

EL ENIGMA DEL SÍNTOMA Y SUS CAMINOS EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: UN CASO CLÍNICO*

María Del Carmen Cota Piñeiro** y Janeth Pombo Ruiz***

Cuando intentamos prestar nuestra ayuda analítica al yo en su lucha contra el síntoma, descubrimos en el lado de la resistencia la actuación de los enlaces conciliadores entre el yo y el síntoma, no siendo nada fácil desatarlos".
(Sigmund Freud, 1925)

RESUMEN: Esta comunicación es una reflexión teórica sobre los destinos del síntoma y lo que puede encontrarse más allá de él, en un proceso de psicoterapia psicoanalítica, presentando un caso clínico de una niña que inicia su tratamiento durante la transición de la etapa infantil a la adolescencia, la cual sufría un trastorno de tipo narcisista con una relación de odio, rivalidad y envidia con su figura materna y que fue puesta muy claramente en escena a través de los distintos momentos clínicos de la transferencia que se estableció durante el proceso analítico. Se hacen reflexiones acerca de la contratransferencia que promueven los sujetos con trastornos de este tipo y se ejemplifica claramente con un lapsus de la psicoterapeuta en determinado momento intenso del tratamiento. Finalmente se realizan algunas referencias y reflexiones a partir de las aportaciones de diferentes autores importantes del psicoanálisis tanto de adultos como de niños y adolescentes en donde se puntualiza la

* Comunicación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

** Psicóloga. Psicoterapeuta Psicoanalítica de Niños y Adolescentes. Secretaria de Asociación Gallega de Psicoanálisis, AGAPSI. Santiago de Compostela, estudiospsi@hotmail.com cotapieiro@yahoo.com.mx

*** Neuróloga. Psicoanalista. Presidenta de Asociación Gallega de Psicoanálisis, AGAPSI. Santiago de Compostela, estudiospsi@hotmail.com janethpombo@hotmail.com

importancia de la construcción psíquica del cuerpo y los avatares pulsionales del adolescente.

INTRODUCCIÓN

El tema de este congreso sugiere variadas reflexiones, invita a escribir y compartir acerca de lo específico del Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica que es la ruta que marca el inconsciente a través del síntoma: caminos de dolor, amor, sufrimiento, fantasía, conflicto, deseo y de desajustes de la intrincación pulsional que constituyen el “más allá del síntoma”.

El síntoma representa siempre un enigma, un interrogante que abre el proceso psicoterapéutico por el malestar que causa al paciente y/o a quienes lo rodean como en el caso de los niños y adolescentes que no vienen siempre por propia iniciativa. Es así que el síntoma podrá jugar y hasta hacer trampas mostrando su significado al pasar por el proceso transferencial y contratransferencial. Una puesta en escena siempre viva tal como sucede en el teatro donde nunca una representación puede ser igual a otra aún cuando se repita muchas veces. ¿Y en el tratamiento de niños y adolescentes no es todavía más clara esta metáfora del juego teatral del síntoma?

Leivi (2001) en sus reflexiones sobre el síntoma en la clínica analítica de adolescentes, plantea que al igual que con los adultos, este se presenta como un portador de sentido, un enigma e interrogante que antes de desaparecer deberá entregar su mensaje cifrado. En la clínica psicoanalítica el síntoma no es el mismo que en la clínica médica la cual busca objetivarlo, describirlo, medirlo, generalizarlo. A la inversa, en la escucha psicoanalítica se busca su dimensión subjetiva, recuperar su sentido y su lugar en la historia personal del paciente. Es la escucha de los mensajes del inconsciente particular.

El síntoma siempre representa una pregunta y ¿no es esencialmente la estructura de la adolescencia precisamente eso: alguien que siempre cuestiona?

El niño y el adolescente plantean preguntas que sustentan la razón misma y la especificidad de la clínica psicoanalítica, tan desacreditada en algunas teorías y clínicas actuales, que someten a los niños y adolescentes a tratamientos rápidos y estandarizados, cuando no al recurso químico de los psicofármacos.

Se intenta pues, transmitir un camino singular: la historia y las trampas de un síntoma puesto en escena transferencial y las modificaciones que produce en la paciente y su familia.

Algunos autores psicoanalíticos, entre ellos Ulrikse (2002) y Casas de Pere-

da (2008) comentan que los síntomas del niño lo muestran como portavoz del conflicto de los padres o de generaciones anteriores.

Es por ello que en el tratamiento psicoanalítico, -tanto de niños como de adolescentes-, el proceso transferencial también se juega en el vínculo que se establece con los padres, pero no sólo con los que el paciente representa en el juego terapéutico sino también los padres reales, cuyo inconsciente también forma parte de la puesta en escena de la metáfora teatral con la que se ha iniciado el camino de este trabajo.

