

Historia del tratamiento psicoanalítico de la Sra. Oggi. Tres ejes conceptuales que se entrelazan en un sueño clave

*Mónica Cardenal; Héctor Clein;
Héctor Krakov;¹ Clara Margulis;
Susana Piñero; Lidia Scalozub*

1. COMO INTRODUCCION A LA LECTURA

Estimulados por la temática *Encuadre* al que está dedicado este ejemplar de nuestra revista *Psicoanálisis*, quisimos presentar el trabajo que hemos realizado un grupo de colegas de APdeBA, referido a la historia de un tratamiento psicoanalítico altamente controversial: el historial de la Sra. Oggi. Nos pareció oportuno incluir también en esta presentación su discusión, ocurrida en el Ateneo científico de APdeBA llevado a cabo el 5 de agosto del 2003.

El historial de la Sra. Oggi fue editado por René Kaës, en *Crisis, ruptura y superación* (Kaës, 1979). En él está incluido el tratamiento que Raymond Kaspi hiciera con la paciente, así como las supervisiones del caso realizadas por Didier Anzieu.

Con el sentido de hacer comprensible la lectura de lo que en su momento expusimos, hemos decidido incluir previamente una síntesis del tratamiento de la Sra Oggi, al que remiten nuestras conjeturas, así como también un *abstract* sobre “Transicionalidad”, concepto teórico-clínico acuñado por Kaës, que fuera el marco conceptual utilizado por Kaspi como analista en dicho tratamiento.

El “Caso de la Sra. Oggi” narra el historial de una paciente

¹ Nombrado, por la Secretaría Científica de APdeBA, coordinador del grupo de trabajo.

sumamente difícil, realizado de un modo altamente polémico, que generó en nosotros un enorme entusiasmo y nutridas discusiones conceptuales.

Esperamos que a los lectores les resulte tan estimulante como lo fue para nosotros.

2- “EL CASO DE LA SRA. OGGI” (SINTESIS)

El primer encuentro

El primer contacto entre analista y paciente fue en la casa de la Sra. Oggi, por las graves condiciones que ella presentaba. Según su médico, quien había solicitado la consulta, hacía ya varios días que la paciente no ingería alimentos ni líquidos, no hablaba (sólo emitía aullidos) y hacía raras gesticulaciones como forma de expresión. El comienzo de este estado parecía coincidir con la muerte de su abuela materna. Kaspi la encuentra acostada, rígida en su cama, a oscuras en su cuarto; no podía verle el rostro tapado por sus propios cabellos. Ante tanta inmovilidad dice que le “parece estar frente a una muerta”, se pregunta qué estaba haciendo allí. Cuando ya pensaba irse, y sugerirle al médico que la hospitalice, nota que la paciente mueve un pie por debajo de la manta que la cubría. Frente a esto, que toma como una respuesta de la paciente a su presencia, decide poner su mano sobre la pierna de Oggi y le habla sobre su intención de ayudarla. La paciente se mueve y comienza a hablarle sobre la muerte de su abuela, y su culpa por sentir que no había hecho lo suficiente por ella.

Historia de la Sra. Oggi y su ambiente familiar

Luego de diez días, posteriores a ese primer encuentro, la Sra. Oggi fue a ver a Kaspi a su consultorio. Siempre dentro de una frecuencia muy irregular de sesiones, comienzan a aparecer los primeros datos sobre de su historia personal y familiar. A partir del relato de Kaspi sabremos que esta mujer, a la que define como bastante atractiva y que en el momento de la consulta rondaba los treinta años, era la tercera de cuatro hijos y había sido abandonada por su madre cuando tenía entre dos y tres años de edad. Desde entonces siguió viviendo con su padre y sus hermanos en la casa de la abuela materna, donde también vivían una prima y su madre; esta prima gozaba de una especial preferencia de parte de su abuela. Se

señala también en el relato, que en algún momento la Sra. Oggi, considerada siempre “una niña difícil, terca y con mal carácter”, incluso con algún comportamiento varonil, había pasado cierto período de su infancia internada en una institución religiosa, volviendo luego a su hogar. Según la paciente, acerca de su nacimiento, “sus padres habían manifestado el deseo de tener un varón”. La relación con su abuela nunca fue buena y su padre aparecía como alguien bastante ausente y alejado de ella. En cuanto a su madre, aparentemente la iba a ver en algunas ocasiones al “orfanato” o se comunicaba por carta. La niña se mostraba enojada con ella y le decía: “tú no eres mi madre, pues ella está muerta, eres mi tía”.

Es en la pubertad, alrededor de los doce años, cuando Oggi comienza a volverse más retraída; falta a la escuela y se encierra en su dormitorio donde se mantiene acostada en la cama durante varias horas al día. Posteriormente deja de hablar con los miembros de su familia: el padre, su abuela y su tía (de quien sabemos que tuvo un intento de suicidio). Aparece como dato que a veces la paciente hablaba sólo con su hermana mayor. A los quince años se pone de novia con un joven, con quien tendrá sus primeras experiencias sexuales: “sólo para que se sintiese contento. Tenía mucho miedo de no volver a verlo si lo rechazaba”. Otros episodios significativos de su adolescencia remarcan que en algunas ocasiones salía al caer la tarde a andar por las calles; se acercaba a los obreros que terminaban su jornada de trabajo y a las prostitutas que iban camino a iniciarlo. Entre otras particularidades de ese período de su vida, comenzó a robar los libros de estudios de sus hermanos, los vendía y con eso se compraba pan y chocolate. Kaspi relata que el mutismo dura hasta los diecinueve años, época en que conoce a su futuro marido, diez años mayor que ella. Se casa a los veinte. La paciente dice tener la impresión de que casándose liberaba a su padre. Agrega que mientras vivía con él sufría terribles angustias: “una sombra negra se inclinaba sobre ella para asfixiarla durante su sueño. Aparecían muertos que la llamaban por su nombre, músicos y bailarines se arrastraban a su lado”. Lo interesante es que cuando se veía invadida por esos estados, corría hacia el dormitorio de su padre y se dormía en contacto físico con él, “tomándole la mano”, impidiendo de esta manera que él se fuera con su novia.

En relación a su historia matrimonial, la Sra. Oggi tuvo tres hijos, “a intervalos regulares de tres años entre cada uno de ellos”. Por circunstancias familiares se mudan a las afueras de París, donde

vuelve a reencontrarse con su madre, descubriendo que aquélla se había vuelto a casar y tenía otra hija, ocho años menor que ella. Al poco tiempo, luego de esta situación aborta un embarazo, mostrando un franco desprecio hacia su marido.

Entre los datos que el analista destaca en su relato, aparecen los castigos que la abuela le infligía de niña cuando la paciente lloraba sintiéndose abandonada. También momentos de despersonalización: buscaba a su doble detrás de la puerta. La paciente, en esa época, compartía la habitación con sus padres, o la cama de ellos, cuando decía tener miedos y gritaba en las noches.

El tratamiento

Lo primero que Kaspi menciona es que el análisis se “erotiza” inmediatamente. La paciente llevaba sueños con el analista desde el comienzo, algunos de intenso contenido sexual. Entre ellos se destaca uno donde la paciente decía estar haciendo el amor con su madre. Simultáneamente era muy difícil establecer un ritmo regular de sesiones, ya que la paciente no lo aceptaba; las sesiones se fijaban vez por vez. En ellas se quejaba de no soportar sexualmente a su marido con el que seguía manteniendo relaciones sexuales. Van apareciendo también, fantasías de eventración y mutilación sexual, así como recuerdos de los tres años de edad, vinculados a la masturbación, actividad que no había sido abandonada en su vida adulta.

El analista comienza a percibirse seducido y en una difícil situación transferencial con su paciente. Si bien la entendía necesitada de expresar a través de su cuerpo la búsqueda del “seno de su madre”, el contacto con esas primeras emociones.

Cuando Oggi acepta una frecuencia más regular e intensa de sesiones, cuatro veces a la semana, aparecen las llamadas telefónicas intempestivas al analista y las dificultades durante los fines de semana aumentan: se mete en la bañera y permanece allí en la oscuridad. El analista reconoce los complejos procesos de separación que suscita cada fin de semana y la demanda en aumento hacia él. Entiende que la paciente vive esa experiencia como una reactualización del abandono de su madre, que adquiere en el cuerpo una forma de expresión, particularmente en su carácter destructivo. Aún no hay posibilidad de simbolización, afirma Kaspi. Simultáneamente aparecía una mejoría de la Sra. Oggi en sus relaciones sociales; la paciente retomó sus actividades domésticas.

Sucedirá a esto un difícil período, con predominio de fantasías de mutilación sexual. Sobrevive la paciente a un intento de suicidio, “con suficientes comprimidos como para enfermarse pero no para ser hospitalizada”, dice Kaspi. En las sesiones siguientes Oggi “elige recostarse en el diván” y trae un recuerdo sobre el amamantamiento: su madre le sacaba el pecho y la dejaba a oscuras en el baño. Se intensifica el relato de fantasías sádicas: su madre la quería ahogar, su hermana mayor le sugería mutilarse y morir. Empieza a pedirle a su analista “que la toque”. El le toma la mano. Sigue a esto otro recuerdo sobre el amamantamiento: fue alimentada a pecho hasta los quince meses; corría por el jardín frecuentemente, a buscar el pecho de su madre. “Pero un día fue brutalmente destetada”, menciona Kaspi en su relato. El considera que la paciente, al tocarlo, reencuentra el pecho de su madre y de esa manera no se siente abandonada.

