

Pierre Marty
Michel de M'Uzan
Christian David



La investigación psicosomática

Siete observaciones clínicas



Psicoanálisis

APM
BIBLIOTECA NUEVA

Pierre Marty
Michel de M'Uzan
Christian David



La investigación psicosomática

Siete observaciones clínicas



Psicoanálisis

APM
BIBLIOTECA NUEVA

LA INVESTIGACIÓN PSICOSOMÁTICA

Siete observaciones clínicas

Colección Psicoanálisis
Editorial Biblioteca Nueva

y
Asociación Psicoanalítica de Madrid

Comité editorial:

Milagro Martín Rafecas, María Herrero Fossati,
Magdalena Calvo Sánchez-Sierra,
Rosario Guillén Jiménez, José Manuel Martínez Forde
y Mercedes Puchol Martínez

Pierre Marty, Michel de M'Uzan y Christian David

LA INVESTIGACIÓN PSICOSOMÁTICA

Siete observaciones clínicas

Traducción de E Javier Alarcón y José María Franco V.

Asociación Psicoanalítica de Madrid
BIBLIOTECA NUEVA

 grupo editorial
siglo veintiuno

siglo xxi editores, s. a. de c. v.

CERRO DEL AGUA, 248, ROMERO DE TERREROS,
04310, MÉXICO, DF

www.sigloxxieditores.com.mx

salto de página, s. l.

ALMAGRO, 38,
28010, MADRID, ESPAÑA

www.saltodepagina.com

editorial anthropos / nariño, s. l.

DIPUTACIÓ, 266,
08007, BARCELONA, ESPAÑA

www.anthroposeditorial.com

siglo xxi editores, s. a.

GUATEMALA, 4824,
C 1425 BUP, BUENOS AIRES, ARGENTINA

www.sigloxxieditores.com.ar

biblioteca nueva, s. l.

ALMAGRO, 38,
28010, MADRID, ESPAÑA

www.bibliotecanueva.es

Título original: *L'Investigation Psychosomatique: Sept Observations Cliniques*.

Cubierta: A. Imbert

© Pierre Marty, Michel de M'Uzan y Christian David, 2013

© Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 2013

Almagro, 38

28010 Madrid

www.bibliotecanueva.es

editorial@bibliotecanueva.es

© Presses Universitaires de France, 2013

ISBN: 978-84-9940-746-3

Edición en formato digital: mayo 2013

Conversión a formato digital: Fotocomposición Márvel S. L.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs., Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

ÍNDICE

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN, Michel de M'Uzan y Christian David

PRELIMINARES CRÍTICOS A LA INVESTIGACIÓN PSICOSOMÁTICA, Michel de M'Uzan y Christian David

PREFACIO

INTRODUCCIÓN

NOTA A ESTA EDICIÓN

OBSERVACIÓN 1, señora Adèle G

Comentario

OBSERVACIÓN 2, señora Gisèle W

Comentario

OBSERVACIÓN 3, Eugène E

Comentario

OBSERVACIÓN 4, señora Lucie H

Comentario

OBSERVACIÓN 5, señor Gilbert C

Comentario

OBSERVACIÓN 6, señorita Juliette F

Comentario

OBSERVACIÓN 7, señor Robert B

Comentario

CONCLUSIÓN

Prólogo a la segunda edición

La reedición de *La investigación psicosomática* nos ha parecido necesaria, tanto a nosotros como al editor, para llenar una laguna que persistía desde hace ya dos decenios por lo menos. En efecto, la obra, publicada en 1963 y preparada entre 1958 y 1962, ha sido objeto de una demanda constante que es cada vez más necesario satisfacer a partir de la muerte de Pierre Marty. Su pérdida reaviva en nosotros el recuerdo del trabajo realizado en común de una manera tan estrecha. En el prefacio del libro, damos cuenta especialmente de las condiciones en las que fue recogido el material. Hoy deseamos evocar las sesiones de trabajo en las que se hizo la selección, el comentario y la reflexión concerniente a las observaciones. Nos reuníamos los tres todos los domingos por la mañana, en casa de Pierre Marty, discutiendo con la mayor espontaneidad y con un apasionado interés. En nuestros debates tocábamos tanto los detalles más concretos como las cuestiones metapsicológicas más espinosas. Conservamos un recuerdo particularmente vivo de esos momentos lejanos pero, sin embargo, tan vivos en nuestro espíritu.

Poner a disposición de los lectores esta obra esclarecerá los comienzos de un movimiento de investigación específica, nacido en el seno de una sociedad de psicoanalistas. El interés histórico de este documento justificará también, si es necesario, la actual reedición. Sin embargo, por el tiempo pasado, podemos temer que los resultados alcanzados entonces y las ideas resultantes se puedan haber quedado obsoletos, por lo menos en parte. De hecho, comprobamos que la técnica de entrevista que desarrollamos entonces se mantiene sin cambios en sus principios fundamentales. Por añadidura, ha permitido profundizar en la reflexión desbordando ampliamente el marco de las enfermedades psicosomáticas propiamente dichas. Así es como se ha visto verificado, a lo largo de los años, lo que había sido avanzado en el prefacio, a saber, que era posible «agregar lo somático a la misma dinámica y a la misma energética que rigen la vida de los sujetos de análisis». Si el psicoanálisis ha orientado fundamentalmente la investigación en psicosomática, ahora de vuelta, según nuestra opinión, ha enriquecido para muchos de nosotros, es decir, ha producido una inflexión en la aproximación clínica a los pacientes neuróticos, especialmente al resaltar el lugar primordial del punto de vista económico, combatido por toda una corriente de pensamiento, a pesar de la insistencia del Freud postrero.

Desde los Estudios sobre la histeria al Compendio se ha afirmado bastante una evolución del vínculo psicosomático cada vez más marcada. Desde las primeras formulaciones en torno a la conversión histérica hasta el tope sobre «la roca biológica», se ha experimentado una clara inflexión que ha sido seguida fielmente en la nueva concepción psicosomática, puesta a punto con una serie de trabajos entre los que la presente obra es un elemento significativo. Esta lógica se ha afirmado de manera convincente para muchos psicoanalistas y ha cristalizado en la constitución de lo que ha

sido bautizado como «la escuela psicosomática de París». En fin, con la distancia de los años, la evolución de la población psicopatológica y, más ampliamente aún, en nuestra sociedad, la de las mentalidades, ha corroborado lo que había sido sentido en la época de nuestro primer trabajo en colaboración.

Hemos juzgado oportuno hacer figurar en esta reedición un texto redactado por dos de nosotros, de forma sincrónica: «Preliminares críticos a la investigación psicosomática». Este texto ha respondido a una exigencia epistemológica y teórica. Publicado en la Revue Francaise de Psychanalyse, en 1960, al mismo tiempo que las primeras observaciones -algunas de las cuales figuran en La investigación psicosomática-, refleja una inquietud especulativa que procede de una confrontación de las perspectivas psicoanalíticas clásicas con lo que una clínica específica nos imponía. Igual que Freud y sus sucesores han construido un «espacio analítico», nosotros hemos sentido que se desprendía progresivamente, en relación con los precedentes, un nuevo espacio psicosomático.

MICHEL DE M'UZAN Y CHRISTIAN DAVID

Preliminares críticos a la investigación psicosomática*

I

Siempre que nos quedemos al nivel de la experiencia bruta y de su comunicación espontánea, la utilización del vocablo «psicosomática» produce un acuerdo tácito. ¿No es cierto que para cada uno de nosotros designa una realidad cuya originalidad se impone pero que al mismo tiempo va acompañado por una imprecisión en sus límites y por la incertidumbre de su estructura? Mientras que sea empleado de forma pragmática, no emerge ninguna de las dificultades internas que implica. Pero asimismo la atención no está dirigida hacia ellas; el término en cuestión no es otro que el vector de una intuición clínica radical, que aparece bajo una incidencia alusiva.

Bajo la presión de los obstáculos surgidos en la comunicación y la explicación, se tiene que realizar una revisión reflexiva, estableciendo una distancia clara, al mismo tiempo que se actualizan problemas que hasta aquí eran solo virtuales. Así, en el mismo momento en que el interés es atraído inevitablemente hacia su fuente, la referencia inmediata a la experiencia clínica inicial ya no es posible: en adelante será necesario preservar el contacto con ella, pero esto solo se hará por intermediarios que la amenazarán sin cesar ellos mismos.

[El recurso necesario a estos intermediarios, el alejamiento y la fragmentación con relación a la experiencia original, que son correlativos, desembocan en vicios de](#)

conceptualización y de expresión -que parecen nutrir abundantes desacuerdos entre escuelas- y en una fragmentación de los cambios de investigación, en los que algunos ven las causas de todos los bloqueos y de todas las contradicciones en el terreno de la medicina psicosomática. Así H. Ey subraya de buena gana «las incoherencias y las confusiones de las nociones (utilizadas)», al igual que «las razones profundas de las dificultades conceptuales» en las que los diversos movimientos psicosomáticos se debaten'. Así A. W. Mac Leod, E. D. Wittkower y S. G. Margolin señalan que «la metodología comúnmente utilizada obliga al investigador a trazar fronteras artificiales en el seno del campo total de su experiencia [...]». Desgraciadamente, ocurre con frecuencia que la forma en que este es fragmentado en subcampos por las necesidades de la investigación no viene determinada únicamente por las relaciones efectivas entre los hechos, sino también en función de la personalidad del investigador y de sus intereses personales. Pero esta fragmentación no es solo la consecuencia de la subjetividad del investigador; depende de una situación general: «Considerar una parte del campo en relación de dependencia o de jerarquía con otra parte es una ilusión ligada al proceso de reflexión 1.»

Son vicisitudes inscritas, por lo demás, en el esfuerzo por captar, como ya se ha convertido en algo banal decirlo, al hombre enfermo en su totalidad, y animar así, como dice H. Ey, la tendencia hipocrática de la medicina, vicisitudes ciertamente ineluctables, pero que, sin embargo, no deberían ser eludidas necesariamente con una forma de abandono a un cierto automatismo conceptual. La tensión que experimentan refleja, en efecto, el obstáculo para la aprehensión de los fenómenos pero también la vía para alcanzarlos. Dicho de otra manera, el evitamiento de esta tensión es una de las causas del alejamiento de la experiencia que se manifiesta por el recurso a un utillaje mental abstracto -con frecuencia prefabricado- que sustituye sin darse cuenta a la realidad.

Al examen crítico de este estado de cosas, tal como lo planteamos aquí, no se puede oponer el argumento de la necesidad previa de constituir por medio de la experiencia el objeto de estudio. Y esto es así por dos razones: en primer lugar y sobre todo porque la necesidad misma de esta crítica se hace sentir en la medida en que existe un divorcio manifiesto entre la realidad descrita y los esquemas utilizados para formularla; además, porque esta constitución misma nace precisamente de un abordaje sin a priori de la clínica.

* * *

Las necesidades de comprensión y de formulación del material psicosomático propiamente dicho llevan al investigador a perder de vista la función pragmática de sus instrumentos conceptuales y de sus esquemas explicativos, corriendo el riesgo de desconocer la relatividad de los resultados a los que llega. Esto, que interviene también en el trabajo psicosomático, tiene un gran peso en materia de medicina psicosomática. Si

bien el psicoanalista constata ya un desvío entre su desciframiento del síntoma y su valor significativo, esto no obsta para que la relación entre uno y otro sea directa y se sitúe en un mismo orden epistemológico; el psicosomatólogo, por el contrario, debe hacer frente a una dificultad más compleja; en efecto, la distancia aumenta entre la captación del síntoma en tanto que tiene un valor significativo y su traducción, porque la naturaleza anatomofisiológica del síntoma viene a mostrar aquí la relación indirecta al mismo tiempo que se hace epistemológicamente heterogéneo. Perder de vista el alcance operacional de los conceptos, eludir más o menos a sabiendas las cualidades particulares del desvío que acabamos de definir, en fin, recusar implícitamente la originalidad del síntoma psicosomático, desemboca en la elaboración de posiciones teóricas extremas que corren el riesgo de falsear el contacto con la realidad y, por lo mismo, de suprimirle su poder de convicción. Encontraremos una ilustración en las posiciones respectivas de A. Garma y E. Mahl.

Garma, en efecto, tiende a identificar en una suerte de entidad sincrética etiología, patogenia y valor significativo del síntoma, en la lectura que hace de él. Así, su indiscutible riqueza intuitiva corre el riesgo de ser desestimada: ¿no es fácil, demasiado fácil, desde luego, oponerle por ejemplo que toma la investidura secundaria de la perturbación por la perturbación misma, o lo que ve de los fenómenos por ellos mismos? Por su parte, E. Mahl, en su concepción del *ulcus duodenal*, niega, de hecho, su originalidad en el terreno psicosomático cuando rehúsa toda idea de especificidad; haciendo de la ansiedad crónica la causa determinante de la ulceración, por intermedio de una hiperexcitación vagal, establece una relación directa, un verdadero paralelismo psicofisiológico (aunque no unívoco), y pasa así de lado por la singularidad de la enfermedad ulcerosa.

En estas dos posiciones extremas, parece claro que ha habido una ruptura de contacto con la realidad, es decir, con el dato intuitivo irrecusable de una especie de lugar psicosomático. Ocurre que, en uno y otro caso, este se encuentra anexado, ya sea al dominio psíquico, ya sea al dominio somático, como si se tuviera por homogénea y directa la relación que hemos considerado heterogénea e indirecta.

Si queremos enfocar bien la intencionalidad en el síntoma psicosomático, es decir, su valor significativo, como intrínsecamente ligado a su aprehensión en tanto que realidad particular en la intuición original, ¿no hay que pensar entonces que, de alguna manera, ha sido falsificada o desconocida? Tal desviación no parece que pueda ser evitada más que conservando en cada fenómeno su nivel de intencionalidad propio. Dicho de otra manera, será necesario distinguir al lado del síntoma «psicoanalítico» (fobia, obsesiones, etc.) -en donde la relación directa es homogénea- el síntoma de conversión en el que esta relación sigue siendo directa (capacidad simbólica de la sintomatología), pero se hace heterogénea, y el síntoma psicosomático propiamente dicho en el que la relación es a la vez heterogénea e indirecta.

De donde se deduce que, desde el punto de vista epistemológico, el fenómeno de conversión se privilegia. Constituye, por decirlo así, el punto de articulación de las manifestaciones patológicas observadas. ¿No tenía Freud esta sensación cuando hablaba del «misterioso salto de lo psíquico a lo físico»? En consecuencia es necesario preservar en la noción de conversión su valor de articulación entre estos diferentes órdenes. Desconocerlo lleva a hablar a propósito de las manifestaciones psicosomáticas en tanto que tales², de «conversión orgánica profunda», lo que se hace impropio en nuestra perspectiva, sobre la base de que estamos delante de una relación no solamente epistemológicamente heterogénea, sino que también indirecta (no «el lenguaje de los órganos»).

* * *

¿No es precisamente, en razón de la desviación a que hacíamos alusión, del desconocimiento de la especificidad intuitivamente aprehendida del «lugar psicosomático» y del verdadero valor de la noción de conversión, que en el límite de las investigaciones que planteamos aquí se plantea bastante frecuentemente el problema: enfermedades psicosomáticas o concepto psicosomático de la enfermedad?

Al escrutar los términos, aparece enseguida que se trata preferentemente de un debate escolástico más que de un dilema real. ¿Por qué tal desviación a partir de los datos de la clínica? Debido a que recurrimos espontáneamente a la dimensión psicológica para situar el problema, en realidad no constituye para nada, según parece, el primer plano de la disociación buscada. En efecto, si es suficiente hacer notar una incidencia psicológica en un cuadro mórbido, es evidente que todas las enfermedades podrían ser consideradas como psicosomáticas, o se podría afirmar una concepción psicosomática general de la enfermedad, a la que se adhieren numerosos autores en ciertos momentos de su reflexión, y principalmente, destaquémoslo, cuando esta cede a la facilidad del recurso a la etiología en función de las necesidades de su problematización. Pero, aceptando la universalidad de la intervención del psiquismo en una enfermedad cualquiera -incluso una enfermedad infecciosa-, se mantiene que cada uno, psicosomatólogo, psiquiatra o médico generalista, está de acuerdo en reconocer «una definición operatoria usual del campo psicosomático» (Velabrega).

Sin prestar atención a esta incoherencia, los autores, después de un trabajo de elaboración indispensable pero reclamando un control crítico, desembocan en el aislamiento de entidades nosográficas nuevas que constituirán para ellos el grupo de las afecciones «psicosomáticas». Especificando este sentido nuevo del término, operan subrepticamente un cambio de plano. Así parece que debemos explicar el hecho de que Alexander, por ejemplo, lo mismo se adhiere a la concepción psicosomática de la enfermedad en general como defiende la concepción de un grupo nosográfico con diagnóstico específico.

Así se explicará igualmente que se presente el problema a la luz de una contradicción insoportable o de una alternativa que impone la elección: ¿enfermedades psicosomáticas o concepto psicosomático de la enfermedad?

Si tomamos conciencia de este desvío -cambio de plano subrepticio, paso de un sentido del término psicosomático a uno nuevo-, no hay contradicción ni alternativa, sino simple exigencia de integración de las afecciones llamadas psicosomáticas en un marco nosográfico general renovado, en el que no se dará lugar solamente a las dimensiones anatomofisiopatológicas clásicas. De donde resulta más claramente que el orden psicológico no debería constituir el eje de referencia en materia de la problemática psicosomática.

P. Marty, cuando plantea la doble pregunta de qué es un enfermo psicosomático o de qué es una enfermedad psicosomática³, enfrenta de hecho el mismo problema, y evita hacer una aporía cuando respeta la existencia de planos diferentes en los que se sitúan los fenómenos observados por una parte, y que, por otra parte, sustituye al factor psíquico como eje de referencia por un esquema discriminatorio relacional: el conflicto en su relación con el enfermo y con la enfermedad. Siguiendo la naturaleza de esta relación, parece que tenemos derecho a distinguir con Marty tres órdenes de hechos:

- a) Relación contingente: incidencia de la condición conflictiva, universal, del psiquismo en toda enfermedad. A este nivel toda enfermedad tiene un aspecto psicosomático, pero entonces el término está dotado de una acepción tan pobre que no merece la pena de ser retenido, en tanto que se presta a confusión con empleos más apropiados.
- b) Relación esencial y inespecífica o no específica: existe un vínculo preciso entre la situación conflictiva del enfermo y su enfermedad. Se trata entonces para Marty de un enfermo psicosomático.
- c) Relación esencial y específica: existe un vínculo preciso no solamente entre la situación conflictiva del enfermo y su enfermedad, sino entre la naturaleza de esta situación y la forma misma de la enfermedad. Para Marty, se trata entonces de una enfermedad psicosomática.

Así, desde esta perspectiva, hay lugar al mismo tiempo para la noción de afecciones psicosomáticas específicas y para un concepto psicosomático de la enfermedad. No hay que hacer de uno y otro los términos de una alternativa ya que ellos mismos terminan integrándose en la jerarquía relacional que acabamos de definir. Lejos de desembocar en una visión sincrética de los fenómenos mórbidos, tal concepción ofrece una imagen más matizada y más fiel de la realidad: ¿no distingue bastante oportunamente al enfermo a secas, al enfermo psicosomático y a la enfermedad psicosomática -para dar una formulación esquemática- la especificación de la naturaleza de la relación entre conflicto

y enfermedad permite establecer y situar netamente el plano del clivaje entre «concepto psicosomático de la enfermedad» y «enfermedades psicosomáticas»?

* * *

La necesidad de integrar en formas conceptuales la «realidad psicosomática» intuitivamente captada, que deberá conducir a la elaboración de esquemas de pensamiento apropiados, incita la mayor parte del tiempo a recurrir de hecho a categorías gnoseológicas cuya inadecuación al nuevo objeto escapa a la atención, por el mismo hecho de la universalidad y de la espontaneidad de su empleo. Así es como surge, cayendo por su propio peso, un nuevo dilema: ¿etiología orgánica o etiología psicológica?

Pero, igual que anteriormente, es contradictorio en sus propios términos hablar de concepto psicosomático de la enfermedad, mientras que tenemos la certidumbre intuitiva de un dominio patológico específico -incluso cuando está limitado-, lo mismo que plantear la cuestión de la etiología a secas es eludir, parece, la verdadera problemática. Desde el momento en que se adopta el pensar etiológico, se crea un problema de arriba abajo: «pensar etiológico» es evidente e inevitablemente plantear la relación causa-efecto, es decir, introducir desde el comienzo una dicotomía radical -aunque ahora absolutamente formal- en lo que se presenta como una unidad indisociable, y hacer que todo fluya naturalmente hacia las oposiciones: soma-psyche, implícitamente materia-espíritu, de cualquier manera cosas heterogéneas. De aquí la necesidad, desde luego, de hacer jugar una parte con relación a las otras dos entidades cuya posición es estrechamente tributaria de un prejuicio sustancialista, es decir, de un presupuesto ontológico -en desacuerdo evidente con lo que aparece de manera inmediata, y que es necesario tener muy en cuenta.

11 1 Pero sin duda es desconocido en la formulación del dilema etiológico. Por lo demás, esto es consecuencia de otro desconocimiento doble: un sincretismo que traiciona el espectro psicosomático (enfermo, enfermo psicosomático, enfermedad psicosomática), una negligencia correlativa a la originalidad del nivel más específico (la enfermedad psicosomática).

No hay nada de sorprendente en que se recurra indefectiblemente a esquemas conceptuales inadecuados. El dilema etiológico, que se da como auténtica base de partida, no es, en realidad, más que un resultado ficticio. Solo por el hecho de adherirse al modo de pensar etiológico, hacemos surgir por una especie de inconsciencia instantánea una problemática artificial, con todo su cortejo de pseudodificultades y todos los callejones sin salida particulares: etiología-patogenia, organogénesis-psicogénesis, contingencia-intencionalidad, monismo-dualismo; es decir, en una palabra, un edificio puramente escolástico. ¿Cómo se podría resolver una problemática cuya incidencia ontológica es irrecusable, mientras que la realidad fenomenológica ha sido, por decirlo

así, inicialmente escamoteada?

Los autores no parecen haber visto bien el vínculo entre el modo de pensar etiológico y las aporías dualistas contra las que chocan, por más que la realidad psicosomática, que se encuentra excluida en el punto de partida, solo les parezca que puede ser encontrada por lo que ellos llaman una superación del dualismo. Pero ¿cómo «sobrepasar el dualismo» cuando uno queda como tributario del modo de pensar etiológico que conduce a eso mismo?

Las tentativas realizadas desde esta perspectiva solamente pueden desembocar en un fracaso que se expresa a la vez por medio de insuficiencias, véase contradicciones, en el seno de las diversas posiciones, y por una pérdida de contacto con la realidad clínica. De ello dan testimonio las diversas formulaciones basadas en la transposición pura y simple de la etiología o sobre un eclecticismo, como el de Alexander, que se expresa en un recurso alternativo a los dos términos del dilema, véase sobre un organicismo matizado como en H. Ey.

Frente al reconocimiento de la especificidad de tal dato psicosomático, el recurso inmediato a un modo de pensar etiológico, que revela la caducidad del esquema explicativo anatomopatológico, induce a su transposición pura y simple:

CONFLICTO $\Rightarrow$ PERTURBACIONES FUNCIONALES $\Rightarrow$
SÍNTOMAS $\Rightarrow$ LESIÓN

Se trata de una fórmula formalista que se encuentra pegada al objeto, ocultándolo, y haciendo que zozobre en una especie de indistinción que traiciona la intuición original. Saltando, pues, de una posición teórica comprobada en su dominio particular, que nos parece cada día más estrecho, a la posición opuesta -que se piensa que es nueva-, diríamos que uno se siente exento de una verificación por medio del regreso a las fuentes. En efecto, la forma específica que revelan los conflictos siguiendo el nivel evolutivo no es reconocida, si bien nos abocamos a alinear lo que pertenece de una manera más propia al «lugar psicosomático» al esquema que rige la comprensión de las neurosis. Este modo de pensar etiológico, con su referencia implícita al dualismo, ha conducido al desconocimiento de la indiferenciación primitiva del complejo psicosomático, dato inmediato, sin embargo, de la aprehensión fenomenológica.

Habiendo aparecido rápidamente las insuficiencias de la transposición simple del esquema etiológico clásico, tenemos el recurso al correctivo de la multideterminación para paliarlas, dicho de otra manera, de la «sobredeterminación etiológica». Cuando Alexander plantea la fórmula de la enfermedad:

$E(\text{enfermedad}) = f(a, b, c, d, \dots)$ (factores de la enfermedad)

por el hecho de yuxtaponer causas somáticas y causas psicológicas, realiza una suerte de

nivelación por arriba de las manifestaciones mórbidas de distinto orden, excluyendo sin saber «las enfermedades psicosomáticas (que, sin embargo, para él) constituyen un grupo con diagnóstico específico». Es una exclusión inevitable, en efecto, por el recurso a una discriminación somática y psicológica en un orden en el que es impensable.

Intentando adaptar los esquemas de comprensión a la complejidad del dato psicosomático, hemos creído encontrar la solución satisfactoria haciendo corresponder una multiplicidad de factores etiológicos. Además, haciendo esto, se escapa el hecho de que se proyecta sobre este dato una pluralidad implícitamente concebida sobre un modelo casi espacial, no congruente con un complejo primitivamente indisociado⁴. Así, sobre una dificultad real, se adhiere un falso problema que, bien entendido, no puede comportar más que falsas soluciones: Alexander ve bien la inadecuación del esquema psicogenético a los fenómenos psicosomáticos; cree remediarlo refiriéndose a una suma de factores heterogéneos y, por ello, se ve conducido a una suerte de situación caótica de la que dan testimonio un abanico de posiciones incompatibles: especificidad psicosomática, universalidad psicosomática, etiología orgánica, etiología psicológica, etiología mixta. Como sabemos, da una fórmula de la enfermedad basada en la perspectiva etiológica:

E (enfermedad) = f (función de a , b , c , d ...), en donde

a = constitución hereditaria;

b = traumatismo obstétrico;

c = enfermedades orgánicas de la infancia;

d = cuidados recibidos en la infancia (modalidad de destete, educación en torno a la higiene, condiciones materiales y psicológicas del dormir);

e = experiencias accidentales de orden psíquico o traumatismos de la infancia;

g = experiencias accidentales de orden afectivo de la primera y segunda infancia;

$-h$ = clima afectivo del entorno familiar y rasgos personales específicos de los padres y colaterales;

i = traumatismos físicos ulteriores;

j = experiencias afectivas ulteriores en las relaciones interpersonales y profesionales.

Por lo demás, la adopción de esta perspectiva etiológica lleva a Alexander, como vemos, a dar una fórmula plana de la enfermedad y parece que a dejar fuera incluso la coherencia de una visión psicosomática estricta: un primer grupo de factores (a , b , c) ¿no

constituye, de hecho, los elementos que trenzan el proceso de maduración y de integración armoniosa de las diversas funciones: un segundo grupo (d, e, g, h) cuyos elementos son susceptibles de crear puntos de fijación, y un tercero (i, j), a los que se puede imputar la regresión?

Si esta exégesis es correcta, vemos que la tentativa de Alexander para superar las dificultades; ver los errores, del esquema etiológico clásico y de su transposición, desemboca, por el mantenimiento de una perspectiva etiológica, en un conjunto de contradicciones -definidas más arriba- y que se esfuerza en resolver recurriendo a la multideterminación. Además, lejos de realizar una síntesis efectiva de esta manera, desemboca en un eclecticismo formal, extraño a la dinámica verdadera de los fenómenos. Permanecen todos los obstáculos que se intenta vencer.

La crítica de las bases conceptuales aberrantes de las posiciones revisadas hasta ahora, como presenta A. Seguin⁵, permitiría ver superados estos obstáculos. Apoyándose sobre una concepción gestáltica del organismo, considerado como una unidad primera, irreductible, que forma un todo con el medio, estableciendo entre uno y otro una relación dialéctica -el papel del estímulo es inseparable de lo estimulado en razón de una interacción recíproca-, escapa a la concepción de la enfermedad como algo que se superpone al individuo; por consiguiente, a las referencias etiológica y dualista. Así puede restablecer la continuidad entre lo normal y lo patológico, siendo la enfermedad, en último análisis, «una expresión vital», para encontrar en el orden energético un medio de discriminación (mientras que la fuerza del estímulo es de tal intensidad que el equilibrio del organismo se mantiene; su reacción es considerada como fisiológica; solo se convierte en patológica cuando se alcanza el punto de ruptura). Cuando define la enfermedad según la fórmula $X \text{ (enfermedad)} = f \text{ (función) de } S \text{ (estímulo) y GG}$ («equilibrio de la Gestalt viviente»), evita a la vez los callejones sin salida ligados a la modalidad de pensar etiológica y la perspectiva dualista; expresa claramente una concepción dinámica de la enfermedad pero explicitando el contenido de lo que denomina «equilibrio de la Gestalt viviente», según vemos, como Alexander, encalla en los escollos de la multideterminación; lo que no ve es qué predisposiciones hereditarias y adquiridas y patología anterior. Sin duda es necesario imputar esta subversión a la negligencia de la heterogeneidad fundamental de la realidad nosológica (tal como se encuentra explicitada más arriba). La elección de la neumonía para ilustrar la fórmula es bastante reveladora de esto.

Considerando la medicina psicosomática de inspiración analítica en su conjunto como algo que reposa sobre el principio de la subversión del esquema etiológico clásico, es decir, sobre la hipótesis psicogenética, H. Ey llega a afirmar que la «perspectiva de la psicogénesis, de la causalidad psíquica pura de la enfermedad es una contradicción in adjecto, que la escuela psicoanalítica no ha introducido, pero acreditada en la Patología contemporánea al punto de podrir el 6 sentido en una verdadera locura del sentido».

Declarando la guerra a esta «locura del sentido», se propone, eliminando la etiología psicológica, superar el dualismo. Pero, regido por la certidumbre a priori de que «la enfermedad es siempre una alteración primordial del sustrato somático del ser», se plantea de facto un postulado impregnado del dualismo que se propone redu cir: admitir de entrada una etiología orgánica es situarse necesariamente en una perspectiva dualista, a despecho de una toma de posición a favor de un monismo materialista. Si duda es en razón de su referencia al pensamiento jacksoniano que Ey parece que lo descuida. Gracias a ella, en efecto, concluye en una solución unívoca y general operando -parece que no teniendo en cuenta el tipo de afección en cuestión- una distinción fundamental entre etiología y patogenia: «La enfermedad es al mismo tiempo psicósomática en su estructura y su patogenia, y organogenética en su etiología, porque la enfermedad es primordialmente un accidente y solo secundariamente una reacción intencional a este accidente» 7. Haciendo esto, desemboca en una concepción puramente epifenoménica de la dimensión «intencional» de la enfermedad.

Al ser esta primitivamente una desestructuración de hecho -es su componente negativa-, su dimensión intencional, por llamarla de alguna manera -su componente positiva-, no aparece más que secundariamente: de forma epifenoménica. Pero, en medicina psicósomática, la componente positiva se presenta como poseyendo dos vertientes, las dos epifenoménicas, a tal punto que su explicitación solo reviste un valor semiológico.

Particularmente consciente de los callejones sin salida del «apriorismo dualista», Parcheminey, en una perspectiva de elucidación de la noción de «psicopatismo», se aplica al fenómeno de la conversión histérica, considerada por él como algo que tiene un valor ejemplificador en esta materia. Para él, no hay necesidad de hablar, siguiendo a Freud, de un misterioso salto de lo psíquico a lo físico, ni de traducción simbólica -y, por tanto, descifrable, a la manera de los otros síntomas psiconeuróticos- del conflicto en el soma; muy al contrario, hay identidad entre el significante y el significado y, si aún se quiere hablar de simbolismo, se trata de un simbolismo fisiológico. El síntoma de conversión no es la traducción de un afecto; es ese afecto. De ello resulta una subversión de la perspectiva psicoanalítica, ya que, desde ese momento, ya no se puede apelar a las nociones de censura y desplazamiento de energía, sino solamente a las de regresión a un estadio de indiferenciación y de reactivación8. Pero, entonces, se produce un alineamiento de los síntomas de conversión con todos los síntomas psicósomáticos propiamente dichos y, partiendo de la histeria, con todas las enfermedades psicósomáticas.

Tal sincretismo no responde a los datos de la clínica: en efecto, parece abusivo asimilar, por ejemplo, una parálisis o una ceguera histérica con una diarrea sangrante (rectocolitis hemorrágica), tanto desde el punto de vista de la relación de objeto como de la eficacia psicoterapéutica. Por lo demás, ¿no está autorizado Alexander a distinguir netamente entre las manifestaciones mórbidas que afectan al sistema sensorio-motor y las

que afectan al ámbito visceral?

Sigue siendo cierto que, si las conclusiones de Parcheminey no son confirmadas por la clínica -en lo que concierne al ámbito estrecho de las enfermedades psicosomáticas, por lo menos-, es en razón de una sensibilidad particularmente atenta frente a los matices de lo real y por las condiciones de lo vivido efectivo que ha podido acercar más a la elaboración del síntoma histérico, y subrayar la fecundidad de la perspectiva genética, escapando, al mismo tiempo, de una cierta artificialidad de las reconstrucciones psicoanalíticas.

* * *

En el momento en que pasan de la experiencia a su comprensión y a su explicación -que infiltran la descripción misma-, los diferentes autores que hemos presentado, entre otros, recurren a estructuras de sentido común (haciendo excepción de Parcheminey) -sin prejuicio de revestirlas con una expresión filosófica, dominados por la tensión entre el monismo y el dualismo-. El problema del «psicosomatismo», que ya estaba en el origen en su plan, se encuentra, por el hecho de este recurso, arrancado y agarrado en una dialéctica artificial que acaba por volatilizar su objeto. Por no haber seguido el movimiento inicial de la comprensión intuitiva de la realidad psicosomática, llegamos a plantearnos falsos problemas. Goldstein, en el plano neurológico, había formulado ya esta crítica fundamental sin ambigüedad. Solamente para describir de forma satisfactoria la cosa psicosomática, haría falta hacer tábula rasa, desde el comienzo, de los a priori conceptuales utilizados en otros contextos.

Por la misma razón del movimiento denunciado así, al menos toda una parte de lo real se encuentra desconocida. Incluso, se nos ha presentado una imagen desvitalizada, de alguna manera plana, parecida a lo inorgánico, dispuesta para estructuraciones de tipo puramente lógico. A partir de aquí, incluso en la hipótesis en la que todos los aspectos y todos los factores de la realidad enfrentada serían tomados en consideración, podemos preguntarnos en qué medida su valor y su papel verdaderos serían reconocidos. Su aprehensión, en lo que tiene de irreducible y original -esta especie de Erlebnis irreemplazable, núcleo de toda conceptualización ulterior-, constituye la única dimensión en la que se puede actualizar la cosa psicosomática, que no podría ser reducida a un simple objeto de conocimiento discursivo.

Oponer en un debate, de tinte escolástico, enfermedad psicosomática y concepción psicosomática de la enfermedad, situar las dificultades en función de seudoproblemas de los que ya hemos hablado (etiología orgánica, etiología psicológica, monismo, dualismo, etcétera), necesariamente es descolgarse de este Erlebnis y excluirse del «lugar psicosomático».

Únicamente una libre comunicación con el dato clínico original, una adhesión implícita -de alguna manera- a la cosa psicosomática, debería permitir no quedar prisionero de estos a priori y sacar de un caudal que aporta más que las diversas formulaciones especulativas que se puedan producir.

II

Si hay un acuerdo unánime, como todo hace creer, en torno a la originalidad de los hechos psicosomáticos, es porque este se impone a partir de la aprehensión intuitiva inicial. Pero la perspectiva explicativa que gobierna la Patología que parece que se puede aplicar aquí sin más, sin reajustes previos, también produce como resultado, como acabamos de ver ampliamente, una distorsión de la experiencia en la que se dan. Produce una ruptura del contacto que se va acentuando a cada nuevo esfuerzo de conceptualización y de explicación.

También, para evitar las dificultades insuperables a las que conducen, es necesario poner entre paréntesis todos los a priori que hemos denunciado, lo que supone crear las condiciones más favorables para la emergencia de las configuraciones psicosomáticas espontáneas, allí donde tienden a ser veladas por todo un sistema de defensas que vienen a reforzar la complicidad del investigador. Es demasiado evidente que, por la naturaleza misma de la experiencia en cuestión y de sus intenciones, se interponen obstáculos irreductiblemente. Para que permanezca legible, conviene vigilar antes que nada lo que la técnica de investigación utilizada permite descifrar mejor. Y, entonces, ¿qué vemos? Su obliteración casi constante en razón de la inadecuación de los métodos empleados. Esto es lo que subraya acertadamente E Deutsch¹⁰, cuando critica sucesivamente el método clínico usual, el método «de doble entrada» -confrontación de las observaciones obtenidas separadamente según la técnica clásica de interrogatorio y de examen por parte de un somatólogo y un psiquiatra-, el método biográfico introducido por Weizsaecker¹¹ -destinado a hacer aparecer las correlaciones entre nudos conflictivos y perturbaciones somáticas-, métodos en los que la ecuación personal del investigador interfiere desgraciadamente con la manifestación espontánea del enfermo.

La anamnesis asociativa definida por Deutsch nos proporcionará de buen grado una ilustración de una actitud que la permite. Lo que busca explícitamente no es otra cosa que hacer surgir en el contexto dinámico actual de la entrevista, de alguna manera in vivo y no por referencias, como en los otros métodos, la ligadura original entre el conflicto neurótico y la sintomatología somática. Por lo demás, aquí sale a la luz solamente en su incidencia práctica la vertiente dualista de su concepción: «Una neurosis de órgano - escribe, en efecto- es la expresión necesaria de un conflicto neurótico en términos de una perturbación orgánica con una especificidad ineluctable» 12.

De hecho, privilegiando el proceso de identificación con el enfermo, E Deutsch confiere a su método dos implicaciones infinitamente más originales y fecundas, a las que

corresponde la vertiente genética de su perspectiva, por decirlo así: «La determinación -pro sigue- de el órgano implicado depende del hecho de que estuviera afectado en origen, en una época anterior a la plena evolución de la vida instintiva. Es este momento, la respuesta instintiva a la disfunción orgánica creó una unidad psicosomática [...].»