El duelo que vive el adolescente tanto de la pérdida de su cuerpo infantil como en la separación de sus objetos de amor y de odio, así como la búsqueda de su identidad, representan una vuelta al mundo interno infantil, pero con la necesidad de dejarlo atrás para continuar el desarrollo vital. Mucha es la fuerza emocional que se invierte en este proceso. ¿Qué sucede cuando este juego queda marcado por matices de daño en el cuerpo y la pulsión de muerte se afianza triunfante en el psiquismo del adolescente?

Entonces el duelo se complica y se convierte en un duelo patológico que implica sufrimiento subjetivo, intensa angustia, o inhibiciones y síntomas que resignifican la vida infantil con todos sus avatares regresivos y de fijación.

Mc.Dougall escribe textualmente:

Es evidente que la adquisición del sentido de la identidad personal y sexual, impone el duelo de una serie de ilusiones relacionadas con el deseo de poseer lo que es diferente de uno..... Este proceso no se despliega sin dolores y sacrificio. Algunos niños son mejor ayudados que otros en este trabajo de duelo del que nadie escapa (Mc.Dougall, 1998, p.13).

Las vicisitudes de este camino fueron compartidas en el proceso terapéutico de Diana, que se describen a partir de las notas tomadas después de las sesiones para ser supervisadas y tal vez conservadas para darles ahora otra mirada.

Pasaré ahora a la escritura en primera persona del singular - no tan científica pero sí más clínica - para describir el proceso terapéutico de esta paciente en cuatro momentos diferentes, con pequeñas viñetas clínicas y luego las aportaciones teóricas de algunos autores que hoy nos dan luz en la reconstrucción del caso.

PRIMER ENCUENTRO CON DIANA Y SU HISTORIA: LOS SÍNTOMAS.

Mi primer contacto con Diana fue hace más o menos diez años, el mismo tiempo que la edad que ella tenía en ese entonces. cursaba cuarto curso de primaria.

La orientadora de su escuela recomienda a ella y a sus padres una psicoterapia que ayude a la niña en su entrada a la pubertad pues se muestra con franca rivalidad en la relación con algunas compañeras, se le nota ansiosa, enfadada, irritable, muy tensa, autoritaria, con tendencia al perfeccionismo, baja tolerancia a la frustración y con una relación de rivalidad y celos evidentes con la figura materna.

Los padres de Diana se mostraron de acuerdo con las observaciones de la orientadora escolar ya que ellos mismos solicitaron la orientación y ayuda psicológica pues no sabían bien cómo actuar con Diana. Algunas de sus frases para describirla eran: “es tan demandante”, “cuesta tanto que se encuentre a gusto y disfrute de las cosas”, “es tan difícil”.

En las primeras entrevistas que realicé con los padres ellos comentan que Diana es una chica con excelente rendimiento académico aunque ha descuidado un poco sus notas. La madre busca en todo momento ser buena amiga de su hija, pero ella no lo permite, parece enfadarse por todo, “hasta de la felicidad de los demás”. No soporta que sus padres sean cariñosos en su relación de pareja, no tolera a su hermano menor de seis años que es un niño según descripción de la madre, “tierno, cariñoso, de notas escolares excelentes e inteligencia siempre brillante, muy fácil, dócil y obediente”. También el hijo mayor de la familia de catorce años tiene sus logros “es muy listo, sociable, buen deportista y excelente estudiante”. Diana es pues la que está en medio de estos dos varones -y por cierto la única hija mujer- que para la madre son “fáciles de educar y amar”.

Como contraparte la madre de Diana la describe a ella como “irritable, densa, pesada. Está cambiando mucho con la edad, es desafiante, retardadora, excesivamente celosa de su hermano menor, agresiva verbalmente con todos en casa pero especialmente con ella”.

El padre prácticamente no habla en la entrevista, se limita a ser eco de las descripciones de su esposa. Diana es para él lo que su madre quiere que sea.

Los padres de Diana son médicos, de hecho se conocieron y se hicieron novios mientras estudiaban la carrera. Él es físicamente delgado, de tez morena, sencillo, callado, serio, siempre atento y apoyando en todo a su esposa. Se especializó en pediatría.

Ella no ejerce su profesión desde el nacimiento de su primer hijo. Después con Diana y su hermano menor sufre riesgos importantes en los embarazos y decide quedarse al cuidado de ellos en casa aunque ahora está buscando algunas actividades profesionales.