Las demandas sexuales sobre el analista aumentan, “quiere hacer el amor con él”. Queda embarazada de su esposo y aborta. Sigue un período de intensa depresión. Comienza a desvestirse en las sesiones y dice querer violar a su analista. Se niega a irse del consultorio al finalizar la sesión. Aumentan los llamados telefónicos por las noches. El analista dice que la paciente se siente culpable y entiende que sus demandas están dirigidas al cuerpo materno por “las necesidades de su yo corporal que se reconstruye”. Pese a las interpretaciones, en cada sesión Oggi se desnuda antes de recostarse en el diván. Por el frío, en ocasiones, se cubre con su propio tapado. Recuerda fantasías terroríficas, cuando nació su segundo hijo, “de que el niño se levantara a la noche para matarla”. Se sentía “portadora de la muerte para aquellos que le dan afecto, pero también en peligro de muerte a causa de ellos”. En la sesión siguiente permanece vestida y trae el sueño “del dentista”, de significación fundamental para nosotros, en relación al cual enhebramos los ejes conceptuales de nuestro trabajo. Empieza a emborracharse para asistir a las sesiones y Kaspi observa un predominio de conductas psicopáticas desplegadas en el análisis. Si bien continúa permaneciendo sentada y vestida en las sesiones, el analista las siente “densas y difíciles”. Oggi insiste en que quiere ser tocada y tocarlo. El analista dice que “hace como si” la tocara, pasando su mano por sobre el cuerpo de la paciente, sin entrar en contacto directo. Aparecen en la paciente vivencias de agujero y vacío, así como deseos de muerte. Las interpretaciones del analista se dirigen a mostrarle a la paciente que la expectativa de que él la posea sexualmente era para tener el pene,

como forma de tener su leche, desde la equivalencia pene-pecho. Llega a ofrecerle concretamente una taza de leche que la paciente toma con “avidez”. Continúa emborrachándose y desvestiéndose, perturbando concretamente la continuidad del trabajo del analista, tanto con sus otros pacientes como con una colega con la que comparte el consultorio. Kaspi parece en ese punto haber llegado al límite de su tolerancia y así se lo expresa a la paciente (importante situación transferencial que retomaremos en nuestro trabajo). Termina este período llevándose una bufanda de su analista, a quien le pide mantener unos días con ella. El acepta el pedido y lo interpreta como una nueva capacidad de la paciente de constituir un objeto transicional.

La etapa final del tratamiento, que Kaspi denomina como del “Yo recobrado”, se caracteriza porque la paciente permanece acostada y vestida durante las sesiones. El analista entiende que la capacidad de simbolización de la Sra. Oggi ha cambiado. Esta etapa está colmada de recuerdos sobre su adolescencia y el comienzo de su mutismo. La relación con su hermana mayor pasa a un primer plano; el analista se entera que en esa época su hermana había tenido un intento de suicidio y que esto fue vivido como otro “abandono” por la Sra. Oggi, ya que entonces sintió que dejaba de contar con su apoyo. En esos momentos lleva a sesión un sueño, cuyo contenido manifiesto gira sobre “fetos en diversos estadios de maduración”, nacimiento y terror. (Sueño que describiremos en la conclusión de nuestro trabajo, en un intento por dar cuenta de cómo comprendemos el proceso analítico de la Sra. Oggi). Para Kaspi, la paciente estaba viviendo en la transferencia la “fase de maduración infantil frustrada”, con un Yo, a su entender, mucho más fuerte, y en mejores condiciones para sumergirse en la regresión “sin riesgo alguno”. Para el analista, la Sra. Oggi estaba más cerca de una “fase de neurotización”. Ella misma comienza a plantear la posibilidad de terminar el tratamiento; insiste en que quiere trabajar y ganar su propio dinero. Kaspi aporta como dato, avalando su hipótesis, que algunos meses después la paciente se inscribió en cursos regulares de la Universidad. En este punto Kaspi hace referencia al concepto de Yo-piel de Anzieu; entiende que el cuerpo del analista le permitió a la Sra. Oggi encontrar su propio límite, “volviendo a dar así su propia existencia a lo interior”; el cuerpo como soporte, al servicio de que la paciente pudiera “re-construirse”.

Kaspi relata que en esos momentos del análisis la paciente concurre a una de las sesiones con una piedra “lisa, marrón y

blanca”. Ella la tenía desde su infancia y frecuentemente la acariciaba. Cuando se la muestra, él le interpreta que “parece un sexo erecto” y ella le contesta que esa piedra también tiene la forma de un pecho “duro y sólido, pero dulce y sin asperezas” y se la entrega. Kaspi termina su relato confiándonos que esa “primera piedra” está colocada en su biblioteca y que la Sra. Oggi la mira en cada sesión.

3. NOTAS SOBRE TRANSICIONALIDAD

En 1975 Kaës propuso la noción de Análisis Transicional, definiéndolo como: a) un método para investigar los efectos que producen “las experiencias de rupturas”, tanto en el espacio interno como en el intersubjetivo; y b) una forma de tratamiento y superación de las crisis que se generan como efecto de tales rupturas. Las consecuencias, tanto intrapsíquicas como intersubjetivas, se reestablecerán por medio del trabajo de simbolización, con la creación de nuevos procesos de crecimiento.

Con el análisis transicional se intenta, justamente, encontrar un dispositivo terapéutico para comprender los trastornos ligados a sufrimientos psíquicos ocurridos en épocas muy tempranas, asociados a traumas y separaciones muy precoces. Estas dejarían formaciones no “psiquisizadas”. Zonas extremadamente frágiles de simbolización primaria, de la imagen corporal y del componente narcisístico de las identificaciones, que irrumpen ante cada nueva crisis. Cada nueva ruptura enmascara otra, que la evocó y la contiene.

Didier Anzieu aplicó los principios del análisis transicional en pacientes *borderlines*, dando cuenta de ese trabajo en la supervisión de la Sra. Oggi. Señaló que este tipo de análisis está indicado en pacientes con un “yo-piel” indiferenciado o mal ajustado, poco consistente, y que por lo tanto no cumple con la triple función de: a) envoltorio continente, b) barrera protectora frente al exceso de excitaciones, c) filtro que discrimine las cualidades sensibles.

Kaës, por su parte, designa “trasicionalidad” a un modo de funcionamiento del aparato psíquico en contacto con la intersubjetividad.

El objeto transicional es transitorio, como lo es también la experiencia de ilusión. En cambio la “trasicionalidad” implica un carácter constante de la psiquis, en relación con sus límites. La función de lo transicional es reestablecer la capacidad de articular

símbolos de unión. El encuadre, la función contenedora y lo transicional son indispensables para que se dé el juego interpretativo de modo creativo.

Para llevar a cabo un análisis de tipo transicional, es necesaria la reorganización de la situación analítica que permita reestablecer el área de ilusión (en sentido winnicottiano), para poder analizar en la transferencia las intrusiones que destruyeron este espacio de ilusión y que fueron responsables de las fallas del sí mismo y del frágil equilibrio psicósomático del sujeto.

Una tarea básica del análisis transicional es identificar los distintos tipos de intrusión y desarticular sus mecanismos y efectos.

Estaría indicado en pacientes que sufren de una cierta discontinuidad narcisística. O en aquellos que no consiguen localizar las pulsiones en un espacio psíquico continente, con inestabilidad objetal y de límites del sí mismo. Sería indicado también en momentos de un análisis, cuando un paciente revive una situación de ruptura producida en su infancia y teme un derrumbe. En este sentido el análisis transicional puede ser considerado una etapa previa al análisis clásico.

4. PRESENTACION Y DISCUSION DE NUESTRO TRABAJO EN EL ATENEIO CIENTIFICO DE APDEBA

Dr. Alejandro Gallo: Vamos a iniciar la discusión del trabajo “Historia del tratamiento psicoanalítico de la Sra Oggi. Tres ejes conceptuales que se entrelazan en un sueño clave”, de la Dra. Mónica Cardenal, Dr. Héctor Clein, Dr. Héctor Krakov, Lic. Clara Margulis, Lic. Susana Piñero y Dra. Lidia Scalozub. El Dr. Krakov nos va a poner en antecedentes de cómo surgió este trabajo, pero yo quería primero, darles la bienvenida a los invitados de otras instituciones que nos acompañan hoy. Bienvenidos y espero que disfruten de esta reunión.

Dr. Héctor Krakov: Sólo como manera de ubicar cómo apareció esta propuesta de trabajo. Originalmente la Escuela de Psicoterapia, a través de Ezequiel Jaroslasky, había armado una mesa para discutir el caso Oggi en la Escuela, en la que participó Luis Hornstein y Silvio Zirlinger. A partir del interés que despertó esta discusión, la Escuela pensó armar un encuentro interinstitucional. En su momento hubo

una convocatoria importante; más de veinte instituciones se inscribieron, de las cuales quedaron dieciséis, entre ellas APdeBA. Nos pareció muy importante que APdeBA formara parte de este grupo de instituciones y nos sentimos fuertemente estimulados a participar. La Secretaría Científica convocó a los miembros de la institución interesados y me nombró a mí como coordinador del grupo de trabajo. Nosotros hemos tenido más de diez reuniones sobre este caso, “el tratamiento de la Sra. Oggi”, que es muy difícil de abordar y también muy interesante. Estos comentarios tienen el sentido de ponerlos al tanto sobre cómo apareció esta propuesta. Lidia Scalozub va a inaugurar la lectura del trabajo. Pensamos leerlo porque el trabajo tiene una coherencia interna que, de no hacerlo así, se podría perder. Y luego abrimos la discusión.

Dra. Lidia Scalozub: Antes de empezar queríamos contarles un poco “la cocina” del trabajo, en cuanto al funcionamiento grupal. Hacerlos partícipes de los interrogantes que atravesaron las discusiones que tuvimos desde el inicio del abordaje del “Caso Oggi”.

Nos preguntábamos cómo llevar a cabo una producción generada entre varios integrantes, teniendo en cuenta la diversidad de adscripciones teóricas de cada uno de nosotros. Además nos preguntábamos ¿iba a ser posible escribir en grupo? Luego de un par de reuniones, un hallazgo nos tranquilizó: en función de las diferentes líneas que empezaron a prevalecer en la comprensión del caso, decidimos desarrollar el escrito tomando tres ejes conceptuales enlazados con un sueño que, acordamos por consenso, era un sueño clave. A partir de allí el objetivo fue, en todo momento, desplegar las hipótesis que cada eje postulaba en articulación con la clínica del caso Oggi. No pretendimos que hubiera complementación de abordajes (tarea por demás improbable), pero sí que el contenido del trabajo no expusiera contradicciones teóricas infranqueables. Si lo logramos fue debido a las nutridas y arduas discusiones grupales en un clima en el que prevaleció el confort generado por el respeto a la diversidad de opiniones. Para ello trabajamos, en particular, sobre los implícitos que toda propuesta teórica conlleva. Para la producción escrita, como en toda tarea grupal, tuvimos que trabajar también con el narcisismo de las pequeñas, y por qué no, grandes diferencias. Sabíamos que el trabajo se podía obstaculizar si cada uno de los integrantes se abroquelaba tras sus propias ideas sin plantearse la posible validez de un punto de vista diferente aportado por los otros.