A decir verdad, si la anamnesis asociativa constituye un método de investigación adecuado a la cosa psicosomática, es en la medida en que, reposando esencialmente sobre una actitud de identificación, constituye una verdadera condición de posibilidad para su aparición y su observación, y no tanto, como una visión precipitada podría hacer pensar, un simple medio para obtener informaciones esporádicas ya impregnadas de intenciones explicativas y por ello mismo a distancia del objeto. Su aprehensión directa se concreta por el desarrollo de una relación de objeto significativa y por la emergencia en el seno de esta de «nudos psicosomáticos», fines reales de la investigación. Gracias a la actitud de identificación adoptada se encuentra inducida, de alguna manera, una doble indiferenciación: el investigador es englobado por el sujeto, y en este aparece, en ciertos momentos fecundos por lo menos y a favor de una regresión casi experimental, de los patterns reveladores de un indiferenciado psicosomático.

En efecto, tal actitud permite la investigación en el dominio psicosomático; representa una actitud específica que responde a la especificidad del objeto. Ciertamente, se parece al abordaje psicoanalítico, en la medida en que se fundamenta igualmente en una amplia medida en la identificación; pero hay que destacar que la identificación, si representa en el análisis una condición de la aprehensión y de la comprensión de los fenómenos, ya no es, si es que lo ha sido alguna vez, la condición de la constitución misma del objeto epistemológico. También existe una semiología que se puede considerar como constituida en análisis, lo mismo que en la medicina clásica, aunque no es el caso de la psicosomática, si al menos nos negamos a avalar una simple extrapolación de la semiología psicoanalítica que, entre otros escollos, puede conducir, así lo hemos visto nosotros, a una generalización abusiva de la noción de conversión.

Por otra parte, si hay, en sus planos respectivos, bastante homogeneidad en la vía de abordaje y del objeto en los dominios psicoanalítico y médico clásico, que autorizan los objetivos explicativos, no ocurre lo mismo en el dominio psicosomático, en donde el sincretismo de los fenómenos en cuestión exige la utilización de una vía de abordaje en la que estén previamente neutralizadas las proyecciones explicativas, a falta de lo cual la investigación, en razón de una subversión de orden, carece sin saberlo de su verdadero objeto.

Es necesario decir que, de manera general, el enfermo psicosomático incita a ello. La técnica de entrevista que F. Deutsch describe, en su aspecto más original, en donde el investigador no se manifiesta más que para tomar como eco ciertas expresiones del enfermo, propone a este último una presencia despojada al máximo de su alteridad objetual; se encuentra así remitido a un estadio arcaico de su evolución en el que, a falta

de diferenciación psicosomática, respondía, atrapado en el interjuego de identificaciones y proyecciones propias de esta fase, una distinción solamente relativa con un otro aún mal individualizado. Atrapado, por decirlo así, por este movimiento de regresión inducida -que tiene la ventaja, en razón de su evolución anodina, de tender a cortocircuitar las defensas neuróticas-, el enfermo lo mismo va a reaccionar por medio de la emergencia de nudos psicosomáticos, como hemos visto, que sustraerse de ello por la elaboración de resistencias particulares: la referencia explícita y sistemática a la somaticidad; el recurso a manifestaciones somáticas casi sintomáticas (ya sea en el terreno propio de la afección en cuestión, ya sea a distancia en el de la sensomotricidad); la utilización misma de una vinculación explicativa, eventualmente convincente, de sus síntomas, con sus propios conflictos, o inclinarse hacia reacciones más o menos acentuadas de despersonalización.

Conviene destacar que, si esta técnica de investigación es bastante propicia para hacer surgir en los casos extremos lo indiferenciado psicosomático -plano original del desarrollo de las afecciones más literalmente psicosomáticas-, puede afortiori, en el terreno de las manifestaciones psicosomáticas, revelar el vínculo existente entre tal conflicto y tal síntoma somático, y esta vez no ya como defensivo, sino como inicial. Vemos, pues, que esta modalidad de aproximación permite, entre otras cosas, detectar la superestructura psiconeurótica y asegurar eventualmente el poder ponerla entre paréntesis.

Indicar, como acabamos de hacer, las resistencias del enfermo psicosomático en todo su polimorfismo no es suficiente, parece, para dar cuenta de la extrema facilidad con la que el objeto de investigación -conducida según las normas precisadas- parece volatilizarse: en razón del valor ansiógeno de la situación, las resistencias del paciente encuentran de manera natural por parte del investigador una complicidad que se traduce por contrarresistencias concordantes, como ya es banal subrayar en el terreno psicosomático. En efecto, al sentirse él mismo atrapado por el movimiento que ha de sencadenado y mantiene, se defiende por su parte, tanto en su comportamiento como en su comprensión. Así se ve tentado a reducir la tensión contratransferencial abandonando sin consideración la actitud identificatoria. Puede recurrir a intentos explicativos, que además cree poder fundar sobre la necesidad de una aproximación calmante, determinada de hecho por una necesidad personal de tomar distancia.

Es por responder a las mismas necesidades que va a aprovechar la ocasión de derivarlo a la somaticidad, a lo opuesto, de la aplicación formal de un esquema analítico o, en fin, de una aceptación precipitada de un plano de explicación (conflicto-síntoma) de carácter defensivo sobre todo.

Suponiendo que se han reducido todos estos obstáculos, emerge el objeto psicosomático radicalmente distinto de una entidad nosológica reconocida, en la misma medida en que nos aparece ahora intrínsecamente ligada a la relación que le permite surgir. Fuera de esta, en efecto, queda como virtual: todo pasa como si la modalidad de

relación fuera la condición necesaria para su actualización. Plantear una enfermedad psicosomática de manera absoluta, es decir, cortada de su textura relacional, es, como podríamos avanzar, un recorrido arbitrario que hace de ella una abstracción.

Así pues, se impone una perspectiva relativista: en este estadio el nuevo cuadro mórbido que se constituye está hecho de la interacción del objeto de la investigación y del investigador. De donde se desprende, resaltémoslo, que la utilización de una semiología y afortiori, de una nosografía preestablecida es difícil de concebir en la ocurrencia; en este punto, debemos encarar la elaboración, a partir de los cuadros mórbidos nuevos, de un primer rellano de una nosografía dinámica original. Esta implica poner entre paréntesis referencias semiológicas habitualmente utilizadas, tanto en el orden anatomopatológico, en la medida en que se adoptan los cuadros nosográficos de la patología médica clásica, como en el orden psicodinámico, en la medida en que tenemos tendencia a adherir secundariamente a estos mismos cuadros los datos de la semiología psicoanalítica. En efecto, frente a un enfermo psicosomático, todo pasa como si, por el empleo -implícito o explícito- de este doble sistema de referencia, se postulara la existencia en él de dos vertientes. Además, esta actitud, que sigue siendo dicotómica, por decirlo así, a pesar de ella, hay bastante riesgo de viciar la emergencia, así como que la aprehensión de las líneas de fuerza originales que subyacen en la relación. Podríamos entender por esto, a través del lenguaje del sujeto, tomando el término en su acepción más amplia, los procesos elementales, incluyendo las formas que ha tomado la relación de objeto, que puede que estén en la base de los fenómenos mórbidos en cuestión y que, de todas formas, parecen poder constituir, al menos en una perspectiva experimental, los lineamientos de la nueva nosografía de la que hablamos.

No hay duda de que aún está en la sombra: es la contrapartida necesaria y deseable de la eliminación de los esquemas explicativos que solo orientan, de hecho, como un espejismo. Y, de hecho, cómo sería de otra manera, si no perdemos de vista que esta nosografía es dinámica en este sentido esencial, que está ligada necesariamente al destino de un objeto que -esto se desprende de todo lo que precede- se va constituyendo. En efecto, no sabríamos intentar clasificar y explicar lo que no se ha podido describir; además «la cosa psicosomática» es una realidad de tipo operatorio¹³, es decir, dependiendo íntimamente del proceso mismo que permite la emergencia o mejor, la estructuración. En tanto que este no se realice, se deduce afortiori que todo intento explicativo es prematuro.

Estas observaciones son la expresión de leyes epistemológicas que rigen, en general, todas las investigaciones en las que el objeto y el método para alcanzarlo están en una estrecha reciprocidad de perspectivas. No hay que decir que sea suficiente adoptar una actitud relativista para que sea distinguido aquí el objeto de la investigación; además hay que tener en cuenta el hecho de que este es de tal naturaleza que su aprehensión se hace imposible en medio de los procesos disociativos inherentes al llamado conocimiento objetivo. También sería ilusorio, por otra parte, encarar «la constitución» del objeto

psicosomático en el contexto operatorio descrito como algo que comprende su completa y única realidad: se trata de su estructuración para el conocimiento -y lo entendemos evidentemente como profundamente instalado ya en función de las exigencias del objeto-; dicho de otra manera, de la realización de las condiciones propias para asegurar su congruencia con un orden del que por definición está ausente.

El dinamismo intencional y la indiferenciación relacional que aparecen de forma tan sensible a través de la textura intersubjetiva de la investigación psicosomática tal como la hemos presentado son manifestaciones de ello que la intuición reconoce como esenciales. De ello se deduce que la fidelidad al objeto enfocado implica aquí el rechazo -primero y siempre posible- de las exigencias inherentes a las modalidades más elaboradas del conocimiento tal como una larga práctica de las ciencias de la naturaleza ha modelado. Hoy día nadie intentará calificar como irracional el recurso al procedimiento de la asociación libre como instrumento fundamental de la investigación psicoanalítica; las exigencias técnicas y especulativas desarrolladas aquí en función de la investigación psicosomática no podrían ser menos. Podríamos ver una ilustración en el hecho de que solo el respeto de estas exigencias no rompe la continuidad del espectro mórbido psicosomático, permitiendo una discriminación matizada en su mismo seno, desde las formas primitivas en las que la psicosomaticidad es esencial literalmente -constituyendo un dominio específico, autónomo- hasta diversas manifestaciones en las que se particulariza localizándose -situándose en los confines ya sea de la fisiopatología, ya sea en el proceso conversivo.

* * *

Habiendo partido del reconocimiento intuitivo común de la originalidad de un dominio psicosomático, habiendo constatado la necesidad de renunciar a una conceptualización prematura y a los a priori sobre los que siempre reposa, para permitir el acceso, la valoración de una técnica adecuada nos ha autorizado, verificando la intuición inicial de especificidad, a definir el lugar de los fenómenos en cuestión, legitimando así sus exigencias propias, es decir, las de la elaboración de una nosografía nueva: dinámica. Si ahora es necesario volver a la subversión evocada tan frecuentemente de la vivencia intuitiva inicial que hemos denunciado, y cuya trama está constituida por la adopción de prejuicios nocionales, de buena gana lo pondríamos en relación a la vez con lo que podríamos llamar adultomorfismo epistemológico -en relación con el orden del objeto-, y con un defecto de atención, al igual que de elaboración en relación con los fundamentos mismos de las intuiciones de base. Para explicitar su naturaleza, no es suficiente referirse a una concepción sincrética, globalista, de la unidad del ser viviente -por lo demás, adulterada también-, pues hay mucho más, parece, en la intuición inicial. Aun cuando apareciera como conceptual, informal y no formulada, ¿no merecería, en virtud de su peso latente de significación, el trabajo de expresión que, solo, puede permitirle cumplir plenamente su papel epistemológico?

No es nuestro propósito emprender esta tarea aquí. Nos es suficiente indicar que la intuición inicial constantemente invocada parece concernir directamente a lo que nos tomamos la libertad de designar como una corporalidad llena de intencionalidad; expresión en relación estrecha con lo que Parcheminey había visto -con ocasión de su crítica de la noción de conversión-, una verdadera fusión de significante y significado pero que parecía, como hemos señalado, difícil de asignar al orden de los fenómenos en cuestión. Pero, en materia de psicosomática, sería por una especie de vuelta artificial que podríamos hablar de fusión: es de indiferenciación de lo que debemos hablar; es la indiferenciación lo que tenemos que intentar pensar. Por ella hacemos alusión, en referencia a la intencionalidad, a una tendencia consustancial a la dialéctica del organismo y el medio, que se va desarrollando según un verdadero continuum y que lo encontramos hasta en la representación.

Indicada así, vemos que esta noción permite evitar los a priori confusionantes de soma y psique: si solo tuviera este papel negativo, permitiría no perder el contacto -tan precario por lo demás- con la naturaleza de los fenómenos estudiados.

Lo que constatamos así a nivel de la descripción lo volvemos a encontrar en el de la comprensión, véase de la interpretación. Desde este momento, los esquemas psicogenético y organogenético, ya caducos, deben ser abandonados en beneficio de un nuevo esquema que responde a la noción de indiferenciado psicosomático, tal como hemos propuesto. La idea de un proceso que obedece a las leyes que rigen las formas -por consiguiente extraño a las relaciones extrínsecas de causalidad- se hará más próxima. Es un proceso dialéctico -no en el sentido inadecuado de una «causalidad circular» donde hay reciprocidad indefinida de efectos y causas-, sino entendiéndolo como un juego complejo de inducciones cuyo devenir parece regido por una ley de actualización y de determinación estructurales, que da cuenta a la vez de una organización y de una diferenciación progresivas pero en equilibrio siempre inestable, de configuraciones en el seno de conjuntos originales en cuestión, y de la impregnación por así decir de estas configuraciones por las líneas de fuerza de condiciones relacionales que fundan su legibilidad ulterior por medio de un abordaje apropiado.

Al final de todos estos desarrollos y en función de las últimas percepciones sugeridas, la referencia, implícita o explícita, al dualismo o al monismo que todos los autores han experimentado como fundamental parece aparecer bajo una nueva luz. En efecto, de ello se deduce, como creemos, que la problemática que se desprende solo puede ser planteada, sin riesgo de alteración de la investigación, estrictamente limitada al orden fenomenológico. Tan fuerte es la tendencia a dejarnos impresionar por la implicación ontológica, metafísica de los conceptos manejados, que es necesaria una vigilancia constante si queremos preservar la realidad estructurada tanto como el contacto con ella.

Correlativamente, esta misma problemática no puede entrar en juego más que al término de las aproximaciones concretas efectuadas y no encontrarse en clave.

Solamente en estas condiciones encontraremos el carácter ineluctablemente aproximativo de la captación y de la elaboración del objeto. Dada la naturaleza de este, en efecto, jamás puede tratarse, en el mejor de los casos, más que de establecer una relación de congruencia con él que permanece, encararlo en sí mismo, irreductible. Ciertamente, entonces es necesario precisar -en referencia a la armadura nosográfica propuesta más arriba- las connotaciones particulares que marcan esta relación. Es así como el hablar dualista se hace cada vez más alusivo en la medida en que concierne a las formas mórbidas más primitivas, más débilmente estructuradas, más indiferenciadas. Un hablar monista cualquiera no sería capaz de convenir con ventaja al resto, porque uno se vería llevado a dar la primacía al Erlebnis, el único suficientemente homogéneo con estas formas.

Así vemos que la tensión epistemológica entre monismo y dualismo varía paralelamente con el espectro psicosomático, mientras que los poderes del conocimiento discursivo y del lenguaje lógico se debilitan en la medida en que uno se acerca a sus zonas más arcaicas.

MICHEL DE M'UZAN Y CHRISTIAN DAVID

Prefacio

Las investigaciones psicosomáticas que presentamos en esta obra se desarrollaron en la consulta de Psicología del Servicio de Clínica Neuroquirúrgica del profesor Marcel David. Deseamos rendir homenaje aquí a la amistosa comprensión, al sostén eficaz y a la libertad que nos ha testimoniado y que han permitido a uno de nosotros desarrollar, durante más de dieciséis años, esta consulta. También deseamos que se le agradezca por haber hecho crear recientemente el primer laboratorio francés de facultad consagrado a las investigaciones psicosomáticas.

P. Marty asocia a este homenaje el nombre de Jean Gosset, profesor de Clínica Quirúrgica que, desde 1945, sumó su colaboración, siempre fiel desde entonces, contribuyendo así a abrir en Francia la vía de la Clínica Psicología. La imposibilidad de participar solo con la ayuda del instrumento psiquiátrico debió de inducir al psiquiatra clásico, que era, a dirigirse hacia el Psicoanálisis.

* * *

Sin que su responsabilidad esté aquí en cuestión, los frecuentes intercambios de ideas que hemos tenido con el doctor Michel Fain lo asocian íntimamente a la mayor parte de las perspectivas que defendemos. Le estamos agradecidos por esta aportación.

Destacamos igualmente el papel de diversas discusiones amistosas que tuvimos con nuestros colegas de la Société Psychanalytique de Paris.

Finalmente debemos recordar aquí la ayuda que Mademoiselle Simone Marty nos ha aportado constantemente en la elaboración y redacción de este libro.

Introducción

El Psicoanálisis no se limita ya, desde hace bastante tiempo, al dominio único de la neurosis. Su campo se ha ensanchado poco a poco para enriquecer y transformar dominios muy diversos del conocimiento. En lo que concierne a la Medicina, en primer lugar, ha dado como resultado una nueva orientación de espíritu, y después a la constitución progresiva de una disciplina original y fundamental, la «Psicosomática», de la que no se puede prever aún todo su desarrollo ni todo su alcance. Dicha disciplina, como hemos subrayado con frecuencia, pertenece a la tradición hipocrática, pero se singulariza por la introducción revolucionaria del concepto del Inconsciente. Inicialmente, es verdad, este ha sido aprehendido sobre todo por medio de la multiplicidad de sus expresiones mentales; pero eso no quita que su captación a nivel de lo somático puro estaba implícita en el genio mismo del descubrimiento freudiano del Ello, en tanto que instancia enraizada en lo biológico.

Sin embargo, la comunicación entre Psicoanálisis y Medicina solo se establece lentamente. No puede entrar en nuestro propósito el considerar las alternativas de este encuentro, pero es necesario destacar al menos en qué medida la tarea es incómoda cuando se trata de presentar la investigación de las enfermedades somáticas por medio del instrumento psicoanalítico. En efecto, los médicos clásicos corren el riesgo de quedar desconcertados por el peso que atribuimos al discurso del paciente, tomado en sí mismo, así como a sus formas no verbales de expresión. Los psicoanalistas, por su parte, podrían quedar sorprendidos de vernos sobrepasar ciertas posiciones habituales con la intención de agregar, tanto como sea posible, lo somático a la misma dinámica y a la misma energética que las que rigen la vida mental de sus enfermos.

v Por el contrario, se puede esperar que, al tomar como fundamento los datos más concretos, tal como aparecen -a poco que permita la emergencia por medio de un abordaje adecuado-, se ofrezca a la investigación un objeto incontestable, verdadera piedra angular, capaz de eliminar rápidamente toda una serie de prejuicios, de actitudes conceptuales a priori, y asegurar una dirección segura para la discusión.

La obra que presentamos aquí, por una parte, propone proporcionar un material de referencia que habla ya por sí mismo y, por otra parte, a través de nuestros distintos comentarios, más particulares o más dominantes, explicitar y elaborar su significación, de tal manera que puedan ser delimitados con bastante rigor los capítulos esenciales de la Psicosomática. Es decir, este trabajo de ninguna manera tiene como objetivo el estudio de tal o cual enfermedad somática y, con mayor razón, no intenta constituir, incluso de forma fragmentaria, un Tratado más. Sin evitarlo sistemáticamente, no hemos buscado estudiar los grandes síndromes clásicos, sino presentar únicamente a enfermos enfocándolos de forma original: para nosotros se trata de plantear las bases de una investigación nueva y no implicarnos en una sistematización todavía aleatoria en la hora

actual. Así pues, que nadie vea en estas observaciones una forma de cuadro panorámico de la Patología psicosomática, sino más bien la ilustración de ciertos aspectos esenciales de lo que con gusto llamaríamos la «vida psicosomática».

Simplemente hemos querido presentar, en la perspectiva psicoanalítica freudiana, el examen de siete pacientes afectados por síntomas somáticos. Si nos hemos centrado exclusivamente en la investigación y los problemas que plantea, es porque nos ha parecido como un estadio inicial para poner en forma, o en cuestión, y como la primera condición de la constitución misma del objeto psicosomático en tanto que tal.

Lo que ha orientado también la selección de entre las numerosas observaciones - registradas íntegramente- que disponíamos es, en primer lugar, el cuidado por revelar las modalidades principales que la investigación psicosomática puede tener y, correlativamente, algunas formas esenciales de vida psicosomática. No nos hemos orientado de ninguna manera por criterios nosográficos.

Los casos presentados aquí nos fueron remitidos tanto por médicos de otros servicios hospitalarios, de disciplinas diversas, como por médicos de cabecera. Algunas veces el enfermo había sido informado previamente sobre la posibilidad de un origen afectivo de sus perturbaciones, y sobre la utilidad para él de un examen al respecto; alguna vez, por el contrario, se nos envió sin preparación ni advertencia. A este respecto, destacamos que estas circunstancias diversas no parecen haber tenido incidencia notable sobre el desarrollo de las entrevistas. Incluso se puede pensar que son tanto más «puras» cuanto menos informado esté el paciente.

No entraba en nuestros objetivos el considerar el seguimiento terapéutico dado a cada uno de los casos presentados. Conviene que se sepa solamente que siempre hemos permanecido en contacto con el primer médico que fue consultado, para comunicarle nuestras conclusiones y para proponerle una orientación terapéutica. A título de información exponemos que esta se puede encontrar situada entre un amplio abanico, que va desde el psicoanálisis clásico y la psicoterapia al simple recurso a los tratamientos médicos tradicionales, pasando por las terapéuticas funcionales (relajación, por ejemplo) y las terapéuticas mixtas, quirúrgica, física, química, precedidas, acompañadas o seguidas de psicoterapia.

La reflexión clínica a la que nos hemos consagrado en nuestros comentarios nos ha conducido, en muchas oportunidades, a confrontar las formas originales que hemos podido discernir con las dos grandes vías neuróticas bien conocidas: la histérica y la obsesiva, de tal manera que sería inútil ofrecer aquí una ilustración clínica particular, en razón a que nos constreñiría a discusiones, discriminaciones y, en consecuencia, a desarrollos teóricos ajenos al marco de este trabajo.

Nuestro propósito se cumplirá plenamente si logramos hacer entrever tipos de

personalidad relativamente nuevos, o más exactamente, «formas de vida» que, por más extendidas que puedan estar, por más banales que puedan parecer, no permanecen menos desconocidas, creemos, poco exploradas, a despecho del interés humano que suscitan.

La aprehensión de estas formas de vida, que se sitúan al margen de las de los neuróticos y psicóticos, demanda previamente una elucidación de la técnica de la investigación psicosomática.

* * *

No se trataría de realizar aquí una reflexión profunda en relación con la teoría de la investigación psicosomática, sino solamente una definición de las coordenadas concretas propias para asegurar la eficacia y dilucidar su forma original.

En primer lugar debemos precisar las condiciones del examen, tanto desde el punto de vista del investigador como el del enfermo, y discutir brevemente sus particularidades.

Nos parecen útiles algunas informaciones en relación con las condiciones prácticas en las que se desarrolla el examen, en la medida en que tienen una incidencia cierta sobre su clima.

Desde su entrada en la sala de consulta, el enfermo se encuentra colocado en una situación poco habitual e inesperada al mismo tiempo. En efecto, el investigador se encuentra rodeado por un grupo de asistentes (entre seis y ocho de promedio), cuya presencia está justificada por el hecho de que la entrevista tiene también una finalidad didáctica. Es necesario subrayar que siempre están colocados de forma que el paciente pueda abarcarlos con una sola mirada. La situación de conjunto le plantea ya un problema de adaptación suficientemente arduo, y no es necesario complicarle la tarea introduciendo elementos que pudieran escapar a su control visual.

Por más advertido que esté el grupo de participantes, no quita que su presencia confiera un aspecto psicodramático a la situación. Esto podría ser objeto de un estudio específico, pero nuestro propósito es distinto. Sin embargo destaquemos que interviene con seguridad pero de una manera controlada. En efecto, el investigador tiene cuidado de asociar orgánicamente al grupo con su propia acción pero nunca permite que la atención del enfermo derive hacia tal o cual asistente, sin interpretar esta distracción. Como tendremos la ocasión de mostrar, diversas medidas técnicas contribuyen a garantizar esta exigencia cuyo fin común es el preservar la homogeneidad y la continuidad del examen.

Las reacciones de los pacientes en presencia de los asistentes evidentemente están en función de su estructura, y en una cierta medida son previsibles. El investigador no deja de incluirlos en la comprensión del caso y, en ocasiones, no duda en utilizarlos en sus

intervenciones.

Completemos estas indicaciones prácticas precisando que enfermo y médico se encuentran cara a cara, sin una mesa por medio, de manera que el diálogo sea más directo y más puro y, sobre todo, que ninguno de los protagonistas esté tentado, más o menos consciente mente, a refugiarse o a instalarse en cualquiera de los papeles definidos por la consulta médica clásica.

Las observaciones presentadas en este libro son un testimonio fiel e integral de exámenes realizados según la técnica que adoptamos en nuestra práctica psicosomática. Lo mismo ha sido registrada la entrevista taquigráficamente por una secretaria, claramente a la vista del paciente, como en magnetofón, con el micro claramente visible sobre una mesa instalada al lado del paciente y del investigador. Hay que destacar que ni secretaria ni micro suscitaron reacciones o preguntas. Por el contrario la eventual toma de notas -en relación con la mímica, los gestos o el comportamiento- por parte de alguno de los asistentes -lo mismo que ciertas manifestaciones expresivas por parte de la asistencia- ha sido objeto de algún tipo de señalamiento o de reacción emocional. En todos los casos nos apercibimos de la necesidad de una «recuperación» abierta y deliberada de estos efectos por parte del investigador. Esta se consigue gracias a una pregunta directa del médico que pide al enfermo lo que piensa de tal o cual manifestación por parte de la asistencia. Todos los elementos de la situación deben ser explícitamente integrados para que esta se convierta en un todo orgánico. Se procederá de la misma manera si se produce cualquier reacción, por ejemplo frente a la presencia del micro (salvo que se tratara, claro está, de un sujeto dominado por un sistema proyectivo)...

Esta vigilancia y este cuidadoso control representan un imperativo absoluto, dado el carácter traumatizante de este tipo de examen, carácter intrínsecamente ligado a la naturaleza de su proyecto. El paciente no solamente se encuentra sumergido permanentemente en una situación profundamente desconcertante (relación directa, silencio del investigador, reserva de la asistencia, orientación psicológica de la investigación frente a una sintomatología somática), sino que también está en la imposibilidad de referirse a las coordenadas del examen médico tradicional.

Si tal situación puede ser considerada como una condición para la emergencia de los elementos indispensables para la comprensión del paciente, no lo es menos que el investigador debe poder modificarla en todo momento en el sentido querido, y limitar de manera importante el efecto traumático.

1 Sin embargo, conviene subrayar que, contrariamente a lo que algunos podrían temer, esta modalidad de examen se revela, a fin de cuentas, bastante poco chocante, e incluso puede tener un valor terapéutico inmediato. A despecho de ciertas apariencias, de hecho el examen respeta profundamente la personalidad del enfermo y, visto el interés considerable de sus resultados, nos sentimos justificados plenamente, en cuanto a la

ética, para continuar con estas investigaciones.

La forma en que el investigador concibe los fines, las modalidades y la técnica de su encuesta está estrechamente ligada aquí a la concepción y a la práctica psicoanalítica. Sin embargo, la presencia de una sintomatología somática impone importantes cambios destinados a revelar su vínculo con las características de personalidad. Todos los elementos propios para hacer conocer este vínculo realmente solo pueden ser captados y utilizados por y a través de la relación médico-enfermo. Es decir, la apreciación de la transferencia y de las reacciones contratransferenciales constituye el fundamento de todo trabajo de investigación y el marco de referencia de diversas informaciones. Así, sea cual sea el interés intrínseco de estos datos biográficos referentes al pasado del paciente, de su vida habitual, sus diversas investiduras, al igual que sus perturbaciones somáticas, no pueden adquirir su significación plena más que colocadas en el contexto relacional en el que aparecen. También está excluido adoptar una técnica de entrevista dirigida como la del examen médico clásico.

El principio que rige la entrevista deriva directamente de la regla fundamental del análisis: se trata de suscitar las asociaciones del enfermo y permitir su desarrollo todo lo posible. Dejando al enfermo un máximo de libertad de expresión, nos encontraremos en condiciones no solo de seguir su determinismo mental y verbal simultáneamente, sino incluso -y en la perspectiva psicosomática esto es mayor- sus actividades sensorio-motoras (mímicas, manifestaciones gestuales, agitación, temblores, contracturas, etc.), sus manifestaciones álgicas y, de una manera general, sus diversas expresiones somato-funcionales eventuales.

Tal orientación se sitúa en la línea de la anamnesis asociativa de E Deutsh, pero la desborda en el sentido de una verdadera «expresión asociativa». Comprendemos que incluso sea posible percibir la estructuración psicosomática de un enfermo con un mínimo de datos anamnésicos. De esto se deduce que a la actitud de expectativa aparente en la que se mantiene el investigador debe añadirse una posibilidad constante de acción para dejar siempre abierto el campo expresivo. En efecto, sucede inevitablemente que el paciente, frente a la total libertad que se le ofrece, ve cómo se bloquea su movimiento -lo que produce la sensación de que la entrevista se mete, por decirlo de alguna manera, en un callejón sin salida- y la primera tarea en ese momento es «volverlo a lanzar», es decir, proporcionar de nuevo las condiciones para su puesta en marcha.

Pero la entrevista puede verse obstaculizada por otras circunstancias. Así, el enfermo puede mostrar tanto un desarrollo creciente, como una especie de fatiga o de apagamiento, y el investigador se encuentra inducido a abandonar, al menos temporalmente, su posición de expectativa o de estimulación discreta a favor de una actitud mucho más activa, igualmente requerida en el caso en el que la entrevista parece disolverse o perderse espontáneamente. Estas intervenciones de corte revigorizante pueden revestir la forma de verdaderas interpretaciones destinadas a hacer consciente al

paciente ya sea de una correlación psicosomática, o de un desplazamiento conflictivo. Por ejemplo, se podrá subrayar la aparición de contracturas, vértigos -esto será, con frecuencia, una reviviscencia de su síntoma- coincidiendo con un momento crítico de su relación con el médico -o incluso habrá que señalarle una actividad sensorial, visual especialmente, que tenga valor de evitamiento fóbico o bien, frecuentemente, se atraerá su atención hacia el eventual contenido mental que acompaña tal o cual mímica.

En otras ocasiones será oportuno marcar una analogía posible entre actitudes y situaciones presentes y pasadas, incluso proceder a auténticas reducciones transferenciales.

No es necesario decir que tal posición sería difícilmente concebible de entrada frente a un neurótico. Por lo demás, esta solo se asume cuando la relación ya ha podido ser apreciada plenamente, y cuando la estructura de personalidad se dibuja con suficiente nitidez. Por añadidura estas medidas exigidas algunas veces por la técnica de investigación psicosomática con frecuencia tienen, destaquemoslo, un real e inmediato valor terapéutico.

En este terreno -y puede ser que más aún en el campo psicoanalítico- es necesario contar con las actitudes y las reacciones íntimas del investigador intrínsecamente ligadas a su mismo esfuerzo de comprensión. Aquí, pues, lo que constituye la garantía de viabilidad de la empresa es también el obstáculo con el que tropieza.

La confrontación psicosomática, que con frecuencia veremos tomar derroteros bastante dramáticos, crea, de cara al necesario proceso de identificación, dificultades específicas y particularmente pesadas al terapeuta. En efecto, aquí se encuentra colocado frente a una situación fundamentalmente ambigua: debe proceder a una captación identificatoria guardando todas las posibilidades de distancia intelectual en relación con un objeto clínico en el que el fenómeno mórbido se presenta esencialmente en el plano somático y casi siempre mal estructurado en el plano mental. De aquí proviene un malestar del que el investigador debe tomar conciencia a fin de evitar en la medida de lo posible los dos peligros principales que corren el riesgo de alterar su comprensión del enfermo. O bien tenderá a dejarse absorber por el mundo poco diferenciado y poco elaborado que se le presenta -con la consecuencia de una adhesión demasiado estrecha a la literalidad del lenguaje y de los afectos-, o bien, por el contrario, cuidadoso de escapar a esta amenaza de estancamiento, va a intentar tomar la distancia, por ejemplo aplicando sobre el material esquemas preformados, y exponiéndose a no descubrir jamás lo que busca -actitud que implica una forma de dominio, una discriminación y, por decirlo así, un modelaje del material en un estilo defensivo de tipo anal.

Evitar estos peligros no significa suprimir toda reacción contratransferencial: esto no es ni posible ni quizá incluso deseable. Sin embargo, conviene discernir la calidad y las diversas modalidades de expresión: no es solo la formulación lo que está en cuestión, sino

también las manifestaciones exclamativas, mímicas y gestuales que, según el momento de la evolución de la relación, pueden ser vigorizantes, provocativas y aprobatorias. Cada uno habrá reconocido aquí los parámetros del mantenimiento de la distancia y de la dosificación de la frustración.

Suponiendo que se han eliminado las reacciones contratransferenciales viciosas, la apariencia de agresión que puede tener tal modalidad de investigación no revela de hecho más que la perturbación que desencadena de forma deliberada en el equilibrio del compromiso establecido por el paciente.

Para precisar las ideas, incluso a riesgo de una presentación algo artificial, podríamos decir que una entrevista tipo se desarrolla según tres movimientos principales. En un primer tiempo -una vez conseguido el objetivo de permitir la manifestación, el desarrollo y la apreciación de la naturaleza de la relación espontánea del enfermo, así como los sistemas adaptativos mayores- se trata, por parte del investigador, de ejercer una especie de papel de catalizador de este proceso y, en consecuencia, para alcanzarlo sin correr el riesgo de falsearlo, atenerse a una actitud particularmente neutra y reservada. Cuando este primer objetivo es alcanzado, nos vemos llevados naturalmente por el determinismo y la lógica interna del examen a adoptar una actitud más activa y a introducir -en contrapunto con la atención dirigida siempre al desarrollo de la relación- intervenciones e interpretaciones orientadas según las normas precedentemente enumeradas por una parte y, por otra, una búsqueda de ciertos elementos anamnésicos. Así, nos vemos conducidos finalmente a un último estadio de la entrevista en el que las preocupaciones dominantes van a ser completar la encuesta -necesariamente por medio de preguntas sistemáticas concernientes especialmente a la actividad onírica, los recuerdos de infancia, la formación intelectual, la vida habitual del sujeto y la perspectiva que tiene sobre la entrevista y su desarrollo- y finalmente, de forma eventual, prepararlo, «distendiendo» progresivamente la relación, para el traumatismo de la ruptura. Esta interrupción se encuentra facilitada por la nueva convocatoria -después de la discusión de su caso entre el investigador y el equipo, sin la presencia del enfermo- para proponerle una terapéutica.

Como vemos, se trata de un examen necesariamente largo -siempre más de una hora- que no puede desarrollarse de forma satisfactoria más que en condiciones especiales. Estas se concretan en un clima de tranquilidad, una asistencia seleccionada o debidamente informada sobre el carácter indispensable de su neutralidad a fin de que el enfermo nunca esté en condiciones de encontrar una respuesta a una eventual demanda por su parte. Así no se tratará de seguir tal entrevista junto a la cama del enfermo, ni en presencia de personas de su entorno.

No es solamente por la larga duración del examen que, si ha sido llevado rigurosamente, no se podrá repetir varias veces. Hay que contar también con la fatiga del investigador debida, quizá, a una especie de apagamiento libidinal y al esfuerzo particular requerido por el objeto psicosomático que, por definición, no se sitúa en un plano en que

sería fácil y directamente accesible por medios intelectuales y que, sobre todo, no se presta espontáneamente a la identificación que sin embargo es necesaria, aquí más que nunca, para una auténtica comprensión.

El carácter penoso de estas exigencias explica que el investigador pueda ser tentado en ocasiones a referirse a su experiencia previa y a sus conocimientos teóricos, y hacer entrar así el caso de su enfermo en un esquema preestablecido.

Es imposible separar las consideraciones críticas relativas a esta forma de examen de su objetivo práctico: es decir, de la indicación terapéutica. Al término de la entrevista, debemos estar en condiciones no solo de tener una comprensión suficiente del caso, sino también de evaluar las posibilidades adaptativas del enfermo y, como M. Fain ha precisado oportunamente, soportar las consecuencias del incremento espontáneo del síntoma en el plano económico. Pero la comprensión del caso, lo mismo que el estudio de las posibilidades adaptativas del paciente, no pueden ser concebidas más que en función de la captación precisa de las relaciones que vinculan la vida habitual del sujeto, su historia conflictiva, y su inscripción en la transferencia. En el marco de una percepción más teórica esto vuelve a encarar desde un punto de vista crítico la relación de objeto, la energética psicosomática, el valor funcional de la actividad mental y, finalmente, la relación entre las disposiciones de la personalidad, el estado de la maduración y la configuración sintomática.

La relación que el enfermo traba con el psicosomatólogo en el curso de la entrevista, y que bien entendido es la imagen de sus relaciones de objeto en general, constituye la piedra de toque de todos los elementos de la investigación. A través de ella se puede juzgar el sentido del material aportado; también en función de ella podemos calibrar eventualmente o corregir el valor de los contenidos. Por otra parte, habremos tenido ocasión de verificar suficientemente la correlación estrecha existente entre esta relación y los sistemas relacionales que el paciente usa en su vida habitual.

Consideramos la relación de objeto en la misma perspectiva que Maurice Bouvet, relativa a la escala de los niveles genital y pregenitales. Para nosotros esta relación no se limita a la que se establece entre el enfermo y el investigador; figura también todo vínculo establecido por el sujeto con cualquier objeto, ya se trate de los distintos elementos de su entorno o bien de objetos internos comprendidos en el Superyó y el Ideal del yo (como quería a justo título Bouvet)', las diversas imagos, así como los elementos somáticos implicados y, en los casos patológicos, la sintomatología en cuestión.