La madre de Diana tiene secuelas graves de una poliomielitis contraída en su primer año de vida por lo cual se le había recomendado no tener hijos. Pero ella quiso intentarlo. Tiene una paresia de la pierna derecha y una malformación importante de la cadera, requiere el uso de muletas para caminar. Este defecto evidente de su cuerpo contrasta con la belleza de su rostro de tez blanca, facciones finas y delicadas.

La mayoría de los médicos le habían aconsejado no tener hijos por la malformación de la pelvis y cadera. Su primer embarazo no tuvo complicaciones, pero con Diana, el embarazo se tornó mucho más problemático con una amenaza de aborto y la necesidad de reposo, con dolores intensos de la pierna y algunas complicaciones más. El embarazo finalmente llegó a término con cesárea programada.

En los primeros meses de vida Diana era una niña sonriente y muy despierta que dormía poco, pero parecía contenta. Su abuela y tía maternas ayudaron a la madre para cuidar a Diana en los primeros meses y la pequeña hizo una relación muy cercana con la tía materna, relación afectiva que permanece. A la madre de Diana, esta relación cercana entre ambas, le parece un poco perjudicial para su hija, pues su hermana es "conflictiva, competitiva, depresiva" y siempre hubo conflicto entre ellas quizá porque la madre de Diana recibió tratos y cuidados especiales dada su enfermedad y por el mérito además de ser muy buena estudiante y no quejarse nunca de su problema físico.

Diana va creciendo con un desarrollo motor y de lenguaje normal, tranquila, cariñosa y con buen desempeño académico al iniciar su etapa escolar. Después del nacimiento de su hermano menor se aprecian cambios importantes en su conducta, se siente como traicionada, devalúa a su hermano con frecuencia y lo ataca constantemente, no le tolera nada y le tiene enorme envidia en cuanto a su relación con la madre. Estos cambios van empeorando conforme se acerca la pubertad, la discusión constante con su madre es lo habitual, no se acepta bien a sí misma, se queja de su imagen, de su pelo, de su cuerpo, de su color de piel y es retardadora, quisiera que su madre solo fuera para ella.

Es importante comentar que durante el embarazo del hermano menor, cuando Diana tenía tres años, su madre estuvo en reposo absoluto por amenaza de aborto, sufriendo mucho dolor y poca movilidad. Para Diana, resultó muy duro de sobrellevar. A veces preguntaba a su madre "¿te vas a morir?".

DIANA INICIA SU TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO: LAS TRAMPAS DEL SÍNTOMA.

Es una chica morena parecida a su padre, pero con facciones delicadas como su madre. Delgada, con un cuerpo bien formado, poco sonriente, con expresión continua de enfado y con dificultad para hablar de sí misma. Se queja de que su madre la trata injustamente. Nunca le ha tolerado lo mismo que a su hermano menor, “él es hipócrita, siempre terminan por castigarla y regañarla a ella”. Cree que su madre no la quiere, ni está orgullosa de ella.

Se comunica con dibujos que son detallados, con características de obsesividad e infantilismo (siempre niños pequeños o caricaturas), muestran defensas para establecer contacto afectivo y desconfianza. A pesar de esto en las sesiones parece cordial pues le gusta tener un espacio que ella pueda dirigir y donde su hermano no pueda entrar.

Entra en una fase de intensa transferencia positiva, idealiza a la analista, trata de darle gusto en todo, evita temas de conflicto, especialmente los problemas físicos de su madre y cómo se siente ella con esto. Su madre es “perfecta”, en la escuela es la más querida de todas las madres, la más cooperadora. En realidad para Diana todo está bien, sin problema. Todo lo odiado está en su hermano, “él es el verdadero problema, es insoportable, estarían tan bien si no hubiera nacido”.

Para Diana lo más divertido es estar en casa de su tía materna que le parece muy buena, comprensiva y entre ambas comparten un amor desmedido por los animales. De hecho su tía cuida de un perro que encontraron abandonado en un parque y que sus padres no le permiten tener en casa a Diana. Le encanta jugar con ella e ir al parque con el perro, pero su madre no la deja ir siempre y desprecia a su tía porque es soltera y no tiene hijos.

Cuando nos vamos acercando en las sesiones al tema de los cambios corporales de Diana con la pubertad y el poder hablar sobre sí misma, se cierra por completo la comunicación e inicia sesiones de juegos de mesa, sobre todo cartas, donde su objetivo es ganar siempre -y lo hace, es brillante,- a veces haciendo trampas y no admitiéndolas. Ante cualquier intento por mi parte de mostrarle su actitud defensiva, ella me relaciona con su madre y la comunicación se pierde. Acepto entonces sus condiciones y sesión tras sesión, ella trae cartas de casa, organiza el juego y pone de consigna “no hablar” y “ganar siempre”.