Por ello, acordar nos exigió dolorosas renunciaciones. Así quedaron fuera del escrito ideas y desarrollos que se fueron produciendo en el devenir del intercambio grupal. Teníamos claro que nuestra expectativa no tenía que ser integrar sino plasmar ideas y abrir brechas que sirviesen a una discusión polémica. Finalizado el escrito surgió la problemática sobre su función de “representar a APdeBA”, problema no menor. Si representar, como dice Maria Moliner en su diccionario, es “desempeñar, una o mas personas o cosas, las funciones o el papel de otras o de una entidad”, ¿cómo asumimos entonces como representantes de APdeBA o decidir que nuestro escrito representaba a la Institución? Para responder a estas preguntas valoramos algo que acaba de decir Héctor Krakov, que remite al funcionamiento de la representación institucional. Primero, que la Secretaría Científica había realizado una convocatoria por mail, abierta a todos los miembros de la Institución, para participar en el estudio del caso de la Señora Oggi. Como efecto de lo anterior, la azarosa conformación del grupo de trabajo incluyó no sólo distintos niveles generacionales de APdeBA, sino también una pluralidad de posturas teóricas que reflejaban el carácter multicolor que atraviesa en este momento nuestra Institución. A partir de aquí lo que esperamos es la producción y los aportes de ustedes. Vamos a pasar a la lectura del trabajo.

HISTORIA DEL TRATAMIENTO PSICOANALITICO DE LA SRA. OGGI. TRES EJES CONCEPTUALES QUE SE ENTRELAZAN EN UN SUEÑO CLAVE

“Durante los largos años que insumió mi trabajo sobre los problemas de la neurosis muchas veces me sentí desorientado y aun me extravié, y entonces fue siempre la interpretación de los sueños la que me devolvió la confianza en mi mismo”.

Sigmund Freud (1900)

Prólogo a la segunda edición de “La interpretación de los sueños”

La convocatoria realizada por la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, con el fin de analizar y cotejar

interinstitucionalmente modos de comprensión del caso de la Señora Oggi, nos ha despertado un enorme entusiasmo. Los autores de esta comunicación, analistas de APdeBA con distintas adscripciones teóricas, hemos elaborado un trabajo en común merced a un fructífero intercambio en el que primó un clima de pluralidad conceptual. Consideramos que fue mérito del historial habernos estimulado a discutir y a pensar sobre la particular situación que el caso clínico describe.

Hemos ideado, para comprender el complejo y difícil “caso de la Sra Oggi”, tres ejes conceptuales, que a su vez entrelazamos con lo que es para nosotros un sueño clave. Pudimos así abordar y articular, teórica y clínicamente, tanto el historial como el proceso de análisis de la Sra. Oggi.

Los ejes mencionados son: a) la situación infantil, en relación a abandono, traumas tempranos y simbiosis, b) la temática de la sexualidad, vinculada a la constitución fetichista y 3) el proceso de análisis clínico, que incluye la erotización transferencial y el modo en que el analista queda involucrado.

El sueño al que hacemos referencia es el que sigue:

“Durante la sesión siguiente permanece vestida y cuenta un primer sueño:

‘Estoy en el dentista. Tengo un agujero abierto en la boca y un diente sano que cae. Me toma la mano, me acaricia y yo hablo. Pero no puede comprenderme porque hablo la lengua de los bebés. Luego me pone hilos eléctricos por todos lados y yo grito, pero él no me escucha. Le pido a mi madre que ruegue para que me deje, pero él me coloca un yeso sobre mi diente y me parece feo y duro’”. (Kaës, 1979; pág. 154)

1- SITUACION INFANTIL. UNA APROXIMACION DESDE EL CONCEPTO DE TRAUMA, Y SU RELACION CON EL DUELO Y LA SIMBIOSIS

Al pensar la clínica desde la noción de trauma, nos pareció pertinente hacer ciertas precisiones sobre algunos desarrollos psicoanalíticos del concepto.

El término *trauma* es complejo y ha sufrido cambios y ampliaciones. Abarca desde una concepción puramente económica, con la idea de trauma puntiforme, hasta incluir vínculos con la teoría de la angustia y sus reformulaciones (Freud, 1926). Algunos autores

jerarquizan el carácter interestructural y enfatizan el “a posteriori”, en tanto las situaciones traumáticas se significarían o re-significarían, en un tiempo posterior al de su ocurrencia (M. y W. Baranger y J. Mom. 1988).

Winnicott, a su vez, ha hecho formulaciones de este concepto de gran importancia, tanto teórica como clínica, a las que haremos referencia en este eje.

Al relatar el caso Oggi, Kaspi nos dice que en su primera entrevista, realizada en el domicilio de la paciente, la encuentra replegada, negada a la ingesta de comida, de bebida y al uso de la palabra. La situación de la paciente parece vinculada a la reciente muerte de su abuela de 90 años, frente a quien sentía culpa por no haberle provisto de mayores cuidados. Muerte que remite seguramente a otras pérdidas habidas,² y que en este caso implicó la ausencia definitiva del objeto. Escena que evoca en Kaspi la idea de estar frente a una muerta. La pérdida de la abuela, que se actualizaba en una escenificación en la que el cuerpo era protagonista, parecía activar el ámbito traumático de la paciente.

Después de un período de raigambre incierta, entrevistas pautadas vez por vez, en que el analista no parecía estar seguro del regreso de la paciente, surge la posibilidad de que la Sra. Oggi se instale en un vínculo de mayor dependencia en el tratamiento. Es así que “acepta entrevistas psicoanalíticas más frecuentes y regulares (cuatro veces por semana)”. Nos pareció que de ese modo intentaba recrear en el análisis una fase de dependencia vinculada con el reconocimiento de un objeto proveedor y confiable.

“La naturaleza del trauma” se corresponde con esos momentos de dependencia. Fue precisamente cuando se incrementó la dependencia que surgieron en la paciente, además de recuerdos y sueños, las actuaciones-escenificaciones, como “puestas en escena” de lo traumático (Winnicott, 1965). Fueron durante dichos períodos en los que la paciente se resistió con más intensidad a separarse del analista, y en los que parecía ponerse activo el abandono que sufriera pasivamente, a los 3 años edad, por parte de su madre.

Siguiendo esa línea, pensamos que “el trauma es una falla relativa a la dependencia. Es aquello que quiebra la idealización de un objeto por el odio del individuo, *reactivo* (el destacado es nuestro) frente a

² Como pérdidas pasadas jerarquizamos el relato del destete con características traumáticas y el abandono materno, que D. Anzieu enfatizó como “perder a su yo nacido”.

la falla de ese objeto en lo que atañe a cumplir su función” (Winnicott). Nos pareció que el caso relataba lo “reactivo” en diferentes actitudes de la Sra. Oggi durante su análisis: la negativa a terminar las sesiones o los llamados telefónicos reiterados.

Así también distintas secuencias del relato nos orientaron a pensar sobre vivencias de desvalimiento e inermidad tempranas, producto de fallas en la función ambiental de dependencia.

Por ejemplo, la paciente insistía reiteradamente en tocar y ser tocada durante las sesiones: *“Tocar su cuerpo para asegurarme que no he destruido el de mi madre cuando nos separamos”*, decía. Ubicamos en este segmento el papel central que juega el odio, tanto en los sentimientos de destrucción y vacío respecto al propio cuerpo, como en relación al cuerpo del otro materno.

También pudimos ubicar indicios clínicos³ de lo que Winnicott denomina “derrumbe de la fe”, que para él está en el fundamento de la emergencia de lo traumático.

Por otra parte el concepto de simbiosis, mencionado en distintos momentos, tanto por Kaspi como por Anzieu, fue utilizado por ambos para explicar los intentos reiterados de la paciente por fusionarse con su analista. Estos autores pensaban que, para la Sra. Oggi, el analista era un objeto investido narcisísticamente, de quien no aceptaba la separación ni su autonomía.

A nuestro entender, el cruce conceptual para las nociones de duelo, trauma y simbiosis, estaría justamente en dicha organización narcisista.

Remarcamos, en este punto, que el duelo es un trabajo psíquico que se le impone a todo sujeto que ha sufrido la pérdida de un objeto significativo. Cuando dicha pérdida conlleva una fuerte valoración narcisista, en el sujeto se produce una intensa retracción libidinal al Yo, que proviene del desinvertimiento de los recuerdos ligados al objeto perdido. Los niños pequeños se encuentran con fuertes dificultades para realizar tal trabajo psíquico, y las pérdidas se transforman, por lo general, en una situación traumática (Freud, 1926). En esas circunstancias, como ocurrió con la Sra. Oggi, los sujetos tienden a organizar, de modo inconsciente el sentido de lo que les ocurre en la vida en derredor de tales pérdidas.

³ Consideramos de este modo las llamadas telefónicas intempestivas así como la búsqueda de un reaseguro permanente de la confiabilidad de Kaspi, a quien interrogaba sobre cómo era como padre, y comparaba con sus propios padres.

En “el sueño del dentista” las pérdidas tempranas de la Sra. Oggi adquirieron relevancia en su relación con el lenguaje. El agujero, la caída del diente que se tapa “con un yeso feo y duro” por un lado, y el lenguaje de bebés que no alcanza para que Oggi sea comprendida en su dolor, por otro, nos hicieron pensar en la trama íntima del duelo infantil. Como ya mencionamos, es sin dudas en los niños, desposeídos del lenguaje hablado, que los duelos implicarán marcas traumáticas, a veces indelebles, en su constitución subjetiva.