Todo analista que haya tenido la ocasión de examinar a enfermos psicosomáticos -y pensamos mostrarlo en las observaciones discutidas aquí- se habrá apercibido de la singularidad de su relación de objeto; singularidad que se manifiesta de forma más o menos evidente y pura, según la capacidad expresiva de la sintomatología y el grado de implicación funcional. Así, estos enfermos podrían ser clasificados a lo largo de la escala

clínica desde los casos más inmersos en la somaticidad, hasta lo que se podría llamar los «borderline psicosomático», cercanos a ciertos neuróticos o ciertos psicóticos. Lo que choca clínicamente, entre otros elementos, es una especie de pobreza del diálogo que con frecuencia tiene la necesidad de ser nutrido y reanimado; una precariedad, véase una carencia de los sistemas neuróticos de manejo de la situación cuyo sentido no parece estar comprendido; en fin, una inercia que amenaza casi en todo momento la prosecución de la investigación.

La ausencia de organización neurótica o psicótica propiamente dicha de ninguna manera significa, subrayémoslo, la ausencia de nódulos conflictivos fácilmente observables. Por el contrario, los instrumentos utilizados por los enfermos para tratar estos conflictos, lo mismo que sus problemas de relación, participan en una verdadera «organización psicosomática» cuya base está constituida menos por mecanismos mentales que por actividades sensoriomotoras y diversas modalidades funcionales fisiológicas más o menos aisladas, sobrecargadas o distorsionadas. No se puede decir que esta organización singular sea considerada como un dato monolítico, una estructura homogénea. Si bien es cierto que los cuadros clínicos más arraigados en la somaticidad revisten un carácter fenomenológicamente rudimentario, no hay que olvidar que esto solamente se ha podido poner en evidencia gracias a una elaboración teórica compleja. De otra manera, según pensamos, existe un verdadero «espectro psicosomático» que va desde los casos más masivos e indiferenciados a los que acabamos de hacer alusión, hasta los casos más fácilmente abordables en función de la teoría psicoanalítica de las neurosis². También, cuando consideramos la relación de objeto de los enfermos psicosomáticos, no tenemos a la vista solamente su singularidad, su estilo, sino también el nivel propio en el que se sitúa. Dicho de otra manera, en la patología somática nos encontramos recuperando la perspectiva «genética» tal cual se afirma en psicoanálisis, dedicándonos solamente a prolongarla y a extenderla.

Por otra parte, lo que desconcierta, además de la singularidad del objeto psicosomático tomado en sí mismo, parece ser la ausencia actual de referencias a un marco nosográfico establecido tal como existe no solamente en medicina, sino igualmente en psiquiatría y en psicoanálisis. En el estadio actual de la investigación, en el que la concepción psicosomática está aún en vías de constitución, las dificultades no despreciables son inherentes a una interdependencia esencial entre el método de descubrimiento, de descripción y de explicación, y la manifestación misma del objeto. Así se comprenderá que el psicosomatólogo tenga la sensación de encontrarse cogido en lo que podría parecer a primera vista como un círculo vicioso, porque para la conducción de la investigación es tributario de referencias que precisamente esta misma investigación está destinada a constituir.

Puede que sea útil subrayar que, si, en este trabajo en el que presentamos una serie de entrevistas que ofrecen una imagen muy concreta de la primera materia psicosomática, nuestro objetivo explícito es proporcionar un instrumento técnico

verdaderamente apropiado a las exigencias de la investigación, este instrumento representa el fundamento mismo del edificio conceptual. Es una andadura análoga a la que la ciencia psicoanalítica ha adoptado con ocasión de su formación y en la que, ya con perspectiva, podemos reconocer un movimiento que va de la técnica a la técnica, los primeros tanteos experimentales que permitieron la emergencia de la realidad psicoanalítica (bajo formas clínicas que se van ampliando) y una estructuración teórica que condujo por su parte a una concepción más rigurosa y compleja de la técnica.

Para no perder contacto nunca con la realidad clínica concreta y no correr el riesgo de falsificar esta experiencia original a causa de preconceitos y prejuicios, la mejor garantía consiste, como vemos, en referirse constantemente a una apreciación de la relación de objeto lo más matizada posible.

Así podemos captar otra característica del enfermo psicossomático: la pobreza cualitativa más o menos marcada de su sistema de relación con respecto al objeto mental, ya se trate de la representación del objeto externo o del objeto interno. El investigador no deja de quedar sorprendido frente al poco interés relacional -en el sentido habitual del término- que parece suscitar en el enfermo, y por el carácter al mismo tiempo poco matizado como poco diferenciado de la forma en la que es captado por él. Su relación no da lugar a una real elaboración; no parece que pueda ser recuperada para entrar en un conjunto dinámico que asegure su promoción. Es estática y fragmentada en gran medida. En los casos más puros, el enfermo tiende a responder mecánicamente, sin esperar otra cosa, según parece, que no sea un juego automático de estímulos y respuestas. Aún más, parece inconscientemente animado por una necesidad de rebajar al interlocutor al plano de su somaticidad. De una forma general, el enfermo psicossomático da la impresión de que su interés profundo está absorbido por lo que podríamos denominar «un objeto interior somático». Así pues este, a diferencia del objeto interior del neurótico por ejemplo, presenta una opacidad de sentido, una resistencia a la interpretación, y, de otra manera, se presta mal o nada a ser captado por una actividad mental consciente fantasmática o intelectual. Por lo demás, incluso cuando tal actividad parece que entra en cierto desarrollo, estamos en condiciones de verificar que solo comporta un valor funcional mínimo, que su papel es débil energéticamente. Esto lo debemos recordar frente a ciertos psicossomáticos que a primera vista podría parecer que pertenezcan al nivel genital, y en los que la vida mental incluso puede revestir una riqueza real. Su adaptación a la realidad, que a veces es satisfactoria, contribuye a engañar porque, al igual que la actividad mental, es esencialmente práctica, «operatoria», y no corresponde a una investidura libidinal efectiva. Pero esta facilidad es ilusoria y enmascara una servidumbre profunda. Tales enfermos, y con más razón otros aún menos evolucionados, llevarían a hablar de una especie de «carencia mental», a condición de poner el acento en el valor funcional de la actividad mental, sobre su papel en la economía pulsional³.

No está en nuestra mente -incluso si en el curso de nuestros comentarios ciertas

formas de hablar lo hacen creer- concluir en un déficit radical, en los psicósomáticos, de las actividades de representación y de los sistemas defensivos y adaptativos de tipo neurótico, véase «normal». Sin embargo, si alguna vez tenemos derecho, semiológicamente, de ligar el cuadro mórbido a tal o cual entidad neurótica clásica, nos damos cuenta enseguida, en el curso de la psicoterapia por ejemplo, de que esta asimilación estaba relacionada con el reconocimiento de una primera línea de defensa que se revela frágil, mucho menos estructurada de lo que se creía, y enmascara una organización patológica de otro orden, precisamente psicósomático.

Si hiciera falta situar a estos enfermos en el espectro patológico, los distinguiríamos en primer lugar de los neuróticos y también hasta un cierto punto de los psicóticos, mientras que con gusto los acercáramos a los neuróticos de carácter. Mientras que estos últimos quizá no son más que psicósomáticos en los que se ha dejado de lado el elemento somático y que, como nuestros enfermos, presentan una perturbación global de la personalidad de la que resulta una forma de petrificación de los recursos y del estilo adaptativo. En otros casos los psicósomáticos podrían evocar una analogía con los perversos, aunque sin embargo hay en ellos aparentemente un sector libre, relativamente independiente del sector patológico.

Centrando la atención sobre las modalidades psicósomáticas de la relación de objeto, nos hemos referido a la noción de nivel evolutivo, dicho de otra manera, al punto de vista genético. No deberíamos tratar, a no ser por las necesidades de la presentación, de separarlo de la perspectiva económica que debe permanecer particularmente presente en nuestra mente, lo mismo en la fase de la investigación que en la terapéutica, y siempre relacionado con el esfuerzo de comprensión teórica. Efectivamente, en Psicósomática las consideraciones energéticas toman una importancia predominante, no en función de cualquier presupuesto doctrinal, sino en razón de los datos mismos de la experiencia. Por lo demás, uno de los fines de esta obra es mostrarlo.

Este privilegio adjudicado a lo económico podría hacer creer que tópica y dinámica han quedado un poco olvidadas en desprecio de las coordenadas clásicas de la teoría psicoanalítica. Esto no es exacto, pero hay que reconocer que, en los casos más graves, el cuadro clínico impone la sensación de una indiferenciación psicósomática en donde lo cuantitativo tiende a predominar sobre lo cualitativo. Por esto, empíricamente, hemos llegado a formular un «principio de equivalencia energética» que desde el primer momento ha resultado fructífero, tanto a nivel del diagnóstico como en el del pronóstico y la terapéutica. Sobre la base de nuestra experiencia psicósomática, pensamos que «existe», en efecto, «una cierta equivalencia energética entre la actividad relacional con un objeto exterior; la actividad relaciona) con la representación de un objeto exterior; la actividad mental en tanto que tal, intelectual o fantasmática, y la actividad funcional somática perturbada». En esta cadena analógica, es necesario subrayar que la calidad de la integración de la energía se degrada progresivamente -sin prejuzgar aquí su valor agresivo o libidinalal mismo tiempo que la noción de relación objetal degenera y se borra

en beneficio de la actividad funcional distorsionada.

La aplicación de este principio de equivalencia a la investigación conduce, como hemos visto, a ampliar la anamnesis asociativa en expresión asociativa, dado que es necesario tomar en consideración no solamente el proceso mental explícitamente formulado, sino todas las manifestaciones observables o señaladas por el paciente. Estas manifestaciones pueden ser mímicas, gestuales, sensoriomotrices, álgicas, neurovegetativas... No es su sola presencia la que debe ser anotada, sino el momento de su aparición, sus fluctuaciones en el curso de la entrevista según la evolución de la transferencia y la emergencia de tal o cual nudo conflictivo acompañado eventualmente de los afectos que desprende. Sin embargo, esta ampliación del campo de la observación responde de entrada a una actitud del pensamiento, porque es muy evidente que la mayor parte de las modificaciones funcionales (humorales, musculares, vegetativas no dolorosas, metabólicas, etc.) escapan en el momento mismo al observador. De todas maneras, toda esta información que puede llegar a ser accesible solo podrá ser utilizada a posteriori, sin hablar de la existencia de ciertas reacciones diferidas.

Una vez que han sido recogidos y apreciados estos datos relativos a la transferencia, solo queda confrontarlos con el estatuto energético del sujeto, tal como aparece en su vida habitual. Es una de las finalidades de la segunda parte de la entrevista, en la que buscamos comparar, y eventualmente completar, las conclusiones a las que se ha podido llegar. El investigador, sin alterar por eso el equilibrio relacional que representa de principio a fin de la entrevista el eje de referencia fundamental, plantea entonces una serie de preguntas de carácter sistemático orientadas, por una parte, en el sentido de una profundización anamnésica y, por otra parte, hacia una evaluación específica de ciertas actividades funcionales fisiológicas y mentales. Es en esta perspectiva que la observación médica clásica puede ser utilizada de forma provechosa, sobre todo a posteriori, a fin de que las preconcepciones no vengán a torcer el desarrollo natural de la entrevista. Así se preguntará al enfermo sobre su actividad onírica y fantasmática en general, sobre sus recuerdos de infancia, sus antecedentes patológicos. En fin, nos plantearemos la forma en que el enfermo ha vivido y experimentado su relación con el investigador y eventualmente la asistencia, de manera que se conserve el control de los efectos dinámicos del examen.

Si se considera el equilibrio energético de la entrevista, se puede constatar con bastante frecuencia que, contrariamente al principio corrientemente admitido de la utilización -en el examen como en el tratamiento de los pacientes neuróticos- de la única energía que emana del enfermo, el investigador se ve llevado a veces a proporcionarle un aporte energético, ya sea para reanimar una entrevista que languidece, ya sea para reconfortar -podríamos decir «recomponer» a un enfermo que vive de hecho un verdadero desfondamiento económico. En efecto, no es raro que asistamos a una especie de «descomposición» del enfermo o que se le presente la amenaza en el curso del tratamiento, momento que en sí mismo tiene un valor semiológico cierto. Este es un

fenómeno que se impone clínicamente pero que se presenta complejo para el análisis. Se trata a la vez de un desvío frecuente del enfermo -cuyas técnicas adaptativas relacionales, a veces de puro estilo neurótico, y que, como hemos dicho, pueden producir una ilusión, se dislocan- y de una caída de nivel en el sentido de una regresión que se puede calificar de narcisista, que por eso mismo implica una desinvertidura de los sistemas mentales de relación, tanto interiores como exteriores, en beneficio de la sobrecarga de lo que con gusto llamaríamos «un metabolismo psicosomático de base». Los términos de sideración, de estupor, de embotamiento que vienen fácilmente a la cabeza para calificar el estado surgido de este proceso remiten de entrada a la ruptura de la franja neurótica adaptativa -la que dejaba al juego relacional la disponibilidad de una parte reducida del capital energético- y después al cruce sin freno de ciertas líneas de defensa que, a decir verdad, apenas están esbozadas (persecutoria, hipocondríaca, autista según los sujetos), cruce que se puede observar quizá en sus diferentes rellanos y que desemboca en una posición «psicosomática nuclear», ligada esta profunda pasividad del enfermo que exige del investigador un aporte energético reestructurante. Además nos encontramos siempre intuitivamente advertidos de esta necesidad por el cambio total que se experimenta en el clima de la relación y de la modalidad existencial del sujeto. Destaquemos por otra parte que esta reestructuración va a seguir una marcha inversa a la que acabamos de describir, y que la primera etapa estará marcada con frecuencia por la sintomatología somática recuperada en un nivel hipocondríaco.

Tal y como los acabamos de caracterizar, los exámenes psicosomáticos imponen con fuerza la noción de que las actividades oníricas, fantasmáticas e intelectuales se presentan con un estatuto muy particular. Por esto, como hemos visto, estas actividades deben ser objeto de una búsqueda específica en la segunda parte de la entrevista, que completará lo que la apreciación de la relación de objeto ya ha podido hacer presentir en este punto. Se comprenderá mejor la importancia de esta dimensión de la investigación si subrayamos la estrecha relación que existe incontestablemente entre las modalidades propias de las actividades de representación en los psicosomáticos y la esencia misma de su sintomatología. El resto de las nociones de «psicosomatismo», de «psicosomaticidad», etc., son histórica e intrínsecamente dialécticas en el sentido de que se refieren implícitamente al papel desempeñado por las actividades de representación en el dinamismo de la personalidad total. En efecto, si en los casos más puros el psicosomatólogo tiene la sensación de una precariedad o bien de una verdadera carencia de las actividades de representación, se refiere de una forma general a su valor funcional más que a su presencia o a su contenido. Clínicamente, es verdad, tenemos la ocasión de encontrar a verdaderos psicosomáticos que presentan una actividad fantasmática y sobre todo intelectual de una cierta riqueza. Pero, recordemos, incluso cuando aparece como desarrollada y normal relativamente a nivel cultural del paciente, solo tiene un valor débil de representación y de dramatización y, por consiguiente, una capacidad reducida, véase inexistente, de integración de la energía pulsional.

Para precisar lo que entendemos aquí como valor funcional de las actividades de representación, nos parece útil proponer un esquema que describa las vías de salida de la energía. En efecto, normalmente la energía parece que se invierte, por una parte, en las actividades mentales en sus distintos niveles, que doblan y acompañan la relación afectiva con el objeto exterior y, por otra parte, en una actividad mental que tiene como finalidad específica una manipulación de la presión pulsional.

Nos referimos aquí a una distinción fundamental cuyo valor heurístico ha ilustrado el trabajo de M. Fain y C. David sobre los aspectos funcionales de la vida onírica. En esta perspectiva, la actividad de representación absorbe, vehiculiza y canaliza la energía, le asegura salidas diferenciadas y eficaces, permitiendo así al metabolismo psicosomático de base funcionar de la forma más económica, es decir, no requiriendo más que un mínimo de energía. Para el psicosomático en el que las actividades de representación están, ya sea ausentes, o reducidas al papel de acompañamiento de la relación con el objeto externo, o funcionalmente insuficientes frente a una vida pulsional constitucionalmente sobrecargada, una parte de la energía escapa a las manipulaciones mentales de elaboración y de integración, y perturba tal o cual organización funcional somática. En otros términos, el Yo del enfermo psicosomático parece asegurar un papel de volante o de tapón pero no, al menos con la misma eficacia, la función de integración que asume el Yo del normal e incluso a su manera el del neurótico mental pregenital. Este fallo tiene consecuencias tan pesadas que le impiden la satisfacción y el cumplimiento narcisista ligados al funcionamiento mental simbólico en cuanto tal. A decir verdad, es esta dimensión simbólica la que es insuficiente en la modalidad de actividad mental que consideramos como característica de los psicosomáticos más puros y que P. Marty y M. de M'Uzan han denominado pensamiento operatorio⁴. Esta se presenta como una actividad consciente sin vinculación orgánica con un funcionamiento fantasmático de nivel apreciable, que copia e ilustra la acción sin significarla verdaderamente, y esto en un campo temporal limitado. No quiere decir que se trate siempre de un pensamiento rudimentario, porque puede ser fecundo técnicamente, en el terreno de la abstracción por ejemplo, sino que le falta siempre la referencia a un objeto interior vivo. Entra en una «relación blanca», mostrándose el sujeto durante la investigación presente, certero pero vacío. El diagnóstico de tal modalidad de funcionamiento mental, sobre todo si es predominante, adquiere un valor semiológico incontestable.

Ahora debemos hacer un alto en una secuencia característica que vuelve en sucesivas ocasiones en las observaciones de esta obra. Se trata de una mímica del paciente que evoca una actividad fantasmática inmediata (mímica de fantasía) y frente a la que el investigador reacciona por medio de una pregunta directa: «¿En qué piensa Vd.?»

La «mímica de fantasía» se presenta en general en las condiciones siguientes: el paciente, involucrado en el diálogo o confinado en un monólogo, pierde de golpe, ya sea el hilo de su discurso, ya sea el contacto vivo con el interlocutor; entonces fija su mirada

en un objeto determinado y aparentemente neutro, es decir, sin vínculo manifiesto con el tema en cuestión. Este objeto con frecuencia está inmóvil y simple; es una mancha, una línea, un travesaño sobre una superficie unida, algo delimitado o espacialmente definido. A veces puede ser un punto del cuerpo mismo del enfermo. Su valor esencial reside en que permite el desarrollo de una fantasía subyacente a la que está estrechamente ligado, hasta tal punto que, cuando esta fantasía no llega a la conciencia, espontáneamente o por la incitación del investigador, el único medio para hacerla resurgir es restablecer el vínculo visual con el objeto exterior en cuestión (y dirigiendo a él la atención del paciente).

La «mímica de fantasía» señala así una ruptura de la relación exterior con el investigador (cualquiera que sea la actitud expresiva dialogada, monologada o silenciosa del paciente) en beneficio de un conjunto fantasmático-visual que, económicamente, es un equivalente de esta relación y, cualitativamente, indica la aparición de una fantasía a nivel preconsciente frecuentemente.

Se trata, de hecho, de una forma de asociación de ideas tal como se observa en el curso de las sesiones de análisis clásico, en las que el paciente realiza un trabajo, que en nuestras investigaciones le es ahorrado. En estos momentos el enfermo se desliga de la relación verbal y sensorio-visual con el investigador, a favor de la representación preconsciente de una fantasía que estaba en fuga hasta ese momento y que se encuentra ahora en parte sacada de la sombra gracias a la percepción de un objeto externo cuya neutralidad enmascara el valor significativo, véase simbólico, la mayor parte del tiempo función de un contexto indudablemente arcaico.

Clínicamente, la «mímica de fantasía» se opone a la defensa sensorio-visual en la que el sujeto, buscando evitar una fijación objetual determinada que indudablemente sería propicia a la emergencia de sus fantasías en el preconsciente, despliega una gran movilidad ocular a fin de escapar de la relación con el investigador. Efectivamente vemos a ciertos pacientes huir sistemáticamente de la percepción del objeto soporte aprehendido primitivamente por ellos con la intención de escapar de su fantasía, en cuyo caso, a veces, estamos autorizados a incitarles a volver.

En estas condiciones el «¿en qué piensa Vd.?» del investigador cae por su propio peso, dado el interés de un material de fantasías subyacentes. La pregunta del investigador ayuda a una toma de conciencia que a veces se hace espontáneamente. Así ocurre que provoca una huida, pero, subrayémoslo, la apreciación del juego funcional del psicosomático, de sus mecanismos y de sus niveles defensivos con frecuencia es más importante que la elucidación del contenido de las fantasías aunque este último, evidentemente, no sea nunca despreciable.

Sin embargo, tal iniciativa constituye una especie de intrusión en la vida íntima del enfermo, que sería discutible si no estuviera motivada seriamente. En efecto, con un

neurótico correría el riesgo de abolir la distancia que ha fijado él mismo y por ello de llevarlo ya sea al abandono de la relación, ya sea a un juego sadomasoquista estéril. Con un psicósomático, nos exponemos, al menos teóricamente, a provocar una sobrecarga emocional intensa que corre el riesgo de invertirse en la disfunción en causa, con consecuencias inmediatas que pueden tener una cierta gravedad.

Podríamos pensar que un paciente que presenta «mímicas de fantasía» ofrece también una vía a la movilización de estas fantasías, o al menos a su visualización, de suerte que se aproximaría a un neurótico y que el examen parecería comportar menos riesgo. Esto no es así, porque la «mímica de fantasía», seguida o no de la pregunta «¿en qué piensa Vd.?», no desemboca siempre en la toma de conciencia, ni con mucho, e incluso nos podemos preguntar si desemboca en una representación visual. En tales casos solo la actividad sensorio-motriz desplegada frente al objeto-soporte exterior aparece clínicamente, sin que la fantasía subyacente sea capaz de emerger. Sin embargo tenemos la sensación de la existencia indudable de una fantasía desaparecida profundamente, pero sin duda esta última sigue siendo no movilizable, como si el sujeto se encontrara estupefacto y atrapado en una forma sensorio-motriz primitiva, que constituye justamente la fantasía.

Por lo demás conviene destacar que las «mímicas de fantasía» y su objeto-soporte solo conciernen a una fantasía precisa, inmóvil, que el mismo soporte no servirá una segunda vez en la misma sesión. Se trata de un fenómeno que tiene con frecuencia un valor arcaico, que se impone al sujeto y no exige de él más que una posibilidad de desapego frente al investigador, mientras que la movilización de la fantasía, es decir, su cambio de nivel, su elevación desde el preconsciente a la conciencia, necesitará un desapego visual del objeto-soporte, así como una reanudación de la relación, lo que supondrá una riqueza funcional y una flexibilidad de coordinación de las funciones implicadas que todos los sujetos están lejos de poseer.

Lo que llamamos capacidad de manipulación fantasmática, gracias a que una fantasía subyacente, cualquiera que sea su nivel, puede hacerse consciente o preconsciente, no debe ser confundido con la «mímica de fantasía» que no es más que el testimonio de la existencia de una fantasía cuyos detalles ignoramos además de su nivel y calidad representativa pero que no implica de ninguna manera la oportunidad de movilizarla. Sin duda puede tener inconvenientes liberar la carga emocional ligada a una representación fantasmática, sin asegurar la evolución de las representaciones implicadas. Pero, gracias al rigor de la técnica, a la flexibilidad del investigador y a sus capacidades de identificación, cuentan poco en relación con los beneficios que la pregunta «¿en qué piensa Vd.?» nos proporciona con frecuencia. Nuestra experiencia nos prueba, en efecto, que nuestra intervención sirve tanto al interés inmediato del enfermo como a su provenir terapéutico sin hablar del beneficio que saca de ello la investigación. Si ocurriera que la entrevista tomara un cariz sadomasoquista, estaría lejos de ser en detrimento del enfermo, porque el psicósomático, repitémoslo, encuentra un beneficio cierto al tomar

conciencia lo más ampliamente posible de su propia vida mental. Por otra parte el Superyó más flexible representado por el investigador es capaz de poner límite a su culpabilidad.

El lector tendrá ocasión de comprobar en los distintos casos a qué da lugar la «mímica de fantasía» y la investigación que la concierne. La respuesta del paciente a la pregunta «¿en qué piensa Vd.?» puede ser verbal o no; nos importa menos por su contenido que por su existencia y su forma que nos revelan las posibilidades funcionales del paciente. Existe una cierta correlación entre una limitación de la manipulación fantasmática, o incluso la capacidad de representación, y la existencia de «un pensamiento operatorio». Cuando toma un lugar preponderante en el cuadro clínico, se deducen ciertas exigencias técnicas particulares tanto en el estadio del examen como en el del tratamiento: en una palabra están determinadas por la necesidad para el psicopatólogo de desempeñar un papel con frecuencia de «inductor» activo frente a una función que se ha mostrado como deficiente.

Los analistas que han tenido que tratar a auténticos enfermos psicopatológicos han podido constatar el valor terapéutico para la evolución mórbida somática del proceso mismo de la «mentalización» que, por lo demás, es en muchos casos una necesidad inicial e ineluctable. No seríamos capaces de desarrollar aquí todo lo que se encuentra implicado en tal situación; nos resulta suficiente destacar solamente que cierta actitud «pedagógica» se impone con frecuencia, en primer lugar porque desde los primeros contactos puede requerirse, incluso con urgencia -en particular con ciertos vasculares-, adoptar de entrada una conducta terapéutica que reposa precisamente al menos en parte sobre la estimulación de las actividades de representación; enseguida, en virtud de un movimiento contratransferencial según el cual el médico, obligado a entrar en el universo mal diferenciado del enfermo e incluso hasta un cierto punto, a adoptar su lenguaje, reacciona con un esfuerzo de estructuración que le permite tomar una distancia justa, fundada sobre una identificación media y proponer al paciente un apoyo al mismo tiempo que una posibilidad de expresarse.

Hemos intentado precisar las implicaciones teóricas y prácticas de esta nueva modalidad de examen médico que es la investigación psicopatológica, cuya singularidad y fecundidad esperamos haber hecho sobresalir sin desconocer sus límites. Unos y otros encontrarán su ilustración in concreto en las observaciones y sus comentarios que constituyen el cuerpo de esta obra.

Además de los obstáculos contingentes encontrados por el investigador y sobre los que volveremos, existen diversos límites a su investigación, de los que algunos dependen de los distintos titubeos inevitables en el estadio actual de la investigación psicopatológica, y otros, más esenciales, marcan el punto a partir del cual el deseo de explicación debe deponer las armas. No hay ninguna duda de que una semiología psicopatológica más completa y más precisa, que una nosografía menos provisional y menos incierta,

permitiría hacer retroceder estos límites. No hablamos aquí de las posibilidades extremas de la Medicina Psicosomática, sin prejuzgar el eventual aporte de disciplinas orientadas de otra manera, tal como Freud preveía y deseaba.

A un nivel más local, en el contexto concreto de las entrevistas, no ignoramos el papel de diversas causas de error, uno de los cuales no podría ser otro que el carácter «transversal» del estudio operado por el investigador -una entrevista incluso prolongada, véase repetida que no puede ser exhaustiva-. Tampoco nos sorprenderá que el lector sea más sensible que nosotros frente a estos límites y estas lagunas, ya que inevitablemente le falta lo que aporta el contacto directo con el enfermo, el ritmo de la entrevista y las variaciones de su tempo, cosas difíciles de transcribir de forma sugestiva, aunque tengan una correspondencia tipográfica hasta un cierto punto.

Finalmente, sabemos que se le podría haber atribuido un papel determinante a los cocientes personales dado el ámbito intersubjetivo en el que se despliega de forma natural la investigación psicosomática. Incontestablemente el cariz de la entrevista puede variar sensiblemente según la persona del investigador, el tipo de enfermo y, bien entendido, las circunstancias particulares del examen. Admitido esto, nuestra experiencia nos ha persuadido de la inalterabilidad de la concepción de conjunto de la investigación, de sus bases y sus modalidades técnicas.

Nota a esta edición

Los comentarios que se presentan en la parte baja de la página no tienen el valor de notas. Deberían ser tomados naturalmente en el curso mismo del diálogo, cuyo sentido aclaran y precisan gradualmente, y cuyas fluctuaciones puntualizan.

Estos comentarios reflejan un primer momento capital en el esfuerzo de interpretación progresiva, momento cuya influencia es constante sobre la orientación de la entrevista. Constituyen la bisagra de la obra entre la experiencia bruta y su elaboración.

Observación 1

SEÑORA ADÉLE G.

-Siéntese, póngase cómoda y la escucho.

-Por qué? .. porque tengo dos... ¿Es por mi oído?

-Vamos, sí.

--Es por mi oído esto? Porque tengo dos visitas: una por el oído y otra para que me entrevisten.

-¿Qué diferencia ve Vd. entre el oído o el ser entrevistada? ¿Cómo ve Vd. las dos cosas?

¿Cómo veo las dos cosas, en conjunto? Veo que estoy enferma desde hace siete meses y que no sé qué tengo'.

-¿Desde hace siete meses?

-Sí, he visitado a dos doctores; es un doctor el que me ha enviado a aquí.

-Cuéntenos todo eso.

-Me duele la cabeza, comencé con dolores de cabeza y fui a visitar al médico; vivo en las afueras. Este médico me ha tratado con tabletas y luego vine a ver al médico a París, y durante cinco meses me ha dado el mismo tratamiento y no he mejorado; me ha enviado a aquí.

-Sí, ¿dolor de cabeza?

-Espero que me cuiden para tener una mejoría; no sé. Desde el martes que vine a aquí, y no pierdo ningún medicamento y tengo mucho dolor de cabeza. (La enferma da señales de emoción.)

-¿Qué le pasa? Cuente lo que le pasa.

-Estoy aquí porque estoy enferma. Para mí no es una broma estar así de enferma. He venido para buscar una mejoría, a que me curen, lo que yo le cuento... ¡No le puedo contar mi vida!2

-¿No puede contar su vida?

Trabajo en la costura. Soy costurera y desde el mes de agosto no he vuelto al trabajo. Tenía dolores de cabeza; he ido algunos días, pero no podía continuar (echa algunas miradas a la secretaria y después a los asistentes).

-¿Qué mira?

Qué quiere que le cuente?

-Estaba mirando.

Miro, sí, evidentemente una se impresiona, ¡oiga!

Sí, bueno.

-Qué quiere que le diga, no tengo nada que decirle, estoy enferma, no es agradable estar enferma; ¿qué quiere que le cuente al margen de mi enfermedad? ¿qué he comido ayer tarde? ¿qué voy a hacer hoy? (Ríe medio molesta, medio agresiva.)

-¿Qué quiere decir con lo de «lo que he comido ayer tarde o lo que voy a hacer hoy»?

-¿Quiere Vd. saber lo que he comido ayer tarde? (gesto que evoca una actividad en la fantasía).

-Sí, ya que ha hablado Vd. de ello. ¿En qué piensa?

En nadie...

-¿En qué estaba a punto de pensar?3

-Estoy sorda, perdóneme... Ahora estaba, iba a pensar en lo que comí ayer tarde... ¿que explique lo que hice para cenar?

-¿Cómo ha pensado en eso?

-He pensado que era ridículo explicarle eso.

-Probablemente hay cosas más importantes que esa... Ha entendido lo que acabo de decirle. Probablemente hay cosas más importantes que esa... (gesto de la paciente que evoca una actividad de la fantasía). Eso, acaba Vd. de pensar en ello.

-Que me habían enviado a Santa Ana y que no debería haber venido aquí.

-¿Por qué no debería haber venido?

-Porque... ¡escuche!

-La escucho.

Aquí, esto es una casa de locos; he dicho a mi médico que es una casa de locos; mi médico me ha dicho: «No la envío por esa razón; es para que le hagan un examen».

Y se ha quedado impresionada.

-Estoy de acuerdo. Eso forma parte de la enfermedad.

-«Eso forma parte de la enfermedad», ¿de qué?

-Es para saber, yo no lo sé, si soy normal quizá.

-¿Si Vd. es normal? ¿Qué quiere decir?

-Normal, si mi cabeza está entera, si tengo un buen razonamiento, si no estoy loca, si así le gusta más. (Ríe.)

-¿Por qué? ¿Lo pone en duda?

-No, de ninguna manera, señor.

¿Qué es lo que le hace pensar que estamos investigando si Vd. esta loca?

-No lo he pensado de ninguna manera; por lo demás, el médico que me ha tratado me ha dicho... Me duele la cabeza, y tengo más miedo de tener un cáncer que de estar loca4.

-Tiene miedo de tener un cáncer?

Sí, porque sufro terriblemente por el dolor de cabeza. (Se toca la cabeza.)

-¿Cómo se lo representa?

Me represento que tengo mucho dolor de cabeza y que puedo tener un tumor canceroso, un tumor.

-¿Qué sabe Vd. de los tumores cancerosos que dan dolor de cabeza?

-Porque yo he leído y pienso que puede ser eso.

~Qué ha leído?

-He leído mucho sobre los dolores de cabeza que uno tiene, que se puede hacer canceroso, los dolores de cabeza y, además, como tengo dolor de cabeza desde hace siete meses, y que los médicos no han podido hacer nada con mi enfermedad.

-¿Cuándo lo ha leído?

-Bastantes veces, en los periódicos, no importa cómo, en el Blanco y Negro, hablan de cáncer. (Silencio.)

¿Desde cuándo lee Vd. esas cosas?

-Pero no regularmente, compro Blanco y Negro y a veces lo leo; durante semanas no lo leo, depende del tiempo que tenga.

-Son cosas que le interesan, esas lecturas.

-Sí, leo con bastante frecuencia esas cosas. (Silencio.)

-¿En qué piensa? (la enferma suspira profundamente). Vamos, explíquenoslo.

Qué quiere que le diga?

-Todo eso, Vd. acaba de suspirar.

-Me gustaría irme de aquí.

-Le gustaría irse..., ¿por qué?; intente saber por qué le gustaría irse de aquí.

DIRIGIÉNDOSE A LOS ASISTENTES

En términos psicoanalíticos se podría decir que esta enferma es una fóbica. En efecto, presenta el deseo de huida y la tentativa de localización -aquí la localización somática- de la amenaza. De hecho no hay sistematización neurótica del evitamiento (durante esta explicación la enferma da la impresión de estar muy interesada y su rostro se le ilumina nuevamente; parece algo reconfortada).

-Bueno, háglenos un poco de Vd. cuando está fuera de aquí?

-De lo que he hecho... de lo que no es mi enfermedad?

-Sí.

-Trabajo; salgo regularmente hacia mi trabajo; desde agosto me quedo en casa; hago la casa, la compra, como todo el mundo. Tengo amigos a los que voy a visitar,- cuando puedo, los invito yo a casa. Tengo necesidad de tener a alguien siempre conmigo.

-Tiene Vd. necesidad de tener siempre a alguien consigo?

Sí, porque me aburro soberanamente cuando estoy sola. Quizá sea esa la razón de mi enfermedad, porque siempre pienso en esa cosa; evidentemente, si estoy acompañada...

-¿«Quizá sea esa la razón de mi enfermedad, porque siempre pienso en esa cosa»?

-Sí, el cáncer. Cuando estoy acompañada, en ese momento, me olvido8.

-«Cuando estoy acompañada, en ese momento, me olvido», ¿qué quiere decir?

Quiero decir que no pienso en mi dolor, como cuando estoy sola.

-A los asistentes.

Es decir, que la relación con un objeto exterior disuelve la relación con el objeto interior.

-Estoy muy nerviosa; estoy muy, muy nerviosa.

-¿Qué quiere decir: «Estoy muy, muy nerviosa»?

-Sí, ya no puedo soportar nada desde hace siete meses. Yo no estaba así antes; era una persona muy tranquila y estoy muy nerviosa.

-¿Qué pasó hace siete meses?

-No estaba enferma; trabajaba en la costura. Es necesario estar tranquila, se recibe a la clientela, hay que ser correcta, no hay que estar nerviosa frente a los clientes; yo estaba así.

-¿Se acuerda cómo comenzó todo esto?

-Sí, aquí, después aquí, exactamente aquí (va señalando distintos puntos de su cráneo).

-¿Por qué dice que desde hace siete meses?

-Porque dejé de trabajar en ese momento; me comenzó a doler en el mes de junio, junio julio; tomé las vacaciones y ya no trabajé más. He trabajado algunos días pero en casa de una patrona, y no he trabajado más.

-¿Qué día comenzó?

-¡Ah." el día, le diré que me caí, me caí y me hice una pequeña herida, ese día no fui al médico; me hice unas compresas con agua hervida y alcohol de 900; era sábado; fui a trabajar el lunes como siempre. Esto ocurrió en el mes de mayo, y solamente en junio fui al médico, porque comencé a tener dolores de cabeza; me empecé a preocupar. Fui al médico, vivo en Bobigny, me recetó unas pastillas, gotas para tomar por la mañana y la tarde durante dos meses. No me dieron resultado; me recetó una radiografía que traje el martes y cambié de médico. Fui a París, porque vivo en Bobigny, y el médico me puso tratamiento durante cinco meses con tabletas, comprimidos y no ha dado resultado y por eso me ha mandado aquí.

-A los asistentes.

Ha recuperado un sistema adaptativo agradable para ella: vuelve a manipular a sus objetos (la paciente ríe).

-¿Qué le hace reír?

-Porque río; es justamente lo que Vd. acaba de decir.

-¿El qué?

-Lo que Vd. acaba de explicar.

¿Qué es cierto en lo que yo acabo de explicar?... ¿Qué es cierto en lo que acabo de explicar?

-Ud. acaba de decir que... no sé..

¿Qué es lo que ha comprendido?

-Que me sentía mejor cuando charlaba, cuando estaba acompañada... Perdona, no escucho bien por el oído derecho.

-¿Fue un sábado el día en que se cayó?

Sí.

-¿Cómo lo sabe?

Me caí, me acuerdo, sangraba; me curé yo misma.

