

ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO A UN CASO CLÍNICO

“El trabajo psicoanalítico requiere prudencia, resignación y paciencia”

Luis Chiozza (1979j, pág. 196)

Presentaremos el caso de una paciente que, durante el período en que se analizó, permanecía en silencio de manera sostenida, mostrando una resistencia casi sistemática a asociar libremente¹. Nos pareció interesante traerlo porque tenemos la impresión de que, no obstante, se pudo trabajar psicoanalíticamente².

Soledad, de 21 años, se presenta como una joven de aspecto agradable, que asume una actitud cordial y colaboradora durante la entrevista. Consulta porque se siente muy angustiada debido a las dificultades en la relación con su madre. Si bien repite varias veces que “no sabe por dónde empezar”, habla fluidamente describiendo los conflictos familiares. Vive con los padres y con su hermano, tres años mayor. Estudia diseño industrial, juega al hockey y está de novia desde hace un tiempo. Se refiere con afecto al padre, con quien se lleva bien, aunque, tal como relatará en las primeras sesiones, él a menudo la pone en el lugar de “confidente”, diciéndole, por ejemplo, que no se separa de la madre por lástima. Explica que la madre sufre depresiones y se pone “nerviosa” por todo, siendo ella la principal destinataria de sus enojos, mientras el padre y el hermano no se involucran: *“De una situación estúpida salta todo lo que tiene para decirte (...)... como que para ella soy una... nena egoísta, caprichosa, que... y... no es... sé que no es así... porque no es que hago... ¡No hago nada malo!”*.

Relata un episodio reciente donde la madre se enojó con ella y hasta llegó a pegarle: *“Y me empezó a decir de todo, que yo era una egoísta (se angustia), que no hacía nada, que, no sé, yo me empecé a poner nerviosa, le empecé a gritar, nunca le grito porque se pone peor, y vino y me empezó a pegar para que pare de gritar porque los vecinos iban a escuchar que yo estaba gritando (...). Me empezó a decir que yo no la quiero, que yo a ella la odio, que no le hablo, que estoy en casa todo el tiempo con cara de orto, todo así, la realidad es que sí, que estoy con esa cara porque no quiero estar ahí”*.

Inicia un tratamiento de tres sesiones semanales a las que asistirá de manera puntual y regular, aunque pidiendo a menudo cambios de horario.

La actitud proyectiva de la paciente durante la entrevista, donde todo su malestar queda atribuido a los problemas de la madre, se expresa de entrada y de manera intensa en la transferencia. Ya en las primeras sesiones dice que se siente frustrada y manifiesta una gran resistencia a asociar libremente: *“Me frustra estar*

¹ Sabemos que uno de los pilares del trabajo analítico es la “regla fundamental”, que consiste en pedirle al paciente que comunique sus ocurrencias sin ejercer censura sobre ellas (Freud, S., 1913c). Pensamos que frente a un paciente que permanece en silencio de manera sostenida, resistiéndose a asociar libremente, podemos adoptar, en principio, dos actitudes. Una consiste en interpretar esto como una ruptura del encuadre y explicarle al paciente que si no comunica sus ocurrencias, no podremos seguir atendiéndolo. Otro camino sería tolerar el silencio y disponernos a trabajar en este contexto. Esta es la actitud que asumió la analista en el caso que traemos.

² El caso fue supervisado con el Dr. Luis Chiozza, quien brindó una inestimable ayuda a la analista para poder comprender y elaborar los contenidos que fueron surgiendo en el vínculo con la paciente.

acá, porque no... no sé cómo hacer (sonríe)... y no sé cómo me va a ayudar estar acá... mirando el techo". Esgrime que no se siente con la suficiente confianza para comunicar sus asociaciones y agrega: "Pero no es que no lo hago de cabeza dura, porque no quiera (sonríe), ¡no me sale!". Frente a la insistencia de la analista, dice: "Nunca me es fácil hablar de, no sé, de las cosas que me pasan, hablo mucho pero (sonríe) en ese sentido soy bastante cerrada con todo el mundo..."

Comienza a hacer largos silencios, actitud que sostendrá durante todo el tratamiento, pero que se volverá cada vez más marcada, llegando a veces a pasar una sesión entera sin hablar -como veremos, esta tendencia se verá interrumpida en algunas sesiones donde la paciente hablará de cosas significativas³.

En primera instancia, la analista interpreta esta actitud como hostilidad de la paciente, comprendiéndola como una repetición transferencial del vínculo con la madre, y piensa que ella ataca a la analista para defenderse de su propia persecución⁴.