En el sueño de la paciente, el “yeso sobre mi diente” recubría un aspecto auténtico de la Sra. Oggi (“*mi diente*”), que no alcanzaba a tapar un dolor para el que no había lenguaje (“la lengua de bebés”), razón por la cual no se sentía entendida.

A su vez, como la situación traumática y el concepto de simbiosis comparten la dinámica teórica vinculada al narcisismo, nos pareció adecuado realizar una lectura del caso clínico también desde esta última vertiente. La Sra. Oggi parecía aferrarse simbióticamente a un objeto “de modo reactivo”, en momentos en que se reactualizaban en ella intensos sentimientos de desvalimiento. Suponemos que además de las dificultades en el establecimiento de la dependencia, que implica favorecer en el niño el desarrollo de una experiencia omnipotente, fracasó también en la Sra. Oggi la situación de *ir siendo desilusionada*, que es lo que le permite al infante contactar con “el mundo objetivo”.

Con el “destete brutal” (así lo menciona Kaspi) y el abandono de la madre, la Sra. Oggi fue forzada a la desilusión y por lo tanto a organizar reactivamente una suerte de “falso self”; que si bien se había comenzado a resquebrajar en distintos momentos de su vida, parece haber adquirido carácter crítico con el fallecimiento de su abuela.

2- LA VERTIENTE DE LA SEXUALIDAD

Como ocurre en el cuento de Poe, sobre la carta robada, se corre el riesgo de que lo más evidente pase desapercibido. El caso Oggi reclama ser pensado también desde la perspectiva de la sexualidad. Trataremos de articular, de explicar analíticamente, en qué se funda este particular deseo de la paciente de poner en escena su cuerpo desnudo e incitar al analista a un toqueteo excitante y frustrante a la vez. Debemos también considerar cuál es su vinculación con la

dimensión del abandono sufrido, con la ausencia, que se nos aparece como otro de los grandes protagonistas del caso. De este caso que parece iniciarse sintomáticamente a partir del fallecimiento de la abuela de la paciente.

El recurso del fetiche

Lo que se juega alrededor del deseo de desnudarse evoca, a nuestro criterio, si no el objeto fetiche, ciertas condiciones propias del fetichismo. Fundamentalmente que lo fetiche se sostiene tanto en la corriente que afirma lo fálico como en la contraria, la que indica la castración. Las escenas de la desnudez cuya significación fálica se evidencia en lo erótico que se juega, resulta inadecuada para todo fin en el que se aspire a que cierta satisfacción se cumpla; ya sea de orden sexual, de amor o analítico. La Sra. Oggi le dice a Kaspi, que su pene tiene que excitarse para percibirlo deseante, pero no hay claramente una aspiración a la consumación, o en todo caso si ésta es imposible, a algo que la sustituya. Nos interesa señalar cómo este juego erótico que Oggi pretende instalar, el cual refleja las características propias del juego preliminar, no resuelve su desvalimiento (su castración), que por el contrario se anima en cada fin de sesión.

El fetiche detiene la historia, pero de una historia que continúa, subraya Lacan. Evoca con esos términos la clásica referencia freudiana en que lo sobreestimado sexualmente es ese lugar “antes”, antes de que la visión definitoria de la castración se presentifique. Ese antes es también una referencia de que hay presencia-ausencia, pero no se ha logrado el otro paso, aun más fundamental en el fort-da, ausencia-presencia. Algunos de los modos en que se manifiesta que lo presente cubra, sustituya, vaya al lugar donde la ausencia estaba, son: amor, sublimación, metáfora. Corresponden, a título de ejemplo, a distintas formas de sustitución que la Sra. Oggi no logra concretar.

El carácter no elaborable de la frustración de amor, lo que el poeta puede señalar en los términos de que “la infelicidad no tiene fin”, aparece como algo que marca la historia infantil de la paciente en la relación con su madre. Esta continúa en el análisis bajo la forma de una insatisfacción imposible de calmar y que prolonga las sesiones de un modo tal que coloca la tolerancia del analista en el borde de lo insostenible. En el material algo insiste, la sesión al terminar introduce un desamparo frente al cual no hay respuesta posible.

Se trata entonces en este análisis de algo que reitera una historia

infantil en donde el juego de presencia-ausencia y de ausencia-presencia no se ha completado. Sólo asistimos a la reiteración de su primera parte, presencia-ausencia.

Ubicado lo fetichizable en ese punto “antes”, de todos modos tiene valor de defensa. Esta, la defensa, se enmarca en la capacidad de lo fetichizable de ir dibujando la ausencia. Según Lacan, en *El Seminario IV*, el carácter de velo del fetiche permite imaginarizar la ausencia. La paciente proyectaba la ausencia en “esa puerta” que la madre había abierto en la infancia para abandonarla. En la escena analítica, donde el desnudo y excitación están presentes, la ausencia también cobra figurabilidad. “La cortina es el ídolo de la ausencia” sintetiza Lacan, para afirmar el valor de pantalla del fetiche. Es decir que el fetiche la hace existir en la dimensión imaginaria.

En el sueño del dentista, que como hemos señalado en la introducción, parece condensarse algo fundamental de lo que se despliega en la clínica de esta paciente, queremos centrar nuestra observación en el agujero y en el diente sano que al lado se cae. Reconocemos en dicha escenificación, en el “agujero abierto en la boca”, la figuración de la ausencia cuyo valor hemos considerado como fundamental en la economía del fetiche. El “diente sano que cae”, figurado al lado, evoca el juego de presencia-ausencia. No se visualiza, en la clínica que se transcribe hasta ese momento del sueño, la operación de ausencia-presencia, que es la que permite que un sujeto pueda operar con la falta en el campo de la palabra.

3- SECUENCIAS EN EL PROCESO ANALITICO

Nos planteamos en este punto entender secuencias del proceso de análisis de la Sra. Oggi, a partir del relato que Raymond Kaspi hiciera del tratamiento.

Es nuestra idea que la lectura en detalle de ciertas secuencias evidencian cómo el material inconsciente de la paciente se va construyendo en la actualidad de la sesión en respuesta a la participación consciente e inconsciente de Kaspi, de la que la interpretación es sólo una parte.

A continuación vamos a trabajar dos de ellas, que se refieren a dos comentarios del analista, a partir de los cuales intentaremos inferir un “otro sentido” transferencial.

Secuencia 1: La paciente se levanta bruscamente y le pone la

mano sobre el sexo al analista. Luego se viste inmediatamente diciendo: “*No soy más que un agujero, estoy vacía, debo morir*”. El analista le responde que ella pensaba que por no tener pene debía morir. Y que el deseo sexual y su realización le parecían equivalentes de la muerte.

La paciente al irse le dice con ironía: “*¿Cómo hizo para adivinar? Le deseo que viva cien años*”. Luego el analista menciona que la paciente se refiere al marido, como alguien que no la penetra sino que “*se sacude*” sobre ella (pág. 158).

En esta secuencia existiría para nosotros una cierta correlación entre un marido-analista “que se sacudía sobre ella” y un muy alto clima de erotización entre ambos. Si bien en la producción del clima erótico el analista parece estar fuertemente involucrado, sus intervenciones verbales, sin embargo, aluden a transferencias maternas o a trauma infantil. Dicha disarmonía, entre la erotización vivida y la formulación verbal, nos hizo suponer que estaban activos en el analista fenómenos represivos. Conjeturamos que el comentario que la paciente hiciera del marido en ese momento, era el modo inconsciente que la Sra. Oggi tenía de censurar al analista por no tener con ella una intervención analíticamente penetrante.

Secuencia 2: En un segundo momento, remarcamos que el analista le dice a la Sra Oggi que su capacidad de ser comprensivo tenía límites. Frente a lo cual la paciente respondió que en la pieza del hotel en la que se encontraba, muy bien y relajada, se había mirado en un espejo y se había *reconocido*. Creemos que tal respuesta parece corresponder a que previamente el analista se había descentrado de un objeto transferencial “ilimitadamente bondadoso”, generando un límite al accionar de la paciente. Esto, a nuestro criterio, se corrobora por el material que continúa. Kaspi comenta que en ese momento se desprende un cuadro de la pared (“*el azar existe*”, dice), frente a lo cual la paciente menciona que debió haber caído sobre su cabeza (pág. 161).

Nos parece que la caída del cuadro metaforiza la caída del ligamen transferencial ocurrido, tal como mencionamos recién, con la puesta del límite de parte del analista. Al mencionar la Sra. Oggi que el cuadro tendría que haber caído sobre su cabeza, remarcaba quizás que la intervención de Kaspi no tuvo efecto introyectivo. De haber ocurrido así, según palabras de la paciente, podría no repetir la ida de su madre e irse definitivamente. Denunciaba de ese modo la actitud ambigua tanto de su madre como de su analista, si bien el

descentramiento transferencial marcó en ella el inicio de un camino de elaboración del abandono materno.

Quisiéramos ahora mencionar cómo este eje, ligado al proceso analítico, lo podemos ubicar expresándose también en “el sueño del dentista”. Nos apoyamos para ello en que los sueños relatados en sesión son verdaderas “tomografías computadas”, cortes sincrónicos del estado mental y emocional de un paciente, así como una referencia de su momento transferencial.

“*Estoy en el dentista*”: como con “Irma”, es el comienzo del contacto con su interior.

“*Tengo un agujero abierto en la boca y un diente sano que cae*”. Se trata de una laceración que no ha cerrado (el texto remarca que está abierto), quizás como consecuencia, por contigüidad, a la caída de un diente que no tendría por qué caer ya que está sano. Es una pérdida.

“*Me toma la mano, me acaricia y yo hablo*”. Posiblemente aluda al comienzo del contacto analítico; recordemos que ella comienza a “hablar” luego de que el analista le pone una mano en la pierna cuando la ve por primera vez en su casa.

“*Pero no puede comprenderme porque hablo la lengua de los bebés*”. Este segmento nos parece fundamental en relación al proceso analítico y la erotización transferencial. Tanto Winnicott como Bion hacen referencia, desde contextos teóricos distintos, a la necesidad de identificación materna con el bebé. El primero la define como preocupación maternal primaria (1960) y el segundo como capacidad de ensoñación o *reverie* (1962). Va a ser gracias a dicha identificación que el objeto maternante estará en condiciones de contactar y comprender la emocionalidad del *infans*, en los momentos iniciales de la vida.