-¿Qué le hace decir que era un sábado?

¡Porque era un sábado!

¿Por qué ha dicho que era un sábado? ¿De qué se acuerda de ese sábado?

Me acuerdo principalmente porque me caí. Sé que era un sábado. -A los asistentes.

El procedimiento no marcha, sin duda porque ahí...'

-Sí, era un sábado, pero no puedo decir por qué; no puedo decirle que era un viernes ya que es un sábado por una buena razón y es que el viernes me había mudado a Bobigny y el sábado quise hacer la colada en mi cocina y me caí.

-¿El viernes se había mudado Vd. a Bobigny?

-Él sábado no trabajaba. Quise lavar la ropa blanca, ocurrió en mi cocina, quise hacer la colada y me caí.

-Vd. se había mudado a Bobigny. Venga, ¡cuéntenos!

¡Pues bien.' yoyo me había mudado y me caí el sábado.

-Nunca va Vd. más allá de lo que yo le digo".

-Pues bien, me quedé en la cama después de comer, continué poniéndome compresas y el domingo era fiesta y el lunes trabajé como siempre, todo el mes de mayo, junio, julio trabajé y me iba a ver al médico en Bobigny.

-Cuando le digo: «Vd. se mudó a Bobigny», es para que Vd. nos hable preferentemente de este tema.

Me mudé a Bobigny, vivía en París y me fui.

-¿Por qué?

-Porque me alojaba en una habitación húmeda y encontré esta, y la cogí (gesto que evoca una actividad de la fantasía).

-¿En qué acaba de pensar?

-Me gustaría irme (ríe nerviosamente).

-Le apetece irse. ¿Por qué?

-Porqueya meparece que es suficiente con tanta pregunta.

-Porque, por ejemplo, le ha enfadado algo...

-No, esto formó parte de todo lo que Vd. acaba de pedirme.

-¿Por qué ha deseado Vd. irse en este momento precisamente? ¡Sí!, ¿en qué acaba de pensar, qué era?

-Todo lo que le digo, las preguntas que me plantea, que estos señores y señoras escriben lo que le respondo, pensaba en eso.

-¡Y entonces!... (silencio) Vd. nunca va más allá de lo que le pregunto, se detiene enseguida. ¿Por qué no se deja ir?

-¿Qué quiere que le cuente?

-Pues bien, todo, por qué se ha ido de París a Bovigny, por qué tenía una habitación húmeda en París.

-Porque vivía en una planta baja; era húmeda; toda mi ropa se estropeaba, se humedecía; he encontrado algo en Bobigny por medio de amigos.

Bueno, ¿y por qué tenía esta habitación en París?

-Porque estaba de alquiler. Mis amigos me dijeron: «Esto es más barato», pero, una vez que estuve dentro, me di cuenta de que no era habitable. Y por intermedio de otros amigos vi Bobigny; intenté cambiar porque era demasiado caro para mí (ríe).

¿Qué le hace reír?

-Porque he dicho mi alojamiento es demasiado caro para mí, porque esto me hace reír; no estoy obligada a contarle mi vida, mis negocios.

-Seguro que no, no está obligada.

-Porque Vd. me hace preguntas; estoy aquí para eso.

-¿Y por qué le hago preguntas?

-Bueno, para juzgar mi enfermedad ciertamente.

-¿Qué piensa, qué relación hay entre todo lo que le pregunto y su enfermedad?

-Quizá sea para ver si soy normal; no lo sé.

-¿Con quién vive?

Con un señor! 13

En este momento.

-Sí.

¿Y en París?

-En París estaba sola.

-¿En alquiler?

-Estaba sola.

-¿Y por qué no vivía con un señor?

-Porque este señor no estaba libre y ahora sí está libre y podríamos casarnos, pero en ese momento no estaba libre.

¿Por eso se fue a Bobigny?

Sí, en principio, porque queríamos casarnos, hemos cogido algo más grande.

¿Se da Vd. cuenta de que me obliga a hacerle entrar en estos detalles? Parecería que Vd. quiere hacer creer que su vida sentimental no cuenta para Vd. 14

¡Sí, pero póngase en mi lugar, contar toda mi vida! Incluso tengo amigos que no saben que estoy en relación con alguien.

-Sí, pero yo estoy aquí para conocerla.

-De acuerdo (gesto que evoca una actividad de la fantasía).

-¿En qué acaba de pensar?

-Pienso que esa señora está escribiendo todo lo que digo"

-¿Por qué no les ha dicho nada a sus amigos?

-Porque tengo amigos que no aceptarían, que dirían que no está bien por mi parte, que debería haber esperado. He tenido pretendientes para casarme, he esperado antes de juntarme ahora, esto no les gustará, y hay otros que dicen: « Tiene Vd. razón, la vida es dura estando sola.»

-¿Por qué? ¿A algunas personas no les «gustará»?

-Algunas personas lo encontrarán censurable, es mejor quedarse sola o casarse,

quédese sin casarse. Conozco las reflexiones que harán mis amigos; por eso no les digo nada.

¿Por qué? ¿Vd. no había vivido antes en estas condiciones?

-No, nunca

-¿Por qué?

-Porque no tuve la oportunidad de tener un amigo para vivir con él. Porque no estoy casada, es lo mismo, no estoy casada, es el destino.

En este momento Vd. debería estar contenta, pero Vd. es reservada; no se atreve a decírselo a todo el mundo, como si fuera algo malo.

-Sí, porque sé que me enfadaré con los amigos que no acepten: tengo amigos católicos y esto no les va a gustar.

¿Hasta ese punto?

-Sí.

-¿Esos son los amigos que Vd. tiene?

-Sí, los conozco desde hace mucho tiempo; son buena gente.

-Y entonces ¿qué va a pasar?

-Bueno, nos casaremos y entonces se lo diré.

-A Vd. lo que le importa es el hecho de estar casada o de no estar casada. De hecho Vd. es como ellos; Vd. está aferrada también a esas cosas.

-Lo prefiero; siempre es molesto, para la familia, para todo el mundo; es preferible estar casada.

-¿La familia?

-Sí, tengo familia.

-No lo sabía; aún no nos ha hablado de ella. Háblenos.

-Tengo una hermana, dos sobrinas y dos sobrinos. -Tiene una hermana?

-Sí, y mi madre que murió en el mes de agosto"

-¿Y cuándo aparecieron los dolores de cabeza?

Los dolores de cabeza? Los tengo desde que me caí; el médico me ha dicho que era, que no era por mi caída; cree que es por mi edad, quizá por la menopausia.

Su madre murió en el mes de agosto y Vd. tiene dolores desde el mes de junio.

-Sí, el 15 de mayo me mudé y el 16 me caí; seguí trabajando y después me dieron los dolores de cabeza.

-A los asistentes.

-Vuelve rápidamente a la organicidad y cuenta su enfermedad para descartar lo que yo intento relacionar.

-Me duele la cabeza desde antes de que mi madre se muriera 17.

-¿Qué le ocurrió?

Murió por una congestión cerebral.

-¿Cuándo se produjo la congestión cerebral?

-El 20 de agosto y el 22 se murió (tiene lágrimas en los ojos).

-¿Por qué se emociona? ¿Estaba Vd. muy unida a ella? ¿Estuvo enferma antes de la congestión?

-Tenía setenta y nueve años.

-¿Estaba enferma antes?

-Estaba mala de la vesícula biliar; tenía cálculos.

-¿Dónde vivía?

-En Mácon.

-¿No vivía con Vd.?

No, con mi hermana.

-¿Antes de eso, ella estaba bien?

-Sí, tenía un poco de tensión; iba al médico. Por la mañana, el día que murió, se

levantó y se sentó en su sillón, y dijo: «Me duele la cabeza», se calló y se quedó paralizada.

-A los asistentes.

-Nuestro interés no está en relación directa en el tiempo con este acontecimiento, sino en relación con la historia de la mudanza que es la entrada en la posición edípica.

-¿Estaba al corriente?

-Mi madre?

-Sí.

-De que me había mudado?

-Sí, y de «su relación» también.

-Ah, que yo estaba..., sí, pero le mentí, le dije que me había casado.

-¿Por qué? ¿Forma parte de sus amigos católicos?

-Como el señor está divorciado, no quería disgustarla.

-¿Ella era efectivamente católica practicante?

Mi madre, sí.

-Y Vd. no quería disgustarla.

Es decir, le escribí diciéndole que conocía a alguien para casarme y, cuando fui a Mácon, le dije que estaba casada, porque no estaba sola; estaba con mi amigo.

-¿Qué piensa Vd. en relación con haberle mentido?

-La pobre está muerta; creyó que estaba casada; ignoraba todo (gesto que evoca una actividad de la fantasía).

-¿En qué piensa?

-Pienso en mi madre, en que está muerta.

-¿Y su padre?"

Murió en la guerra, en el 14.

-Qué edad tenía Vd.?

-Cinco 9.

-¿Lo recuerda Vd.?

Sí, vagamente. Me acuerdo de haber visto a mi padre, pero nunca vino de permiso; lo mataron enseguida en el 14.

-¿Qué recuerda de él?

Me acuerdo de haberlo visto así, siendo niña; tenía cinco años cuando se fue a la guerra y no lo volvía ver.

-¿Qué recuerdos tiene?

Mi padre era muy grande; tenía los ojos negros (sonríe).

-¿Qué le hace sonreír?

-Que yo tengo los ojos azules; no me parezco a mi padre; me parezco a mi madre.

-¿Por qué le hace sonreír eso? «Era grande», ¿se acuerda directamente de eso?

-Directamente no puedo decirlo; es por las fotos que me acuerdo; me acuerdo de mi padre vagamente y por las fotos veo que mi padre era muy grande y moreno, porque tengo un padre y una hermana que son grandes y morenos y yo salgo a mi madre, me parezco a mi madre.

-¿Piensa a veces en su padre?

-Sí, evidentemente, porque a veces hablo de mi padre; sé muy bien que a mi padre lo mataron en la guerra.

-Y, cuando piensa en ello, ¿cómo lo ve?20

Cómo quiere que lo vea? Sé que a mi padre lo mataron en la guerra; es todo; era muy pequeña. Pienso con más frecuencia en mi madre ya que la he conocido más que a mi padre; por decirlo así, él nunca estuvo con nosotros; tenía unos treinta años cuando se fue a la guerra. Veintinueve años.

-Cuando Vd. se lo representa, en qué forma, cuando Vd. habla...

-Si hablo de mi padre, digo a quien sea que no me parezco a mi padre, que era más grande que yo, que me hubiera gustado ser grande como él, como mi hermana y mi

padre; me hubiera gustado ser grande y delgada (gesto de gran enfado).

-¿Cómo era además de su aspecto físico?

-No le puedo decir. ¡Apenas lo conocí!

-En fin como Vd. se lo representa.

-Bien, correctamente, correcto, bien.

-¿De carácter?

-No sé con certeza si tenía buen carácter; he escuchado decir a mi madre que bebía; no estaba ella muy feliz; es todo (está muy emocionada).

-Y, cuando Vd. se representa sus relaciones con Vds., cómo se las representa, si hubiera vivido, se comprende.

Si hubiera vivido, no sé. Quizá mi madre podría haber sido más feliz, o más desdichada, que hubiéramos tenido otra situación, que ha tenido dificultades para educar a sus tres hijos; puede haber sido bueno o malo que lo hayan matado; no lo sé.

-Para Vd.'-no se trata de su madre- ¿es un bien o un mal?

-No lo sé; podríamos haber tenido otra situación.

-No diga podríamos, diga podría, es decir, para Vd., personalmente... Vamos, ¿en qué acaba de pensar?

-Pienso que hay una persona más que acaba de llegar para escucharme.

-Y, bueno, esto le permite huir de lo que estábamos a punto de ver. Le estaba preguntando si Vd. estima, Vd., si hubiera sido bueno o malo que él viva.

-Puede ser, hubiera sido bueno si él hubiera sido razonable. Por lo demás he escuchado decir a mi madre y a la familia que bebía; en esas condiciones quizá hubiéramos sido más desdichados. Si se hubiera corregido, podríamos haber tenido otra situación, dar a cada uno un oficio. Porque yo estoy en la costura, pero he sido yo la que ha conseguido el oficio.

-¿Había tenido Vd. dolores de cabeza antes de esta crisis del mes de junio?

-Nunca había tenido dolor de cabeza. justamente trabajaba en casa de una patrona. «En un año -le decía yo-, no tomo las tabletas [que Vd. toma en un día](#)»²¹. Si tenía la

gripe y el médico me daba comprimidos, tomaba mi comprimido, pero era tremendo ver a la patrona tomar comprimidos cada día; yo no lo entendía; jamás tuve un dolor de cabeza; es la primera vez que estoy enferma. Tuve el tifus cuando tenía unos diez años.

[-¿Qué tal le fue en la escuela cuando Vd. era pequeña?22](#)

-No aprendía mucho.

¿Por qué?

-Porque, por lo demás, no siempre iba a la escuela. Mi madre estaba sola y nos puso a trabajar muy jóvenes, muy pronto.

-¿Cómo lo pasaba cuando iba?

-Como todos los niños, aprendía lo que me hacían estudiar, leer, escribir, pero por la tarde, cuando llegábamos de la escuela, estábamos solos, porque mi madre trabajaba y yo era la mayor. Había que preparar la cena. Me decía: « Tienes que hacer esto, esto tú lo prepararás, yo haré esto. »

[-¿Me quiere contar algún sueño que haya tenido?23](#)

-Uno no se acuerda siempre de sus sueños (gesto que evoca una actividad de la fantasía).

Sí, ese.

-No, estoy pensando, si hubiera soñado anoche, podría decirle mi sueño, pero no he soñado. Con frecuencia tengo pesadillas.

-Cuéntenos una pesadilla.

-Se ven todo tipo de cosas. A veces por la mañana me despierto y digo: «He tenido pesadillas. »

-Puede contarnos una.

-No es reciente, no es de estos días.

-No importa pero bueno. Ha encontrado una. Sí, esa.

-Estoy pensando, ya sabe, se sueña, se tienen pesadillas y por la mañana una se ha olvidado.

-Pues una que no haya olvidado. Cuéntenos alguna parte de una pesadilla.

-A veces sueño con mi madre y mi hermana. Pienso mucho en mi hermana.

-Cuéntenos una de ellas.

-Justamente veo a mi hermana sola. Mi madre está muerta y eso me molesta. A veces veo a mi hermana en mi sueño.

-Vd. ve a su hermana.

-Sola.

[-¿Sola?24](#)

Sí, ya que su marido ha muerto hace un año, hará un año el mes de agosto. Murió de cáncer de estómago y ella tiene un hijo en Argelia y otro que se irá cuando el primero vuelva. Entonces pienso en ella y sobre todo que mi madre ha muerto.

-¿Vd. se acuerda del sueño o lo ha visto solamente? ¿Qué ha pasado?

-Nada, no he visto nada. Desde el mes de agosto que mi madre murió, tengo bastantes dificultades, preocupaciones evidentemente. Pienso que esto me ocurre que sueño con mi hermana, es todo.

-Le voy a plantear una última pregunta: ¿por qué no se casó antes?

-¿Con el señor con el que estoy?

-O con otro señor.

-Porque eso no ha ocurrido, es el destino. Cuantas mujeres hay que no se han casado, que se podrían haber casado y que no lo han hecho. Me lo han pedido, pero no lo he hecho; no me he casado.

-¿Por qué?

-Porque no me apetecía.

-¿Y por qué ahora sí le apetece?

[-Porque es la edad, tengo más de veinte o más de veinticinco años. Me han presentado a este señor. Han sido amigos quienes me lo han presentado. Cuando lo conocí, se estaba divorciando; ahora se ha divorciado y vamos a casarnos25.](#)

-Antes de que los presentaran, antes de que lo conociera directamente, Vd. no se había casado.

-Porque no me apetecía; trabajaba; era más joven; era feliz así, sola.

-Al decir «era feliz así, sola», a Vd. le ha venido una imagen.

-No, no es lo mismo. Cuando una llega a mi edad, la soledad pesa quizá. Una está más sola cuando se hace mayor. Es el consejo que me han dado, como es un señor bastante serio... Por eso no había pensado en casarme antes.

COMENTARIO

A pesar del miedo, el apuro y la reticencia que se descubre fácilmente, la entrevista se desarrolla de forma agradable y relativamente fácil. En efecto, aunque aparezcan manifestaciones de rechazo, de negación, o de agresión, la enferma no desea jamás realmente romper su relación con el investigador. Se puede poner en primer plano la transparencia de la organización de esta enferma, la soltura de sus formulaciones que contrastan con un nivel cultural muy mediano. Igualmente, llaman la atención la ausencia de proyecciones, así como el carácter simple y evolutivo de la relación. Todos estos rasgos, asociados a una evidente coquetería, al carácter «a flor de piel» de los afectos, a la labilidad y a la multiplicidad de las defensas, entre las que los comportamientos como la huida o el evitamiento, acercarían a priori este caso a una disposición histero-fóbica de la personalidad, sin fijaciones pregenitales marcadas.

Se trata ¿de una evolución relativamente reciente, ligada a un cuadro clínico que no deja de evocar una neurosis traumática. Nada de extraño si la investigación es muy corta, la anamnesis se muestra simple, en efecto, y se descubre también el nudo conflictivo. Este último aflora desde el comienzo de la entrevista -es evidente, al menos desde el punto de vista retrospectivo- cuando, por ejemplo, a la pregunta: «¿En qué piensa Vd.?», responde: «En nadie.» Esta respuesta adquiere un alcance muy particular, si se tiene en cuenta que interviene después de que la enferma misma haya preguntado: «¿Quiere Vd. saber lo que he comido ayer tarde?», pregunta cuya profundización habría desenmascarado inmediatamente la presencia de un tercero («el señor»).

La reticencia, las marcas de agresión, la emoción, la actitud reveladora, muy legibles desde el comienzo, hay que ponerlas en la cuenta de una transferencia materna según la cual la enferma busca disimular al investigador, como a su madre, la existencia y la naturaleza de su relación.

Sin embargo, Adèle G. soporta bastante bien la situación gracias al despliegue de un amplio abanico de defensas, sin que, sin embargo, se quede fijada a las de un tipo u otro. Incluso vemos, en ciertos momentos, que puede recurrir a mecanismos de identificación con el investigador, lo que le permite estrechar la relación, y facilita también la progresión de la entrevista. La represión, el evitamiento, tanto en el plano de la sensorio-motricidad como sobre el del comportamiento, están ampliamente utilizados también. No es inútil

subrayar el valor particularmente importante aquí de todo este sistema defensivo, que se muestra bien cuando Adèle G. enmascara su agresión subyacente por medio de una mímica y una actitud zalamera cuya clara intención castradora cierta conserva, sin embargo, un estilo flexible y vivo. A pesar de todo, la enferma evita acercarse demasiado francamente al investigador. Su deseo de fuga lo mismo se manifiesta literalmente como una impulsión: «Me gustaría haberme ido de aquí», o aún más: «Porque ya me parece que es suficiente con tanta pregunta», que se manifiesta indirectamente tomando a los asistentes como objeto de interés; igualmente, al fin, invoca para satisfacerlo una pretendida sordera. Otra manera de huida consiste en redoblar el evitamiento sensorio-motor por medio de una actividad de la fantasía extraña a la relación presente.

El miedo al cáncer, el miedo a la locura son pretextos para las manipulaciones intelectuales defensivas, porque no se trata de un sistema privilegiado, en el que Adèle G. se pudiera detener mucho tiempo con estilo claramente hipocondríaco. Por lo demás, este sistema parece que desaparece desde la aparición reciente de una sintomatología somática.

Lo que dice al dar cuenta de ello testimonia indiscutiblemente una potente represión que se expresa por medio de múltiples desplazamientos, por ejemplo, la caída, el trabajo, la humedad... cuyo sentido no aparece más que por referencia a fantasías subyacentes. Conviene destacar aquí que las cefalalgias no han sido utilizadas en ningún momento en la investigación. Puede que esto sea en razón de la multiplicidad de las defensas mentales y de comportamiento de tipo neurótico de las que ha hecho profesión, no siendo el síntoma ni severo ni inveterado.

El carácter evolutivo de la relación, el hecho de que Adèle G. se haya abandonado a la relación progresivamente y de buen grado, proporciona una prueba suplementaria de que no está estancada en la somaticidad y que sus fijaciones neuróticas son lábiles. Concebimos que en tales condiciones el contacto con ella sea fácil y que, por lo demás, la contratransferencia no plantee problemas delicados. Sin embargo, es necesario revelar, desde este punto de vista, la influencia innegable de dos distorsiones iniciales ligeras: el comportamiento castrador de la enferma en ciertos momentos, a despecho de su carácter ameno, que ha retardado la aprehensión del conflicto central, mientras que el presupuesto de una afección somática deja entrever el reconocimiento inmediato de una riqueza defensiva, capaz de autorizar un abordaje más rápido, más directo.

Si nos preguntamos por qué el investigador está esencialmente limitado a la encuesta centrada sobre el nudo conflictivo inmediato, sin buscar sistemáticamente elementos anamnésicos lejanos, respondemos apoyándonos en la estructuración particularmente clara de los sistemas adaptativos (de nivel y evolución genital), así como sobre el carácter convincente de la organización general del caso. Todo transcurre como si el investigador se hubiera encontrado frente a una cristalización casi espontánea de los elementos constitutivos del cuadro clínico.

La investigación anamnésica, como hemos visto, pasa a un segundo plano. Ocurre que Adèle G., absorbida como está por su relación con el investigador, usa una represión manifiesta: «¡No le puedo contar mi vida!», lo que, por su parte, se expresa suficientemente por la sola transferencia. Por lo demás las resistencias iniciales, espectaculares pero fugaces, no han estimulado a realizar una investigación planteada sobre las eventuales correspondencias históricas.

Hay que considerar el conjunto de la existencia de Adèle G., más allá de su primera infancia de la que conocemos poca cosa, a decir verdad, excepto la precoz desaparición del padre; nos choca el contraste entre un intervalo libre, lacunar, y el período actual cuyo debut remonta solamente a algunos meses.

Los mecanismos de defensa, esencialmente neuróticos, han sido suficientes durante largo tiempo para encauzar los conflictos tórpidos y sin repercusión somática, aunque el celibato y la ausencia de hogar sorprenden en un primer abordaje, sobre todo si los ponemos en paralelo con una aptitud real para establecer vínculos afectivos con el entorno. Pero, desde el día en que Adèle G. se implica más y siente tardíamente la necesidad de insertarse, sus modalidades adaptativas habituales quedan desbordadas y la sintomatología cefalálgica hace su aparición. Cualquiera que sea su vida relacional anterior, vemos con claridad que, a partir del momento en el que, propiamente dicho, crea un hogar (o se pone en «relación»), cristaliza toda la problemática edípica, y comienzan sus perturbaciones. Igual que podemos pensar que durante el primer período de su existencia Adèle G. tiene una vida relacional, también se le puede atribuir retrospectivamente una vida fantasmática bastante desarrollada. Esta, como ya sabemos, está, por decirlo así, dramatizada y ensombrecida; con una culpabilidad brutalmente reactivada subyacente y explícitamente ligada al personaje de la madre, y al mismo tiempo focalizada en temas mórbidos repetitivos (el miedo a la locura y al cáncer). Es un terreno, el del comportamiento, en el que Adèle G. parece que ha permanecido estable. Esto es un argumento suplementario a favor de la existencia de defensas neuróticas propiamente mentales: la agudeza del conflicto no ha provocado una herida narcisista bastante grave como para acarrear alteraciones o vicios en su manera de ser. Encontramos la prueba en su juego de seducción, su «presencia», su vivacidad, su coquetería en la indumentaria. Esta estabilidad parece estar relacionada con la persistencia del poder del objeto exterior y el atractivo que ejerce. Podemos aportar aquí algunas precisiones cualitativas a la equivalencia económica esquemáticamente señalada en la nota 8 entre las relaciones con el objeto exterior y las relaciones con el objeto interno. Cuando Adèle G. nos dice: «Cuando estoy acompañada, en ese momento me olvido... No pienso en mi dolor como cuando estoy sola», debemos pensar que el establecer una relación exterior la distrae de una fantasmagoría angustiante. Se trata de un evitamiento, por medio del paso de un objeto interior al objeto exterior, que corresponde al paso de una actividad de la fantasía a una actividad de comportamiento perteneciente a la esfera de la sensorio-motricidad pero de la que, sin embargo, no se

puede excluir una cierta actividad subyacente de la fantasía. Todo ocurre como si el objeto real poseyera cualidades y un peso efectivo propios capaces de desviar la calidad de la pulsión, de «libidinizarla» de alguna manera. En el caso presente, la permeabilidad al objeto es evidente, no quedando este último, en el momento mismo, alterado por las proyecciones y pudiendo aparecer en su realidad hasta un cierto punto.

De manera general, se plantea la pregunta de saber a qué corresponde la existencia o ausencia de esta permeabilidad más o menos marcada y de qué factores depende esta variación. De todas maneras, la noción de traumatismos efectivos no sería suficiente para dar cuenta ni de las diferencias en las disposiciones de la personalidad -que implican posibilidades de juegos funcionales distintos- ni de las modalidades del movimiento proyectivo.

Estas consideraciones tienen como consecuencia práctica ponernos en guardia contra una tendencia contratransferencial que consistiría en referirse a priori a una jerarquía de valores éticos de diferentes niveles funcionales.

La flexibilidad, la evolutividad de la relación, la aparición reciente y con un desencadenamiento casi traumático de la sintomatología, la labilidad misma de esta última, en fin, el polimorfismo de los mecanismos de defensa denotan la ausencia de fijaciones pregenitales importantes. Por otra parte, Adèle G. solamente tenía cinco años cuando murió su padre; no hay pues nada sorprendente en que lo esencial de sus dificultades se haya centrado sobre el conflicto edípico. Estaríamos tentados a poner el comportamiento juvenil de la enferma en relación con la imagen de juventud de su padre que ella guarda.

Aunque no poseemos elementos muy abundantes ni sobre el personaje de la madre, ni el de su hermana, tenemos derecho a pensar que en la primera infancia de Adèle G. no se han originado frustraciones objetivas impactantes. Por otra parte, si apenas disponemos de referencias anecdóticas sobre el padre, vemos que este se perfila netamente a través de las representaciones en la fantasía de la enferma y el comercio que establece con su imagen. Notemos que la orientación de esta relación y la naturaleza de las representaciones están efectivamente en relación con el conflicto edípico. Habría que ver las especulaciones retrospectivas concernientes al beneficio de su presencia o de su ausencia en el seno del grupo familiar -cálculos visiblemente impregnados por las opiniones de la madre, si no calcos de estas-. Podemos presumir legítimamente que el conflicto existía desde el comienzo en los contenidos de su fantasía. Al haber ocurrido la muerte del padre en un período particularmente fecundo de la elaboración del pensamiento, las dificultades se han podido deslizar lógicamente desde el plano de los contenidos al de la función misma, lo que explica las cefalalgias y las inhibiciones de la función mental. Durante un período bastante largo, Adèle G. ha encontrado una solución de compromiso a su problemática edípica fundada, por una parte, en la ocultación de su vida amorosa a su familia y, por otra parte, frente a su Superyó, en el rechazo a crear un

hogar fuera del matrimonio. Si el desencadenamiento de sus perturbaciones coincide con los comienzos de su vida común con un hombre, sin duda es por la reactivación aguda del conflicto edípico, al concretar la presencia del compañero un problema que hasta ese momento estaba solo en la fantasía. Aunque la aparición de las perturbaciones haya precedido a la muerte de la madre en algunos meses, es evidente que este acontecimiento ha podido acentuar y actualizar el conflicto.

Parece que, en toda la historia de Adèle G., su hermana ha desempeñado un doble papel para ella: en primer lugar como representante de ella misma en comparación con el padre, aceptable y disfrazado -la hermana es grande y tiene los ojos negros como él, mientras que ella es pequeña y tiene los ojos azules como su madre- y, a continuación, en tanto que sustituto materno al que se le endosa el papel interdictor.

Si, frente al cuadro que hemos presentado, nos planteamos ahora la pregunta sobre las posibilidades adaptativas de Adèle G., sobre el pronóstico de sus perturbaciones y sobre la ayuda que puede recibir, se nos ocurren varios argumentos favorables. Estos son, en primer lugar, la multiplicidad y el polimorfismo de sus sistemas de defensa (mecanismos en la línea fóbica que implican a la vez defensas de comportamiento y defensas mentales); en segundo lugar, la ausencia de fijaciones pregenitales importantes; en tercer lugar, el carácter reciente, casi traumático, de la instalación de las perturbaciones con un determinismo límpido; en cuarto lugar, la plasticidad del comportamiento juvenil por ciertos aspectos; en quinto lugar, la persistencia de la atracción por el objeto exterior, índice de sus amplias posibilidades de investidura y de captación; en sexto lugar, finalmente, la ausencia de interposición sistemática del «síndrome cefalalgia-inhibición mental», que obstaculizaría las posibilidades de reestructuración a niveles superiores en las actividades relacionales.

Sin embargo, no se pueden ignorar ciertos límites en la manipulación habitual de objetos internos mentales. Aunque poco aparentes durante la investigación -en razón de la atracción persistente que ejerce el objeto externo, sin duda- estos límites al menos deben haber existido, dado el síndrome de la enferma y la débil capacidad representativa de sus sueños. En el conjunto onírico que Adèle G. aporta, conviene subrayar el aspecto estático de las imágenes y el valor integrativo débil de la función, al mismo tiempo que la elaboración pobre del conflicto. Estos elementos negativos, sin embargo, están contrabalanceados habitualmente por una cierta actividad de la fantasía espontánea, quizá eficaz, y por esbozos de intelectualización. Incluso cuando aparecen como teñidos de valor hipocondríaco, no dejan de constituir un instrumento defensivo de carácter apreciable.

El programa terapéutico que ofrece las mejores posibilidades de éxito debería tender a una flexibilización del Superyó, a una toma de conciencia de las actividades mentales, a un entrenamiento casi pedagógico para que la sujeto las pueda manipular y formular gracias a ese medio irremplazable que representa una identificación en una psicoterapia.

El caso presentado aquí es, como vemos, una forma de transición entre neurosis y síndrome psicósomático; en otros términos es lo que hemos denominado «borderline psicósomático». Lejos de inquietarnos, la presencia de un sistema de defensa neurótico nos asegura con relación al grado de severidad del caso, al porvenir espontáneo de la enfermedad y a la eficacia de una eventual psicoterapia. El síndrome somático en cuestión aparece como relativo, contingente, no consustancial a la personalidad.

Observación 2

SEÑORA GISÉLE W

-Buenos días, señora. Siéntese. La escucho.

-Bueno, ¿con respecto a lo que me ha traído a aquí?

Sí.

-Ha sido después de la caída de Solex, doctor. Se remonta al mes de septiembre de 1959. Entonces, evidentemente, me hice cuidar enseguida porque, cuando mejoré, me dije: «Bueno, bien, me he dado una buena. » Pero en fin... era el primer día de mi regla. Mi regla se ha detenido. Pero, por la noche, he tenido un flujo sanguinolento; después, con equimosis; en fin, todo negro, violeta. Y no me ha vuelto la regla el mes siguiente. Tenía dolores de cabeza, malestar. Fui a ver al doctor N.. al que conozco bien y le dije: «Escuche, francamente estoy mal. Me duele mucho la cabeza. » Me dijo: «Pero ¿por qué le duele la cabeza?; dígame qué siente. » Le dije: «Ha sido desde que no tengo la regla. Después de mi caída de Solex.» «Ah -dice, esto cambia todo. » Entonces me ha hecho preguntas, tests, y entonces mi regla era necesario que hiciera que me volviera. Me ha vuelto en diciembre. Y entonces, conforme han pasado los meses, en el momento de la regla, me ha dado dolor de cabeza, malestar, y entonces vino la hecatombe.

-¿Es decir?

-Pues bien, es decir que no sé, tenía la impresión de que no era como todo el mundo. Sobre todo yo, que alternaba mucho con todo el mundo. Todos mis amigos son comerciantes; yo era maniquí en la pelu quería. Entonces tuve que dejarlo todo de golpe, porque, no, estaba completamente perdida. Tenía la impresión de estar disminuida; no tenía la seguridad que tenía antes. Entonces evidentemente, después de volver a tener la regla, ya no era, no era brillante. En fin, lo he intentado, al menos he querido persistir. En julio me subió la temperatura y mucho dolor de cabeza. Me pusieron suero intravenoso. No ha dado resultado. A comienzos de septiembre el doctor N. me dijo: «Escuche, no hay solución; conviene que se vaya a París. » Entonces quise dar marcha atrás porque me d~e. • «No estoy tan mal.» Viendo que estaba cada vez más nerviosa, porque ya no dormía nada, mi carácter se hizo imposible y lloraba por cualquier cosa, me volvía violenta, entonces me dijo: «Escuche, tiene que irse.» Es él que ha escrito al profesor D. y vine aquí. Eso es todo'.

-¿Su carácter se hizo violento?

Áh, sí.

-~Es decir?

-Pues bien, es decir que, en cuanto me llevan la contraria, o en cuanto algo no va como yo quiero...

-Por ejemplo...

-Pues bien, tomo por ejemplo este cenicero, y digo. «Bah, no me gusta», y lo rompo, cosa que... Lo he hecho alguna vez, hace once años, cuando me dio la depresión nerviosa después de los tratamientos, de los test que me hicieron para intentar tener un bebé. Bueno, esto me ha recordado mi depresión nerviosa, y me digo: «Bueno, bah, ya está aquí. Otra vez.» Y eso es todo2.

¿Y en qué consistió esa depresión nerviosa?

-La primera? Bueno pues porque quería un niño. Yo tenía mala regla. Y el doctor me dijo: «Escuche, necesitan un bebé. » Y yo, yo lo sabía. Quería tener hijos. Entonces me mandaron hormonas; en fin, lo pasé mal en las visitas, en fin. No conseguí tener hijos.

-¿Por qué?

-El doctor R., ginecólogo de Lyon, me dio en la última visita que tenía órganos infantiles, y que... Entonces aún no he llegado a la edad de... En fin, no pienso en el cambio de edad; todavía tengo una esperanza.

¿Qué es lo que le divierte, qué le hace sonreír cuando dice «aún no he llegado a la edad»...?

-De todos modos, no tengo más que treinta y cuatro años...

-Sí.

-Pues, se ven mujeres que a los cuarenta y cinco años les llega.

-¿Les llega?

-Pues bien, el tener niños, por lo menos un niño, muy tarde.

-Sí.

-Entonces, ¿por qué a mí no?

-Sí.

-Se podría decir que este ha sido el drama de mi vida; me gustan mucho los niños; lo deseo3.

-¿Le gustan mucho los niños?

Me gustan mucho los niños, sí.

-¿Qué le hace decir eso?

-Pero siempre me han gustado los niños. Desde mi infancia, me han gustado bastante los niños.

¿Cuáles?

-Los bebés, bueno, hasta ocho o nueve años. En fin, aun así, me ha gustado siempre cuidar niños.

-Pero Vd. ha dicho «desde mi infancia».

-Porque soy hija de familia numerosa; estaba acostumbrada...

-¿Cómo es eso?

-Somos seis; soy la segunda; entonces ha sido necesario que...

-¿Vd. es la segunda de seis?

-Sí. Entonces yo he tenido siempre niños alrededor de mí. Mis hermanas tienen niños, y los cuido. Mis amigas tienen niños, y siempre cuido sus chicos, en cuanto tengo tiempo.

-¿Y siendo pequeña Vd' ya los cuidaba?

-Sí. Yo, eso m'egustaba. Siempre tenía puesta la mirada en un bebé, para... me gustaba bastante (silencio). Es todo lo que le puedo decir.

-Pues bien, háganos de cómo pasó su infancia. Vd. es la segunda de seis hijos.

Sí.

-Es decir, qué edades tenían.

-Pues bien, mi hermano mayor nunca vivió con nosotros. En suma... Estaba en la familia.

-Sí. ¿Por qué?

-Porque mis padres trabajaban y, en ese momento, ¿estaba cedido? . o estaba en pensión... Yyo vine la segunda, entonces mi madre dejó de trabajar. Pero la familia, un tío o una tía, se quedaron con mi hermano, porque les gustaba mucho, se habían apegado a él, era como su hijo. Entonces yo, yo era la primera que vivió con mis padres.

Sí.

-Sí. Algunos años después, tuve un hermanito. Entonces estaba muy contenta, contrariamente a ciertos chavales que se ponen celosos, que ponen mala cara, se ponen caprichosos, yo estaba feliz. Y, en casa de nuestros vecinos, lo mismo que si íbamos a algún sitio con mi padre y mi madre, siempre los cuidaba; me gustaban mucho los niños. ¿Después? bueno, después de mi hermano vino una chica, Paulette; después mi madre tuvo un aborto; de eso no se hablaba. Yotra chica, ah, un chico. Maurice, Denise y André. Entonces André es el último. Se va a ir a la mili pronto. Pero para mí siempre es el..., en fin, incluso para el segundo, siempre es el chaval. Eso es. En suma, era su segunda mamá, porque vino la guerra después, la ocupación. Mi madre se fue a trabajar. Yo iba a clase de música y después al menos debería haber seguido los estudios. Entonces mi padre me dijo: «Tienes que ser razonable; te vas a quedar en casa ahora. Yse acabó. Te vas a ocupar de tus hermanas y hermanos. » No me disgustó.

¿Cómo?

No me disgustó.

-¿A Vd. le hubiera gustado seguir estudiando?

-Sí.

entonces?

-Pues bien, para los niños, siempre. Me hubiera gustado ser puericultora, por ejemplo.

Sí.

¿Es una verdadera vocación, desde siempre?

-Sí, sí. Cuando vine a La Pitié, la semana pasada, en el tren había una señora que traía a los niños de Savoie. Pues bien, tenía cuatro o cinco, creo. Estaban todos amontonados, pobres chicos, y entonces me preguntó si le podía ayudar. Había uno bastante gordo que quería dormir, entonces le cogí, le puse sobre mis rodillas, entonces lo arrullé una hora y después se lo devolví y cogí a la pequeña. Y todos los años me

ocupo... Además, justamente, trabajo mucho para ahorrar, para las Navidades de los chicos que conozco y que no tienen ...4

-Es decir, que esta cuestión de los niños le ocupa verdaderamente.