¿Qué quiere silenciar creyendo que siempre ganará? Las sesiones resultan muy tediosas en una lucha aburrida contra la defensa, pero sé que debo darle tiempo. Por otra parte su cuerpo está cambiando notablemente y trata de ocultarlo con la ropa, se descuida un poco el pelo y la forma de vestir, toma un

aire un tanto rebelde. Ocasionalmente lo menciono, pero Diana lo toma como franca agresión, incluso ella misma hace referencia a “que es morena” y “un poco gorda”.

Durante muchas sesiones Diana se mantuvo siempre a distancia, algunas veces relataba situaciones escolares en relación con sus exámenes o sobre algunas compañeras, nunca mencionaba nada de su relación con los chicos.

En una ocasión, Diana solicita mi autorización para mostrarme un gatito pequeño, que ella y su tía han recogido del parque. No puede tenerlo en casa “porque la gata de su madre y su hermano, es insoportable, no lo aceptaría”. Le permito traerlo y en aquella sesión veo que Diana oscila entre acariciar al animal y cogerlo con brusquedad casi con maltrato (entre juego y juego veo que estoy protegiendo al pequeño bebé gatito), me llama la atención pero no se lo señalo, no me parece buen momento porque la dinámica del juego de cartas ha variado.

Sin embargo, Diana continúa con sus sesiones rutinarias y defensivas, juegos de mesa, cartas, siempre gana y no habla.

Por otro lado, en las entrevistas de seguimiento con sus padres -ante mi sorpresa- ellos me cuentan que Diana ha cambiado mucho, se muestra más cooperadora, menos irritable y de mejor humor. En clases tiene una actitud muy positiva e incluso juega con su hermano menor y está muy amable con su madre. “Los síntomas iniciales ya no están”.

Ella ha comentado a sus padres con frecuencia su deseo de no continuar la terapia, porque ya no tiene problemas y se siente mucho mejor; también quiere que reconozcan su esfuerzo por mejorar su comportamiento y además le quita tiempo para sus clases de música y demás tareas.

Hemos cumplido un año de tratamiento. Les digo a los padres que Diana no ha hablado de esto conmigo y que debemos esperar. Semanas más tarde, ella verbaliza conmigo su deseo de terminar el tratamiento, ya se siente mejor, duerme bien, no está tan enfadada, se siente más aceptada por su madre y con su hermano tomará una actitud de darle menos importancia, “quiero huir”... me dice. Diana no da respuestas de qué quiere huir y es muy insistente tanto conmigo como con sus padres para dejar de venir.

Respeto su negativa a continuar el tratamiento, pero a cambio de que podamos hablar algunas sesiones sobre lo que ha mejorado y de lo que no hemos podido hablar como su dificultad para hablar de sí misma y de su cuerpo, de los cambios que están apareciendo en su vida. Ella aún más defensiva, niega problema en ello y no quiere venir.

Sus padres deciden apoyarla porque quieren confiar en ella y porque en

realidad la ven mucho mejor. Además, en su entrevista con la directora y orientadora de la escuela han confirmado el bienestar y los cambios tan positivos que Diana ha tenido en su actitud y trabajo escolar.

Con respeto acepto la decisión de Diana y sus padres, pero haciéndoles saber que no era un alta de tratamiento. Acordamos cerrar el tratamiento con el final del ciclo escolar.

En la última sesión Diana viene contenta y triunfante. Comenta que una de sus amigas “está loca” pues dice algunas veces que intentará matarse para que le hicieran caso: “ella si debería venir contigo”. Yo trato de indagar con preguntas acerca del porqué me habla de locura y muerte. Entonces aparece la curiosidad en Diana por el caso de una chica adolescente ex-alumna de su escuela que ella cree que pudo ser mi paciente y que recientemente se ha suicidado. Le aclaro que no fue mi paciente, pero que he escuchado algo de este suceso pues aún cuando esta chica no era ya del ambiente escolar el caso había impactado a todos los que teníamos relación con su comunidad escolar. Esta chica de 15 años presentaba un cuadro grave de anorexia y crisis depresivas, había estado hospitalizada y finalmente se había tirado de la ventana de su casa.

¿Por qué aludir a la muerte en nuestra despedida? Algo permanecía sin hablar ni elaborar. ¿El daño corporal de su propia madre? ¿Cómo afrontarlo ahora, que ella misma, tenía un cuerpo que cambiaba de niña a mujer? ¿La culpabilización por causarle sufrimiento a su madre durante el embarazo? Diana no me escuchó en ese momento y además “el síntoma o los síntomas habían jugado del lado de la huida”.