“*Luego me pone hilos eléctricos por todos lados y yo grito, pero él no me escucha*”. La paciente parece dar cuenta así del clima de erotización creciente en las sesiones, que ella atribuye a lo que el analista le hace: él la “electrifica”. Quizás la actitud de la Sra. Oggi en sesión, tanto la desnudez como la erotización, fue su modo de gritar. Sin embargo dice no haberse sentido escuchada.

“*Le pido a mi madre que ruegue para que me deje*”. Es una apelación a la transferencia materna, activa en el vínculo con el analista, que supondría la expectativa de repetición en acto del abandono, como alternativa de elaboración; si bien el devenir elaborativo recién pareciera hacerse posible a partir del límite que

pone el analista con su intervención. El ruego para ser dejada, nos parece que transforma defensivamente en lo contrario el abandono efectivamente ocurrido.

“...pero él me coloca un yeso sobre mi diente y me parece feo y duro”. Damos por supuesto que el diente al que alude es el mismo que se cae al comienzo. Lo pensamos así porque, de tratarse de un solo diente existente en su boca (ya que se refiere a “mi diente” en singular) supondría una boca totalmente despoblada, y las características de esta paciente no nos parece que se correspondan con un estado mental de tal nivel de arrasamiento.

El yeso que el dentista pone sobre su diente creemos que se trata, como quedó mencionado en el eje sobre la situación traumática infantil, del equivalente de un pseudo *self*. Este, activado como erotización transferencial remarca, tal como el sueño lo expresa, que el dentista-analista está involucrado en su producción en tanto es él quien se lo coloca. Por ello consideramos el despliegue transferencial erótico de este tratamiento como un “artefacto”, una sobreimposición, que recubre y encubre un sector genuino de la Sra. Oggi. Tal como el propio sueño señala, ese sector genuino de la paciente (*“un diente sano que cae”*) está ligado a la pérdida materna. Pérdida temprana, y sus consecuencias, inconscientemente activas a la espera de la elaboración analítica.

A MODO DE CONCLUSION

Hemos decidido, para terminar este trabajo, analizar otro sueño con la finalidad de exponer nuestra comprensión retroactiva de las características clínicas de la Sra. Oggi.

El sueño se refiere al “terror a la locura”, cuyo texto es el siguiente:

“Hace ocho días tuve un sueño: estaba con mi hermana y veíamos algunos fetos en diversos estadios de maduración. El más evolucionado tiene los ojos desorbitados. Le digo a mi hermana: está aterrorizado, sería mejor que no naciese”. Luego de mantenerse en silencio la paciente le preguntó al analista *“si durante el nacimiento se puede tener miedo de volverse loco”*. Agregó que le parecía estar reencontrando ese terror, y además que se sentía menos imbécil.

Consideramos que se trata de un sueño sumamente importante, ya que aparecen configurados, lo que a nuestro criterio, son alusio-

nes a diferentes aspectos del *self* de la señora Oggi. Remarcamos que “*diferentes fetos, en diversos estadios de maduración*”, coexisten en la misma escena. Tal diversidad nos explicaría la multiplicidad de características que la paciente puso en acto durante su tratamiento.

También este sueño, en el que “*el (feto) más evolucionado tiene los ojos desorbitados*” por terror, y por eso “*sería mejor que no naciese*”, nos da indicios de la utilización defensiva que hizo la paciente de la erotización transferencial. Creemos, desde esta perspectiva, que la Sra. Oggi apeló inconscientemente a la erotización como modo de evitar tomar contacto con su realidad psíquica. “Nacer” constituía para la paciente abrir un espacio de interrogación, y un intento por encontrar respuesta, acerca del enorme dolor por el abandono materno con la consecuente fragmentación del *self* que le implicara. Para la Sra. Oggi el riesgo frente a ese saber conllevaba la posibilidad de volverse loca, por lo cual, según su decir, parece haber apelado a la imbecilidad, quizás como defensa extrema.

La comprensión de tal nivel simbólico, y su eficacia, como quedó mencionado en su análisis, nos permiten conjeturar posibles razones por las que la paciente se expuso en el curso de su vida a sucesivos embarazos y abortos provocados. Los suponemos, retrospectivamente, actuaciones en el cuerpo que tenían como finalidad “matar los bebés-aspectos pensantes”, al servicio de imbecilizarse. Es decir: ni pensar-ni-nombrar-ni-saber-acerca-de-sí.

El sueño indicaría, en el epílogo de su análisis, que la Sra. Oggi parecía estar en condiciones de recurrir a sectores de sí misma capaces de simbolizar el terror al nacimiento y la locura, otorgándole figurabilidad a “un nuevo modo de nacer”, preservándola quizás ante la eventualidad de futuros “abortos”.

Para finalizar, hacemos nuestras las palabras del poeta Hugo Mujica:

DESPUÉS LETRA A LETRA

Luna

Entre los campanarios de una iglesia

También los caminos huyen y, a veces, el cuerpo

Miente sus sombras.

I.

Al principio todo fue blanco, blanco luna (la desnudez de un cuerpo sin nombre), después, letra a letra, la escritura (y la sombra de las palabras: el camino de narrar la noche)

II.

La muerte
Es la ausencia de la palabra muerte.
Como al principio, como la desnudez, como sin decir yo.

III.

La ausencia no solo calla:
También bautiza.

Hugo Mujica, *Sed adentro* (2001)

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU, D. (1985) *El yo piel*. (1986) Biblioteca Nueva, Madrid.
- BARANGER M. Y W. Y MOM, J. (1988) El trauma psíquico infantil. (1998) *Libro anual de Psicoanálisis*, Buenos Aires.
- BLEGER, J. (1967) *Simbiosis y Ambigüedad*. (1997) Editorial Paidós. Buenos Aires.
- ERICKSON, M. *Los sueños de Sigmund Freud interpretados*. (1973) Editorial Hormé, Buenos Aires.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1999) *Un ensayo sobre la Interpretación Psicoanalítica*. (1999) Editorial Polemos, Buenos Aires.
- FREUD, S. (1916-17) Conferencias de introducción al psicoanálisis. (1986) *Obras Completas*, vol. 16, Amorrortu Ed., Buenos Aires.
- (1917) Duelo y melancolía (1986). *Obras Completas*, vol. 14, Amorrortu Ed., Buenos Aires.
- (1926) Inhibición, síntoma y angustia (1986). *Obras Completas*, vol. 20, Amorrortu Ed., Buenos Aires.
- (1927) Fetichismo (1986). *Obras completas*, vol. 21, Amorrortu Ed., Buenos Aires.
- KAÉS, R. (1979) *Crisis, Ruptura y superación*. Ediciones cinco. Buenos Aires.

- LACAN, J. (1956-57) *El Seminario 4. La relación de Objeto*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- MAHLER, M.; PINE, F. Y BERGMAN, A. (1975) *El nacimiento psicológico del infante humano*. (1977) Editorial Paidós, Buenos Aires.
- MELTZER, D. (1974) *Los estados sexuales de la mente*. Ediciones Kagieman, Buenos Aires.
- MUJICA, H. (2001) *Sed adentro*. Editorial pre-textos, poesía.
- SCALOZUB, L. (1998) El duelo y la niñez en "psicoanálisis". *Revista de la APdeBA*, tomo XX nº 2, Buenos Aires.
- WINNICOTT, D. (1960) *Deformación del ego en términos del self verdadero y falso*. Editorial Laia.
- (1963) "De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo". *Exploraciones psicoanalíticas*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- (1965) "El concepto de trauma en el desarrollo del individuo". *Exploraciones psicoanalíticas*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

DISCUSION DEL TRABAJO

Dr. Alejandro Gallo: Está abierta la discusión.

Dr. Pedro Boschan: Quería hacer algunos comentarios sueltos. Me pareció muy significativo este sueño, que se toma como eje de la discusión. La paciente en esta ocasión en vez de traer la desnudez trae el sueño, y esto me parece que es un elemento muy importante por el rol que juega esta erotización-exposición en esta relación analítica. Cuando al final, en la página siete, dicen que la erotización es el modo de evitar contacto con la realidad psíquica, yo creo que es una defensa contra esta toma de contacto. Pero por otro lado uno pensaría que esta erotización fue un elemento constitutivo muy importante de un proceso analítico, que según el analista (yo no estoy de acuerdo), sin esto no pudo llevarse a cabo. Desde la perspectiva de Kaspi, uno diría que la erotización no era solamente para evitar tomar contacto sino que era lo que permitió tomar contacto.

Dos referencias que yo recomendaría cotejar con el trabajo de Ferenczi que se llama "La confusión de lenguas entre el niño y le adulto", que justamente se refiere a este párrafo del sueño donde ella habla el lenguaje de los bebés "pero no es entendida"; y esto es seguido inmediatamente por las corrientes eléctricas, o sea por la

erotización aplicada por el analista. Me parece que éste es un punto útil de visualizar. Otra cosa, creo que no es solamente que el analista está investido narcisísticamente por la paciente sino, como ustedes señalan en los comentarios sobre las secuencias, creo que la paciente también está muy investida narcisísticamente por el analista. Me parece que el analista no es que reprime sino que disocia su contratransferencia, y por esto carece de un registro de lo que desde afuera se ve como una evidente actuación erotizante. Me parece que esta disociación funciona permanentemente llevando a que la sesión analítica se transforme en otra cosa sin registro. Por esto refería yo al tema de la confusión de lenguas, donde el adulto responde en un lenguaje supuestamente adulto a lo que en el niño es un pedido de otra cosa. Creo que de algo de esto habla la paciente en el sueño.

Por otra parte diría que este análisis tiene cosas que son notablemente similares a lo que describe Ferenczi en el análisis de Elisabeth Severn. A tal punto que algunos párrafos, yo no los cotejé, se parecen notablemente a las demandas de la paciente sobre el tipo de relación transferencial, etc.