Sí.

-Y, entonces ¿por qué no ha elegido una profesión en la que hubiera podido cuidar niños?

-Pues bien, le voy a explicar, doctor: en mi familia, evidentemente, tengo una hermana que tiene cuatro; tengo un hermano que tiene igualmente cuatro y ahora mi otra hermana se ha casado hace poco. Tiene una niña, y me los traen por turnos. Cuando estoy en casa, siempre tengo a alguno, un sobrino, una sobrina, siempre hay alguno.

-Como extra, fuera de su trabajo.

-Sí, eso es, siempre hay alguno.

Y, entonces, ¿cuál es su trabajo?

-Pues bien, todos mis amigos son comerciantes, en suma. Entonces...

-¿De dónde es Vd.?

-De Lyon.

-Sí.

-Sí, bueno, hago de todo, creo5.

-¿Es decir?

-Llevo la caja en la carnicería, tengo amigos que son floristas y hago arreglos de flores. Y después, bueno, he sido modelo en peluquería, he hecho pases como maniquí, pero, entonces, estaba muy cansada y me he tenido que parar.

-Y por qué ha elegido... de alguna manera, eso es, Vd. ha elegido la peluquería.

-Bueno, tenía un amigo al que le hacía falta una modelo. Me lo había pedido desde hacía mucho tiempo, pero a mí no me hacía mucha gracia. Después un día me dijo: «Escucha, al menos deberías intentar venir. Tienes un pelo que parece que puede servir.» Y comencé con ello. Pero todos los otros amigos tienen niños también. Y eso me gustaba, porque los ayudaba y al menos tenía la satisfacción de tener niños. Además

tengo muchos ahijados. Tengo siete, ocho ya.

-¡Pero es como una enfermedad lo de ocuparse tanto de los niños!

-Sí, es enfermizo, creo, sí. Es casi una enfermedad. Prefiero estar con un niño antes que estar con un adulto. Eso es.

-Es decir, ¿preferiría que yo fuera un niño?

Sí, creo que sí 6.

-Sí, y entonces ¿qué hizo a partir de su infancia?

-¿Qué hice?

-Sí.

-Pues bien, ya le digo. Fui a clase, evidentemente. Y después, bueno, después, comencé mis clases de música, en fin, he peleado fuerte, y después la guerra, la ocupación, y fue entonces cuando me ocupé de cuidar la casa.

Sí.

-De mis hermanos y hermanas. Después, para mí duró mucho tiempo. Estaba ya cansada, también porque como Vd sabe no estábamos bien alimentados. Entonces me tomé un descanso. Y en seguida conocí a mi marido, y el noviazgo, el matrimonio. ¡Es todo!?

-¿Y cómo les va (al matrimonio)?

-Muy mal, somos más dos amigos que marido y mujer.

-¿Por qué?

-Pues bien, no lo sé. Creo que tuvimos un mal comienzo... (silencio). No lo sé.

-Sí, ¿a qué le llama un mal comienzo?

-Pues bien, al menos he tenido paciencia algunos meses, en fin algunos meses, incluso un buen año, y yo, Vd. sabe, eso no me interesa nada. Bueno, me prestaba, como quería un niño, bien, por mi parte me prestaba con gusto y, como mi marido con frecuencia viajaba, nos veíamos como mucho una vez al mes. Incluso estuvimos separados meses enteros, entonces...

-~Vd. no disfrutaba en sus relaciones sexuales?

Ñada8.

-¿Y no le atrae en absoluto?

-No. No. Tenía la sensación de no ser como las otras mujeres.

-¿Por qué se casó?

-Bueno, al menos quería a mi marido, a mi novio.

-¿Cómo lo quería? ¿No lo quiere como amante?

¡No! ¡Ah, no! ¡No lo quería como amante!

-Entonces ¿cómo lo quiere?

-Bueno, evidentemente, al menos hubo algo antes del matrimonio, no quiero ocultarlo, porque...

-Sí.

-Bah, pero, en fin, era muy molesto para mí, pero quería a mi marido.

-Pero, en su opinión, ¿por qué cree Vd. que todos estos problemas sexuales no son cosa suya? ¿Por qué no le interesa?

-Pues bien, porque, en primer lugar, tengo un marido que es muy fuerte, y yo, con mis pequeños órganos, es desagradable, y luego me ha dado una depresión nerviosa, entonces...

-¿Después de cuánto tiempo de matrimonio le ha dado?

-La depresión nerviosa? Más de un año después. Sí.

Y entonces ¿cómo le va con su marido ahora?

-Pues bien, va muy bien, nos hemos entendido, y evidentemente, cuando viene, si estoy decidida, pues bien por mi parte, evidentemente le dejo hacer... lo que tiene que hacer,- de otra manera no ocurre nada; no pasa nada. Es muy suyo, yo no quiero saber lo que pasa detrás; eso me da igual.

-Es decir, psi frecuenta a otras mujeres?

¡Eso es!

-¿Eso no le interesa?

-De ninguna manera. No. Y sin embargo quiero a mi marido.

-Sí, pero ¿viven juntos, sin embargo?

-Ah sí, vivimos juntos. Sí. Pero él siempre está fuera, por negocios.

-¿A qué se dedica?

-Bueno, ahora ha entrado en una sociedad de transportes. Pero antes estaba en una empresa. Después, bueno, Vd sabe... Estaba ausente dos meses, tres meses; yo iba a verlo de vez en cuando y, después, los viajes, Vd. sabe, son caros, muy caros. Y además, yo tengo mis ocupaciones; entonces venía cuando le daban permiso; en suma, como en un régimen militar (silencio)9.

-¿Y su padre a qué se dedicaba?

-Mi padre estaba en el negocio de los licores; en fin, era, veamos... jefe en una licorería.

~Sí?

-Sí.

-Sí, es verdad, en Lyon.

-Sí. Murió hace ocho años.

~Sí? ---

-Sí.

-Y su madre ¿qué hace?

-Pues bien, desde hace cuatro años, ahora, trabaja todos los años en una colonia...
Depende de...

-¿Trabaja?

' -Sí, ah, sí.

¿Y qué hace?

-Pues bien, un poco de todo: la cocina, la lavandería, en fin...

-¿De qué es la colonia?

-Una colonia sanitaria, una colonia de niños, ¡vaya! Seguro.

-¿A ella también le gustan los niños?

-A mi madre? Sí, gustan le mucho los niños. Sí.

-¿Qué le hace decir: «Le gustan mucho los niños»?

-Pues bien, porque ella nos ha querido mucho a todos; yo la he visto siempre... Quiere mucho a sus hijos; siempre está dispuesta a hacer sacrificios. Mientras que algunas personas: «Sí, ¡oh sí! qué hermoso es este bebé» o «Este niño es...» ¡Sí!pero... ¡eso es todo!

-¿«Está dispuesta a hacer sacrificios»?

¡Pues bien .! por ejemplo, si... Es decir, que yo me he sacrificado, entonces ella me cuida un poco menos a mí. Sabe que yo puedo defenderme de todos modos. Pero ella siempre cuidó mucho a mis otros hermanosy hermanas, y a fin de cuentas ahora trabaja para ayudarlos.

¿Pero ella la cuidó menos a Vd. que al resto de sus hermanos y hermanas?

-Sí, ella se ocupó menos de mí porque de todos modos yo le di a entender, y vio que yo podía llegar...

-Qué le ha hecho sonreír cuando...?

-Ño de mí.

-¿Qué le ha hecho sonreír?

Qué me ha hecho sonreír?

-Sí.

-Pues bien, sí, porque desde hace tiempo, en fin, hasta la muerte de mi padre, yo era su brazo derecho y me ocupaba de todo. Mi padre me confiaba todo. Ymi madre lo comprendía. Había visto que yo podía al menos... Y, a la muerte de mi padre, se hundió de tal manera que lo abandonó todo. Fue necesario que me ocupara de todo10

-Sí, pero, cuando Vd. era muy pequeña, ¿ya tenía Vd. una gran actividad como brazo derecho de su madre?

-Pequeña... sí y no, al menos no... no. A partir de los once o doce años más o menos, al menos, sí.

-¿Y, antes, cómo era su madre con Vd.?

-Muy amable.

-¿Por ejemplo?

-Bueno, mi madre nunca hizo diferencias.

-Pero sí, porque a partir de lo que Vd. dice, fue Vd. quien hizo diferencias; fue Vd. la que no quiso ser considerada como una niña.

¡Ah, bueno, sí! En fin, al menos, ahora no soy ya una niña...

No, no; hablo de cuando Vd. era pequeña.

-En fin ¿antes? Pues bien, sí, al menos yo lo quise así... Me daba cuenta de que mi madre con frecuencia estaba cansada porque trabajaba muy duro. Trabajaba en la casa de agricultores para tener víveres; entonces quise demostrarle que la podía ayudar. Cuando volvía por la tarde, ya estaba todo hecho, todo en orden, solo tenía que irse a la cama, y a la mañana siguiente volver al trabajo. Simplemente me dejaba una nota con lo que había que hacer en la cocina... ¡Eso es todo!

-¿Pero eso a partir de qué edad?

-Doce años. Yo iba a clase. Volvía y trabajaba. Seguro.

-Vd. ha dicho hace un momento que no hacía diferencias entre Vd. y los otros. ¿Qué quiere decir?

Bueno, no. Ud. sabe que a veces hay padres que quieren más a uno u otro; pero mi madre no, no hacía ninguna diferencia... No, todos éramos, en fin, éramos todos iguales, eso es". i

¿Y su padre?

-Igualmente.

-Pero, sin embargo, Vd. era su «favorita», según lo que acaba de decir...

-Era su favorita porque yo era, al menos, en suma, después, la más... Mi hermano mayor es diferente, ya que vivía con un tío y una tía; entonces yo era la mayor, entonces

evidentemente... Y, cuando yo tenía que pedir algo, se lo pedía más fácilmente a mi padre que a mi madre.

-¿Sí, por qué?

-Pues bien, porque puede ser estúpido lo que le voy a decir: mi padre quizá era más instruido, más inteligente que mi madre.

-¿Cómo es eso?

Bueno, mi madre tiene cualidades manuales. Mipadre también, pero en fin era mucho más... Cuando tenía en mi cabeza, cuando rumiaba algo, cuando algo me parecía oscuro, pues bien podía preguntarle más fácilmente a mi padre.

¿Qué, por ejemplo?

-Oh, ¡bueno yo, yo no sé. A propósito de la vida, evidentemente no hablo... Una no va a plantear preguntas a su padre y, cuando era niña, eso no me preocupaba; yo, a los doce años, no pensaba nada en esas historias. Mi madre era más... Pensaba bastante en su trabajo; pensaba en sus hijos, su marido, pero en fin, fuera de esto, era muy despreocupada.

-¿Despreocupada?

-Bueno, Vd. sabe, cada año hay que pagar los impuestos, tenemos esto, tenemos aquello; ¡pues bien! mi madre, no pensaba. «¡Sí!, ¡bueno ¡bien." ¡de acuerdo!» Sacaba los papeles y ¡ya está! Entonces yo, yo le decía siempre a mi padre: «Ya sabes, tal día va a hacer falta», porque yo vivía en un pueblo pequeño. Entonces decía: « Ya sabes, hay un aviso en el ayuntamiento para hacer esto, para hacer lo otro. » En definitiva, era la intermediaria¹².

-Bueno, sí.

-Y mis hermanos y hermanas se han apoyado siempre en mí, porque han visto que, desde su partida, los he ayudado siempre una y otra vez, en la medida en que se iban casando, los he ayudado a todos, financieramente, incluso en su casa, desde el punto de vista del trabajo, todo... Además, cuando se han enfadado tanto unos como otros, no llaman a otra puerta; es a mi casa. Tengo una hermana que da a luz, pues bien es en mí en quien se apoya: « Vendrás a verme, harás esto, harás lo otro. » Me llaman por sus hijos... ¡Eso es! ¹³

Y eso le gusta, ¿verdad?

-Sí, me gusta.

-¿Por qué está Vd. enferma?

-¿Por qué estoy enferma? Eso le digo yo. Fue después de la caída que esto me... Yo no sé. He estado muy cansada, y después me pregunto si al menos algún día tendré yo niños. ¡Eso es!"

-¿Antes de la caída estuvo Vd. enferma? ¿Cuándo tuvo la depresión?

-Sí, pero en fin eso se añadió porque no tenía nada, lo había superado. El doctor me decía siempre: «Cuando se levante por la mañana, dígame que todo va bien. » Y, después, al menos había recuperado las fuerzas, al menos había reaccionado. Ya le digo, tenía tantas ocupaciones que... Y después ya no me desesperaba porque el ginecólogo me decía: «Pero, en fin, al menos todavía no tiene cincuenta años, señora W., ¡no se desespere tanto!»

-Pero, en definitiva, después de su accidente ¿ha vuelto Vd. a estar un poco como en el momento de la depresión?

-Sí. ¡Oh! muchos meses después, al menos. Sí, varios meses después. Me han puesto inyecciones para tener la regla; me han dado comprimidos; en fin, de todo. ¡Estaba como un león!

-¿Estaba cómo?

-Un león, antipática, con el carácter agrio.

-En definitiva, ¿ha sido desde que intentan que Vd. vuelva a tener la regla que Vd. se ha puesto enferma?

-Sí.

-Porque su depresión le ha venido cuando han intentado hacerle tener...

-Eso es. Exacto.

-Tener un niño.

-Me han recetado hormonas.

-Es eso. E igualmente esta vez...

-Sí, parecido.

-Se le cortó la regla después del accidente, y es cuando...

-En fin, la regla se me cortó el mismo día del accidente y al mes siguiente comencé el tratamiento. No volvió hasta diciembre del mismo año, pero durante todo este tiempo ha sido necesario que me pongan inyecciones, que... No me acuerdo ya de los comprimidos que me daban; ya no sé, lo tengo apuntado en casa.

-Pero ahora, cuando le han dejado tranquila desde el punto de vista hormonal, en definitiva ¿va Vd. bien?

-Muy bien. Tengo bien la regla, sí.

-Desde que intentan que se transforme en mujer...

¡Eso es!

Que no va bien.

-No va.

-¿Desde cuándo tiene dolor de cabeza?

-Pues bien, desde un mes después de mi caída.

-Un mes después de su caída. ¿Y ahora tiene dolores de cabeza?

-Oh, los tengo a veces, pero, en fin, sobre todo antes de la regla. Algunos días antes de la regla.

-Y después, en definitiva. ¿Qué le molesta actualmente?

-Bueno, lo que me molesta por el momento solamente tengo la impresión de que estoy bien, yo, solo que el doctor ha querido que venga a que me hagan todos los exámenes, pero también es cierto que yo he venido con gusto, y después...

-Porque, por otra parte, ¿Vd. está bien en este momento?

-Sí. He adelgazado. Encontraba esto bastante normal; él me decía siempre: «Escuche, no puedo hacer gran cosa aquí, y en la Pitié desde el punto de vista de su cabeza...» Sobre todo era esto, a él. Que le...

-De otra manera Vd., Vd. no pediría otra cosa que volver a casa y...

Ah, ¡seguro!

-¿Y reanudar sus quehaceres?

¡Seguro! ¡Solo pido eso!

¿Es eso lo que va a pasar, sin duda? - 111 .1

--Ah, sí? Yo solo pido eso.

-¿No tiene Vd. necesidad de tratamiento? ¿actualmente?

Ño, no especialmente; simplemente, al menos, que no sé, algo para hacerme dormir al principio; en fin, por la noche, algo, cuando tardo mucho en dormirme y para abrirme el apetito. Eso es, es todo lo que pido.

-Tiene dificultades para comer?

Oh, como, pero como sin apetito. Como porque sé muy bien que no puedo quedarme sin comer, al menos. Va bien un momento, pero al fin... pero yo, que era muy carnívora, la carne, no hace falta ni decirlo; en fin, hay muchas cosas que me gustaban mucho; ahora... los embutidos, «puafV Prefiero las legumbres...

¿Su madre le dio el pecho?"

-Bueno!

-¿Cómo? ¿A Vd. que le gustan tanto las cosas de los niños, no lo sabe?

-Creo que al comienzo sí, sí. Al comienzo me dio el pecho, sí. Pero debió de suspenderlo.

-¿Qué le hace decir eso?

-Oh, bien, sí, porque, una vez me parece que mi madre dijo un día: « Yo, todos mis hijos... »; en fin, Vd. sabe, mi madre habla mucho, entonces... «A mis hijos, yo les he dado el pecho hasta casi...» Yo, no me acuerdo ya, Vd. sabe, y después acabó.

-Sí, pero todo depende de cuando es, hasta...

-Creo, al menos, que a mi último hermano no debió de darle el pecho, porque era yo quien le daba el biberón. Era yo quien lo cuidaba en todo. ¿Así pues?

~Sí?

-Sí. Al menos a mí sí me dio elpecho durante algunos meses.

-¿Qué enfermedades ha tenido Vd. a lo largo de su vida?"

Óh, bien, las enfermedades infantiles.

-¿Las pasó Vd.?

-Tuve la tosferina, el sarampión, también la escarlatina. Evidentemente, hubo una epidemia en el pueblo, esto... no hay escape.

-¿Sabe Vd. a qué edad tuvo esas enfermedades?

Sé que el sarampión o la escarlatina debía de tener unos diez años. Sí. Y, siendo ya una jovencita, tuve una crisis de reumatismo articular agudo a los dieciocho años. Entonces el médico dijo que era porque yo lavaba mucho; lavaba toda la ropa de la casa y con frecuencia lavaba con agua fría; había un lavadero público; evidentemente allí íbamos todos y todas, y debí coger frío, y me acarreó eso; puede ser que estuviera cansada, entonces... Y, después, poco antes de mi matrimonio tuve una parotiditis, entonces... Después de casada, ictericia. La ictericia la tuve cuando murió mi padre. ¡Sí? Tuve problemas de hígado con cinco años.

-¿Con cinco años?

Sí.

¿Y qué fue?

-Pues bien, es decir, que eso es: debió de ser un susto. Un caballo desbocado, y la madrina de un chico al que yo conocía muy, muy bien... rodó debajo del caballo, y me dio mucho, mucho miedo... y debí, en fin, que tuve una crisis de hígado y, pues entonces, después siempre he tenido problemas de hígado. Me duele el hígado ahora un poco, cada mes, en el momento de la regla. Es todo. Por lo demás, no me duele nadar.

-¿Es todo en relación con las enfermedades?

-Sí.

Y, entonces, los problemas de hígado ¿en qué consisten?

Ah, bien, antes del período, bien, vómitos, bilis, ¡vaya! Lo siento algunos días antes. Siento que está hinchado, que hay algo que no rueda bien, y entonces tengo como mínimo náuseas cuando veo la comida, cuando huelo el «puchero», no va bien. Entonces me digo: «¡Ya está, la pequeña crisis!» Por lo demás no suelo hacer abusos con la comida; intento controlarme; por ejemplo, me gustan mucho los caracoles, el puchero, pero, en el momento del período, no lo como, porque, entonces, sería terrible. Entonces estoy enferma por la mañana cuando me levanto, vomito bilis, y entonces se me pasa.

-En suma, en el momento de la regla ¿no funciona nada?

¡Eso es!

Bueno. ¿Duerme Vd. bien? No actualmente, como me ha dicho, pero normalmente.

-Bien, dormía bien antes, sí, tenía... Si desde esa antigua depresión famosa, dormía bien.

-Cuéntenos un sueño que haya tenido recientemente.

Un sueño reciente? Pues bien, he soñado con una amiga que no me quería porque no le había escrito. Yyo me decía: «Pero esformidable, hace apenas ocho días que estoy aquí y ya comienza a "refunfuñar" porque no le he mandado noticias. » Ymi sueño se ha cortado de golpe; es todo (silencio).

En qué piensa?

-¿De este sueño? Pues bien, había pensado que es una amiga... La veo muy susceptible y, cuando me vine, me dijo: «Ya sabes, me mandarás, ¡hein, yo soy la primera a la que mandarás noticias. » Probablemente le dije que sí. Pero no ha sido a la primera, sin duda que... no sé, puede que durante el día pensara en Viviane, y... no sé. No sé si hay relación entre mi pensamiento y este sueño; lo ignoro completamente.

-Es probable. ¿Quién es Viviane?

-Es una jovencita. Tiene novio. Se va a casar el año próximo. Es una de mis vecinas y es muy amable.

-¿En qué sentido «es muy amable»? ¿Qué quiere decir? ¿Por qué Viviane es amable?

-Pues bien, es muy amable, cómo le diría... Trabaja en una jabonería, en las Fábricas E... en Lyon; pero, cuando volvía a casa en invierno, siempre me decía: «Oye, Gizou, ¿me podrías encender el fuego esta tarde a tal hora?» Yyo, siempre dispuesta a hacer un favor: «Bueno, bien, sí.» Y no se iba ni un solo día sin saludarme, o cuando me veía cansada: «Bueno, no andas muy bien.» Porque al principio ella me trataba de «usted». Ahora me tutea, evidentemente, con el tiempo. Estimo que es muy amable, y muy dulce de carácter; solamente que es susceptible. Está un poco mimada, al menos, pienso que es eso. Trabaja, pero, en fin, tiene una madre que la mima, su hermana, su novio también, entonces puede ser que... i8

-¿Pero Vd. no sueña nunca con niños?

4h, sí... He soñado muchas veces que tenía un niño. Sueño muchas veces que...

-¿Qué ha soñado?

-Pues bien, me veía con un niño. Tenía este niño; era mío.

-¿Cómo era?

-Pues bien, era... No podía definir si era un niño o una niña, pero lo he soñado pequeño, vaya... en fin todo un bebé. Entonces, era mío; yo tenía este niño.

-¿Era un niño, en el sueño?

4h, sí. En fin, un bebé, vaya, quiero decir.

-Sí. ¿Y qué hacía?

-Lo cuidaba. Solamente, evidentemente yo, en casa; los sueños no duran una noche. Hay personas que tienen un sueño; este sueño se corta y vuelve a empezar y, oh... dura un momento, mientras que yo, dura un momentito, pero voy a mecerlo, cosa que no es necesario hacer... en fin...

[-A Vd. no le hubiera gustado ser un chico?19](#)

-Puede que sí. Sí, creo que hubiera preferido ser un chico, en el fondo al menos.

-¿Qué le hace decir eso de una manera tan clara?

-Pues bien, porque me parece que hubiera tenido más carácter siendo un chico que siendo una chica. Sí porque siendo, ah, siempre he escuchado decir a mis padres, y me acuerdo de ello, me decían siempre que era un chico frustrado. Me subía a los árboles; en fin, siempre estaba subida, como un chico. ¡Vaya, eso es! ¡Yo, me hubiera gustado jugar a las canicas.! .. Ahora las chicas pueden jugar, pero en mis tiempos una chica que jugaba a las canicas era al menos... jugaba con las muñecas también. ¡Ah! eso, las muñecas, ¡tenía algunas! Pero, a pesar de todo, no me hubiera disgustado ser un varón.

-¿Por qué?

-Pues bien, no lo sé; es difícil de definir; me parece que hubiera sido más fuerte, más... ¿o tener ah? No sé, me gustan mucho los; me gustaban mucho los niños, pero puede ser que, si hubiera sido un chico, ¿hubiera sido un buen padre también?

-Sí.

-No hay ninguna razón.

-Pero esto ¿Vd. no ha soñado nunca que era un chico?

Ah, no, nunca, no... nunca.

-¿Cómo lo ha pasado aquí, desde que está aquí con nosotros?

-¿Cómo lo he pasado?

-Sí.

Ah, bien, pero estoy un poco apurada. Sí. Me siento un poco acomplejada cuando estoy frente a un hombre. Hay algo que me molesta siempre; no sé por qué²⁰.

¿Qué?

-No sé. No lo puedo decir. Y, sin embargo, estoy acostumbrada a estar entre gente masculina; todos mis amigas, en fin, tienen novios o maridos. Salgo mucho. En la peluquería nos vemos mujeres, vemos a muchos hombres también, pero, no sé, me siento más cortada con un hombre que con una mujer.

-¿Y por qué puede sentirse cortada?

-Pues bien, no sé, y sobre todo cuando me hacen una pregunta, no sé. Por ejemplo, un día, me acuerdo, tengo un colega que trabaja, que es representante, y me dijo, en fin, entro en el almacén, los conozco a todos, conozco muy bien al patrón, llego y me dice: «Oh, pero, dime, estás bien esta mañana, dice, tienes pinta de estar enamorada. » Me puse roja hasta la raíz de los cabellos, y después ¡no pude ni verlo, ni escucharlo! Y sin embargo es encantador como chico; es muy servicial, pero... Cuando lo veo, digo: «Ya está aquí ¿con qué me irá a salir ahora?»

-¿Y por qué eso le apura tanto, a su entender?

-Pues bien, no sé. Esto me apura porque tengo la impresión, quizá, de que es un complejo porque sí, en mis relaciones con mi marido era normal, eso me apuraba menos, ciertamente.

-Pero eso no debería apurarle, ya que justamente en el plano sexual Vd. es frígida.

-Sí, soy frígida, pero no sé... No puedo explicarle por qué.

-¿Y cómo va con... perdone?

-Y sin embargo, desde el punto de vista del trabajo prefiero trabajar con un hombre antes que con una mujer. Excúseme, señora²¹, pero sí. Porque hay muchas menos discusiones. Vd. sabe, mire con frecuencia un grupo como este, siempre hay una que no está de acuerdo mientras que, no sé, he tenido mucha camaradería entre, eh... entre hombres, que entre mujeres.

-¿Cómo esto, mucho más ayuda mutua? ¿Entre hombres que entre mujeres?

-Pues bien, me voy a explicar más francamente, se dirán menos «impertinencias» que... no es lo mismo.

~A qué le llama entre hombres? ¿Vd. con un hombre? 11

Sí, eso e².

-Pero eso no es entre hombres.

-En fin sí, pero entre hombres evidentemente, si discuten, llegarán a los golpes, u otra cosa, mientras que una mujer y un hombre al menos no querrán pelearse por... Mientras que las mujeres a veces van demasiado lejos... Se ponen nerviosas.

COMENTARIO

La expresión verbal, de un nivel bastante evolucionado, habla a favor de una adaptación relativamente satisfactoria; el discurso de Gisèle W, de entrada bastante denso, expresa en suma todo lo que se debe esperar: las perturbaciones y su génesis. De ahí una primera impresión de facilidad, de flexibilidad y, correlativamente, la sensación de que no es necesario hacer ninguna adaptación técnica, y que la libertad de acción es bastante grande. Todo esto es tan claro que, desde los primeros instantes, el contacto se establece en un clima netamente erotizado. Sin embargo, el recurso muy frecuente al estilo directo, la mímica, el tono pueril, dan a esta relación, de primera impresión fácil y adaptada, un valor diferente; el de una toma de distancia inconsciente con respecto al investigador o a las personas implicadas. En efecto, la elocución se agota en cuanto uno de los nudos conflictivos aparece (en particular el tema de la esterilidad). Es entonces cuando se hace necesario solicitar activamente sus respuestas. El uso electivo de la forma exclamativa (frecuentes «Sí» y «Eso es») puede ser visto, desde el ángulo del lenguaje, como el indicio de una ambigüedad profunda de la relación. Superficialmente, en razón del carácter aprobatorio de estas exclamaciones, se podrían ver como marcas de adaptación simple a la situación. Sin embargo, se discierne fácilmente su función obliterante; no tienen el sentido de un rechazo ni de un rehusarse, sino solamente de una detención, con el deseo de que la relación sea mantenida. Es un deseo ambiguo, en el que se mezclan la necesidad de aislar y neutralizar al objeto y el deseo de adueñarse de algunas de sus cualidades, concebidas propiamente como reafirmadoras. De ahí la

agresión libidinizada que marca el diálogo, revelando al mismo tiempo un fallo básico y una llamada; llamada a un complemento, si no a un relleno.

De esta suerte, Gisèle W. tiene éxito a la hora de asegurar la relación pero no al promoverla. El hecho de que la transferencia no evolucione en el curso de la entrevista confirma pues lo que se hace transparente de golpe bajo la soltura superficial del contacto: la infiltración amplia de la personalidad por lo pregenital.

La misma ambigüedad que acabamos de describir se encuentra en los medios que utiliza Gisèle W. para enfrentar la entrevista. Mientras que lo vemos en marcha, el funcionamiento mental se presenta como estrechamente ligado al comportamiento. La expresión verbal, en su conjunto, apenas se separa de la expresión mímica y gestual, indicio de un pensamiento con tendencia «operatoria». Si este pensamiento no se hunde en el comportamiento, de hecho tampoco se separa de él verdaderamente en ningún momento. La principal tentativa en este sentido solo aparece al comienzo de la entrevista y se muestra precaria. En efecto, nunca ha habido un abandono propiamente dicho de la relación exterior en beneficio de una elaboración interna funcionalmente válida. Las posibilidades de simbolización están limitadas, la manipulación mental de la fantasía es relativamente pobre, la discusión interior está ausente, si bien el pensamiento consciente permanece sin gran valor integrador en relación con los conflictos íntimos. Hay pues una especie de desequilibrio en la organización defensiva y adaptativa; en este sentido los mecanismos propiamente mentales tienen una zona de influencia reducida en comparación con los de los mecanismos somáticos y de comportamiento. Se deduce que los elementos más reestructurantes en la relación con el investigador han sido elementos de comportamiento más que de pensamiento.

Sin embargo, si bien los rebrotes del inconsciente no emergen nunca, por decirlo así, bajo forma de representaciones arraigadas en una organización dinámica de cierta complejidad, en compensación, es necesario reconocer que se manifiestan claramente, a pesar de todo, en ciertos aspectos del material verbal («Soy como un león», «Siempre he sido carnívora»). De aquí, sin duda, el carácter fresco y vivaz del personaje, su espontaneidad a veces divertida que ofrece un cierto atractivo pero que tiene como contrapartida, es verdad, la puerilidad subrayada más arriba, signo entre otros de una inmadurez cierta.

El hecho de que Gisèle W. esté aún a distancia del objeto como a distancia de ella misma -a despecho de la impresión superficial de «presencia» que puede dar- nos parece que está en relación con el estado de dispersión en el que se encuentran las representaciones de todo orden que ocupan el campo de su vida mental. Se encuentran dispersos o bien ligados de una forma muy débil, de todas maneras, dando una sensación de cohesión insuficiente; pertenecen a una personalidad de alguna manera incompleta. La comunicación entre los distintos niveles, al igual que su integración progresiva, parecen precarios; de forma clara parece que se puede afirmar un fallo del dominio anal.

Desde el punto de vista de la contratransferencia, el investigador no podía ser insensible a la ambigüedad de la relación y al desnivel resultante para su posición. En efecto, necesita asumir una tarea doble: satisfacer los ajustes particulares, necesitados por la enferma, y las exigencias de la investigación misma. Por esto ha adoptado un estilo muy activo, a fin de favorecer hasta un cierto punto una provocación erótica y agresiva, sin hacer nada, por el contrario, para despertar la culpabilidad de la enferma ni permitirle verdaderas satisfacciones sustitutivas.

La vida habitual de Gisèle W. parece dominada por una reivindicación fálica vivida esencialmente como deseo de poseer niños. Su aparente servicialidad solamente está al servicio de sus propósitos de captación, como lo muestra su necesidad de «sacar de apuros» a la gente, así como su sistema de vida conyugal. La aspiración a la maternidad, que infiltra su existencia entera, en realidad es la expresión de la necesidad de un niño-falo fuera de toda perspectiva que respete la realidad objetal. Esta orientación que denota la polarización de todas las vivencias por una problemática narcisista fundamental le expone casi constantemente a sentir todo incidente, ya sea de naturaleza somática o emocional, como una herida narcisista. Aquí aparece la marca de una inmadurez fundamental, a la que hay que adjudicar tanto el clima de puerilidad en el que se desarrolla su existencia como la faceta espontánea de su carácter y de sus iniciativas.

Los mecanismos utilizados habitualmente se presentan bajo la forma de un despliegue incesante de actividades, habiendo revestido la acción precozmente un sentido viril que afirmaba sus relaciones con la madre («Yo era como el brazo derecho de mi padre... Me ocupaba de todo... Y mi madre lo había comprendido») y, aún ahora, continuaba garantizando lo esencial de sus relaciones exteriores. Una vez más, una fantasía de comportamiento ocupa el lugar de las verdaderas manipulaciones mentales.

En lo que respecta a la evocación del pasado, lo hace con una literalidad que la investigación ha puesto claramente en evidencia: los recuerdos son aportados tal cual, conservados como han sido vividos, sin ningún arreglo ni elaboración.

Igualmente, los afectos parecen vividos de tal manera que se encuentran inmediatamente llevados al nivel del comportamiento, sin pasar por ninguna elaboración en la fantasía o intelectual. Esto es, como sabemos, un factor predisponente a las perturbaciones psicosomáticas. Gisèle W. pasa impulsivamente de la emoción al acto, sin operar la menor suspensión mental defensiva: «En cuanto me contrariaban o en cuanto algo no iba como yo quería..., ¡pues bien! cogía este cenicero, por ejemplo y decía: "¡Zas! esto no va", y lo rompía.»

El lugar y el valor de los elementos sintomatológicos aquí no tienen nada de sorprendente. No estando nunca ligados al interior de una organización hipocondríaca (que implicaría su recuperación secundaria por medio de una manipulación mental consciente), desempeñan un papel importante en el equilibrio energético, permitiendo

beneficios secundarios netos. Las cefaleas consecutivas al traumatismo reciente indudablemente tienen un sentido epifenoménico en el cuadro clínico general. Podríamos ponerlos en la cuenta de un esfuerzo vano de fantasmaticización, de una tentativa de refugiarse en una relación con objetos internos con ocasión de heridas narcisistas, energéticamente equivalentes aquí a lo que en otros casos son las pérdidas de objeto y sus efectos depresivos. Más fundamentales son los síntomas de las series digestiva y hormonal, pero, vista la brevedad de la entrevista y de su poca agudeza conflictiva, han quedado mudos en la relación transferencial. El elemento más destacable puede que sea la correlación que parece existir entre la aparición o la acentuación de ciertas perturbaciones de Gisèle W., y ya sea la menstruación, o la instauración de un tratamiento endocrinológico. No es cuestión de encarar esta correlación desde el punto de vista de la endocrinología biológica, sino constatar solamente su papel para la enferma, que la vive subjetivamente. Gisèle W. reacciona a la terapéutica como a una iniciativa destinada a «transformarla» en mujer, y también, parece, como a la intrusión de un objeto extraño inadmisibles. Sería seductor, aunque quizá aventurado, suponer una inhibición precoz de ciertas funciones endocrinológicas, prevalente en relación con funciones más altas jerárquicamente, más propias de la «gestión» que de la organización. En cuanto a las perturbaciones digestivas, su génesis aparece ligada a un contexto de escena primaria. En su estado actual, parece que están en sincronía con el movimiento catamenial o la hormonoterapia.

Otra singularidad de Gisèle W. es el hecho de que un traumatismo físico (la caída de Solex), las terapéuticas endocrinológicas (contra la amenorrea y la esterilidad), un conflicto conyugal, dicho de otra manera factores heterogéneos, tienen consecuencias comparables cuyo conjunto evoca, hasta cierto punto, un estado traumático.

Sin embargo, el conflicto actual está centrado en la frigidez y la esterilidad. Hemos visto la relación entre la protesta fálica («¿a qué le llama Vd. "entre hombres"? ¿Vd. con un hombre? Sí, ¡eso es!»), el rechazo inconsciente de la penetración y el deseo de captación posesiva de un pene (desnaturalizado). Ya anteriormente, un tratamiento de la esterilidad había acarreado -Gisèle W. misma lo vincula una «depresión nerviosa», verosíblemente uno de estos estados depresivos falsos, distintos de los estados depresivos neuróticos o psicóticos, que los enfermos psicósomáticos presentan bastante frecuentemente. Estos estados se caracterizan esencialmente por la astenia, un sentimiento puro de depresión, a veces con angustia y crisis emotivas que jalonan la evolución. Son depresiones sin objeto, ni autoacusación, incluso sin culpabilidad consciente en donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática. Tal cuadro, para nosotros, debe ser puesto en relación con toda evidencia con la precariedad del trabajo mental.

Detrás del problema genital se perfila un conflicto arcaico: el de una oralidad agresiva despertada igualmente por el tratamiento endocrinológico (que la metamorfosea en león). Cualesquiera que sean las relaciones actuales de Gisèle W. con su entorno, niega de

forma llamativa todo sentimiento de celos con relación a su marido, a una amiga (Viviane) o a cualquiera. Esta negación está claramente en la lógica de situaciones conflictivas de la infancia. El nacimiento de cuatro hermanos y hermanas más jóvenes de los que se debió ocupar, las frustraciones de todo orden (en particular la obligación de abandonar los estudios) que fueron la consecuencia de ello no parecen haber suscitado en ella ningún resentimiento consciente. Más aún, reacciona precozmente a esta situación con una tentativa de sublimación («Tuve un hermano menor; entonces me puse feliz... Fui su segunda mamá...») que permanece actualmente (tengo la necesidad de «sacar de apuros» a los demás). La solución que ha encontrado, al menos aparentemente, al problema de sus relaciones fraternales prolonga la de la problemática edípica. Su necesidad de «sacar de apuros» en un principio fue desarrollada frente a su madre, tomando su lugar con relación a sus hermanos y hermanas, gracias a lo cual ha podido conciliarse con ella y suplantarla al mismo tiempo. Por el mismo camino algo más tarde la suplanta igualmente frente a su padre, pudiéndose convertir en su «brazo derecho» sin sentirse culpable. Aunque tal conducta implica, de forma perfectamente consciente, una desvalorización del personaje materno, puede ser fácilmente asumida en razón del asentimiento de la madre, y también de la ausencia de una verdadera rivalidad en el plano genital.