EL REENCUENTRO CON DIANA Y CON LA MUERTE: MÁS ALLÁ DEL SÍNTOMA

Tres años después de haber dejado de ver a Diana recibí la llamada telefónica de su madre. Parecía como si quisiera saludarme, después me relata que a Diana –quien tiene ya trece años- una compañera escolar le ha descubierto algunas pastillas en su bolso, le había dicho que se iba a suicidar y que tenía que ayudarla, no debía contarle a ningún adulto, sería en una fiesta que iban a organizar.

La amiga de Diana, no tolera la angustia y avisa en el colegio. Entonces llaman a los padres y les comentan lo que está sucediendo con Diana.

La madre se muestra sorprendida, el padre impactado, pues comprobó que su hija le robó unas pastillas de su maletín médico que no eran de riesgo, pero lo hizo.

Comentan que Diana había estado ansiosa y mucho más irritable que cuando me consultaron por primera vez, pero que negaba necesitar ayuda alegando que no quería ser catalogada como “la loca de casa”. Su madre sintió que podría ayudarla sin intervención profesional mejorando su comunicación con ella.

Al volver a ver a los padres de Diana, me doy cuenta, que ellos insisten en su relato de “la familia feliz”, incluso ha mejorado su situación económica y están por comprar casa nueva, sus dos hijos varones se desarrollan con gran éxito escolar y social. La madre de Diana ya está trabajando, ha hecho varios cursos de Tanatología y ahora ayuda a los enfermos terminales y sus familias. Está fascinada con el trabajo de “ayudar a bien morir”. En mi contratransferencia, el afecto es paralizante, “¿ayudar a bien morir a Diana?”.

Mi primera recomendación es una evaluación lo antes posible con la Psiquiatra de niños y adolescentes así como la necesidad de retomar el tratamiento, conmigo o con quien Diana quiera. A pesar de que ellos consideran que es un gesto manipulador y tal vez lo es, ello no disminuye la gravedad y el riesgo.

La Psiquiatra en su valoración del caso de Diana no indica medicación, pero si retomar su tratamiento psicoanalítico. Me informa que la chica tiene una compulsión particular y peligrosa por cortar cosas que los padres le relataron: puede cortar su ropa, de hecho recientemente hizo trizas la colcha que cubre su cama.

Diana acepta, con mucha resistencia venir a consulta. Está silenciosa, no habla, con una mezcla de vergüenza y triunfo. Relata el evento de las pastillas como un juego “no soy tonta, ni loca, no me iba a matar, a ver si así me hacen caso”. Sólo al final de esta sesión su semblante parece un poco triste. Pero la rabia y hostilidad lo invaden todo.

Diana ha crecido, está más delgada y alta, bonita, su pelo mejor cuidado, sus uñas pintadas de negro que ahora es su color preferido para vestir.

No es fácil hacer un contrato terapéutico con ella pues rechaza toda ayuda. Evocamos su última sesión, hacía tres años, y le recuerdo su comentario de la amiga que quería morir y la otra chica que sí murió por un suicidio. Ahora ella está en ese lugar y no sabemos porqué. Tras esta intervención Diana finalmente acepta venir, a pesar de la rabia y desconfianza.

Esta segunda etapa del tratamiento duró casi dos años y resultó una verdadera “guerra campal”, es decir, una puesta en escena de la pulsión tanática en todo lo referente a su vínculo con la terapeuta. Diana estableció una reacción transferencial cargada de odio y hostilidad de una fuerza impactante, lograba detectar en que puntos podía herir más a la analista. “Era culpable

de tenerla prisionera, de juzgarla loca, era odiosa, fea, vieja, el pelo y su aspecto desagradable". En su ataque de envidia y rabia, el cuerpo de la analista era uno de sus blancos favoritos. ¿Sería el cuerpo lastimado de su madre? Obviamente esto no era aceptado por ella. Así, sus sesiones oscilaban entre rabia, odio y hostilidad, o bien un silencio retador y que costaba mucho trabajo tolerar.

La vida interna de Diana, estaba entre el odio y el vacío. ¿Qué vacío era? En su negativa a hablar, decidí a propósito y con la compañía de mi supervisora, tolerar el silencio mientras yo usaba un libro con el título de "Tanatología" bien visible en la portada del libro.