Los silencios se vuelven más frecuentes y sostenidos; la analista decide seguir trabajando a pesar de esto, intentado elaborar la contratransferencia de fastidio, desánimo e impotencia que la situación le despierta⁵. Formula las interpretaciones a partir de sus ocurrencias contratransferenciales y le habla a la paciente, por ejemplo, de su desconfianza, de su intranquilidad y del temor a no sentirse comprendida.

Un mes después de haber iniciado el tratamiento, luego de permanecer en silencio y mostrarse irritada, la paciente de pronto dice: *"Ayer fue un día complicado en casa... porque..... mi tío, el hermano de mi papa, eh... se pegó un tiro... y se mató"*.

Relata que este tío estaba peleado con el padre, que ella venía diciéndole al padre que hable con él, porque no estaba bien, pero que el padre no quiso ver la gravedad de la situación. Agrega que el padre hace 20 años que no se habla con otro hermano.

A partir de este momento, la analista comienza a pensar que a los silencios de la paciente puede subyacer el temor a la locura. Una locura presente tanto en la madre como en el padre y en sus vínculos familiares en general. La analista piensa que la paciente teme que, si se entrega a la asociación libre, puedan surgir cosas "locas" que la lleven a desintegrarse o despersonalizarse, y que por eso permanece en silencio o relata situaciones puntuales, donde la locura queda proyectada "afuera". El episodio del suicido del tío da pie para hablar con Soledad de estas cuestiones, frente a lo que ella reacciona conmoviéndose, llorando y pudiendo hablar más de la situación familiar.

A pesar de este "punto de inflexión" en el tratamiento, retornan los silencios y el fastidio de la paciente. La analista continúa trabajando a partir de la elaboración de su contratransferencia, tratando de "ponerle palabras" al silencio.

³ Además de estas ocasiones puntuales, la paciente hablaba un poco más cuando respondía preguntas concretas de la analista o cuando realizaba críticas a sus familiares.

⁴ La analista relaciona los comentarios despectivos de la paciente con tendencias hostiles vinculadas a su rivalidad edípica. Piensa, además, que se siente culpable porque siente que permanece "unida" al padre, dejando excluida a la madre.

⁵ Racker (1959) subraya que los pacientes acuden a nosotros justamente porque son neuróticos y que, en este aspecto, ser analista significa *"no responder taliónicamente, no entrar en el círculo vicioso neurótico, no someterse a las defensas del analizado, lo que implica una continua actividad en la búsqueda de la comprensión"* (pág. 51). Enfatiza que es necesario hacer renacer la contratransferencia positiva de todo daño que haya sufrido, como el ave Fénix que resurge de sus cenizas.

Así, por ejemplo, en una sesión le interpreta que se siente aquí como con su mamá, que no la comprende, que es alguien a quien no tiene ganas de contarle sus cosas, que por un lado siente que la necesita y que se la tiene que aguantar, pero por el otro lado no la soporta. La paciente se pone a llorar y recuerda situaciones de pelea con la madre. En otra sesión, la analista le interpreta el abandono y el desamparo que siente, y Soledad reacciona poniéndose en posición fetal.

El análisis prosigue en este clima de silencios “recalcitrantes”, dificultad y transferencia negativa. A menudo la paciente dice que no quiere seguir viniendo, pero continúa, incluso cuando, a los tres meses de haber comenzado ella el tratamiento, el padre deja su análisis⁶. En algunos momentos menciona, al pasar, que está peleándose menos con la madre y que cree que esto se debe a que ella misma reacciona diferente.

A los cinco meses de tratamiento, la paciente pide anticipar su hora y -luego de silencios y con mucha dificultad- relata que, mientras pensaba por qué le costaba tanto hablar en las sesiones, releando un viejo diario íntimo recordó dos episodios que había olvidado. El primero fue cuando ella tenía 8 años, que encontró abierta la casilla de correos de la madre con correos que ésta se escribía con un amante. Y el segundo ocurrió a los 13 años, cuando encontró, en la computadora del padre, páginas abiertas de “acompañantes” que el padre había estado mirando. Agrega que, recientemente, buscando algo en el celular del padre se topó con un video de éste y los amigos, en calzoncillos, con mujeres en un departamento. Relata todo esto con mucha angustia y dice que son cosas que nunca pudo hablar con nadie.