Esta evolución edípica, en realidad muy viciada, a pesar de la ausencia de luchas conflictivas agudas, no tienen nada de sorprendente si se las refiere a las dificultades anteriores que han tenido mucho peso. Pensamos no solamente en la frustración ocasionada por el nacimiento de los hermanos y hermanas, sino -dadas las perturbaciones digestivas precoces- en las relaciones duales quizá muy perturbadas en la primera infancia, especialmente en los dominios de la afectividad y de las conductas alimentarias, lo que no implica necesariamente una responsabilidad materna directa.

En el caso de Gisèle W. es necesario considerar las consecuencias de los problemas habitualmente ligados a la genitalidad mucho más desde el ángulo de la transformación ineluctable del papel social y humano, que en relación con una maduración biológica obstaculizada. Podemos concebir con claridad que en el cuadro presente esta última, lejos de ser promotora, por el contrario, haya reavivado las antiguas perturbaciones y suscitado nuevos conflictos insolubles, en particular lo que están ligados al rechazo de los objetos externos con su valor real.

En consecuencia, nos encontramos en presencia de una personalidad cuyos recursos defensivos se presentan como aleatorios y compuestos.

El pensamiento, como ya hemos insistido, revela una tendencia «operatoria» que limita su valor funcional en el orden de las adaptaciones y las defensas, sin hablar de la precariedad de la manipulación mental, tanto en lo que se refiere a la actividad fantasmática consciente como a la discriminación y temporización. Entonces incumbe al

comportamiento una gran parte de las cargas adaptativas tanto en la vertiente interna como externa. El desfallecimiento de este sistema especialmente con ocasión de sobrecargas conflictivas exógenas o endógenas da lugar a perturbaciones somáticas, que no son solamente negativas, sino que pueden ser miradas desde el punto de vista de la homeostasis.

Incluso en razón de esta complejidad y de la heterogeneidad de la organización de esta personalidad, parece necesario -para evaluar con más seguridad sus posibilidades adaptativas y para plantear con más rigor la indicación terapéutica- definir su situación nosográfica. En la perspectiva psicoanalítica clásica, apenas sí dudaríamos en plantear el diagnóstico de carácter histérico. En efecto, se ha podido revelar, entre otros rasgos, una relación en la que alternan los acercamientos y retrocesos en los que se manifiesta una emotividad a flor de piel, episodios eritrofóbicos, esbozos de crisis emocionales, un cierto histrionismo... Antes de que los mecanismos defensivos de comportamiento entren en juego, esta disposición afectiva, que constituye una manera de franja neurótica, ofrece ciertos éxitos. Sin embargo, es imposible de sostener este diagnóstico; es necesario precisar, teniendo en cuenta a la vez el alcance de las diversas funciones mentales, la importancia de las investiduras de comportamiento, y los diferentes niveles o sistemas funcionales somáticos que intervienen en los intercambios. El comportamiento interviene principalmente por su componente motor, no teniendo las fantasías acompañantes más que un valor de epifenómenos indudablemente. A este respecto son sintomáticas las fobias «actuadas», y la ausencia de fobias mentales propiamente dichas, es decir, las que implican una simbolización. Este dispositivo es evidentemente insuficiente para permitir a Gisèle W. afrontar eficazmente todos sus conflictos, a pesar de la complicidad que encuentra en su entorno.

A pesar de la tenacidad del comportamiento castrador, en el marco en el que se lo hemos visto ejercer, Gisèle W queda a merced de las heridas narcisistas. Como tiene pocos recursos fantasmáticos, tales heridas, masivas o repetidas, la conducirán fácilmente a una inhibición de sus defensas de comportamiento, lo que acarreará sin duda una agravación de las perturbaciones somáticas existentes o la aparición de nuevas perturbaciones más profundas. Las heridas narcisistas que la amenazan más directamente parecen fáciles de prever; son traumatismos somáticos o la desaparición de sus compañeros habituales, marido, amigos, «cómplices». Por lo demás es un trauma bastante ligero el que se encuentra en el origen del episodio actual. Las investiduras libidinales apenas ofrecen posibilidades de salidas sublimatorias: conocemos el fracaso relativo de la tentativa de sublimación en relación con su vocación maternal.

Una única investigación no nos permite dar a este caso una situación nosográfica simple y unívoca. Gisèle W., en efecto, no podría ser clasificada exclusivamente en la categoría de las neurosis sintomáticas o de carácter -en el sentido clásico del término-, ni en la de neurosis traumática específica, ni en la de las afecciones psicósomáticas puras; posee, sin embargo, características que la acercan en diversos grados a cada una de ellas.

Si queremos resumir lo esencial del caso en una fórmula positiva, de buen grado la designaríamos como una «neurosis de comportamiento», cuadro clínico muy frecuente, aunque raramente observado por el psicoanalista, y fácilmente acompañado por perturbaciones somáticas.

Comparando esta observación con nuestro primer caso, vemos que la disposición histero-fóbica de la personalidad y el desencadenamiento traumático ocasional de las perturbaciones los acercan, mientras que se distinguen por la profundidad de su implicación en la «somaticidad». En el primer caso (Adèle G.) tanto la sintomatología como la naturaleza de los sistemas defensivos autorizan a concebir esta implicación como bastante superficial, mientras que aquí una pobreza más grande de las actividades de representación, que van a la par con la dimensión casi «fisiológica» de las perturbaciones esenciales, incitan a juzgarla como mucho más acentuada.

En estas condiciones, la indicación terapéutica debe ser discutida sobre otras bases. Por lo demás, un tratamiento de las perturbaciones actuales no parece que deba ser emprendido. Puede que la enferma tenga razón y que todo deba volver progresivamente en orden cuando recupere su vida habitual, es decir, cuando sus defensas, en particular sus defensas de comportamiento, puedan volver a actuar. La insuficiencia de las capacidades de representación y de elaboración no permiten preconizar un análisis con mucho compromiso: la implicación de la enferma, que no sufre prácticamente, sin duda no resistiría tal empresa. En el caso en el que la enferma choque con nuevas dificultades, a partir, por ejemplo, de una herida narcisista, convendría practicar una psicoterapia. Cualesquiera que sean las perturbaciones posibles, la eficacia del tratamiento dependerá en primer lugar de la calidad de las defensas mentales que la enferma pueda adquirir, a partir de un proceso de identificación, bastante sumario en su caso.

Observación 3

EUGÉNE E.

-Siéntese; la escucho.

-Esto ha comenzado en el 57... He comenzado... Volvía de la escuela y a continuación se me paralizó el brazo y después la pierna y vomité; eso es todo. Después volví a casa; durante dos-tres días tuve dolor de cabeza y hasta aquí, hasta el cerebro; me volvió a ocurrir en el 59, este año, esto me... Lo tuve desde el comienzo... Tuve... como cuando uno se despierta; después me ha dado en el brazo. Al principio comienza por los dedos; después por el brazo; después del brazo fue la pierna; después el pie; después empezó a dolerme, a dolerme terriblemente la cabeza como cuando hice la arterio; me duele la sien; después al cerebro, el cerebro al mismo tiempo; después se pasa; después, durante dos-tres días, todavía me duele la cabeza. Y después aquí, me vuelve pero en el otro brazo, en el otro brazo, en la otra pierna, del mismo tipo, pero aquí, en lugar de tener perturbaciones, en primer lugar tengo dolor de cabeza, y después me coge el brazo y después la pierna. Antes había tenido la cara como paralizada, ¡vaya! con los labios, y eso es todo'. (En el curso de esta descripción une el gesto a la palabra, como no dejará de hacer.) (Miradas oblicuas sobre los asistentes.) (Silencio.)

-¿Qué es lo que pasa?

-Nada... y después, cuando me ocurre esto, estoy completamente en la luna, me hablan y estoy en la luna, y además no veo bien a los costados; veo, pero no distingo demasiado bien. (Silencio, gesto que evoca una actividad de la fantasía.)

-¿En qué piensa en este momento?

En nada (sonríe).

¿Y eso?

-Me pregunto por qué está toda esta gente aquí (enrojece) (silencio).

-¿Qué acaba de ocurrir aquí?

-Bueno, que han anotado todo lo que he dicho (silencio).

-Vd. se pregunta por qué está aquí toda esta gente, y entonces ¿qué se responde Vd. misma?

-Bueno, es para ver lo que me pasa.

-«Para ver lo que me pasa.» ¿Sí? ¿Qué le hace sonreír?

-Que Vd. no habla mucho.

-¿Y entonces?

-Me gustaría que me hagan preguntas4.

-A Vd. le gustaría que le hagan preguntas... ¿Por qué?

-Bueno, no sé.

-¿Pero por qué querría Vd. que le hagan preguntas?

-Bueno, que me pregunten lo que me pasa, no sé.

-¿Qué preguntas le gustaría que le haga? (gesto que evoca una actividad de la fantasía). ¡Sí, venga, eso!

¿Sí me duele mucho la cabeza? No sé.

-Sí, vamos pues.

-Sí, me duele mucho la cabeza.

¿Sí?

-Se me ha pasado, me da exactamente como la arterio; cuando salí, lo veía todo negro con un dolor terrible de cabeza; me daba exactamente parecidos.

-Cuando Vd. estaba mirando al aire hace un momento, arriba, cuando Vd. reflexionaba para saber qué pregunta le gustaría que le plantee, ¿qué ha pasado por su cabeza en ese momento?

-Nada. (Ligeros movimientos de impaciencia frente a la insistencia de las preguntas; después mira en la misma dirección que hace un momento.)

-Sí, eso, ¿qué es?, eso, lo que Vd. piensa cuando mira en esa dirección.

-No pienso en nada, miro: «Prefectura del Sena», es todo.

-Hay ideas que le vienen al mismo tiempo... eso, por ejemplo, ¿qué es?

-Me gustaría haberme ido lo más rápidamente posible7.

-¿Irse de dónde?

-Del hospital.

-¿Del hospital o de aquí?

-Del hospital, después saber lo que tengo⁸.

-¿Qué quiere decir «saber lo que tiene»?

-Estaría más tranquila.

-¿Es decir? (Silencio, gesto que evoca una actividad de la fantasía.)

-¿En qué piensa?

-En nada.

-¿Qué idea tiene en la cabeza?

-Miro los zapatos, pero no pienso en nada'^o

-¿Vd. ha dicho que le gustaría haberse ido del hospital pero no de aquí?

Sí, he dicho que me gustaría haberme ido más bien de aquí.

-¿De aquí o del hospital?¹¹

-En fin, del hospital.

-¿De aquí, o de nosotros?

-Eso me da igual.

-¿Qué tal se siente desde que ha llegado a aquí?

-Me siento violenta. (Sonríe.)

-¿Por qué?

-Porque estoy aquí, y además... me miran; es todo.

Y, entonces, ¿qué tiene esto de violento? (Silencio.)

-Se deben creer que no funciono muy deprisa... Es así, es todo; debe ser que estoy

un poco en la luna¹².

-Por otra parte, Vd. acaba de señalar, después de un largo silencio, Vd. ha hablado de Vd. diciendo que está en la lunar.

-Ahí, no tengo migraña, no tengo nada.

-Y nosotros ¿creemos que está en la luna?

-Sí, Vds. quedan... Vds. me escuchan.

-La primera crisis ¿cuándo fue?¹⁴

-Debe de ser... hacia mayo, en 1957 pienso, porque sé que fue un poco antes de las vacaciones.

-¿Vd. sabe que fue un poco antes de las vacaciones?

Sí, en fin, uno o dos meses antes.

-¿Cómo sabe que fue un poco antes de las vacaciones?"

Me acuerdo aproximadamente.

-¿De qué se acuerda?

-Que la crisis la tuve hacia mayo; lo creo aproximadamente porque me fui en julio; cuando iba a la escuela, ¡vaya!

-¿Cuando iba a la escuela?

Sí, a la escuela, la primera crisis, me acuerdo que después me fui a los Pirineos, y me volvió a dar en los Pirineos; creían que comía demasiado; me decían: «Quizá come de más, quizá demasiado deprisa» (sonríe)¹⁶

-¿Es verdad que Vd. comía demasiado y muy deprisa?

Sí, como deprisa; es una costumbre.

-¿Una costumbre?

-Sí, siempre he comido deprisa.

-Siempre. ¿Qué quiere decir?

-Salvo cuándo era pequeña; no quería comer nada (mueca de disgusto).

-¿Pequeña?17

-Cuando tenía seis-siete años.

-Vd. no quería comer nada. ¿Por qué ha hecho una mueca al decirlo, como si le hubieran enseñado algo que le disgustara?

-Los médicos decían, cuando yo era pequeña, decían que no podría vivir, decían: «Es necesario que vaya a Francia»; un médico me dijo eso, y después mejoré".

-Entonces ¿hasta qué edad se quedó en las colonias?

-Quizá ocho meses; es todo. Cuando era pequeña, veían que mis huesos.

-¿Por qué?

-El calor, quizá, no me hacía bien, también cuando he venido aquí, eso me...

-¿«También cuando he venido aquí, eso me...»?

-Engordé, antes estaba muy menuda.

-¿Hasta los ocho meses?

Y después, cuando vine a Francia, me puse rechoncha.

-¿Qué hacía en las colonias?

-No lo puedo saber,- tenía ocho meses; nací allí.

-Es porque Vd. nació allí. ¿Pero por qué nació allí?

-Porque mi padre era sargento... En fin, era militar, vaya, entonces me tuvieron allí (gesto que evoca una actividad de la fantasía).

-¿Qué le divierte al decir eso?

-Nada. Después mi su... padre murió; sí, mi padre murió de un forúnculo; lo tenía aquí, aquí, y le envenenó la sangre (se toca la espalda, el brazo, para marcar la localización de los forúnculos).

-Vd. ha estado a punto de dudar al decir «mi padre murió»; Vd. ha dicho mi su.

-Iba a decir mi suegro; me he equivocado.

¿Y su suegro?

-He dicho simplemente eso; me he equivocado.

-¿Quién es su suegro?

No tengo.

-¿Acaba de pensar algo sobre ello?

-He pensado que ese señor escribe; es todo.

-Qué?

-Lo que acabo de decir.

¿Qué es, qué es lo que acaba de decir?

-Que mi padre ha muerto.

-Querría saber por qué iba Vd. a decir «mi suegro».

Me he equivocado.

-¿Conoce Vd. a algunos suegros?

Antes mi madre se había casado, no con mi padre; tuvo un hijo y después se volvió a casar y él murió... No quiero decir que se casó con un señor que tuvo un hijo; después él vivió, pero estaba en las colonias; también después, cuando vio esto, se volvió a casar con mi padre que me tuvo y después se murió.

¿Quién murió?

-Mi padre..., y después es el otro hermano del señor quien se murió'9.

-Su padre ¿qué es lo que le pasó?

-Está enterrado allá.

-Murió, ¿qué edad tenía Vd.?

-Casi inmediatamente después de nacer yo.

-¿Es decir?

-Quizá tenía un mes; no sé; no me lo han dicho (gesto que evoca una actividad de la fantasía).

-¿En qué piensa?

-(A sí misma): No pienso.

-¿No tenía ninguna imagen en ese momento?

-Tenía la imagen de un cuadrado; ¡es todo! (mira fijamente el suelo cuadriculado)20

¿Y ahora?

-Parecido.

-Entonces ¿Vd. se quedó con su madre?

-Sí, sí.

-¿Hasta?

-Pues bien, hasta ahora... ¿Hasta cuándo, quiere decir Vd.?21

-Soy yo quien se lo ha preguntado.

-Hasta ahora, sigo aún con mi madre.

-¿Y, cuando tenía Vd. ocho meses, volvió a Francia?22

-Sí, sí.

¿Con quién?

-Sola, con mi madre.

-¿Y su hermano, su medio hermano?

Ah, sí, con mi medio hermano también.

-Es decir, Vd. sola con su madre y su medio hermano.

-Sí, sí. (Silencio.)

-Y entonces, en ese momento, al volver a Francia, ¿dice Vd. que engordó?

¡Ah sí! ¡enormemente! Allí, me formé, crecí, pero, cuando tenía nueve-diez años, estaba gorda.

-¿Qué quiere decir «allí me formé»?

Me hice más alta; en lugar de engordar, crecí.

-¿Desde cuándo?

-besde el año último, bien, desde el 57'2'.

-¿Por qué ha dicho: «Bien, desde el 57»?

-Porque, cuando tuve mis crisis, me formé.

-¿A qué le llama formarse?

-Bien, no sé.

-Dígame cómo sabe...

-Bien, crecí, después... (hace el gesto de alisarse unos mostachos imaginarios).

-Bien, pero Vd. engordó de una forma enorme y, sin embargo, Vd. ha puesto mala cara todo el tiempo, se lo hago notar, como si se le presentara un plato desagradable²⁴.

-No, no lo veo, puede ser, puede ser que haya hecho así (pone mala cara).

-Vd. ha dicho: «Antes yo comía.» Su cara de disgusto, ¿se ha dado cuenta?

Ah, sí... Puede ser que fuera terca, pero no quería, me presentaban..., yo... Al principio eran nervios, siempre los tengo.

-¿Qué es lo que tiene siempre?

-Este aspecto nervioso.

-¿Qué es lo que rechaza así? (Movimiento del brazo como para deshacerse de objetos imaginarios.)

-En cuanto me fastidian, quiero atacar,- si veo a alguien que me busca las cosquillas, no quiero dejarme tocar las narices (se pone en guardia como un boxeador)²⁵.

¿Por ejemplo?

-Allí, era parecido, con la comida.

-¿Pero cuándo ocurría?

-Como le he dicho, cuando tenía tres-cuatro años, no quería nada hasta los seis años; después comencé a comer; fue después. Quería comer siempre más, ¡vaya!

¿Qué le ha enfadado cuando ha hablado de comer? Vd. ha... ¿qué es?

-No lo veo; he podido decir eso o lo otro.

-En qué pensaba?

-Veo la silla que usan; es todo, el sillón.

-¿Y entonces Vd. se pelea?

-Tenía miedo de golpear la primera, pero después, cuando me metía, no habría parado nunca²⁶.

-Por ejemplo, cuéntenos.

-Con un compañero, salíamos de la escuela, creo, me enfadó; entonces salí, le esperé, vaya; él cogió una piedra, yo la evité... Tenía un chichón así.. ¡Porpapeles, por tonterías!²⁷

Papeles?

-gil se distinguía, no sé, no me acuerdo ya; no podría decirle.

¿Y eso le ocurre con frecuencia?

-Raramente... Soy buena, me gusta hacer chistes, pero cuando...

-Cuándo?

-Cuando me enfadan, pues bien ¡ahí voy!

-¿Por ejemplo?

-Pues bien, no sé, sobre todo con mis profesores, vaya... Pasaban de mí... Me castigaban porque no comprendía el cálculo; no podía rehusarme; se me saltan las lágrimas; son los nervios y es todo. Sin eso, si podía pegar, no lloro (ligero temblor)²⁸.

-¿Si puede pegar, no llora?

-No (reaparece una mímica y una actitud expresiva de la agresión).

¿Qué es eso? ¡Vamos!

-Me veo ahora'con el otro...

-¿Con quién? 1 1.

-Con el chico al que le he pegado una tunda.29

¿Y entonces?

-Pelearme con.

-Vd. estaba a punto de verse peleándose. ¿Qué ve en la batalla?

-Que nos pelemos.

-¿Y qué ha visto?

-Sí, veo que le hago trizas; sí que le doy... Sí, le doy.

-¿Y cómo se siente cuando tiene esta idea en la cabeza?

-¡Oh." me siento harta.

¿Cómo es eso?

¡Oh, me siento bien; no me siento revelándome.

-Vd. ha dicho «me siento harta».

-Creía que Vd. hablaba de cuando tenía mis crisis de parálisis. Es como cuando salí de la arterio. Estoy.. estoy medio dormida30 (silencio).

-¿Qué acaba de pensar?

Oh! Nada.

¿Estaba Vd. a punto de ver algo?

No, a veces miro así, pero...

-Vd. nos ha dicho hace un momento que antes de sus vacaciones del 57 había tenido esa crisis, esa primera crisis. El médico le había dicho entonces que era porque Vd. comía demasiado"

¡Ah, no! Es mi madre quien ha dicho eso, pero el doctor ha dicho que debía de ser la formación, la gordura.

-¿Y Vd. qué ha pensado?

-Yo creo que son los nervios.

¿Es decir?

-Porque a veces, por cualquier tontería tiemblo; así, Vd. no me ve, pero tiemblo por nada. (Tiende las manos y hace el gesto de temblar.)

-¿Por nada?

Ño.

-¿Vd. temblaba así al comienzo?

Ño.

-¿Y tiembla Vd. ahora?

-Sí.

-¿Desde hace cuánto tiempo tiembla?

-Desde hace 10 minutos.

-¿Y por qué, según su opinión?

No sé... No sé.

-Vamos, dígalos.

-No sé, no lo puedo decir, incluso cuando hago algún deporte, cuando voy a partir, algo parecido32.

-Es decir que, cuando Vd. se prepara para hacer cualquier cosa con sus músculos...

-Porque, cuando estoy lista para hacer una carrera, incluso aunque sepa que voy a llegar la primera...

-¿Para qué «deporte» se prepara Vd. aquí?33

Yo no hago deporte aquí.

-Yo pienso en un «deporte», adivine cuál. -Tener miedo34

-¿Qué deporte responde a «tener miedo»?

-No sé, tener miedo de Vd.

-Sí, ¿y entonces?

-Sinembargo, no tengo miedo de todo.

-Tener miedo. ¿Y, entonces, qué es lo que haría?

-No sé.. nada.

-Hay dos posibilidades cuando uno tiene miedo. ¿Cuáles son las dos posibilidades cuando uno tiene miedo?

-Meterse en faena.

-¿Es decir?

-Ir con franqueza.

-¿Es decir? ', 11 1

-Hablar francamente... Sí, pero yo he hablado francamente, no tenga miedo3s

Sí, pero, cuando Vd. habla, prácticamente no mueve un músculo.

-¿Por qué? ¿Qué quiere que haga? No veo... ¿Qué podría hacer?

-A hora den qué acaba de pensar?

-Pienso que Vd. me mira con atención, para ver mis reacciones.

-Sí, ¿y entonces?

-Vd. me mira como diciendo, no sé yo... Ahí Vd. espera que hable (mímica de boxeador) (silencio).

-¿Qué esperaba Vd. que le dijera yo?

¡Ah! Hay... bien, lo que Vd. acaba de decirme. Vd. usa sus... Use sus músculos; sé lo que acaba de decirme, pero no sé qué me quiere decir.

-¿Qué piensa Vd.?

-Nada, pienso que esto no sirve para nada; no quiero levantar un peso a...

-¿«No quiero levantar un...»?

¡Usar mis músculos, vaya!, no veo yo.

-¿Está Vd. segura de que no ve?

-Que no lo veo, sí lo veo, veo que esos dos señores se guasean³⁶

-¿Por qué se guasean? (Silencio.)

¡Ah! Ya no sé qué decir.

Bueno, bien, voy a recordarle lo que ha pasado: Vd. ha dicho que tiembla y ha citado como ejemplo que Vd. tiembla antes de la partida de una carrera. Yo le he dicho que Vd. tiembla antes de ponerse a hacer cualquier cosa con sus músculos: es una preparación, es un ejercicio muscular que se produce antes de la partida. En ese momento yo he relacionado su temblor aquí con el comienzo del ejercicio muscular y le he preguntado: «¿Qué va a hacer con sus músculos aquí?» Vd. me ha dicho: «No voy a levantar un peso.» Entonces, ¿qué otra cosa podría Vd. hacer?³⁷ (Silencio.)... ¿En qué ha pensado?

-Algo parecido a hace un momento. No tener miedo.

-¿No tener miedo?

-Cómo decírselo, no sé. (Silencio.)

-Dígalo.

-Sí, pero no lo consigo; es necesario encontrar las palabras.

-Con las palabras que le vengan... eso. ¡Sí!

-Me viene algo parecido a «no desinflarme».

-¿En qué consiste eso, «no desinflarse»?

-No sé, quedarme a gusto (deja caer sus brazos en un gesto de abandono)³⁸.

-¿Tiembla Vd. cuando está a gusto? Le voy a explicar: de cara a alguien que le da miedo, hay dos soluciones: o bien se larga uno, o bien se mete en el ajo, ¿le parece bien?
39

-Yo soy de las que se largan.

-¡Oh, no!

Oh, sí, de acuerdo..., pero es necesario al menos que él se pase, al menos es necesario que él se pase, porque el chaval había cogido un ladrillo; si no es por eso, yo no le habría...

-¿Y yo?

4h, no. ¿Es que yo he cogido un ladrillo o un trasto de esos?

-Por lo menos Vd. ha temblado.

-Tiemblo, pero no sé por qué.

-¿Puede ser por esto? Quizá ha tenido Vd. el deseo de meterse conmigo?

-No, de ninguna manera... Incluso cuando sé que me van a preguntar o sé que me van a... no sé nada, o que me van a hacer una radio(grafía), tiemblo... Incluso sino es nada, incluso una cuti(rreacción); voy, pero tiemblo41 (silencio).

-Vd. ha tenido crisis en el 57, antes de las vacaciones ¿y cuándo han vuelto?

-Este año, en el59, no sé si he tenido en el58, ya no me acuerdo.

-¿En qué ocasión?

-Comenzó cuando hacía cableados; después, de golpe, ¡hop, comenzó a darme vueltas y después comencé a sentir que mi brazo se paralizaba... y después fue la pierna y, cuando volvía a casa en el metro, vomité; después, cuando llegué a casa, no me sentía bien; me fui a acostar... Al día siguiente ¡hop, me levanté y todavía me dolía la cabeza, es todo42.

-¿Hacía Vd. cableados?

-Sí, los hacía, estaba así, aquí, estoy bien y de golpe... como Vd. ve, uno mira y ve un pequeño chisme que se desplaza, así, no sé. A todo el mundo le ocurre. A mí me ocurrió algo parecido y de golpe ya no veía nada al costado, no veía nada frente a mí y después empezó a cogerme por los dedos y, por lo que sé, cuando me coge así, los dedos

se deforman.

-¿Desde cuándo hacía cableados?

Ah, no!, acababa de comenzar.

Después de cuánto tiempo?

-Quizá un cuarto de hora, o ni eso.

-¿Y nunca había hecho cableados antes?

¡Ah, sí! otros días; antes lo hacía y no me hacía nada.

¿Y por qué ese día le hizo algo?

-Pues, no sé nada. (Mira el suelo.)

-¿En qué acaba de pensar?

-En los cuadrados, veo los cuadrados (del embaldosado), pero no pensaba en nada.

-¿No había ninguna otra cosa?

Ñ0.

-¿Y ahora?

-Veo el sillón, pero no pienso. Al principio dudaba de que fuera a hacerme preguntas porque Vd. hace así. (Imita el movimiento de cabeza del investigador.)

-¿Qué hago?

-Vd. ha hecho así (repite). Vd. mira lo que yo miro para hacerme preguntas43
(silencio).

-Intente decirnos lo que le viene ahora.

-En nada; no pienso, solo miro; es todo.

-¿Vd. desconfía de mí?

-Ñ o, ¡ah, no! Todo lo que pienso se lo digo, ya ve 44

-Sí, pero como Vd. sabe, hay cosas que pensamos dándonos cuenta de que las

pensamos pero que hay otras que pensamos sin saberlo; es lo que intento mostrarle.

-Pero hay veces que la gente cree que Vd. piensa y no piensa nada; porque ahora yo miro así, pero no pienso nada en absoluto; como a Vd. le ocurre mirar ahí, así, estar así en la luna, pero no pensar.

-¿Cómo sabe Vd. que eso me pasa amí?

-És todo el mundo; eso lo hace todo el mundo; a veces están ahí y no piensan; eso ocurre más de una vez; eso ocurre con frecuencia. A veces uno puede mirar cualquier cosa que y qué es lo que alguien hace, pero yo no pienso, pero yo espero⁴⁵

-¿Hay veces que Vd. ha pensado...?

Sí, a veces pienso... A veces he pensado... A veces he podido pensar en tonterías.

-¿En qué, por ejemplo? (Miradas a los asistentes.)

En mi comunión... o entonces puedo pensar que... unos intérpretes.

-Unos intérpretes... ¿es decir?

-Sí, o unos, unos..., los que están en la policía y anotan... Parecido, yo soy un bandido y después que... Vd. me interroga⁴⁶

¿Qué había en su comunión?

¡Ah, no! He dicho en la comunión... Estaba mi bisabuela, mi madre; estaba mi madrina estaba... Quien estaba entonces, mi abuelo, mi abuela, yo, mi primo y otros, creo, sí.

-¿Qué tal lo pasaron?

Fuimos a la iglesia, comimos, tuvimos jarana, y después fuimos a la iglesia.

¿Comimos, tuvimos jarana, y después fuimos ala iglesia?

Sí, como todo el mundo... Cuando fuimos a la iglesia, teníamos un cirio largo y después pasamos, una chica, un chico; después subimos y cantamos y después dijimos. «Juro ser siempre fiel», ¡vaya!⁴⁷

-¿Ser siempre fiel?

-~ Jesucristo.

-¿Y entonces?

-Yo creo mucho... Creeré cuando lo haya visto.

-Y, sin embargo, hay cosas en las que Vd. cree sin haberlas visto.

-¿Eso de qué depende?

[-¡Su padre!48](#)

-h sí, ¡lo creo! En eso sí creo, pero mi madre no estaba casada con (él).

-¿Y entonces?

141 menos era mi padre, pero seguramente... Pienso que de acuerdo, era mi padre, pero no estaba casado con mi madre, ¡vaya!

-¿Y entonces?

¡Bueno, es todo!

-Pero Vd. lo conocía.

-No, no lo conocía.

-¿Y ahora no lo conoce?

No, no puedo conocerlo; está muerto.

-Vd. dice que sí lo cree. ¿En qué se basa?

-Creo, creo que he tenido un padre, ya que he nacido, ya que no me han obligado a creerlo, pero...

[-Pero... ¿Vd. no cree lo que ha visto?49](#)

-Sí, pero no es lo mismo... jesucristo, cuando se dice que hacía resucitar o trucos como ese, no se parece.

-¿Por qué ha dicho lo que acaba de decir? ¿En qué piensa?

-Que no es lo mismo, de ninguna manera es lo mismo, no sé cómo podría decirle; un hombre no puede resucitar así; es eso lo que yo no creo; cuando uno está muerto, está muerto; no está vivo; es eso lo que pensaba.

-¿Para Vd. su padre está muerto o está vivo?

Bueno, está muerto.

-Sí, vamos, diga.

-No pienso en nada; veo su sillón; no pienso en nada.

-Yo querría que nos hable Vd. de su padre.

-No sé nada; le he dicho todo lo que sabía, porque, nada más nacer yo, él se murió; yo no lo he visto.

-¿Y Vd. no sabe cómo era?

-No, porque un muerto uno tiene... Ahora no podría acordarme.

-¿Piensa Vd. en su padre alguna vez?

-No..., no.

-¿No piensa nunca?

¡Ah sí! A veces, me digo, si tuviera a mi padre, quizá no estaría al teléfono, me digo, quizá estudiaría⁵⁰

-¿Cómo se representa Vd. a su padre?

joven, ya que mi madre se ha casado joven; entonces él debía de ser joven y ya está.

¿En su imaginación a quién se parece?

-Un poco a m... ¡ah no! no a mí... Él debía de ser moreno.

-¿Moreno?

¡Bueno no! rubio. Debía de ser rubio..., sí rubio.

¿Por qué ha dicho moreno y después rubio?

-Porque yo soy rubia... Porque yo tenía brillantina, y mi madre es morena. Entonces me he dicho dos morenos no puede ser. Entonces he dicho rubio y moreno, y yo he tenido mucho de rubia, no soy morena, ¡vaya!⁵¹

-¿Por lo demás, cómo se lo representa Vd.?

-Bastante grande, con mostachos; es todo.

-¿Por qué con mostachos?

-Porque yo, yo voy a dejármelos crecer, porque yo creo... por el momento, pienso pero... y después con ojos pequeños.

-¿Por qué ojos pequeños?

-Porque yo no tengo los ojos grandes, y después... ya no veo nada más.

-¿Qué pasa en este momento?

-Miro mi pie, pero no pienso nada.

-¿Qué ha hecho que se detenga de golpe? Hace un momento Vd. ha dicho «ya no veo nada» y después Vd. ha se ha mirado el pie. ¿Por qué?

Ya no veo cómo debería de ser él.

-¿Y cómo está vestido?

-be blanco... Yo lo veo así... Allá en las colonias, de blanco... Después con el sombrero, el kepis, ¡vaya!

Y, después, ¿qué hace cuando Vd. se lo representa?

-, ¿Qué hace? .. Bueno, no lo he visto nunca... En mi cabeza no veo nunca qué es lo que podría hacer.

-¿Vd. no ve nunca en su cabeza qué es lo que podría hacer?

-No... ¡sí! mandar, puede ser, y ahora no, no veo eso.

-¿Vd. no ha visto nunca una foto suya?

¡Sí!, pero no es como yo me lo imaginaba.

-¿Es decir?

-Es pequeño... ¡Ah! su pelo. No he visto sus mostachos y después... eh... Está vestido en caqui y después eso es todo52.

-¿Cuántas fotos ha visto de él?

-Una o dos, ¡y siempre en negro! (tono de amargura un poco rabiosa).

-¿A qué edad vio Vd. por primera vez esa foto?

-No sabría decirle.

-¿Y qué es lo que ha pensado de ella?

-Ño sé; lo he visto la primera vez así; después la he cogido y la he vuelto a ver y quizá la he visto el año pasado, lo mismo que la pudiera haber visto a los cinco años a los siete años; no podría decirle.

-¿Ha visto Vd. esta foto siendo joven?

¡Ah, sí! Al menos sí la he visto ya. Había tenido paperas y, justo cuando estaba en la cama, dije: «¡Vaya, voy a mirar fotos.» He visto fotos, he mirado, quién es ese, me dije, y mi madre dijo: «Es alguien» y después me dijo: «¡Mira, ese es tu padre!»

-¿Y entonces?

-Pues bien, he dicho... No lo veía yo así, ¡vaya! porque él... porque ahí, no lo veía negro, porque estaba con la cara mate y yo lo veía más bien de blanco, y ahí le he visto de caqui, completamente negro. Y la foto es negra, pero ya está amarilla y lo veía con el kepi.

-Cuando su madre le dijo que ese era su padre, ¿qué edad tenía Vd.?

¡Ah, entonces . Si le dijera una edad, le mentiría porque no lo sé.

-¿Vd. ha visto esa foto hace mucho tiempo? ¿Estaba Vd. habituada a ver esa foto?

-No, raramente; cuando la miraba, era por encima⁵³

-Quisiera saber si la imagen de su padre que Vd. tiene en la cabeza es de antes del momento en que su madre le ha dicho que ese era su padre.

-No, después... Ha sido después cuando he empezado a verlo así. Al principio ella me lo había mostrado así y yo lo veía de blanco, y no me decía: un sargento en las colonias..., pero él está vestido de caqui. 11

-¿A qué quiere dedicarse?⁵⁴

-Trabajar en el teléfono.

-¿Trabajar en el teléfono?

Sí, en una casa privada, ¡vaya!

-¿Por qué quiere hacer eso?

-Me gusta bastante la electricidad. Me han dicho que con el teléfono se gana más, entonces... y, después, es un poco más pesado lo del teléfono, y a mí me gusta bastante hacer chapuzas, ¡vaya!

-Hay un personaje del que no ha hablado, un personaje importante⁵⁵.

¡Ah, no! No lo veo, no, no veo... ¿un personaje importante?

-Un personaje importante para Vd., del que todavía no nos ha hablado.

-¿Importante?

-Sí.

¿Es tan importante?

Ah, sí.

Y qué ha hecho?

-¡A Vd.!

-Pues bien, es mi padre, entonces... No, no veo al personaje importante.

no, su padre no le ha hecho a Vd. él solo.

¡Ah, sí! Ah, mi madre... ¿Qué podría decir...? Trabaja en el Ministerio de Trabajo; también es nerviosa.

-También ✓ es nerviosa.

Mucho pues... es como yo. Tiene buen corazón, pero, cuando tiene una crisis, dice: «Te voy a matar», pero después hará cualquier cosas

-¿Dice: «Te voy a matar»?

-Dice, qué sé yo: « Te voy a romper la escoba en la cabeza» y después se calma, de cualquier manera, como una neurótica.

-Una crisis. ¿Qué quiere decir?

-Cuando algo me sale atravesado, ella dice..., sí: «No escuchas. » Comienza a ponerse nerviosa. Cuando era pequeña, se ponía nerviosa con frecuencia porque yo no comía⁵⁷.

-¿Era ella la que le daba los platos que Vd. rechazaba así? (rel pite frente a ella su mímica de disgusto).

-Sí.

-Y en este momento ¿quiere Vd. romperle la cara a alguien?⁵⁸

¡Ah! Romperle la cara, no... Parece que intenté tocarla, me acuerdo.

-¿Es decir?

-Bueno... pegarla, me han dicho; no hubiera querido hacer eso nunca.

-¿Ella se lo ha dicho?

Sí, una vez, pero ahora he dicho: «Lo que querría es intentar tocarle también... Yo la defenderé. »

-En aquel momento Vd. querría romperle la cara, y ahora Vd. la defendería... ¿Si es Vd. la misma persona, cómo es eso?⁵⁹

¡Oh, ya." eso es cuando era pequeña, enseguida me ponía rencorosa, y entonces ¡paf!

-¿Entonces ¡pa P?

Tiraba los platos a cualquier sitio; seguramente intenté morderla cuando era pequeña⁶⁰

-¿Seguramente intentó morderla?

Bueno, sí.

-¿Cómo lo sabe?

¡Bueno, eso digo yo!

-¿Según qué, lo dice?

¡Oh, eso! No sé, pero seguramente intenté morderla, ¡vamos!

-¿Qué le hace decir que seguramente intentó morderla?

-Nada, nada... nada.

-¿Cómo tiene Vd. esa convicción?

-Como hacen todos los chicos, muerden, no se pegan a puñetazos; yo pegaría pero no a puñetazos61

nosotros? -Dígame: ¿cómo lo ha pasado desde que está aquí con 2

-Bien, ya no tiemblo, no63

-Ya no tiembla, ¿por qué?