Diana rápidamente se dio cuenta y entonces entre su silencio y hostilidad después de algunas sesiones relató un sueño con gran placer: "soñé que tu morías, tenías sangre por todo el cuerpo, estabas toda cortada, en pedazos. Yo era libre". Verbaliza su deseo de que en realidad sea así. Lo relaciono con el daño corporal de su madre y Diana se enfurece, pero acepta hacer un relato o cuento con el contenido del sueño. No pudo llevarlo a terreno muy simbólico, pues lo que tenía que ser un cuento, resultó una dramatización peligrosa durante la cual hizo algunos cortes con la tijera a las cortinas del consultorio y pintó sus manos y las mías con tinta roja cuyas huellas tardaron en borrarse varios días.

Recuerdo una sesión agotadora y muy intensa para ambas. Pero a partir de esa dramatización la agresión continuó siempre a nivel verbal y no cortaba cosas en casa, también estaba cuidando más su cuerpo.

LA CONTRATRANSFERENCIA EN LAPSUS

Ante semejante carga afectiva, en una de las entrevistas con la madre de Diana, de tono dulce como siempre, me habla sobre lo difícil de mi trabajo. Diana se expresa sobre mí con mucha rabia siempre y hasta se burla, se niega a venir pero siempre está puntual para sus sesiones. Continúan las peleas con su mamá, pero con menor intensidad y se ha distanciado de la relación con su tía materna. Tiene más amigas y amigos en la escuela. Sale con más frecuencia con ellos y sus notas escolares van bien, parece menos enfadada consigo misma y con su cuerpo pues ya no lo oculta tanto en su vestimenta. Se le ve menos irritable y mucho más vital.

Aprovecho para que la madre de Diana me hable de los afectos que la rabia de esta chica le generan a ella. Lo evade de la misma forma que cuando aludimos a los daños en su cuerpo. "Diana tiene que acostumbrarse a una mamá así, no es mi culpa y yo lo he superado por completo, nunca he estado

deprimida, ni me he querido morir por eso, ella tiene menos razones aún”.

Entonces viene mi lapsus. Al confrontar a la madre con su dificultad en la relación con Diana por ser mujer y estar creciendo iba a decirle: “ella está tan dolida” y en su lugar digo: “ella no está tan jodida”. Su madre se queda perpleja, no responde, como si no lo hubiera escuchado. Se lo hago notar, le comento que debe tener que ver con la intensidad del tratamiento y pido disculpas por mi manera de decirlo, pero seguramente habrá una parte de verdad. Ella lo niega. “Nunca le tendría envidia por estar bien, eso me hace muy feliz y que sea bonita también, aunque no se cuide mucho”.

En las sesiones siguientes, Diana se queja de que su madre ha estado furiosa con ella por lo que yo le dije: “eres tonta y mala psicóloga, no debes contar lo que te dicen los pacientes”. Le aclaro que lo he dicho yo y que ella nunca lo ha puesto en palabras, pero que sí es lo que siente. Diana con mucha rabia me dice “ahora me entiendes, como se lo tuviste que decir para que escuchara, nunca escucha, es perfecta”.

A partir de este momento las sesiones ya no pasaban por el silencio, pero Diana seguía con sus ataques. Empezó a hablar un poco más de sus amigos y de un chico que le gustaba. Comenta que le hacía ilusión estar terminando ya la secundaria, su arreglo personal estaba mejorando notablemente. Hacia el final del curso escolar apareció su negativa a venir. Alude cansancio, pero es el retorno de la resistencia y el temor de continuar el trabajo terapéutico. Constantemente hacía referencia a que ella no estaba loca.

Por otra parte, finalmente la madre de Diana acepta que se siente molesta y dolida conmigo. Comenta que tal vez ella no se había dado cuenta de que sus afectos hacia Diana tuvieran que ver con su propio defecto físico. En esta entrevista a la que también asiste el padre, su actitud es más participativa, comenta que Diana se está acercando más a él y que se muestra más amigable. Nuevamente dicen que están cansados de la negativa de Diana a continuar con el tratamiento y que para ellos también está resultando muy doloroso y plantean el final del análisis.

Ahora les explico que veo más claramente que cuando el dolor y la rabia son tan fuertes ellos tienden a huir, lo mismo que Diana. Ante sus insistencias acepto que Diana pueda dejar de venir, pero si ella y sus padres admiten que hemos descubierto conflictos muy dolorosos que están sin elaborar.

Los padres y Diana quieren marcharse y huir. Sin embargo, esta vez aceptan de buen agrado y sobre todo ella, que necesitan asistir a una terapia familiar porque ahora está evidenciado que Diana no es el único problema de casa, simplemente es quien puede actuar la agresión de todos. El padre esta vez es quien más participa para comentar que seguirán la indicación que les he dado

“necesitan ayudar a Diana y ayudarse todos”.

