, des-sexualizada, una madre que se está muriendo, y que en última instancia la va a enfermar en forma de una depresión y una hipocondría.

Tomando como ejemplo el último comentario en la contratransferencia acerca del avioncito y si tiene o no el significado de palabras, y el comentario acerca de que si ella pudiera usar palabras de esa manera estaría curada, es probable que la paciente sea capaz de actuar este tipo de situación en la transferencia, sea capaz de convencer a la analista de que ha llegado a esta posesión, agradecerle e irse; o sea que puede engañar a la analista y hacerle creer que está tan mejorada que ya puede irse y usted puede creerlo y aceptarlo como un triunfo terapéutico.

La analista no está en peligro, no va a estar buscando la platería y averiguando cómo es que desapareció, la analista se ha protegido; pero es la paciente la que está en peligro de ponerse en la situación de terminar el tratamiento en una forma maniaca, un tratamiento sólo parcialmente exitoso, bien comenzado en cierto sentido. De manera que es muy importante si uno ve que existe esta posibilidad, el traer esta cuestión, de resumir toda esta situación, de discutir los cambios que han ocurrido, que es lo que ha estado sucediendo acá y cómo está relacionado con los cambios en la familia, la relación con su padre y demás. Pero hay una posibilidad de que sea demasiado tarde para hacer eso, y si uno lo hace, ella puede tener una

explosión de rabia y abandone el análisis; esto depende mucho de la intensidad de la convivencia que existe entre ella y el padre.

Participante: Con una niña de 14 años y una madre que no es declarada insana, pero aparentemente está bastante enferma y debe participar en entrevistas relacionadas con el análisis, la pregunta sería: ¿qué se puede esperar del establecimiento de la relación de la analista con una madre que no quiere cooperar? ¿Cómo establece la paciente la relación con la analista si la madre no quiere cooperar?

Dr. Meltzer: *Primeramente si la madre quiere impedir que venga, legalmente puede hacerlo a los catorce años. El hecho de que no haga nada en forma activa para impedir que venga es como si diera tácitamente su acuerdo, un acuerdo tácito tanto para el analista como para el paciente.*

Pero las dinámicas familiares son muy complicadas y son independientes de problemas legales de este tipo; ha habido un gran cambio en la organización de esta familia que muy probablemente esté directamente ligado a lo que ha ocurrido en el tratamiento analítico.

Sospecho que las relaciones entre el padre y la madre se han transformado virtualmente, quizás como una especie de separación legal.

Analista: Sí, así es.

Dr. Meltzer: *Quizás Graciela haya invadido esta relación, que quizás no fue tan buena desde el principio, en la forma en que lo podría hacer la secretaria del padre. Hablando emocionalmente funciona como la amante del papá.*

Escuchando el material no hay ninguna duda, y esto surge de pacientes anoréxicos en general, que tienen un carácter muy duro. Pueden imponer su voluntad a otra gente sin escrúpulos. Si la analista es capaz de mantener el psicoanálisis de la manera que expliqué antes, a través de la descripción de la situación, la ayuda a terminar la fase más maniaca de su mejoría –que es ésta– y la trans-

forma en una paciente que coopera en una forma más analítica con el tratamiento, es muy probable que la familia se reestructure nuevamente.

Pensamos en general que la pubertad ocurre por cambios fisiológicos y hormonales, pero tenemos ejemplos en la anorexia, de cómo el sistema hormonal está fuertemente ligado al estado mental, y puede retrasar la pubertad fisiológica: chicos en la latencia por años y no menstruando y no desarrollando pechos ni vello pubiano y demás. También se puede encontrar una pubertad prematura cuando fueron objeto de un estímulo o abuso sexual, algo que ha despertado la sexualidad muy tempranamente y ha perturbado la latencia, y entonces menstrúan a los nueve o diez años, hay un desarrollo precoz de las mamas, etc. y son mujeres jóvenes cuando tienen 12 años.

No sabemos qué inició el proceso con esta paciente pero ciertamente no ha sido un problema fisiológico, sino que algo ocurrió que no sabemos y bloqueó el desarrollo fisiológico. He estado mirando en detalle la información que hay aquí y no he encontrado nada que indique qué inició este proceso. ¿Usted tiene alguna idea acerca de qué puede haber desencadenado la anorexia y frenado su pubertad?

Participante: Lo discutimos en un taller y se pensó que la enfermedad surgió coincidiendo con la aparición de las características sexuales secundarias; dejó de ser la nenita mimada, algo que ella quería que continuara.

Dr. Meltzer: *Entonces, ¿la pubertad fisiológica comenzó?*

Analista: Yo tengo otra hipótesis. Inicia los cambios su hermana mayor, a partir de allí es que ella comienza a ver en la hermana los peligros de la gordura.

Dr. Meltzer: *Sí, eso es más probable.*

REFERENCIAS TEORICAS

La contratransferencia con pacientes psicóticos

Esta supervisión no está vinculada a un sólo tema sino que muestra los criterios analíticos de Meltzer cuando el paciente presenta aspectos psicóticos

Se trata de una paciente de catorce años con anorexia que permanece en un mutismo obstinado. A partir de sus conductas y pocas asociaciones Meltzer sugiere que lo que la paciente hace es robar los contenidos valiosos de la analista, especialmente su femineidad y reintegrarle objetos destruidos.

El seguimiento detenido de la contratransferencia permite a la analista protegerse a sí misma.

El riesgo para la paciente es la terminación maníaca del tratamiento, que puede evitarse incluyendo los indicadores de mejoría y tratando de describir las situaciones que van sucediendo durante la sesión.

Descriptores: Anorexia. Aspectos psicóticos. Caso clínico.
Contratransferencia. Supervisión.