Ultima cosa, ustedes hablan en la página tres de modos de fusión, yo estoy un poco desconcertado. Me da la impresión que hay dos ideas planteadas que se contraponen y que tienen que ver con la erotización como defensa y, por otro lado, con esto de la erotización como un modo de fusión. Yo creo que son dos ideas completamente diferentes, lo cual no quiere decir que no puedan coexistir, pero creo que habría que darles una cierta relación dialéctica. Gracias.

Dr. Luis Minuchin: Quería hacerles algunos comentarios respecto de lo que ustedes plantean. Tomando la entrevista inicial, ¿no estará la paciente identificada con la abuela en una situación culposa? A tal punto que el analista la piensa como un muerto. Esta me parecía la forma como la paciente tiende a retener los objetos, identificándose; lo cual le provoca todas las dificultades consecuentes en la resolución de sus conflictos.

La otra pregunta que quería hacerles, es que ustedes plantean el odio como reactivo a la falla materna. ¿Hay odio reactivo a la falla o es un impulso debido a una falta inicial que la llevaría a la búsqueda de tener contactos corporales que le den sostén y coherencia al *self*? La paciente se maneja con un lenguaje corporal y eso se dio desde el comienzo. Ustedes plantean que el contacto corporal estuvo presente desde la primera entrevista, creo que allí el analista le tocó

la pierna. El primer contacto más que verbal ha sido físico, un lenguaje muy primitivo correspondiente, como ustedes lo toman, en relación a los chicos. Los chicos parecen no tener lenguaje verbal de inicio, sino esencialmente corporal.

En relación al punto dos del trabajo, quería hacerles algunas preguntas dado que comienzan planteando que es válido pensar la problemática de la paciente desde la sexualidad, ¿suponen que todo lo que han discutido en el punto uno, no es discutido dentro de la sexualidad? Pareciera que quieren marcar que allí, en el punto dos, van a hablar de la sexualidad. En ese sentido me parece que habría que diferenciar desvalimiento de castración. Considero que lo que quieren diferenciar es que la paciente no es deseante, en relación a la búsqueda de un coito. Es cierto. En el lenguaje en que lo está planteando, como en el lenguaje corporal, es contrario a buscar un objeto que tenga interés y no la abandone. La otra pregunta es en relación a la idea del fetiche que plantean. Creo que Freud lo postula en relación a la ausencia del pene en el hombre específicamente y lo conecta con la psicosis y con la perversión. Esto llevaría a plantearse cómo la ven o suponen a la paciente con respecto a un diagnóstico psicopatológico. Si la ven como un cuadro más cerca de la psicosis y la perversión o si la piensan como una paciente más evolucionada.

El último comentario que les quería hacer es que la paciente esencialmente se ha manejado con un lenguaje corporal, cuando plantea que se identifica. Coincido con lo que ustedes proponen en el sentido que identificar es una expresión física de algo que ella no puede pensar. Toda la defensa central de esta mujer sería mantenerse imbécil, ante el terror de lo que sería para ella tener que pensar y consecuentemente elaborar esta situación.

Dr. René Epstein: En primera instancia quería hacer una pregunta. Ustedes hablaron algo acerca de cuáles han sido las condiciones que se plantearon ustedes mismos para poder abordar el trabajo. Había cristalizado en estos tres ejes de análisis que mencionan. Me gustaría saber si la propuesta original incluía alguna formulación en cuanto a qué es lo que se pretendía recibir de las instituciones, como para que ello facilitara hacer algún tipo de trabajo comparativo. Estuve tratando de ver qué autores aparecían en la presentación de ustedes, para ver qué espacios conceptuales utilizaron. Veía un fuerte apoyo en Freud para tomar la idea de trauma, y que el apoyo en Lacan está vinculado al tema del fetiche. En cuanto al proceso, se

ve que está tomado desde Winnicott, que también aparece en la cuestión del trauma, pero desde un ángulo diferente al de Freud. En general, me parece que hay un eje conceptual, en este sentido, que aparece sistemáticamente en relación con esta paciente. Está mencionado por Luis cuando habla de cuál sería el diagnóstico: sería la constitución de la paciente en cuanto a su Yo (por decirlo así), o en cuanto a su capacidad de organización, en función de fenómenos estructurales tempranos; desde el punto de vista del proceso de psicogénesis. Esto sintetizaría espacios conceptuales para reunirlos o cotejarlos, por ejemplo en cuanto a “trauma temprano”.

Dr. Julio Moreno: Yo quería resaltar algo para llevarlo a la discusión. ¿A qué llamamos transferencia? y ¿Cuándo la transferencia como repetición del pasado en el presente analítico es “utilizable” y cuándo no lo es? Me parece que este caso es paradigmático para poder discutir esto. A Freud le pasó algo parecido cuando el Hombre de las Ratas se paró, empezó a gritarle cosas como si él fuera “su capitán”. Freud le contestó de una manera muy poco “analítica”. Le dijo “Yo no soy su capitán”, lo cual fue un modo de decirle que eso cayó por fuera de la posibilidad de ser analizado. “Una vez que usted recuerde repitiendo transferencialmente se va a poder tomar su recuerdo en transferencia como elemento de análisis”. Lo cual no quiere decir que haya otras posibilidades de usar esa actuación —una especie de repetición *in vivo*— transferencial. Pero me parece que claramente se ve, en el caso que nos toca, cómo esta especie de intento del analista de traducir la erotización transferencial en una repetición vivencial de erotización infantil traducida en palabras, termina siendo una suerte de caricatura. Otra cosa es que la caricatura funcione bien. Pero me parece que sería un lío tratar de inscribirla dentro de la teoría freudiana, de la clínica y del uso de la transferencia.

Dr. Hugo Lerner: Este material yo lo había leído hace un tiempo y vuelvo a pensar como entonces, que es una situación clínica muy compleja. Voy a empezar por lo que me suscitó lo que dijo Julio Moreno. Yo también creo que acá hay deslizamientos, tal vez porque todavía no están teorizados del todo determinados conceptos dentro del cuerpo teórico psicoanalítico. Yo me preguntaría lo mismo que Julio: ¿todo lo que aparece aquí es transferencia?, ¿transferencia desde la noción de repetición o desde una noción de transferencia que contemple la creación de lo nuevo?

En este caso creo que nos encontramos con alguna situación nueva que se está dando en ese vínculo muy particular, en el cual algunos elementos son usados por la paciente para comunicar algo. No sé si para comunicar o para crear algún hecho nuevo, inédito.

Me parece que hay dos modos de enfocar este material que aparece en esta presentación de ustedes, que ya es un clásico en muchas discusiones, ¿dónde punteamos el centro de la discusión? En lo primitivo, que sería el punto uno o en lo no tan primitivo, que sería más lo ligado a lo edípico y la castración. Este es un tránsito en nuestros intercambios que se da siempre y que de alguna manera lo toma Luis Minuchin cuando dice: “¿pero cómo, esto qué es, desvalimiento o sexualidad?”. Yo me pregunto ¿acaso cuando hay desvalimiento no podemos pensar la sexualidad? A partir de aquí creo que los diferentes autores que nos fueron visitando a través de sus lecturas, dejaron improntas y nos hacen ver de diferentes maneras esta situación. Esta paciente, es una persona muy perturbada, muy traumatizada en la infancia (y uso trauma en el más fiel sentido freudiano). Algunas cosas que plantean los autores en el punto uno, yo estaría del todo de acuerdo. Creo que es una paciente desesperada por la búsqueda de un vínculo. Las llamadas telefónicas, por ejemplo. Ya que ustedes usan tanto a Winnicott en esta comunicación, recordemos el trabajo de él acerca del cordel en el que cita a aquellos individuos que no pueden dejar de hablar por teléfono; que en los momentos libres hablan casi compulsivamente por teléfono para negar la separación. Una búsqueda casi compulsiva de contacto.

Por otra parte, yo aquí traería algo que ustedes plantearon. El tema de ausencia o presencia. También hay dos modos de entenderlo, como la planteó Klein, como lo plantea Green: para este autor en este caso habría un trastorno de la simbolización muy primitivo. Con lo cual yo estaría de acuerdo con vos, Héctor. Green se juega mucho diciendo que en estos pacientes lo que hay que hacer es prestar la palabra. Hay ausencia de palabra y nos alerta que a este tipo de pacientes deberemos “prestarles el pensamiento”. Según mi lectura, la problemática de esta paciente está ubicada en algo más primitivo. Por lo tanto en relación al tema de la sexualidad que plantearon algunos, lo pienso más como un artefacto defensivo, como una estructura defensiva frente al vacío o la desesperación, frente a la no constitución yoica. Esta paciente tiene un Yo que no se ha construido bien. Piera Aulagnier trabajó mucho acerca de cómo el sufrimiento extremo produce alteraciones en la construcción yoica.

El analista, en este caso, se ve muy involucrado en la contratransferencia, no sabe qué hacer ante una demanda tan imperiosa. Yo creo que la sexualidad (alguien lo dijo acá) funcionaba como un grito, como lo que planteó Joyce McDougall con la neosexualidad, creo que algo de este orden podemos pensar en este caso.

Dr. Héctor Krakov: En principio quiero agradecerles la presencia y la participación. Lo digo ahora por la participación de Hugo. Me parecía que era importante que hubiera comentarios de personas que leyeron muy intensamente a Winnicott, para este caso en particular. Nosotros, como grupo de trabajo, estuvimos muy contentos con lo que hicimos. Nos costó trabajo salir, en las primeras reuniones, de criticar fuertemente al analista. Hasta que encontramos esta idea de los ejes conceptuales y el enlace con los sueños. Esto nos abrió un campo muy fértil de trabajo. Además nos llevó también un tiempo generar acuerdos entre nosotros; por ejemplo que no hay una clínica que diga la verdad última sino que las distintas adscripciones teóricas nos daban diferentes aproximaciones al material, que a su vez estaba también definido por el marco teórico con el que estamos trabajando. En ese sentido creo que este tipo de modo de trabajo grupal en APdeBA es muy importante. Me refiero a una convocatoria abierta, así como la posibilidad de trabajo entre distintas generaciones dentro de la Institución. Esto da una amplitud y un panorama muy enriquecedor y multiplicador.