Así terminó mi experiencia terapéutica con Diana. En el Colegio estaba mejor, tenía un novio, amigos y su cuerpo cada vez estaba más cuidado y menos escondido.

Este caso me enseñó mucho sobre la contratransferencia intensa y paralizante, en consonancia con la rabia y hostilidad puesta en transferencia por la paciente, incluso en deseos actuados francamente destructivos acerca del cuerpo de la terapeuta y la presencia de la pulsión de muerte como sello en el vínculo de madre e hija. En estos casos es más importante aún, buscar escucha en la supervisión, en los grupos de estudio y en nuestros propios análisis. Pues es complejo el trabajo analítico con sujetos objetos de la fuerza del narcisismo dañado de una madre que ha sido proyectado con tal intensidad en la relación con su hija.

Diana me mostró que no todos los casos son éxitos terapéuticos y menos que menos sencillos y que el trabajo de psicoterapia requiere de humildad y de una constante revisión de nuestros afectos y reacciones contratransferenciales. Es por esta enseñanza que se escribe este trabajo y que conlleva también un agradecimiento a esta chica y sus padres, así como a mi analista y a mi supervisora de aquel tiempo.

REFLEXIONES TEÓRICAS FINALES

En algunas de las reflexiones teóricas posibles sobre este caso, la primera es recordar los trabajos de Klein (1994) sobre la lucha entre amor y odio que aparece en la primera infancia y que opera en el psiquismo para toda la vida.

La fuerza del amor tiende a preservar la vida, los impulsos destructivos a potenciar la pulsión de muerte, pero con ellos, se da lugar a los mecanismos de reparación de las fantasías de destrucción que cuando no son elaboradas se convierten en actitudes destructivas contra los objetos y el propio yo.

Diana no había elaborado la posición depresiva, no había podido reparar el cuerpo destruido de su madre, -que en su fantasía había dañado ella misma-, y ahora su cuerpo tendría que pagarlo. Al llegar la adolescencia este conflicto se reactualiza en su propio cuerpo femenino como el de su madre, al convertirse ella misma en habitante de un cuerpo de mujer, pero que no estaba dañado físicamente.

Mc.Dougall (1996) habla de la importancia del conflicto pulsional arcaico y fusional con los objetos primarios como fuente poderosa de perturbaciones en la estructura de la autoimagen narcisista, que se convierten en “ser el espejo del otro”. Era Diana el espejo del cuerpo dañado de su madre, la cual a su vez

no era capaz de mirarse sino a través de su hija como "la que tiene conflictos y está dañada".

Winnicott (1993) explica con claridad, que los niños y niñas que deben batallar contra una defensa organizada de su madre contra la depresión y tristeza, hacen la reparación no solamente de su propia destructividad -como en la posición depresiva kleiniana-, sino de las tendencias destructivas de su madre. El logro es reparar algo que es de la madre, por ello viven en una profunda insatisfacción personal y requieren pasar por un análisis donde el material estará muy cargado de destrucción para poder pasar a la construcción. Es el odio reprimido e inconsciente de la madre hacia ellos, bajo una capa de ternura especial, es la agresión velada, lo que para el paciente será mucho más difícil integrar.

Diana estaba atrapada en un conflicto preedípico y presentaba características de un trastorno de tipo narcisista como el que describe F. Kernberg (1992) con un Yo grandioso y vulnerable que tiene la necesidad de ser el centro de atención y que no permite al niño obtener ninguna gratificación por sus logros escolares o personales, que mostrarán inhibición en el juego, aburrimiento y nada del material del consultorio o sala de juego tendrá valor para ellos. Tienen a devaluar a los demás todo el tiempo. Sin embargo, cuando el juego aparece puede tomar proporciones psicóticas -sin perder el sentido de realidad- en lo que se refiere al contenido de la agresión. Así es como se puede literalmente describir el juego que Diana representaba en la dramatización de su sueño del cuerpo de la terapeuta cortada en pedazos y sangrando, que finalmente terminó con los tijeretazos en las cortinas del consultorio y las manchas de tinta en las manos que no se borrarían tan fácilmente y que daban cuenta de una escena siniestra. Es importante empatizar con este tipo de juego y no tratar de minimizarlo pues da cuenta de cómo el niño es considerado por los padres no por sí mismo, sino como un apéndice de ellos.