-Bueno, no sé.

-Dígame lo que se le ocurre al respecto, lo que estaba Vd. pensando.

-Oh, no lo veo, no, miro la loseta, pero no pienso, ¡vaya! Sí, eso, pienso que Vd. me mira para verlo que puedo pensar,- es todo, porque yo lo veo64 .

-¿Me vigila con el rabillo del ojo?

-Sí.

-Entonces yo le impido pensar de alguna manera.

-Incluso miro las losetas; qué puedo pensar,- si miro esas hojas, yo pensaré: estoy en el bosque, es todo.

-Me gustaría saber por qué ya no tiembla.

-Yo tampoco65

-¿Qué piensa Vd. de lo que ha pasado aquí conmigo y con nosotros?

-Lo que yo pienso: todo lo que digo se escribe, y después si reacciono bien, si no soy un poco..., si mi cerebro circula bien, si reacciona bien; si todo lo que me dicen, lo respondo bien, entonces Vds. lo escriben66

-¿Es la única impresión que saca de lo que ocurre conmigo?

-Lo que no comprendo es por qué todo esto.

-¿Todo esto?

-Todo el mundo.

-Es decir, ¿los otros además de mí?

-Puede que sea para mirarme, para ver mis reacciones.

-Los otros son médicos que están aquí para asistir a la consulta. Lo que querría es que me dijera cómo ha vivido todo lo que ha pasado conmigo⁶⁷.

-Bueno, bueno, estoy a gusto.

-¿Está Vd. a gusto?

-Sí

-¿En algún momento no ha estado a gusto?

-Ño... cuando no hablaba más... no ahí, cuando me miraban todos, ahí...

-¿Y entonces?

-Yo me decía... No sabía qué decir... Me sentía ridícula...

-¿Ha tenido dolor de cabeza a lo largo de la sesión?

-Ño.

-¿Ha tenido alguna de las señales que Vd. tiene antes de sus crisis?⁶⁸

-Nada, de ninguna manera; si lo hubiera tenido, se lo hubiera dicho, pero no he tenido nada.

-¿Qué edad tiene Vd.?

-Quince años.

-¡Quince años! ¿Qué enfermedades ha tenido Vd.?

-Nunca he estado enferma, salvo enfermedades de joven, paperas, otitis, rubeola, pequeñas enfermedades, salvo las paperas, la otitis. Le quiero decir que no he tenido nada importante; parece que tenía pus que me curaban.

-¿Al margen de las paperas, no ha tenido nada importante?

-Sí, debe de haber sido por las paperas que me tenían que limpiar el pus.

-Cuando tuvo la otitis, debió de tener pus y, cuando tuvo las paperas, le dieron las fotos.

-No me acuerdo; era muy pequeña; me han dicho que tuve pus, pero no me han dicho que hubiera fotos.

-Las fotos de sulpadre fueron durante las paperas⁶⁹.

-Eso no, yo estaba aquí. Las paperas, estaba aquí. La otitis creo que estaba en... Creo, no digo que esté segura, creo ...⁶

-¿Cuándo se ha enterado de que su madre no estaba casada con su padre?

-Hace mucho tiempo.

-¿Sí, cuánto?

-Puede ser un año.

-¿Qué le hace situarlo hace un año?

-Lo veo aproximadamente; pensaba en todo ello.

-¿Qué pensó en ese momento?

-Nada. Dije: «¡Ah, no te casaste!» Es todo; me ha parecido chusco, ¡vaya! Pero no me ha hecho efecto.

-¿Cuándo ocurrió? ¿Cuándo se lo dijo su madre?⁷¹

-Puede que haga un año.

-Sí, pero ¿cuándo?; ¿se acuerda de dónde estaba?

-Sí, en mi casa.

-¿Dónde?

-En la cocina.

-¿Por qué se lo dijo en ese momento?

¡Oh, no! Porque.. como que, se decía que si tuviera a mi padre, bueno puede que no estuviera en el teléfono, entonces... y al principio me extrañé, porque me llamaba E... y mi tío igual y mi tía igual.. Entonces yo me extrañé: «Entonces ¿cómo es que no me llamo como mi padre?» Entonces ella me dijo que porque no estaba casada.

-¿Vd. se había planteado esa pregunta hacía mucho tiempo?

-No.

-¿Nunca?

No.

¿No tuvo crisis el año pasado?

No.

-¿Cuéntenos algún sueño que haya tenido?

¡Bueno, he tenido bastantes.

Bueno, el primero que le venga.

-Cuando era pequeña, soñaba con frecuencia con Argelinos que, ¡cuic; que, en fin..., los cuchillos, todo eso, que nos podían dar una cuchillada. Antes tenía miedo, pero ahora no me hace nada.

-Cuéntenos un sueño actual.

-Cuando voy a los Pirineos, cojo mi bici y me voy; subo al collado, vuelvo y al día siguiente voy a la piscina; con frecuencia he soñado esto... Sueño cuando voy al baile... En fin, es todo, y después he tenido otros.

-Cuéntenos de alguna vez que haya ido al baile.

Ah no, eso es juntos, sueño que voy a los Pirineos; subo al collado; voy a la piscina y después voy al baile; disparamos con la carabina; bailamos; es todo⁷².

-¿Con quién bailaba?

No con un chaval, seguro que con amigas.

-No con un chaval seguro, pero los argelinos que daban cuchilladas eran chavales...

-Eso no era en los Pirineos; eso lo soñaba cuando yo era pequeña, cuando estaba en

la cama; alguien entraba en la habitación; me daba miedo, o bien había alguien en pedazos sobre la cama de mi madre, o burradas como esa.

-¿Como esa?

-Que lo han cortado en muchos pedazos. Una vez discutimos; una vez en los periódicos vimos que alguien había cortado a su mujer en pedazos, que la había metido debajo de la cama; eso me hizo pensar también⁷³.

-Ahora voy a pedirle que espere algunos instantes en el pasillo. Enseguida le diré lo que pensamos. (Se levantan; el investigador acompaña a la enferma hasta la puerta.)

Querría decirles, hago yudo. ¿Puede ser eso lo que me hace mal? (En el dintel de la puerta se le confirma que no.)

COMENTARIO

La sola confrontación con el investigador provoca una regresión profunda y rápida. Esta regresión reviste un carácter masivo cuya naturaleza no siempre es posible precisar. El objeto parece concebido de forma uniforme, sin discriminación cualitativa. Se deben operar, pues, muy precozmente un cierto número de maniobras para permitir al paciente asegurarse parcialmente al menos. Las tentativas de Eugène E. para representarse situaciones conflictivas constituyen el punto de partida del movimiento regresivo, ya se trate de la evocación de un material genital, oral o de naturaleza agresiva determinada. Solo el intento de franquear el obstáculo de la sistematización en el plano mental agota a la enferma, la vacía de su energía, aunque solo pone en juego mecanismos automáticos de nivel inferior, sin vínculo recíproco, y afectando un estilo confusional y onírico.

Hay pues una pobreza de mecanismos de defensa en el plano mental evolucionado. La verbalización, cuyo valor motriz es predominante, no ofrece un recurso duradero y está acompañada siempre por una actividad gestual y mímica, con frecuencia impulsiva ella misma. Eugène E. experimenta bastante el carácter penoso del esfuerzo que debe hacer para expresarse: «Es necesario que encuentre las palabras», «¡Vaya!», «¡Eso es!», «¡Es todo!», repetidos frecuentemente, marcan una suerte de rechazo del objeto, de ruptura con el investigador, pero, a pesar de todo, permiten a la enferma asumir su presencia, y mantener con él una relación, por más desnaturalizada que esté. Incluso se ha podido notar un esbozo de identificación después de una de estas exclamaciones. Pero tales esbozos aparecen muy rápidamente como precarios. En efecto, las frecuentes generalizaciones del tipo «Yo soy como todo el mundo» implican también «Todo el mundo es como yo», lo que da testimonio una vez más de la ausencia de discriminación de las cualidades propias del objeto, confirmando el carácter ilusorio de todas las tentativas de identificación. Es difícil captar aquí en qué medida esta ausencia de discriminación tiende a una carencia evolutiva propiamente dicha o constituye un

mecanismo de defensa que se opone a toda eventual intrusión.

En el mismo orden de ideas, subrayaremos una adhesividad característica y la utilización de una reduplicación proyectiva con respecto al investigador o al interlocutor en general, lo que no deja de desnaturalizar al objeto profundamente. Encontramos diversas ilus traciones; así la pregunta «Pregúnteme si tengo dolor de cabeza», o el «Yo tampoco», que es vivido de manera más imitativa que un «Yo también» más personal y que designa mejor al sujeto. Ocurre lo mismo con el «He hablado francamente, no tenga miedo», que pretende reasegurar al objeto pero consolidando al sujeto aunque subraya el carácter indistinto del clima que los rodea.

Por otra parte, la mezcla de los tiempos marca no solamente el valor de actualidad del pasado, evocado y vivido como si se tratara del presente, sino quizá incluso la ausencia de una categoría del pasado en cuanto tal. Puede que esto dependa del carácter aleatorio de la posesión del objeto mental y de la proximidad del proceso primario.

Lo esencial de la relación' está asegurado 'a nivel sensorio-motor como lo demuestran los frecuentes enganches sensoriales a cualquier objeto presente, sin representación mental concomitante. Incluso, hemos podido revelar constantes actividades gestuales y mímicas, con ocasión de la evocación de recuerdos como a propósito de la vivencia relacional inmediata, ya sea agresiva o de carácter identificatorio. Al «¿Qué tal lo pasa?», la respuesta «No, ya no tiemblo» es significativa.

La regresión, que provoca un alejamiento o una aproximación del investigador, por ejemplo bajo la forma de una demanda de exteriorización de un eventual contenido mental, se desarrolla en general bajo la modalidad esquemática siguiente:

Fracasodel pensamiento, acompañado de un sentimiento de inferioridad, después de indiferencia.

«Escotomizacion» sensorial («Ya no veo a los costados»).

Caídade la hipertonia muscular («¡Estoy harta!»), con desaparición de la actividad gestual y mímica.

Obliteraciónde la conciencia, con confusión y desorientación al menos temporal, después aparición de mecanismos inferiores de pensamiento que afectan a un estilo predelirante y casi onírico.

Solo pueden dar jaque a la regresión, en cierta medida y por un corto lapso de tiempo, ciertos mecanismos que son, ya de orden verbal, ya de orden sensorial, ya incluso y sobre todo de orden motor -pensamos en particular en las impulsiones agresivas o de huida o en un temblor generalizado.

Todo ocurre como si fuera la hipertonía muscular y sus modalidades, sin representación mental concomitante, las que dieran aquí una apariencia de firmeza a la personalidad.

A pesar de la repetición de movimientos regresivos, hemos notado una mejoría progresiva de la relación, sin duda esencialmente en razón de la duración del contacto con el investigador que permite una familiaridad con el objeto; familiaridad reaseguradora gracias al reconocimiento de sí en el otro. Esta forma de reduplicación, en parte defensiva, «Vd. mira lo que yo miro para interrogarme», es vivida en efecto por el sujeto esencialmente con una modalidad mímica o gestual. Sin embargo permite una mejoría del contacto, que va al par con una disminución del sentimiento de persecución.

Lo que ha guiado la táctica del investigador es el cuidado por facilitar en la medida de lo posible, y sobre todo en los momentos en que el sujeto parecía perder pie, este movimiento de orientación identificatoria que, cualquiera que sea su nivel, sigue siendo reestructurante. Nos vemos conducidos así a recuperar una frase, una mímica, un gesto o un conjunto de estos elementos recientemente vividos, lo que permite recoger, ordenándolos y agrupándolos, diversos momentos históricos que habían sido aportados de forma fragmentaria. Estas maniobras demandan que sea reconocido claramente el desarrollo del sujeto frente a todo lo que se distingue de ella, de cualquier manera que sea.

Es en la misma perspectiva que sigue el investigador paso a paso para ofrecerle un apoyo seguro y presentarle, cada vez que se encuentra una ocasión, la unidad actual y pasada de su comportamiento, testigo esencial de su existencia y de su identidad. Esta iniciativa es particularmente importante, porque, en un caso como este, el enfermo corre el riesgo de encontrarse al final de la investigación en un estado de confusión o de fragmentación.

Las informaciones sobre la vida habitual de Eugène E. son poco importantes porque su energía se encuentra esencialmente implicada en regresiones y reconstrucciones completamente ligadas al juego relacional inmediato.

El otro no se desprende jamás verdaderamente en tanto que tal, ni en el pasado, ni en el presente. La ausencia de elaboración mnésica y la dificultad de contacto solamente dejan lugar a la evocación de recuerdos fragmentarios, de impresiones sensorio-motoras que no alcanzan un cierto nivel de representación fantasmática más que en los mejores momentos de la relación. Pero es precisamente, al acercarse a este nivel, cuando se acusa el riesgo de una regresión brutal y profunda.

Se puede pensar que la vida relacional habitual de Eugène E. se desarrolla por medio de una sucesión de episodios más o menos idénticos a aquellos de los que hemos sido testigos. La mezcla de los tiempos en la expresión verbal es reveladora a este respecto de

una indistinción relativa entre pensamiento oniroide y realidad vivida.

Estos son pues, como a lo largo de la investigación, los movimientos agresivos y regresivos, principalmente vividos en el plano sensorio-motor, que constituyen lo esencial de los datos. Es el caso, por ejemplo, de reacciones hostiles con relación a la madre y al «compañero».

El marco habitual de la existencia de Eugène E. se encontrará bastante bien definido por el siguiente conjunto de hechos: predominancia del recurso a la motricidad, limitación de las actividades mentales de representación, sujeción al mecanismo de reduplicación proyectiva, surgimiento de sintomatología.

En consecuencia damos el primer plano a la motricidad. Su papel se afirma en una impulsividad actuada, en los temblores o en una tensión hipertónica, que cede después de las crisis para dar lugar eventualmente al llanto: «No podía rehusarme; se me saltaban las lágrimas». Solo en el esbozo de sublimación deportiva se puede discernir la marca más evolucionada de una tentativa de organización y de integración de la motricidad.

Ya se trate del terreno de lo intelectual o del de la fantasía, la actividad psíquica no parece haber tenido jamás un valor funcional notable. Así, las adquisiciones, tanto durante el período escolar como durante el aprendizaje profesional, han estado limitadas por una carencia de la capacidad de abstracción. Por su lado, la actividad de la fantasía, que aflora en ciertos momentos particularmente coloreada, se queda pegada siempre al proceso primario, lo mismo en su forma que en sus modalidades de emergencia y no da lugar, la mayor parte del tiempo, a una elaboración secundaria. Alcanza su más alto nivel cuando, por ejemplo, la enferma alcanza, a través de múltiples dificultades, a constituirse una representación visual de su padre. Finalmente, cuando Eugène E. llega a tomar conciencia de que su madre y su padre no estaban casados, es el momento en el que su capacidad de juicio parece alcanzar su más alto nivel.

En la vida, como en la investigación, las relaciones objetales parece que están intensamente marcadas por el mecanismo descrito de reduplicación proyectiva. Ante todo, es evidente que en las relaciones de Eugène E. con su madre este mecanismo se manifiesta de la manera más nítida. Esta especie de identificación se sitúa a nivel impulsivo esencialmente motor cuando la sujeto opera una traslación masiva de sí en el otro.

La sintomatología, que desde hace algún tiempo desempeña un papel importante en la vida del sujeto, está dominada por la noción de crisis, ya se trate deseudoparálisis, de vómitos, de obliteraciones de la conciencia, de cefaleas. Si bien la causa desencadenante de estas diversas manifestaciones críticas no se ha revelado netamente en el curso de la investigación, a pesar de todo se puede avanzar una hipótesis: la ausencia de un objeto, situación eminentemente conflictualizante, dará lugar a un bloqueo energético que toma

la forma de una hipertonía creciente que se resolverá bruscamente en uno u otro síntoma. Lo que permite dar esta interpretación es el hecho de que ciertas fluctuaciones de la relación transferencial han ocasionado justamente manifestaciones regresivas cuyo desarrollo crítico puede ser asimilado al de la sintomatología en cuestión. En efecto, sin saberlo, las crisis son situadas de golpe, por parte de la paciente, en una relación de analogía con la situación de la investigación, donde la aproximación del médico, su presencia pero también su silencio -y, en consecuencia, de cierta forma, su ausencia- confluyen en un efecto común de activación de mecanismos mórbidos. Estos entran en juego cuando el objeto deja de ofrecer posibilidades de identificación, o mejor, de reduplicación proyectiva y de reestructuración; posibilidades que la investigación facilita al mantenerse en una justa distancia.

En fin, no nos sorprenderemos al encontrar aquí las cefaleas, ya que hemos constatado en sucesivas ocasiones el desencadenamiento de la regresión por el acceso a la conciencia de una representación fantasmática, o incluso por la simple puesta en marcha de la función representativa.

En razón de los límites de la información, es difícil delimitar la parte de factores hereditarios y congénitos que, en el caso de Eugène E., son verdaderamente importantes. Igualmente es el caso de factores relacionales de la primera edad que, como sabemos, estuvo muy perturbada. Siempre se puede imputar, en parte al menos, a estos dos órdenes de hechos una parte de la responsabilidad en ciertas particularidades de la organización del sujeto. Pensamos especialmente aquí en la obligación en la que se encuentra la sujeto de concebir al otro según su propio modo, lo que afecta en particular sus capacidades de captación y de asimilación de los objetos mentales y limita severamente sus posibilidades de enriquecimiento. Más aún, el nivel de objetualización mental representa el umbral peligroso cuya sola aproximación determina un movimiento regresivo que provoca las crisis.

El hecho sobresaliente en la historia conflictiva está representado por la ausencia del padre. Solo hay que decir que falta relacionar exclusivamente la carencia mental con la ausencia de imagen paterna de identificación, pero aun así Eugène ha dejado entender que, si hubiera tenido a su padre, hubiera podido estudiar, lo que implica la nostalgia por un ideal del Yo, sin que sea posible evaluar su eventual nivel de expresión.

De igual manera, no se podría atribuir solo a la falta del objeto paterno el estereotipo relacional constatado. En efecto, sabemos que otros personajes, junto a la madre, han vivido cerca de la paciente sin haber sido, no obstante, objeto de una interiorización mental. Por lo demás es verosímil que el estilo relacional, que apenas se separa del nivel sensorio-motor, casi no permite afinar la discriminación objetual en el sentido en el que la entendemos habitualmente. El objeto, como hemos visto, es siempre el mismo, y sigue siendo ante todo una reduplicación del sujeto. A este hecho es al que hay que atribuir el carácter masivo, brutal, sin matices, de los movimientos afectivos.

El estado actual de las relaciones con la madre donde dominan una agresividad de naturaleza manifiestamente arcaica, paralelamente con una indiferenciación sujeto-objeto bastante fuerte, se comprende mejor si se la relaciona con ciertos hechos destacados de la primera infancia. Sin duda, la anamnesis es muy lacunar, pero conocemos igualmente la fragilidad original extrema, la precocidad y la persistencia del rechazo de alimento, así como la agresión oral hacia la madre que Eugène E. expresa con todo su candor: «Seguro que intenté morderla cuando era pequeña.» Esta nota sádica oral precede a toda otra forma agresiva y constituye su modelo.

Si la analidad, al menos tal como ha aparecido en la entrevista, se muestra muy imperfectamente integrada, las alusiones fálicas, por el contrario, no faltan. Indiscutiblemente es a este nivel que la función de simbolización alcanza su mejor ejercicio, sin dejar de estar implicada en un clima oníroide, no obstante. Sin hacer evolucionar verdaderamente la situación, el despertar genital parece haber modificado su aspecto. Por un lado, ciertamente, el rechazo de alimento ha cedido, pero, por otro lado, tal como lo destacan algunas asociaciones formuladas en una atmósfera confusa, las crisis han aparecido. Encontramos una ilustración en la evocación de la primera comunión, expresada en un estilo onírico y vivido quizá en un clima ligeramente persecutorio en el que la imagen posee un cierto valor simbólico.

La recuperación de recuerdos parece directamente impregnada por los significados inconscientes. De una manera general el lenguaje, con frecuencia objeto de un control consciente, aparece aquí con el mismo valor y la misma función que un comportamiento y esto casi en exclusiva.

La homosexualidad, tan notablemente como la vemos intervenir en el confuso sueño del baile, siempre está presente en la investigación, pero se encuentra impregnada por el carácter sadomasoquista de las relaciones con la madre, en una indiferenciación narcisista sujeto-objeto cuyo alcance limita singularmente.

Las características profundas de esta enferma están dominadas por un estatuto particular de las emergencias y manifestaciones del inconsciente. Esto se revela esencialmente de dos maneras: en mecanismos de comportamiento, porque, por decirlo así, está continuamente actuado en las conductas, y a nivel incluso de la verbalización, de la que hemos visto que no es objeto de una conciencia organizadora o crítica y que sobre todo tiene un valor de comportamiento. El carácter casi onírico del lenguaje, infiltrado por el proceso primario y desprovisto de implicaciones elaboradoras, diferencia netamente, asociado a los rasgos ya descritos, el sujeto de una neurosis mental para acercarlo a un carácter casi psicótico. Por otra parte, el bajo nivel de la conciencia, que no se presta apenas a manipulaciones elaboradoras en el plano mental, invalidará el diagnóstico de neurosis de carácter, si la inscripción de lo patológico en la acción, más que en el pensamiento, le hubiera podido hacer pensar. En particular, es notable que el sentimiento mismo de los conflictos, la mayor parte del tiempo, permanece obnubilado y

que, cuando aflora ocasionalmente a la conciencia, provoca un movimiento regresivo que se traduce también en una caída brutal del nivel funcional.

Es decir, hasta qué punto la dimensión somática es importante en tanto que vía electiva de liberación del inconsciente, y esto se comprende tanto mejor en la medida en que el inconsciente está aquí precisamente fusionado de forma evidente con sistemas funcionales primitivos y sus perturbaciones. En efecto, es este nivel basal -al mismo tiempo que el plano sensorio-motor, que es frecuentemente la expresión más perceptible- el que posee el valor expresivo mayor en este sujeto.

La personalidad es pobre; sus posibilidades adaptativas, muy limitadas en el plano de las relaciones humanas habituales. La capacidad de objetalización es débil y el pensamiento no alcanza a un nivel operacional conveniente («No pienso, espero»).

Aunque la nostalgia por un padre con la que se encuentra relacionada la falta de estudios está bastante presente, a nuestro entender no sería cuestión de invocar el defecto de cultura y el carácter tosco que refleja el lenguaje de Eugène E., así como su poca edad (quince años y medio), como explicación de este estado de cosas.

Los movimientos de tipo identificatorio se sitúan, como hemos visto, en los niveles sensorio-motores mientras que el pensamiento no constituye un lugar de encuentro y de combate. Ha estado socavada originalmente hasta en la función fantasmática. Así se comprende que no haya lugar para las formaciones de compromiso, como los síntomas neuróticos. El automatismo y el onirismo de los procesos de expresión jamás son objeto de una toma de conciencia, ya que no darán lugar tampoco a sistematización delirante alguna. Eugène E. incluso no concibe el carácter insólito de sus producciones verbales, tan llamativo, contrariamente, para el observador, quien ha visto cómo constituye las etapas provisionales del movimiento regresivo. Notamos, desde la misma perspectiva, que a despecho de un estilo, quizá predelirante, no existen proyecciones verdaderas, sino un mecanismo de reduplicación proyectiva, bajo la forma de extensión de sí misma, de reconocimiento exterior de sí al completo, bastante diferente de una proyección de una parte intolerable de sí misma.

Si nos preguntamos ahora sobre el valor funcional de la actividad de su fantasía, nos parece como limitada por su dependencia con respecto a la tendencia agresiva motriz y por una adhesividad a la realidad percibida, cuyo peso inerte rompe la capacidad de evocación imaginaria.

Si no existe una sublimación neta, aunque la comparación, por ejemplo, entre temblor y preparación para el esfuerzo muscular en forma de amago tiene un germen de ello, si el ideal del Yo permanece embrionario, si la carencia de facultad de objetalización aparece con certeza, nos vemos conducidos a encarar el porvenir de la sujeto en función del plano sensorio-motor que representa el plano más importante de su organización.

Aquí es, en efecto, donde se desvanecen las regresiones, pero también es aquí donde se constituyen los movimientos reestructurantes del tipo identificatorio. No seríamos capaces de negar, ni el riesgo de nuevas regresiones más profundas -sin estar en condiciones de evaluar exactamente su condición-, ni el valor estabilizante de los ajustes motores -posiblemente comprendidas las crisis-. Podríamos convenir una conducta terapéutica que valorizara las actividades deportivas, ya que la única tentativa de sublimación que parece a medida de la sujeto, a condición de poder proporcionarle un sostén psicoterapéutico. Pero esta conducta chocaría con las consecuencias de la reduplicación proyectiva que constituye un obstáculo para cualquier adquisición, aunque se puede temer una agravación del cuadro actual una vez que la sujeto llegue a la adultez.

Observación 4

SEÑORA LUCIE H.

-Buenos días, señora; siéntese, la escucho.

-¿No es Vd. al que vi el otro día?

¿No soy yo al que Vd. vio el otro día? ¿Qué es lo que quiere decir?

-Bueno, he visto a un neurólogo.

Sí. ¿Y era yo?

-No (silencio).

-Entonces..., vamos.

-Entonces ¿es necesario que comience?

-Sí.

-Desde que me casé? ¿Mis enfermedades?

-Desde que se casó, sus enfermedades.

¿Sí?

Sí, sí.

-Bueno, me siento contraída.

-¿Se siente contraída?

-Sí, no me puedo relajar... Y, entonces, mi embarazo ha empeorado mi estado. En la medida en que el niño crecía, me sentía cada vez más tensa. No podía ir al baño... Al principio me hicieron radios... Leo cinco minutos, con cualquiera de las gafas, y me fatigo enseguida'. Si leo o si hago cualquier cosa, aguanto cinco minutos; me fatigo enseguida. Me veo obligada a no relajarme ni un momento. La poca expansión que puedo tener, y bueno tengo necesidad de relajarme, ¡vaya!

¿Sí?

-Cuando trabajo, es lo mismo. No puedo hacer mucho trabajo porque enseguida

estoy cansada. No tengo ni idea de lo que me pasa... Me siento tensa por todo, también. Las piernas...

¿Sí?

-Además tengo dolores, aquí; mire Vd.: mi brazo está bloqueado y mi puño. En el mes de octubre, el doctor me había dado Synergon para eh... porque tenía ocho días de retraso en la regla, y mi regla volvió, pero me quedó un pequeño fibroma, que ha empeorado ahora mi estado nervioso. Eso es todo, poco más o menos. Me siento tensa, ¡vaya!, por todo; me fatiga todo enseguida. Con frecuencia tengo dolor de cabeza en el taller. Y por otra parte esto me agota todo el tiempo ahí, detrás. Con frecuencia me veo obligada a tumbarme, porque camino como una autómatas. También el parto; no tuve dilatación en el parto; estuve dormida dos horas; el doctor me decía siempre durante el embarazo: «No tendrá necesidad de llamarme para el parto.» Pero yo no podía relajarme; es involuntario.

-Pero, sin embargo, ¿fue todo bien?

-Bueno, estaba dormida... En fin, di a luz por la vía natural. Pero después, después del parto, por la mañana estaba anquilosada, me dolía al caminar y, por la tarde, hacia el medio día, era mi cabeza la que me fallaba... Como si mi cabeza fuera a caerse... Todo se tensaba en mí. Me trataron con Gardénal. Me hicieron un electroencefalograma en el 54, después del parto, y aparecieron perturbaciones pero sin gravedad, vaya; por lo demás no me vieron muy bien, me dieron Gardénal, y después Buscopan durante un mes y medio. Fue algo mejor, pero, después de que me dieran Synergon, fue peor. Esto es poco más o menos todo lo que tenía que decir. (Silencio)3.

-Vd. ha comenzado con ¿desde que me casé?

-Con mi marido, no me relajo.

-Con su marido, Vd. no se relaja. ¿Qué quiere decir «con su marido Vd. no se relaja»?

-Pues bien, ya he señalado que estaba contraída.

-Vd. está contraída, pero ¿sabe Vd. por qué?

-Bueno, no sé, no. Las relaciones me enervan sobre todo.

-Las relaciones le enervan sobre todo. ¿Pero las siguen teniendo?

-Sí, quizá es mi marido quien lo pide.

-¿Pero Vd. no obtiene placer?

Ño.

¿Vd. no lo ha tenido nunca?

Sí, un poco.

-Un poco; ¿cuándo?

-Bueno, antes de que me recetaran el Synergon y antes de mi embarazo.

-¿Antes de su embarazo?

-Sí.

-Vd. tenía un poco de placer, ¿pero no mucho?

-Sí.

¿Vd. no ha tenido nunca un placer muy completo? (silencio). Entonces ¿por qué se casó?

No lo sabría muy bien.

-¿Vd. no sabría qué?

-Pensaba que eso se arreglaría. Antes no había visto un médico; trabajaba, entonces... No sabía exactamente que esto iba a ocurrir.

¿Sí?

-Si yo hubiera sabido, ¡Vd. piensa que no me hubiera casado!

-¿Pero qué le ha incitado a casarse, ya que Vd. no tenía placer sexual?

¡Ah! ¡Pero hay otras cosas también!

¿Cómo?

-Porque yo quería a mi marido.

-Vd. le quería ¿es decir?

-Es decir, que él me gustaba, ¡vaya!

-Sí, pero ¿desde qué punto de vista?

-Como los novios pueden gustarse.

-¿Es decir?

-Que yo me sentía atraída por él.

-¿Por qué?

-Como había que sentirse atraída a mi edad, veinte años; yo tenía veinte años en ese momento.

-Sí, es decir, ¿cómo debía sentirse atraída?

Yo quería verlo todo el tiempo; yo quería todo el tiempo...

Y en esa época ¿Vd. no estaba tensa, cuando Vd. estaba con él?

-Sí, yo ya debía de estarlo (gesto que evoca una actividad de la fantasía).

-¿En qué acaba Vd. de pensar?

-En nada.

-Sí, sí, hay una imagen que ha pasado por su cabeza. ¿Qué era? ¡Vamos!

-Pero no, no he pensado en nada.

-Sí, sí.

-He dicho que yo estaba tensa ya en ese momento.

-Sí, pero justamente, Vd. ha...

-Puede que yo, enseguida, acabo... de pensar que no debería haberme casado4.

-¿Por qué no debería haberse casado?

Bueno, porque ahora veo los inconvenientes.

-Pero entonces ¿ese atractivo ya no subsiste? ¿Entonces quería Vd. estar siempre con él?

-Sí.

-¿Y ahora? .1 1

Áh sí, pero a pesar de mi voluntad... Siento que no tengo descanso. (Nuevo gesto.)

¿En qué piensa Vd. ahora? Vd. acaba de pensar algo... ¡Reténgalo!

Ah, no sé...

Sí, sí, es un recuerdo. Intente retenerlo. ¡Sí, ese, ahí está! ¿Qué es?

-Pero, no, ya le he dicho, yo...

-Vd. acaba de ver algo, ahí, de visualizar algo. ¿Qué es? Intente decirlo simplemente. Lo que Vd. acaba de visualizar.

-Siempre pienso que no debería haberme casados.

-¿Pero de qué manera lo veía Vd.? Hay algo que Vd. ha visualizado.

-Bueno, pienso que mi marido no es feliz.

-Entonces, ¿qué imagen ha tenido? Recupérela y descríbanosla. «No veo más que esa imagen.» ¿Qué es? wr

-No veo ninguna imagen...

-Sí, Vd. vea su marido.

-Bueno, mi marido nunca me lo ha reprochado.

-Bueno, y ahí, Vd. acaba de ver algo.

-No, no veo nada. Y entonces eso me bulle en la cabeza.

-Eso le bulle en la cabeza?

-Sí, deben de ser los nervios, sin duda.

-Sí, ¿y cómo ocurre?... ¿Aquí?

-Bueno, eso me bulle en la cabeza; ya se lo he dicho.

-Sí, ¿pero cómo se siente?

-Bien, me siento tensa.

-¿Tensa? ¿Como con su marido?

Sí.

-¿Es lo mismo? ¿En qué piensa Vd. ahora? Vd. acaba de visualizar algo, ahora.

No, no veo nada. Estoy en el vacío.

-Entonces le voy a explicar: cuando Vd. mira así, fíjese que su mirada se fija en alguna parte. Es muy verosímil que al mismo tiempo tenga en su espíritu una imagen, un recuerdo que pasa⁷.

Sí.

-Entonces, cuando se lo pido, le pido intentar atrapar este recuerdo, captar esa imagen y hacerlos conscientes para decirnos qué pasa. ¿Lo comprende?

-Sí.

-¿Vd. tiene también la sensación, cuando le pregunto «en qué piensa Vd. en ese momento» que en su espíritu hay un recuerdo, una imagen?

-No, pierdo mucho la memoria también... No tengo mucha memoria.

-Vd. no tiene mucha memoria.

-No.

-Entonces ¿qué pasa cuando Vd. mira así?

-Bueno, miro al vacío, sin duda.

-~Y qué pasa en su mente al mismo tiempo?

-Bueno, nada; siempre tengo una tensión en la cabeza.

¡Sí!

-Pues es todo.

¿Y en el cuerpo?

-Bueno, el cuerpo siempre está tenso. Ya le digo; no me relajó nunca entonces ...⁸

-¿Desde cuándo está Vd. en el hospital?

-besde el lunes pasado.

¿Y no se ha relajado desde el lunes pasado?

-Ño... Me duele 'al ir al servicio; ya le he dicho que tengo que ponerme supositorios porque el intestino ha hecho un espasmo. Con las manos, es parecido; tengo siempre las manos crispadas...

-¿El hecho de venir aquí, y el estar aquí conmigo y con nosotros, esto ha cambiado algo en esas contracciones?

¡Bueno, estoy todavía más tensa!

¿Esto las ha aumentado? ¿A partir de qué momento?

Bueno, cuando he entrado.

-¿Cuando ha entrado?

-Sí.

-¿En la habitación, aquí?

-Sí.

¿En ese momento qué es lo que ha experimentado?

-Bueno, ¿porque esperaba ver al doctor que vi el otro día?

Ah...

-Francamente, es eso.

-Sí. Y entonces ¿qué es lo que le ha producido el que no viera al doctor del otro día?

-Bueno, nada. De golpe, eso me ha impresionado un poco.

-Sí, ¿qué es lo que ha pensado?

-¡Oh." bueno nada... He dicho: «Sin duda que no está aquí o no es con él con quien yo tenía la cita. » Es todo. No he buscado otra explicación.

-Sí, pero, en fin, Vd. ha vivido eso como algo agradable o desagradable...

-Es decir, que toda esta gente me ha intimidado un poco...

-Sí...

-Porque el otro día no estaba toda esta gente.

-¿El otro día no había nadie?

Bueno, no, solo estaban dos.

-Y entonces esto la ha intimidado. ¿Cómo ha vivido eso?

-Bueno, entonces me he puesto un poco más tensa. Me he envarado un poco, entonces.

Vd. se ha envarado. ¿Pero qué es lo que ha pensado al mismo tiempo?

-Nada, que me iban a hacer preguntas... simplemente (silencio y gesto de fantasía).

¿Qué es lo que acaba de pasarle por la cabeza?

-Ñada.

¿Nada?

-Ño.

¿No se le pasa nada cuando Vd. mira así?

Ño, no... Al contrario, con bastante frecuencia, cuando hago eso, es cuando intento tener un poco de calma.

-¿Intenta tener un poco de calma? Entonces, ahí, ¿qué es lo que acaba de pasar?

-Es parecido.

-Bueno, entonces...

-Siento que es necesario... que tenga un poco de calma, ¡vaya!

-Y entonces ¿la calma de qué proviene, cuando Vd. mira de esa manera?

-Bueno, eso proviene... porque yo quiero intentar relajarme. ¿Vd. comprende? ¿Eso debe de provenir de mi voluntad?..

-¿Y Vd. se calma?

-Un poquito, casi nada...

-Un poquito. Pero entonces, para calmarse, Vd. intenta suprimirme de alguna manera.

-Oh, no.

-Porque en ese momento Vd. se aísla de mí.

-Sí, sí.

-Por eso digo «suprimirme». ¿Comprende?

-Sí.

-Es una especie de procedimiento artificial por el que Vd. no entra en contacto conmigo.

-Sí.

-Vd. intenta separarse de mí. ¿Eso le relaja un poco, al menos?

-Sí, cuando no veo a nadie, me relajo mejor.

-Cuando no ve a nadie, se relaja mejor.

-Sí... incluso hablar, eso me tensa, eso me... Todo me fatiga, ¡en suma!

-¿Pero sobre todo en relación con alguien?9

-Sí.

-¿Y sobre todo en relación con quién?

-Con todo el mundo.

-¿Con todo el mundo? (largo silencio).

-No, no pienso en nada.

-¿Vd. no piensa en nada? ¿Pero está Vd. mejor, ahí?

-Un poquito. Me late muy deprisa el corazón, también. Debe de resentirse, también.

-Entonces ¿cómo estaba Vd. antes de casarse e incluso antes de ponerse de novia?

¡Oh! Bien, era muy nerviosa, pero esto no me impedía trabajar, al menos. Era contable... y veía bien... Cumplía con mi horario... No pensaba que llegaría a estar así... hasta este punto, algún día. Siempre me decían que era eléctrica, que iba deprisa a trabajar, y eso.

¿Que Vd. era? ¿Eléctrica?

-Eléctrica, sí.

¿Sí?

-Cuando daba la paga a los obreros, y bueno los obreros me decían siempre: «¡Ah, mira, la señorita Eléctrica que pasa .» Porque iba deprisa; era... Pero podía controlarme mejor que ahora; no, es necesario que yo... Es necesario que mi voluntad entre en acción para relajarme. ¿Comprende? Antes estaba bien de salud, al menos...lo

-¿Antes?