Dos o tres ideas con respecto a los comentarios. Me parece que a nosotros no se nos escapa que la primera parte también tiene que ver con sexualidad, pero que el aporte del segundo eje era un intento por abarcar la temática de la erotización transferencial; ¿qué se hace con una paciente que se desnuda en el consultorio? Cómo se aborda una sesión en la que el analista le pasa la mano por encima del cuerpo a la paciente y que ella, a su vez, en una sesión le manotea los genitales al analista. Quisimos tratar de abarcar en el segundo eje qué pasa con este tipo de problema clínico y cómo se abarca teóricamente.

Dra. Mary Kuitca: Me llamó la atención lo que marcaron con respecto al abandono, acá dice tres años, no sabemos exactamente. Pero toda la discusión alude a la etapa anal, no sólo en general sino en esta paciente. Creo que puede ser muy interesante esa profundización en el proceso anal para este trabajo y en esta paciente. A lo largo de la etapa anal, los niños recurren a desnudarse; todos

conocemos cómo los niños corren por la casa desnudos y los padres detrás, a veces divertidos y otras enojados. Ese es un elemento que me llamó la atención en cuanto a repetición; también hay vínculo nuevo. ¿Cuál es la modalidad de la paciente en este vínculo nuevo? Ustedes no dicen si éste era un hábito o no. Pero sí que en la sesión hace recordar esta situación infantil. Según la respuesta ambiental será la elaboración de ese momento, del desnudo. Acá tenemos respuesta conflictiva para todos como analistas, pero ella tuvo una respuesta ambiental que fue el abandono. Ella “murió” por tratar de concretar lo edípico. Entiendo que es difícil atravesar el desnudo como analistas, pero lo interesante es utilizar en sesión una regresión tópica, como lo describe Bollas, de la mente al cuerpo y llevar eso al área de trabajo, del vínculo.

Dr. Enrique Alba: A mí lo que me venía a la cabeza en relación al trabajo, a las articulaciones y a los temas que venían hablando, son dos ejes que me parecen difíciles de relacionar. Son trauma y castración. Llamativamente aparecen también en el sueño, en estos dos agujeros. Un agujero que es nombrado en el sueño, el agujero de un diente. Otro que queda sin ser nombrado, es el del diente sano que cae. La discusión que se ha armado entre los que han hecho el trabajo es decir ¿y eso a dónde va? Porque en realidad la paciente dice “sobre mi diente”. Si uno le presta creencias a las palabras de la paciente, “el yeso va sobre mi diente que es uno solo”, y que nosotros supondríamos que es el diente agujereado. Me parece que acá se plantea un problema entre trauma y castración; yo me preguntaba si la castración es el trauma o si la castración es una pérdida, que no necesariamente implica un trauma. Y esto, sobre todo, porque en el final me parece muy interesante la voz del poeta que dice “La ausencia bautiza”. O sea, tiene que haber una pérdida para que pueda aparecer un nombre. Me parece que acá sería interesante poder seguir la discusión sobre si la castración es un trauma.

Héctor Klein: Héctor Krakov ha transmitido muy bien de qué manera el modo de trabajo grupal, y la forma en que fue convocado el grupo de trabajo, fue considerado por nosotros un modelo interesante de ser tomado en cuenta como tema de política institucional. Quisiéramos escuchar sus opiniones al respecto. Yendo al contenido del trabajo y a lo que va surgiendo como discusión, me quisiera referir a cómo entiendo las diferencias o relaciones entre castración,

desvalimiento y trauma. La diferencia entre desvalimiento y castración es que en esta última la falta, la carencia tiene valor operatorio, es recurso. En el desvalimiento subrayamos que la carencia es también carencia de recursos. Algunas veces se equipara desvalimiento y trauma, otras, como plantea Freud en el Hombre de los Lobos, es a partir de la asunción de la castración que el material cifra lo que entonces es pasible de ser leído como trauma. Yendo al caso del fetichismo, obviamente la referencia es la castración. En ese sentido el fetichismo es un modo de operación con la falta. Ahora, se entiende que el falo de que se trata es el falo de la madre. Para Lacan tratándose del falo de la madre en el fetichismo, es el falo “en tanto no está”. Esta operación a mi criterio hace más a la constitución del Yo que a la operación del deseo. Implica que el agujero se imaginiza en la escena, siendo ese agujero imaginizado soporte del Yo-borde-cuerpo.

Dr. Horacio García: Voy a tratar de plantear algunas ideas con respecto a la clínica de esta paciente. Me parece que ha vivido en un ambiente caótico. Frente al ambiente caótico, sobre todo en los inicios de la vida, lo que se produce usualmente es una introyección de ese caos y la estructuración de un falso *self*. Ahora ¿cómo se plantea uno las situaciones frente a este tipo de patologías de un falso *self*? Tengo que hablar de psicopatología. Lo que me parece bastante claro es que esta paciente tiene todos los aspectos de una paciente borderline. Hay un trabajo muy interesante de Alfredo Paineira, y todo lo que dice el autor pasa con esta paciente, y también pasa con el analista. En cuanto al tema del falso *self*, hay dos líneas fundamentales; los falsos *self* de pacientes esquizoides que son coherentes y cohesivos, adaptativos y otro tipo de falso *self* que sería el falso *self* de pacientes borderline. El falso *self* de los pacientes borderline es facetado. Es un conjunto de identificaciones que conviven. En el tratamiento aparece el caos y el analista, dice Winnicott, se psicotiza junto con el paciente. Vive en un ambiente psicótico y él siente cosas psicóticas. Yo pienso que es lo que ocurrió en este tratamiento. Por eso me parece que es central, dentro de las posibilidades de introyecciones masivas productoras de falso *self*, plantearnos qué consecuencias tiene esto en el tratamiento. Hay situaciones caóticas que vuelven, y en esta paciente lo que prevalece es una elaboración de la posición depresiva, más que una elaboración del primer período de la dependencia absoluta. La posición depresiva en el desarrollo

es importantísima, y trae toda una serie de consecuencias que obligan al medio que la cuida, y al analista que está tratando al paciente, a toda una serie de actitudes. ¿Por qué digo posición depresiva? En la posición depresiva lo que pasa tiene varias consecuencias en el desarrollo humano. Una es la aparición de la culpa auténtica, otra es la capacidad de conocer y de cuidar al no Yo, la diferenciación de la realidad, lo real de lo imaginario, la diferenciación del Yo-no Yo. ¿Cómo se divide la realidad según Winnicott? “Lo que yo agredo y destruyo no es real, lo que yo agredo y sobrevive es real”. Esto tiene que ver con la creatividad, entre otras cosas. ¿Qué importancia tiene esto para este tratamiento? Yo pienso que esta paciente está en una situación en la cual ella tiene toda una serie de conductas agresivas para con el analista, lo ataca continuamente. Yo creo que éste es un tratamiento bastante exitoso porque el analista logró, lo que tiene que lograr el medio ambiente en la posición depresiva: sentir, resistir y sobrevivir. Sobrevivir quiere decir no cambiar en el curso del tratamiento.

Dra. Reggy Serebriany: Este trabajo me parece de una gran complejidad. Si sumamos las aportaciones que se hicieron desde distintos esquemas referenciales, la complejidad aumenta y dificulta la discusión. Me voy a referir solamente a dos puntos. Primero: en el grupo en el que estuve se planteó la cuestión de la representatividad, y voy a repetir algo que dije en ese momento: estoy de acuerdo con la representatividad en lo que tiene que ver con aspectos societarios, políticos o administrativos. Pero no en lo que atañe al pensamiento científico, porque representar científicamente a una institución supondría que hay una sola idea científica, y creo que esto no es así, por lo menos en APdeBA.

Segundo: No voy a hablar del caso, que ya dije que es muy complejo, sino señalar un solo punto. En la página cuatro habla de algo que reitera una historia infantil en la que el juego presencia-ausencia, ausencia-presencia, no puede completarse. Yo pienso de otra manera esta situación. En primer lugar tengo que decir que pienso a esta paciente como una borderline; cumple con casi todas las características que señala Green para estos casos. La presencia para el *infans* es la presencia real del objeto; la ausencia, si todo anda bien, es lo que va a poner en marcha la función de representación (Freud) o la constitución del aparato para pensar pensamientos (Bion). Y es lo que va a permitir tolerar la espera hasta la reaparición

del objeto. Pero la presencia no se opone solamente a la ausencia (además la ausencia es presencia potencial en un aparato mental desarrollado), se opone también a inexistencia. Creo que cuando la ausencia no es carencia, sino inexistencia del objeto, aparecen todos estos fenómenos que aparecen en esta paciente. No es que ella perciba o pueda pensar en la inexistencia del objeto, sino que siente que es ella la que no existe o está en peligro de no existir. Por eso cuando ella toca o la tocan tiene una percepción que le permite sentir que por lo menos “eso” existe. Creo que es una de las situaciones básicas de esta paciente, y si uno piensa así, hay muchas otras situaciones que tienen que ser pensadas de otro modo. Por ejemplo el duelo: en este contexto no hay duelo posible, ya que el duelo tiene que ver con la posibilidad de simbolizar la pérdida y para esto se necesita un aparato mental capaz de simbolizar la ausencia, en primer lugar, pero la inexistencia es otra cosa. Esto me hace ver a la paciente de manera distinta a como la ve el analista. Me parece que el analista le habla a la paciente como una neurótica, tal vez una histérica, pero no como a alguien que tiene esta falla fundamental en su pensar y en su relación de objeto.