F. Kernberg (1992) continúa explicando que los chicos con trastornos narcisistas son generalmente desagradables y controladores. Producen en el otro la sensación de no servir para nada y el riesgo es que mediante la identificación proyectiva el analista asuma lo proyectado como si le fuera propio. Es aquí donde la supervisión de estos casos es muy valiosa. Realmente detrás de toda esta devaluación y control de los demás existe una depresión enmascarada.

El constante rechazo de Diana a ser cuidada y querida por la analista muestra el miedo a sentirse invadida lo que puede significar, como señalan Jara et al (2001), que las experiencias de dependencia e intimidad son anheladas, pero vividas como una amenaza al frágil sentido de identidad de los adolescente con pensamientos suicidas y que en realidad indican dificultades del desarrollo

temprano y una defensa mortífera contra el desamparo. La intolerancia a los afectos dolorosos produce el efecto de huida donde el conflicto se pretende resolver en el cuerpo real propio y ajeno. Esto conlleva ineludiblemente a severas dificultades tanto en el proceso de separación como en la vivencia de la sexualidad.

Pombo (2005) escribe que la identidad del cuerpo propio está en juego en el proceso adolescente y si en este proceso los síntomas atañen a dañar o dañarse es porque hay un desajuste de la intrincación pulsional y la pulsión de muerte domina la escena de lo corporal. Cada cuerpo tiene su memoria del dolor y la calma, de la satisfacción y el desamparo, de la vida y la muerte. Cada sujeto es portador de lo inédito de su existencia en la memoria corporal que se constituye en huellas mnémicas a partir del cuerpo reconocido por la madre. Señala que para acceder al “sí mismo” corporal se comenzará un complejo proceso de separación del otro que encuentra pleno auge en la adolescencia que es el tiempo de reunir la identidad psíquica con los cambios del cuerpo y el encuentro con la sexualidad adulta.

Finalmente, Casas de Pereda (2008) habla sobre el juego infantil como la puesta en escena en transferencia y dice que la praxis psicoanalítica es un acto que como el lapsus o el síntoma tienen un lado de ficción que los enmascara y que lo verdadero del deseo inconsciente se podrá revelar en los efectos de la transferencia. El niño y el adolescente en su discurso, gesto, juego y palabra dicen de su dolor, de su rabia, de su amor, dicen sin saber que dicen (como el lapsus) porque juegan y discursan con los objetos y con la figura del analista, a veces también con su cuerpo. Al final el síntoma del niño refleja siempre la verdad inconsciente de la pareja parental.

Diana en su proceso terapéutico “cortado en trozos” como las cortinas de la sala de juegos y un tanto “sangriento con manchas de tinta”, representaba todo un reto para elaborar una estrategia donde la palabra y el juego pusieran equilibrio al desajuste de las pulsiones. La transferencia intensa, intrincada a su vez en el amor y el odio puesta en juego por esta adolescente ha sido inolvidable, tanto como para servir de tema a esta comunicación.

BIBLIOGRAFIA

1. Casas de Pereda, M. (2008). Comentario a: “las dos dimensiones de la interpretación”. Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Nº2, 25-34.
2. Freud, S. (1995). Inhibición, Síntoma y Angustia. En Freud Total 1.0 Hipertexto de Biblioteca ele de la traducción de López Ballesteros. Nueva

- Hélade. (Orig.1925).
3. F. Kernberg P. (1992). La psicoterapia en niños con patologías narcisistas. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente. 13/14, 31-50.
 4. Jara, S.; González, S.; San Miguel, P. y Urizar, M. (2001). Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente.31/32, 115-139.
 5. Klein, M. (1994). Amor, Culpa y Reparación. En Obras completas Vol. 1. México: Paidós (Orig. 1937).
 6. Leivi, M. (2001). El síntoma en la clínica analítica. Psicoanálisis AP-deBA. XXIII/2, 341-355.
 7. Mc. Dougall, J. (1996). Alegato por una cierta Anormalidad. México: Paidós (Orig. 1978).
 8. Mc. Dougall, J. (1998). Las Mil y una caras de Eros: La sexualidad humana en busca de soluciones. Paidós: México (p.13).
 9. Pombo, J. (2005). Identidad anoréxica: cuerpo adolescente y sexualidad. En N. Corral (coord.) Nadie sabe lo que puede un cuerpo (pp. 146-159). Madrid: Talasa
 10. Ulrikse, V. (2002). Construcción del encuadre en psicoanálisis de niños. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. N°96, 24-30.
 11. Winnicott, D.W. (1993). Desarrollo del tema del inconsciente de la madre, tal como se descubre en la práctica psicoanalítica. En Exploraciones Psicoanalíticas I. Paidós: México (Orig. 1969).