La analista le señala que, si bien en aquel entonces había tenido sentido que ella no pudiera hablar estas cosas con los padres, llama la atención que le resulte tan difícil hablarlo ahora en la sesión. Intenta mostrarle la transferencia masiva que está realizando, donde siente hacia la analista la misma desconfianza que sintiera hacia los padres⁷.

La paciente dice entonces: *“(silencio) no sé, tengo como una sensación de que... que es algo de lo que no... no sé, no puedo hablar... que si hablo de eso, ya sé que, no lo hago racionalmente, pero tengo como una sensación de que si hablo de eso, no sé, como que explota todo, no sé... no sé cómo explicarlo”*. Y, más adelante: *“No sé, siento, o sea tengo 21 años y siento que por más de 10 años que tengo eso adentro y nunca se lo pude decir a nadie, bueno, a mi hermano quizás, pero... no sé, como que lo tengo muy reprimido... como que sigo mi vida... hoy, sabiendo que seguro mi viejo (sonríe) sigue haciendo lo mismo y tengo... tengo que seguir haciéndome la boluda, porque no sé qué voy a hacer, no...”*.

Esta situación da pie a elaborar estos contenidos y permite un cierto acercamiento:

“Paciente: Siento que siempre todo eso fue un proceso mío como... muy personal o individual, no..... nunca... muy pocas veces fui a contarle a alguien: ‘Mirá, me pasan todas estas cosas, no sé qué hacer’ (silencio).”

⁶ La analista sintió esto como una demostración de confianza, porque la paciente había sido derivada por la analista del padre.

⁷ Pensamos que la idea de que la paciente “repite” la desconfianza hacia la analista para no “recordar” la desconfianza que había sentido hacia los padres constituye un primer paso en la comprensión. Siguiendo a Racker (1959), podemos avanzar un poco más y pensar que ella “repite” la desconfianza para no “repetir” otras vivencias más resistidas, como por ejemplo el desamparo -frente al desmoronamiento de la imagen de sus padres- o también el desengaño y los celos -en la relación con el padre-. Si bien la analista pensó en estas cuestiones, no llegó a interpretárselas a la paciente.

“Analista: Sí, yo pienso que ahora... ahora sí lo estás intentando, no? esto de buscar ayuda, y me parece que lo hacés con mucha determinación, porque creo que en todo este tiempo no bajaste los brazos y de alguna manera... seguiste viniendo, no? y estás intentado porque creo que sentís que realmente es algo que querés lograr y que necesitas.”

A pesar de que la analista tiene entonces la clara sensación de una apertura y un progreso en la relación, en las sesiones siguientes se reinstalan el silencio y el clima de malhumor. La analista le interpreta a la paciente que se refugia en el silencio frente al miedo de seguir hablando de las cuestiones que han surgido.

No obstante, unas semanas después, Soledad decide interrumpir el tratamiento debido a dificultades con los horarios⁸⁹. Pensamos que el temor que ella había expresado de que, si hablaba, “explotara todo” reflejaba el miedo a ponerse más en contacto con sus propios aspectos enfermos y que, posiblemente, esto haya sido lo que la impulsó a dejar el análisis.

Bibliografía

FREUD, Sigmund (1913c)

“Sobre la iniciación del tratamiento”, Obras Completas, Tomo XII, Amorrortu Editores, 1979.

RACKER, Heinrich (1959)

Estudios sobre técnica psicoanalítica, Editorial Paidós, México, 1966.

CHIOZZA, Luis (1979i)

“Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia”, Obras Completas, Tomo VIII, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

⁸ Aquí aparece un aspecto “extorsivo” de la paciente, quien insiste en que no puede venir las tres sesiones y parece querer presionar a la analista para que acomode el encuadre o sus horarios a las necesidades de ella. Este aspecto se había manifestado ya durante el tratamiento en los reiterados pedidos de cambios de hora y es posible que la tenacidad con que sostenía sus silencios haya tenido también un componente “extorsivo”. En este sentido, nos preguntamos si hubiera resultado más eficaz tomar sus silencios como una ruptura de encuadre (ver nota 1). Nos inclinamos a pensar que no, pero la pregunta queda abierta.

⁹ En lo manifiesto, interrumpe en buenos términos, insistiendo en que ella no quiere dejar, sino que “no le queda otra opción”. Dice que se da cuenta de que tiene dificultades para hablar y que quiere reorganizarse para poder retomar más adelante. Sin embargo, han pasado casi dos años y todavía no regresó.