Dra. Lidia Scalozub: Voy a empezar por lo de Reggy porque me evocó algo que decimos en el trabajo en relación al momento en que la encuentra Kaspi que es el momento de una muerte, de una inexistencia que tiene un valor de duelo diferente a las otras pérdidas. Lo que tratamos de conceptualizar es, precisamente, la idea de que esta muerte reactiva todas las otras pérdidas por esta cualidad de inexistencia, de pérdida definitiva. Pero por otra parte tiene la capacidad de evocar en Kaspi una muerta. La pregnancia que tiene esa situación en la que la encuentra Kaspi tiene que ver con toda esta situación de pérdida, de inexistencia, de ausencia, por eso no la ve como una paciente sino como una muerta. Creo que él se recupera de esa idea cuando la toca y ella puede responder con palabras. La línea que voy a tomar es acerca de todo lo que se dijo del lenguaje. En primera instancia, cuando Pedro mencionó que se dice que está vestida y cuenta el sueño, creo que es porque viene vestida de palabras. Es la primera vez que ella puede contar un sueño completo, recordarlo, referirlo y relatarlo. Me parece que ahí algo cambia, en donde ella se puede vestir de un lenguaje hablado. En la página seis mencionamos “me toma la mano, me acaricia y yo hablo”. Hay un acceso al campo de la palabra desde ese lenguaje no verbal que le

trasmite el analista cuando la toca. Ahí hay otro tipo de lenguaje, este lenguaje primitivo pero que a ella le permite un acceso al campo de la palabra. Hubieron varias referencias al lenguaje. Hugo dijo algo que me parece importante y que tiene que ver con otro aspecto que se mencionó poco, es el padre. ¿Dónde está el padre y la mirada del padre? Hugo dijo “fue traumatizada en la infancia”; yo creo que fue traumatizada porque la madre la dejó, porque la abuela no la quiso y porque el padre no la miró. Me parece que todo esto arma una situación traumática que a ella la deja sin palabras. Me parece que su desvalimiento y desamparo, que aparecen en varias situaciones, tienen que ver con esto. El sueño final nos parece como un acceso a la palabra mucho más elaborado y que da cuenta de este momento del proceso donde ella se permite poder hablar del terror al dolor y a la locura en los ojos desorbitados, y poder preguntarse si valió la pena haber nacido en relación a su historia de abortos pero también a no haber sido deseada mujer. También ahí me parece que hay un punto importante a ser tenido en cuenta en la revisión histórica.

Dra. Ana María Muchnik: Muy interesante el aporte de ustedes al trabajo. Cuando leí el caso Oggi me produjo una sensación de asombro y pensé, ¡qué estoico este analista! No me surgieron críticas en relación al trabajo que hizo, sino me pareció un trabajo clínico de avanzada para la época.

Con respecto a lo que ustedes traían y a la pregunta que surgió aquí, acerca de ¿a qué llamamos transferencia?, yo pensaba que el analista logró una evolución desde lo concreto del cuerpo a la simbolización. Ustedes mismos lo mencionan en relación al último sueño. Y se fue logrando esa evolución desde lo que Piera Aulagnier conceptualiza como la violencia primaria. Lo que surgió como idea en relación a si el analista estaba disociado en lo que sentía y lo que le transmitía a la paciente, yo creo que operó con lo que todos llamamos disociación operativa como defensa y que todos utilizamos para realmente hacer de la transferencia un instrumento. En esta situación transferencial que se planteó, él va utilizando, desde lo concreto hasta lo simbólico, un instrumento de la situación que se genera en el campo transferencial con todas estas vicisitudes tan difíciles que todos fueron nombrando. Otra cosa que quería decir es que en el hecho evolutivo de la desnudez, para mí la paciente apela a la necesidad de gritar en lo concreto un llamado, una necesidad de vínculo, de contacto, de contención en una etapa muy primaria.

Vinculado a faltas muy tempranas. Bueno, no quiero repetir porque ya se habló de las llamadas telefónicas como una manera de reasegurarse que el analista estaba a pesar de la ausencia. En este mismo sentido.

Dr. Guillermo Bruschstein: Les agradezco la invitación, es un placer estar acá en APdeBA. El material lo había leído con anterioridad. Esta iniciativa de la Escuela de Psicoterapia es muy atractiva porque me da la impresión que nos permite investigar. Hubo algunos comentarios que me parecieron muy interesantes. Ante todo me parece que nos enfrentamos con un problema metodológico al trabajar este caso, porque hay dos análisis dentro del análisis. En primer lugar, es el análisis de la paciente en sí misma. En segundo lugar es el análisis del proceso analítico. De todos modos están íntimamente relacionados y los podemos tomar desde distintos vértices, para seguir trabajando al respecto. Se dijo mucho acerca del análisis de esta paciente, yo me quería centrar en el tema del proceso. Una de las preguntas era si había habido o no proceso terapéutico, porque me parece que ésta es una cuestión interesante. Entiendo que hubo proceso terapéutico, pues se pudo evitar la internación de la paciente. Es una paciente severa, más allá del diagnóstico. Al principio a nosotros también, en el trabajo que hicimos colegas de APA, nos resultó difícil ubicarnos con respecto al analista; nos pareció exhibicionista. Pero de todos modos él dice alguna cuestión como punto de partida: que se encuentra con una paciente muerta. Es una muerta-viva, que se convierte en el transcurso de este proceso en una viva-muerta. En ese sentido podríamos pensar que sí existió un déficit por parte del analista y es bueno discutirlo; no para criticar al analista sino para poder seguir avanzando en ciertas cuestiones que hoy, en el análisis contemporáneo, nos estamos planteando. Uno de los problemas es no quedarnos atrapados en las limitaciones conceptuales teóricas. Es así que el analista, al quedarse atrapado en una concepción, creo yo, y como él lo refiere, en una concepción meramente winnicottiana y no del todo bien entendida, hay algunos aspectos que no puede leer y, en ese sentido, me parece que es un análisis deficitario. En principio está demasiado estimulada la erotización, el analista cuenta que él no es sólo analista sino que es especialista en técnicas corporales. El primero que toca a la paciente es él, la paciente no le pide que la toque. Puede ser que desde esta concepción teórica sea importante hacerlo para crear una transferen-

cia. Pero me parece que se le va de las manos, porque hay más acto que interpretación por parte de él, y queda atrapado en la transferencia en una posición meramente materna. Más allá de que él es un terapeuta hombre, sabemos acerca de la función paterna. Y me parece que acá hay un déficit muy importante en la simbolización. Si hablamos de transferencia, me parece que el analista entra en un déficit transferencial. Cuando el analista le dice a la paciente que él no puede comprender todo, que su ser comprensivo tiene límites, yo entendí que él estaba haciendo referencia a que no sabía cómo continuar con este proceso. Bueno, habría mucho para hablar pero no me quiero extender, Gracias.

Dr. Horacio García: Yo quería aclarar que este análisis de ninguna manera puede ser descrito como un análisis winnicottiano. Lo que yo dije es una interpretación winnicottiana de un análisis que tiene muchos problemas y muchas dificultades; no es de ninguna manera como trabaja un analista que ha leído a Winnicott.

Lic. Susana Piñero: En realidad me interesó algo que dijo Pedro Boschan cuando hablaba del modo de fusión como dos ideas planteadas: una que toma la erotización como defensa y otra en la que la erotización aparece como un modo de fusión. Yo me quedé pensando si una no da cuenta de la otra. Por ejemplo: se habló mucho del estado en que llegó esta paciente y de todo lo que padeció, y de la necesidad imperiosa de fusionarse a otro como para tener una vida. En esa fusión, en realidad, ella se erotiza y erotiza el vínculo. Nosotros charlábamos muchísimo en las reuniones del grupo de autores, y pensábamos que lo que generaba esta erotización era impedirle pensar al analista, que pueda tener una distancia; pero que a su vez también lo tenía agarrado. Me parecen que están las dos cosas ligadas, por un lado la necesidad de fusionarse para sentirse viva y sentir la existencia, pero también esa misma fusión la utilizaba como una defensa para no independizarse, para no sentir, para no pensar. Por eso se me ocurrió que eran conceptos que podíamos articular.

Dra. Virginia Ungar: Me parece que recién ahora está apareciendo un plano de discusión. Una de las cosas que me pregunté es por qué se habrá elegido este caso. Me pregunté si no tendría que ver con la aparición en nuestros consultorios de casos con algunas

características como el de la Señora Oggi. Yo creo que cuando hablaban de un posible diagnóstico de patología borderline yo podría estar de acuerdo. También creo que se inscribiría dentro de las llamadas patologías del vacío. Acá surge la verdadera discusión en cuanto a la fundamentación teórica sobre este análisis. Solamente quiero referirme a una cuestión en la que el analista, después de terminar la sesión maratónica de siete horas, le da una interpretación que termina cerrando mucho. El le dice que realmente ha podido encontrar la causa de la carencia, que él le pudo proporcionar a la paciente aquello que le faltaba y, a partir de ahora, él no tiene la teta para darle pero le da el seno materno con el cual esta paciente va a poder hacer la elaboración. Eso me pareció muy discutible.

Dr. Julio Moreno: Hacer afirmaciones sobre este caso creo que es complicado porque faltan muchos elementos históricos de esta paciente que no están tomados en cuenta. Me parece que es una paciente que está poco descripta. Una es la consideración sobre la paciente y otra la consideración sobre el tratamiento de esta paciente. Tomando el plano de lo simbólico que trae acá Hugo, simplemente no parece ser una paciente que esté trabajando precisamente en ese plano. ¿Qué significa pasarle “simbólicamente” la mano a una paciente que no está en el plano de lo simbólico? Me parece que esa actitud no puede ser metabolizada por la paciente de una manera simbólica, sino como una expresión casi concreta de un toqueteo reprimido o inhibido.

Dr. Alejandro Gallo: Bueno, creo que tuvimos un Ateneo muy interesante. Finalmente queremos invitarlos a las Jornadas donde se va a presentar el Caso Oggi, que es el 6 de Septiembre en la Escuela de Psicoterapia. Muchas gracias.

Mónica Cardenal
Basavilbaso 1378, 1° “D”
C1006AAD, Capital Federal
Argentina

Héctor Clein
Ciudad de la Paz 2139, 1° “C”
C1428CPI, Capital Federal
Argentina

Héctor Krakov
Cerviño 3527, 10° “A”
C1425AGE, Capital Federal
Argentina

Clara Margulis
Scalabrini Ortíz 2890, 6° “E”
C1425DBW, Capital Federal
Argentina

Susana Piñero
Scalabrini Ortíz 2890, 6° “B”
C1425DBW, Capital Federal
Argentina

Lidia Scalozub
Malabia 2330, 1° “10”
C1425EZH, Capital Federal
Argentina