-Antes de mi matrimonio, digo que estaba bien de salud, al menos. Me parece, siempre. Era nerviosa, pero nada me detenía a la hora del trabajo. Llevaba una vida como todo el mundo.

-¿Es decir?

-Bueno, que trabajaba, que dormía y que ahora no puedo dormir. Que tenía un poco de calma, al menos.

Sí, ¿Vd. dormía ,o eso?

-Bueno, en casa de mis padres.

-Vd. vivía con sus padres.

-Sí... Dormía las noches completas. Mientras que ahora, me sienta mal usar un somnífero. Desde que me casé, he sentido que... hubiera dormido casi todo el tiempo.

-Desde que me casé, ¿he sentido que...?

-Hubiera dormido casi todo el tiempo.

-Sí.

-Pero quizá las relaciones me fatigaron, sin duda, quizá, no sétt

-Sí.

-Hubiera dormido casi todo el día.

Hubiera dormido casi todo el día?

-Sí. Antes él me encontraba completamente enervada.

-Sí, ¿y después?

-Pues después fue el intestino; es todo lo que se desarregló. Después vinieron mis dolores; me sentí tensa; tenía vecinos, un neurólogo en Caen que me dijo: «Vd. está completamente oxidada»; me había dado inyecciones intravenosas que no me hicieron nada... que quizá aportaron una mejoría durante dos o tres meses; después de eso no hicieron nada.

-Sí.

-Y volvió a comenzar... Seguramente fue el matrimonio que debió de... no sé, actuar sobre mis nervios así...

-Sí, eso tiene la pinta... En todo caso... ¿quién vivía en casa de sus padres?12

Quién?

-¿Quién estaba en la casa?

-Bueno, estaban mi padre y mi madre... Mis hermanos y hermanas. Éramos nueve.

-¿Eran?

-Éramos nueve.

-¿Nueve?

Sí.

-¿Y Vd. qué lugar ocupaba entre los nueve?

-Yo soy la séptima.

-¿La séptima?

Sí.

-¿Y después de Vd.?

-Hay todavía dos varones.

-¿Qué edad tienen?

-Tienen treinta y un años, no treinta años y... veinte y seis años.

-¿Y Vd.?

-Treinta y un años.

-Es decir que Vd. tiene un hermano un año menor que Vd.

-Sí... Pero, cuando era pequeña, era... Soñaba con frecuencia en mi cama; gritaba; tenía los ojos muy abiertos.

¿Vd. tenía los ojos muy abiertos?

[Sí, y era bastante mala](#)¹³

-¿Siempre ha sido mala?

-Sí... cuando era pequeña. Mamá pasaba todas las noches conmigo, como no había pasado con los otros.

-¿«Mamá pasaba todas las noches conmigo»?

Sí.

-¿Es decir?

-Bueno, porque yo gritaba; se preguntaba siempre qué es lo que me pasaba. Quizá es que era mala, o que las lombrices me... Después tuve lombrices todos los meses, también. Ya, cuando iba a la escuela, falté a la escuela una vez... una vez al mes, porque tenía lombrices.

-¿Lombrices?

-Sí.

-¿Es decir?

Bueno, encontraron lombrices en mis heces, y después eso... Debía de ponerme nerviosa también, ya que en ese momento, yo... eh... soñaba también, entonces.

-¿Vd. soñaba?

-Sí, gritaba fuerte.

¿Qué soñaba?

-Oh, bueno, yo, yo no sé; yo no me escuchaba, pero... eh... mis padres me lo han dicho: «Tú soñabas»; yo no me levantaba, pero me quedaba en mi cama, pero me agitaba ya¹⁴

-¿Vd. se agitaba?

-Sí, un poco.

-¿Por qué dice Vd.: «Yo me agitaba ya? ¿Por qué ya?

-Bueno, porque esto me hace pensar en los problemas de nervios que tengo habitualmente; no sé.

-¿Y Vd. se agita actualmente?

-Oh no, no me agito.

-¿Y entonces? ¿Por qué ha dicho Vd.: «Yo me agitaba ya»?

-Porque tengo la impresión de que las contracturas, ¿esto no me viene de aquello... no?

-¡Pero sí! Esto viene de aquello. Con la única diferencia es que entonces Vd. se agitaba y ahora Vd. ya no se agita. Es decir, que Vd. tiene contracturas..., contracturas en su lugar. ¿Tiene Vd. deseos de agitarse alguna vez, ahora?

-Oh, soy mala con mi hija.

-¿Vd. es mala con su hija? ¿Qué quiere decir?

-Bueno, la riño, y ella es ' voluntariosa también; entonces...

-La riño, ¿es decir?

-Bueno, no puedo soportarla...

-¿En qué consiste eso?

Bueno, si no me obedece enseguida, bueno, me da una rabia...

-¿Y qué es lo que pasa cuando le da rabia?

-Pues pasa que me pongo roja, y después eso me golpetea aquí dentro, y después me hierve ahí dentro.

-Sí, ¿y qué es lo que hace?

-Bueno nada, no insisto; está mal educada, seguramente porque... no tengo paciencia.

-Entonces eso «le hierve ahí adentro, Vd. se pone roja». ¿Pero qué le hace Vd.?

-Bueno, no puedo darle de tortas; me duelen las manos. Tenía un sacudidor y le daba demasiado fuerte.

-¿Tenía un sacudidor, «le daba demasiado fuerte»? ¿Qué le hace decir que le daba demasiado fuerte?

-Bueno, me parece que le dejaba las piernas marcadas. Incluso me daba miedo de hacerle daño, incluso...

-Es decir, que en ese momento Vd. tenía deseos de...

Ah sí, por momentos la mataría, no matar, si Vd. quiere, pero... al menos me pone al borde...

-¿Masacrarla?

-Sí. Me contengo... Puede que sea lo que no me hace bien, porque, después, me quedo en un estado...15

-Y sí...

¿No se puede hacer nada con todo esto?

-Vamos a verlo... Vd. ha mirado hacia ahí. ¿Qué es lo que ha pasado?

-No, miraba a la señora.

-Sí, ¿y entonces?

-Simplemente la he mirado.

-Vd. nos acaba de decir que, cuando era pequeña, soñaba; nos ha dicho que su madre se veía obligada a pasar las noches con Vd. ¿Cómo era eso?

-Bueno, que ella se preguntaba todo el rato qué es lo que me pasaba...

-Sí, ¿pero qué hacía?

-Bueno, me paseaba, así... Eso pasaba, en sus brazos... Debía de ser mala, ¡vaya! Mala por nada. Para ella yo no estaba enferma. Me veía bien. Antes no la llevaban a una al médico por un sí o un no, al menos. Pero ella se portó mal cuando me llevó.

-Ella se portó mal cuando la llevó, ¿es decir?

-Bueno, tuvo diarrea todo el tiempo... Además ¿qué es lo que tenía también? dolor de espalda; se aguantaba; tenía aguante, pero se sujetaba en el manzano cuando le iba a dar de comer a sus animales. Fue conmigo con la que se portó peor.

¿Cómo lo sabe Vd.?

-Bueno, porque me lo ha dicho.

-¿Y qué es lo que le ha dicho?

-Bueno, ha dicho: «Oh, tú estás enferma, pero puede ser que yo sea la causa, porque me porté mal.»

Sí.

-Pues es todo.

-¿Pero cómo ve Vd. eso de que su madre pudo haber sido la causa, porque ella se portó mal?

Oh, bueno, no es a ella precisamente a la que yo reprocho... Es sobre todo a mi padre`

-¿Sobre todo a su padre?

Sí.

¿Sí?

-Porque en su familia había enfermos.

-¿Es decir?

Bueno, tiene un hermano y una hermana que murieron a los treinta o treinta y dos años de tuberculosis. Además, él tiene dolores, también, desde los setenta años aproximadamente, desde la edad de setenta años.

¿Sí?

-Sesenta y cinco años, setenta... Bueno yo le reprocho porque digo: «Solamente hubiera tenido que no hacerme...»

¿Sí?

¡Sobre todo por eso!

-¿Vd. hubiera preferido que no la hubiera tenido? 1 1.-

¡Oh sí! Seguramente.

-¿Por qué?

-Bah, porque no era alegre. No era alegre con nadie (gesto de fantasía).

-¿En qué piensa ahora?

-En nada; pienso que no es alegre, ¡vaya!, con nadie; es todo. Mi hija es nerviosa también; además tiene el hígado enfermo también.

-¿También tiene el hígado enfermo?

Sí, con todo lo que he tragado durante el embarazo..., todos los calmantes.

-¿Con todo lo que ha tragado durante su embarazo?

-Bueno sí, tenía calmantes... para encontrar un poco de reposo; pasaba todas las noches en la ventana; después iba al jardín para intentar encontrar un poco de calma; era mala; estaba...17

-¿Vd. era mala? Vd. insistía antes mucho en que era mala. ¿Qué quiere decir para Vd.?

-Que soy capaz de decir cualquier cosa, si no me contengo. ¡Eso es lo que quiere decir!

¿Y a mí también?

¡Oh, no! (ligera risa).

¿No?

Ño.

-¿Y por qué a mí no?

-Porque espero que Vd. al menos me cuide. Encuentro que en París es mi última oportunidad. Eso creo18.

-¿Cómo va en este momento?

-Siempre igual.

-Siempre igual, ¿qué quiere decir?

-Bueno, que sigo tensa.

-Sigue Vd. tensa. ¿No ha cambiado?

No.

-Está tan tensa como cuando ha descubierto que no se trataba del mismo médico que Vd. consultó la primera vez.

-Sí...; en cuanto me pongo nerviosa, me pongo tensa...; en cuanto hablo, también me pongo tensa, me fatigo.

-Vd. nos acaba de decir que, cuando era pequeña, soñaba. ¿Se acuerda Vd. qué soñaba?"

-Con frecuencia decía: «¡Míralos, míralos!, míralos», decía...

¿Sí?

-Pues eso debe de ser todo, me parece, que yo gritaba, pero no siempre se entendía lo que decía.

-Sí. ¿Y qué es lo que era necesario mirar?

-Bueno, yo no me acuerdo, yo, yo; le digo lo que mamá me ha dicho, lo que mis hermanos y hermanas me decían; no me despertaban; tenía los ojos abiertos como platos...

-Los ojos abiertos como platos...

-Sí.

-Y, a su entender, ¿qué es lo que era necesario mirar?

-No sé. No me acuerdo, francamente.

-¿Su idea, sobre eso?

-No tengo ni idea; no veo. No veo en absoluto lo que había que mirar. Se lo digo porque me lo han dicho a mí.

¿Sí?

-No sabría.

Sí.

Yo sé que era bastante mala porque me lo han dicho. Yo era incluso un poco, no la preferida, si Vd. quiere, pero sí un poco mimada, porque estaba enferma... En fin, mala.

-¿Vd. era la preferida, Vd. estaba mimada porque Vd. era mala? ¿Pero en qué se traducía su maldad? ¿Cuál era su maldad?

Áh, ya eran sin duda los nervios; no sé...

-Sí, pero mala, eso siempre se traduce en una relación con alguien. Nunca se podría decir que una persona aislada es mala.

-Bueno, con mis hermanos Y hermanas.

¡Ah!... ~ 11

14 ellos los obligaban a ceder, sin motivo; yo ya montaba en cólera. Me desnudaba y tiraba mis cosas, así.

-¿Vd. se desnudaba y tiraba sus cosas?

Sí, era colérica, y entonces ellos cedían; mamá les decía: «Bueno, ceded vosotros. » Puede ser que esto no estuviera muy bien, pero...

-¿Puede que esto no estuviera muy bien?

-Bueno, porque, no sé, puede que yo haya estado demasiado sometida, ¿no?

-¿Vd. puede que haya estado demasiado sometida?

-Bueno, sí. (Silencio)

-¿Era necesario que ellos cedieran en qué?

Bueno, en todo, en los juegos; al eh... comer, si yo quería... la mejor parte, o... Cedían porque ellos estaban con buena salud, ¡vaya!20

-¿A quienes perseguía Vd. así?

-Bueno, a los dos últimos, y después a los dos anteriores a mí.

-Los dos últimos y los dos anteriores, sí.

-Tenía a mi hermana, que tiene treinta y cinco años; mi hermano, que tiene treinta y seis años; yo, que tengo treinta y un años y mis dos hermanos después de mí. Sobre todo eran ellos los que han vivido conmigo; los otros se habían ido ya de la casa para trabajar,- eran ya mayores, entonces... (silencio).

-Bueno, Vd. nos ha dicho que soñaba cuando era pequeña. Cuéntenos ahora un sueño que haya Vd. tenido recientemente.

-No me acuerdo por la mañana de lo que he soñado. Con bastante frecuencia no me acuerdo. Intento acordarme, pero luego no me acuerdo... No sueño ya en voz alta como antes, ¡al menos!

¿Ya no sueña en voz alta?

No, porque mi marido me lo diría por la mañana, ¡al menos!

¿Sí?

Él me diría: «Has soñado en voz alta. »

¿Sí?

-Pues por la mañana, si he soñado..., intento acordarme, pero no dura mucho... No puedo acordarme.

-¿Ya no tiene pesadillas como cuando era pequeña?

-No, lo que tengo son angustias.

¿Es decir?

-Bueno, siempre tengo miedo de lo que puede ocurrir. Por ejemplo, me duelen los ojos y digo... Siempre tengo miedo de perder la vista; eso debe de ser tensión que debe de producirme eso en la cabeza; no sé, tensión de los nervios21.

-¿Sí?

-Después no siento gusto por la vida, ¡vaya!

-¿No siente gusto por la vida?

-No, con frecuencia digo: «Oh, bueno me voy a morir», o... incluso mi familia me lo dice: «Oh bueno desde hace tanto tiempo que nos lo dices.»

-¿En la actualidad, cuando duerme, se agita?

¡Oh sí! Tengo la cabeza siempre así, de un lado, del otro. Y, durante mi embarazo, aún más. No podía encontrar reposo, en absoluto... Me muevo todo el tiempo en la cama`.

¿Se mueve todo el tiempo en la cama?

-Sí (largo silencio).

-Háblenos Vd. de sus padres.

-¿De qué quiere Vd. que les hable?

-Lo que Vd. quiera.

-Son buenos padres; siempre lo he creído.

¿Son?...

-Buenos padres. Los quiero bastante incluso. A pesar de que esté resentida con mi padre, ahora que está enfermo, lo quiero mucho

-A pesar de que esté resentida con mi padre, ahora que está enfermo, lo quiero mucho...

-Bueno sí porque...

-¿Por qué, cuando no estaba enfermo, Vd. lo quería menos?

Ah sí, cuando no estaba enfermo..., yo no estaba enferma, en ese momento, entonces lo quería bastante. Le digo que lo quiero y que lo querré todavía más si no estuviera enfermo. Es eso lo que quiero decir.

-El hecho de que esté enfermo, dicho de otra manera...

-De otra manera... Le diré verdaderamente lo que pienso.

-¿Entonces qué le diría?

-Bueno le diría que no merece la pena que me haya... no que me haya traído al mundo, pero sí que me haya hecho, al menos. Después le diría que ya tenía suficiente con eso sin hacer tres o cuatro más. Yo tengo la impresión de que estoy entre los últimos, y que... y, sin embargo, mis hermanos no tienen nada después de mí pero que mamá tenía ya cuarenta y cuatro años en ese momento que es demasiado viejo para tener hijos, y ella estaba cansada. ¿Comprende Vd. lo que quiero decir?23

-Sí.

-Bueno, es todo. Pero yo no se lo diré, porque está enfermo. Incluso en las Navidades; estaba enferma yo también, tenía gente en el momento de la Navidad; entonces me apuraba para hacer mi trabajo; entonces digo: «Oh, mi padre es esto»; entonces mi marido dice: «Ybueno, si él viene mañana, tú le dirás, tú dirás lo que piensas. » Y luego no le dije nada.

-¿Pero solo se dirige Vd. contra su padre?

-Sí. Bueno, sí, me parece que es el responsable.

¿Y su madre?

-Oh, bueno, no. Quiero mucho a mi madre.

-Quiero mucho a mi madre...

-Bueno, sí, porque encuentro que ella tiene mérito; nos ha cuidado a todos. Se preocupa mucho por mí.

-Se preocupa mucho por Vd...

-Sí.. Bueno, sí, incluso si vengo a París, hace venir a mi hermana, para saber si verdaderamente es para hacerme pruebas que vengo. Pensaba que todo es más grave. Creía que le ocultábamos algo.

-¿Que le ocultaban qué?

-Bueno, se espera cualquier cosa después de diez años que estoy enferma; es el intestino; es que va todo mal, entonces...

-¿Cuándo se casó Vd.? 1 1^

-En el 49.

-En el 49 ¿y su hija nació?

-En el 54.

-En el 54.

-Sí.

-¿De qué región es Vd.?

-be cerca de Caen.

-Sí... ¿Entonces por qué quiere Vd. mucho a su madre?

-Bueno, ya se lo he dicho, porque tiene mérito. Nos ha cuidado bien a todos y le ha costado mucho. Ah y también puede ser el sentimiento maternal; no sé.

-¿El sentimiento maternal?

-Bueno, se quiere mucho a una madre; no sé. Ah, hay gente que no quiere a su madre.

-Porque ellos... ¿Quizá su madre no los quiere? Pero nosotros, ella nos quiere a todos y se preocupa siempre. Ha pasado tantas noches conmigo, que... me parece que la debo querer; no sé..

-¿Vd. debe quererla, si he comprendido bien, porque se ha preocupado mucho?

-Sí, además siempre le ha costado mucho.

-¿Siempre le ha costado mucho? 11 -1 . 1

-Sí (silencio).

-Eso siempre huele a bronca...

¡No tengo ganas de pelearme!

¿Hum?

¡No tengo ganas de pelearme!

-¿No tiene ganas de pelearse?

-No, no en este instante, siempre...

-¿Qué quiere decir, no en este instante?

-Porque ya le he dicho; tengo la esperanza de curarme; no sé. Si he venido aquí, es por la esperanza, al menos... tal como me han animado a venir. Sin ello, creo que no hubiera venido. Ya he visto antes a neurólogos.

-¿Entonces, cómo es su madre, además de que se preocupa por Vd. y que le ha costado mucho?

Cómo es? Bueno, es una buena madre, que se ha sacrificado por nosotros, que...

-¿Por ejemplo?

-Cuando éramos pequeños, nos daba siempre los mejores trozos.

-Sí, y sobre todo a Vd. por lo demás.

-Bueno, sí. Y además caprichos, aunque no teníamos gran cosa, pero en fin... Todo lo mejor era para nosotros, y ella se privaba por nosotros. Es todo...

-No, pero «ella se privaba por nosotros»...

-Bueno, sí, se hubiera comido también una patata así, sin carne, sin...

-¿A Vd. le gustaría ser como ella?

-h, eso no o me interesa nada; si yo voy bien, eso no me interesa nada.

-¿Qué quiere decir «si yo voy bien, eso no me interesa nada»?

-Bueno, si yo podía... no precisamente privarme de alimento, sino... con frecuencia, con mi hija; es así como ocurre. Si... todo lo que es mejor para ella. Pero, ya le digo, es necesario que me tenga en pie al menos; es necesario que coma; entonces, al menos, me hago buenos... no buenos bocados, si Vd. quiere, porque por la tarde, si no está mi marido, no comería²⁴.

¿Sí?...

Si no estuviera mi marido, no comería. Iría a acostarme por lo cansada que estoy, pero me quedo; es por él.

-¿Vd. no ha salido con otros... hombres antes que con su marido?

-No.

-¿Por qué?

-Porque ni se me ocurrió. Lo conocí con dieciocho años.

-¿Lo conoció con dieciocho años?

-Sí.

-¿Y, entonces, qué es lo que le gustó de él?

-Bueno, todo, vaya. Me gustaba bastante; hacíamos el mismo camino.

-¿Hacían?

-Él mismo camino.

-Sí.

-Para ir al trabajo.

-¿Para ir al trabajo?

-Bueno, sí; él trabajaba en una farmacia.

-¿Quién?

Mi marido. Y después yo trabajaba en la fábrica como contable.

[-Sí. ¿Por qué contable?25](#)

-¿Por qué? Bueno porque había aprendido contabilidad.

-¿Por qué?

-Porque me gustaba. Me gusta mucho la escritura, todo eso.

l -¿Le gusta mucho la escritura, todo eso?

-Sí. No es fácil. Me gusta mucho contar; por eso he elegido este oficio.

-¿Desde cuándo le gusta mucho contar, la escritura?

-Oh, desde que iba a la escuela... Trabajaba mucho en la escuela.

-¿Trabajaba mucho?

-bh sí, era la primera, o la segunda, vaya.

-Ah, bueno, ¡en efecto!... ¿Durante toda su escolarización?

¡Sí~.. Trabajaba bastante.

-¿Y en ese momento qué es lo que le hubiera gustado hacer de mayor?

-Bueno, quería ser institutriz.

-¿Ser institutriz?

-Sí.

-¿Por qué?

-No sé... porque tenía una hermana que lo era... Después yo quería serlo.

-¿Una hermana?

-Institutriz, sí...

-Sí.

-Entonces me dije: «No acabaré»... Me parece que no iba a poder acabar.

-¿Por qué?

-No sé.. Ya me sentía estancada...

¡Ya me sentía estancada!... ¿Por qué?

-Bueno, sin duda puede ser que ya estuviera contraída en ese momento²⁶.

-Sí, ¿por qué?

-Bueno, no lo sé... Bueno, tengo la impresión de que no podía llegar hasta ahí, vaya.

-Sí, pero ¿qué le daba esa impresión? ¿Su hermana se portó bien en eso?

-Quizá fue que me faltaban las fuerzas; no sé... Después yo me decía que era demasiado largo, también... Después yo quería ganarme la vida enseguida... para comprarme un poco de todo...

-Un poco de todo. ¿Qué quiere decir?

-Bueno, comprarme ropa, todo eso..., joyas..., de todo...

-¿Y por qué quería comprarse ropa, joyas...?

-Porque me gustaban mucho... Era coqueta...

-¿Y su hermana la que era linstitutriz también era coqueta?

-bh sí... Era coqueta... Sí, pero a ella, a ella la obligaron a privarse al menos. Hasta los dieciocho años, mamá no le podía... Ella pagaba aún sus estudios; después... no podía pagarle... Ella no iba muy, muy bien vestida, vaya.

-Sí.

-Tenía lo necesario; es todo...

-Sí, pero valía la pena...

-Sí, ya sé. Ahora lo siento casi...

¿Qué es lo que siente?

-Bueno, no haber continuado, vamos.

-¿Entonces por qué necesitaba Vd. ropa y joyas «precozmente», tan pronto?

-Bueno, no sé, una idea así.. Una idea de chica joven, sin duda...27

-¿Y cómo ocurría eso cuando estaba Vd. en la escuela? Vd. trabajaba bastante, nos ha dicho. ¿Qué es lo que le gustaba?

Bueno, yo era bastante buena en ortografía, sobre todo.

-¿En ortografía?

-Sí, pero las matemáticas, me gustaba más eso... Ah, también me gustaba bastante y quería mencionarlo...

¿Y en redacción?

Ah, yo no era... Era pasable, vaya... 11 1

¿Era pasable?

Sí, me parece...

-¿Por qué solamente? 1 1.

-Oh, bien, me parece que no redactaba demasiado, demasiado bien...

-¿Vd. no redactaba demasiado bien?

-Meparece... Seguramente había algunos peores que yo, ya que yo era la primera o la segunda, pero, a mi entender, me parece que... podría haber ido mejor..., vaya.

-¿Cuando era pequeña, tenía facilidad para inventar situaciones? ¿En su imaginación?

No.

-Eso es necesario en redacción.

¡Sí!

Es necesario ser capaz de in...

-Sí, sí, de inventar.

-De inventar, de manipularlo... para que sea presentable...

Sí..., no.

[-N& No28.](#)

-¿Qué le ha hecho decir que no?

-Oh, pues que ya no me acuerdo... Está muy pasado ya todo eso...

-¿Y, ahora, tiene Vd. posibilidades de ese tipo, de inventar un montón de cosas en su imaginación?

-No, incluso, cuando quiero hacer algo..., tengo la impresión de que estoy parada...

¿Que estoy parada?

-Bueno, aunque haga cualquier cosa... Si quiero leer, bueno, me encuentro parada, por la vista, vaya... Le he dicho que mi vista no tenía prolongación... Si quiero hacer punto, son mis brazos los que me fallan. Si quiero pasear, me fatigo...

-Pero, para pensar, no tiene necesidad de... teóricamente...

-Para pensar sí...

-Sí..., se podría pensar... Se podría suponer que, dado que Vd. está paralizada, un poco bloqueada actualmente, eh... ¿su imaginación va algo mejor? ¿O que toda su energía la pone en ella, y que por ese lado marcha?...

-Oh no, porque..., cuando intento no pensar más, las cosas van mejor.

-Cuando Vd. intenta no pensar más, las cosas van mejor...

-Sí, oh sí, tengo la impresión de que me relajo un poco mejor, ¡vaya!!...29

-Cuando Vd. era pequeña, quería ropa, joyas... ¿Es que no le hubiera gustado ser niño?30

-No... después, ahora, sí..

-¿Ah?... ¿Qué es eso: no, después, ahora, sí?

-Bueno, sí, porque, si yo hubiera sido un chico, bueno, quizá no estaría enferma, ahora...

-¿Por qué?

-Porque no me hubiera embarazado... No hubiera tenido diferentes cosas... Pienso que, si hubiera sido un chico, no hubiera estado enferma...

-Hubiera ocupado el lugar de su padre en vez del lugar de su madre.

Ah, ¡bueno!

-¿En'qué acaba de pensar?

-fn nada... Bueno he pensado que no habría tenido tantos hijos como él.

-¿Se acuerda Vd. de cuando estaba alojada, cuando era pequeña?

-Bueno, Dios mío, en una casa de campo, una casa larga, Vd. sabe, sin pisos...

-Sí... ¿Y dónde dormía?

-Oh, bueno, con frecuencia dormía con los hermanos, o con dos... Éramos muchos...

-¿Cuándo tenía Vd. esos terrores, por la noche?

Bueno, mis hermanos me gruñían a veces, pero yo no me despertaba.

-Vd. estaba con ellos.

Sí.

-¿No estaba Vd. en la habitación de sus padres?

-Sí..., pero eran habitaciones grandes, Vd. sabe, había dos camas en la habitación de mis padres... Yo era pequeña. En ese momento. Tenía seis, siete años... Puede ser.

-Vd. tenía seis, siete años. ¿Y entonces?

-Cuando dormía en la habitación de mis padres, cuando soñaba...

Sí.

-Eso pasó, no sé, yo, hacia ocho-diez años; no soñaba después...31 No quería dormir en el rincón. Tenía miedo...

-¿En el rincón?

-Bueno, en el rincón de la pared...

-¿Tenía Vd. miedo?

-Oh, bueno, debo de ser como todos los chicos... Mis hermanos no... Entonces cada uno de nosotros tenía su semana... para dormir en el rincón.

-Sí, bien, ¿cuáles son las enfermedades que Vd. ha tenido en su vida, además de las que ha tenido después de haberse casado?32

-Oh, bueno, la tosferina, la rubeola.. ¿Qué he tenido además? .. No tuve la escarlatina, la varicela; he tenido una pleuritis, también... En mi pleuritis tenía dieciséis años en ese momento. Pero no tengo nada en el pulmón. Me han hecho radios..

-¿Cuando conoció a su novio?

Sí..., sí..

-¡Sí, Vd. dice sí enseguida, como si las dos cosas fueran a la par evidentemente también!

-Bueno, sí, porque lo conocí; ya le he dicho que lo conocí con dieciséis años entonces... o es poco después de esa época... Yo estuve enfer ma... Hacía la ruta, y

[después había un gran trecho de camino, y hacía frío por la mañana... Me cogí una enfermedad33](#)

-Vd. hacía la ruta con él, justamente...

-Ah sí, hacía la ruta con él en el autocar, pero iba sola desde mi casa al autobús; la hacía sola, la ruta... Después en el bosque, tenía miedo.

-¿Y, de pequeña, no estuvo enferma, de bebé?...

No, era mala.

-¿Es decir?

-Bueno, siempre, ya le he dicho; mamá no llamaba al médico fácilmente... Yo quizá tenía algo, y después no se dio cuenta; no sé...

-¿Fue Vd. alimentada por su madre?

-Sí, al comienzo, pero después no... Me daba leche de vaca...

-Sí. ¿Qué le han dicho a ese respecto?

-Nada.

-Bueno, seguro que le han dicho algo; Vd. no lo sabe directamente...

Ah, bueno sí, mamá me ha dicho: «Oh, bueno, después del tiempo que les di el pecho a todos los mayores», a los últimos se contentaba con darles el pecho un mes vaya, poco más. Después, bueno estaba el biberón...

-¿Y no le han dicho qué es lo que pasó con Vd.?

-No... (gesto de fantasía).

-Vd. acaba de pensar en algo, ahora...

-Bueno, no, pienso en lo que Vd. me acaba de decir; intento recordar... Pero no lo veo; no me han dicho nada más... Vd. sabe que mi madre era tal, que...

-¿Tenía Vd. un año cuando nació su hermano?

-Sí. Nació en el mes de julio, yo en el mes de junio. Tenía trece meses.

[-¿Tenía trece meses?34](#)

-Sí (silencio).

-¿Cómo se siente con nosotros?35

-Es parecido...

-¿No la ha inquietado?

-No.

-¿Ha estado todo el tiempo tan tensa?

Sí, con bastante frecuencia he intentado relajarme, pero no puedo.

-Tengo la impresión, sin embargo, que su pensamiento va bastante bien. Ha tenido después un rato bastante largo con una gran facilidad, me parece, para encontrar recuerdos, o para decir lo que Vd. ve. Lo que pasa en su mente en el momento en que le pregunto36.

-Bueno, intento acordarme.

-Pero me parece que tiene más facilidad que al comienzo.

-Puede ser que al comienzo me haya encontrado un poco cortada al vera tanta gente. No sé.

-En todo caso en el plano de su...

... de mis nervios.

-Sí.

-Eso no ha cambiado.

-Eso no ha cambiado.

-No.

-Bueno, y bien, le voy a pedir que espere un poco abajo y después le haré volver para decirle lo que pensamos...

-Sí.

-Y cómo se puede encarar todo esto.

COMENTARIO

A pesar de cierto desconcierto, el diálogo se emprende bastante fácilmente, pero debe ser sostenido. Lucie H. parece incapaz de tomar alguna distancia frente a este desconcierto, respondiendo a nuestra solicitud, desvelando enseguida desordenadamente lo que la afecta (contracturas musculares, estreñimiento, matrimonio, embarazo). Todo esto orienta hacia una precariedad del valor del recurso mental y una predominancia de las investiduras motoras.

La actividad mental está estrechamente ligada, o por así decir afectada, a la verbalización del carácter más inmediato de sus perturbaciones, de su historia y, de una manera general, a la acción. Igualmente no la veremos revestir en ningún momento un carácter autó nomo ni convertirse en objeto de una manipulación independiente: es un «pensamiento operatorio» típico. En ningún momento se detectarán manifestaciones de una real actividad fantasmática: esto no hace más que «bullirle en la cabeza». Sin embargo, en el pasaje que precede a la nota 9, la comprensión de la relación alcanza un cierto nivel, lo que permite intervenciones didácticas por nuestra parte. En distintos momentos, en efecto, se ha podido destacar una captación correcta del sentido de la mímica del investigador, pero esto no ha implicado ninguna iniciativa mental. La actividad sensorial puede ser considerada como un medio de quitar el estado de contractura; de hecho -como lo demuestra notablemente la secuencia que precede a la nota 9- esta actividad solo tiene un valor de «desembrague», sin constituir la materia de una verdadera investidura energética. Cuando intentamos elucidar la naturaleza de las angustias de la enferma (cfr. nota 21), notamos de la misma manera su reducción a una pura y simple «tensión de los nervios». A fin de cuentas, la única investidura de importancia es la motora, de lo que da testimonio la hipertonía, la inestabilidad motriz y las contracturas diversas.

En tales condiciones, no podríamos sorprendernos de la relativa monotonía de las manifestaciones transferenciales, ni de la estrechez del campo afectivo de Lucie H, tal como aparece, al menos, en su expresión verbal.

El conjunto de la relación, en su inmutabilidad, se muestra aún fuertemente marcado por una tendencia a la repetición, tanto en los temas como en las reacciones. La indiferenciación casi total de la transferencia impresiona por un sistema relacional pregenital de estilo anal, singularizado aquí por la pobreza de sus elaboraciones. La ambivalencia de la relación transferencial, cuya vertiente negativa, agresiva, es manifiesta, se expresa claramente bajo forma de una investidura materna del investigador. Vemos a Lucie H. (entre las notas 23 y 24) aplazar su deseo de atacar a este último, porque se ocupa de ella como su madre lo hacía antes, con una abnegación que la condenaba en lugar de amarla. Apenas tenemos el sentimiento (a nivel de la nota 23) de una transferencia paterna emergente fugitivamente en un clima de confusión general.

v La inhibición de las expresiones de la agresividad se encuentra constantemente, y suscita investiduras funcionales diversas. Esto se manifiesta netamente en el orden verbal: «-Diría cualquier cosa, si no me contuviera... -¿Y a mí también? -Oh, no. -¿Y por qué a mí no? -Porque espero que Vd. me vaya a cuidar...» En este pasaje se ve que la inhibición expresiva está ligada a una verdadera maternalización tanto del padre como del investigador, bastante explicable por la enfermedad de uno y la solicitud del otro. La conciencia de su agresividad orienta a Lucie H. hacia su sintomatología somática, sin dar lugar, sin embargo, a una elaboración ideativa, de naturaleza destacadamente hipocondríaca. Igualmente, frente a un nuevo objeto, que viene a despertar necesariamente esta agresividad, asistimos solamente a un arreglo mental sumario, sin elaboración de la situación nueva, y después a un verdadero vacío del pensamiento, al que, como en los otros casos, solo pueden sustituir las contracturas.

En relación con el recurso sensorial, permanece, recordemos, sin verdadera eficacia. Cuando el investigador vuelve a estrechar la relación, las palpitaciones suceden a esta tentativa de investidura sobre un fondo casi permanente de contractura. Lucie H. dice bastante bien. «En cuanto me enervo, hago una contractura; en cuanto hablo, también me contraigo, me fatigo.»

Tal situación determina intensamente la posición del investigador. Frente a la ausencia de posibilidades reales de manipulación mental y el destino somático inmediato de todos los afectos, este, en efecto, percibe rápidamente los límites de su libertad. Sobre la conducta de la entrevista pesan dos preocupaciones: una, inmediata -respetar tanto la distancia como el estilo utilizados por la enferma, de manera que no se provoque un traumatismo que ponga en riesgo la precipitación de perturbaciones somáticas graves- y otra a largo plazo -no inducir a la paciente en una dirección u otra en la que sería imposible guiarla y seguirla en el plano psicoterapéutico.

Sin embargo, mantenemos una amplitud suficiente para proponer interpretaciones intelectuales, único plano en el que Lucie H. puede acceder, fuera del campo somático, a poco que nos tomemos la molestia de abrirle una vía. Tal trayectoria adquiere un doble valor: técnico, en la medida en que permita una ampliación del intercambio verbal; terapéutico, en tanto que abre, al menos, una salida energética. Es, como se habrá comprobado, exactamente lo contrario de lo que se impone en las neurosis mentales.

Hay que dejar bien claro por otro lado la poco confortable situación del investigador, atrapado por la necesidad de identificarse con su enferma en dos planos diversos. El clima de rigidez que reina aquí lo obliga a una constante vigilancia, si quiere ofrecer a la enferma (en el plano de una movilidad tanto psíquica como mental) un modelo no demasiado alejado de sus posibilidades identificatorias pero habiendo conservado para él un valor suficientemente dinamizante. También es necesario recordar que el investigador se encuentra constantemente en el blanco de la agresión de la enferma, lo que no deja de suscitar un sentimiento contratransferencial que es importante que capte y se sirva de él.

Todo esto que se trasluce en la investigación domina de forma patente la vida cotidiana de Lucie H, que siempre ha sido estrecha, mezquina, sin libertad de ninguna clase. Incluso, antes de que aparezca la poliartritis crónica evolutiva que la afecta actualmente, Lucie H. no llevaba... «una vida como todo el mundo... Trabajaba, dormía...». Afirma aquí una concepción estrictamente funcional y vegetativa de la vida que implica una rigidez, una monotonía, un aplastamiento de toda fantasía, una ausencia de singularidad; en suma, una existencia reglada por la repetición y por la obligación. Abundando en ello, da a su fórmula un carácter general; es el indicio de una pobreza del ideal del Yo, que tiende a confundirse con el Superyó.

Siguiendo su historia, se tiene la impresión de una suerte de petrificación progresiva: finalmente no puede «ni pensar, ni golpear, ni hablar». Desde la inhibición del pensamiento y de las conductas, ha desembocado poco a poco en un bloqueo realizado en el cuerpo bajo forma de contracturas. Y, si su infancia aparece bastante movida, transcurre ya en un clima conflictivo y de terrores nocturnos, de «maldad», de enfermedades, de relaciones ambivalentes con la madre, de celos frente a sus hermanos y hermanas, de frustraciones, de reivindicaciones y de rabietas. Estas rabietas que en su momento, señalémoslo, se manifestaban directamente, pero hoy día ya no, de traducción motriz: «[...] Ya no me resisto y, cuando me enfado, ocurre que me pongo roja, y después me golpea aquí delante... (y cuando me enfado con mi hija) no puedo darle tortas; me duelen las manos... Me contengo; esto puede que no me haga bien, porque después me quedo en un estado.»

Ella, a la que en otro tiempo llamaban en la fábrica «señorita Eléctrica», después de su boda, dormía de buen grado todo el día. Todas las relaciones con el marido están dominadas por recursos somáticos y de comportamiento que tienden a sustituir todo cambio real. En suma, independientemente de las situaciones, de los objetos y de los conflictos, asistimos a una reducción progresiva de las modalidades adaptativas a un modelo cada vez más pobre y, actualmente, esencialmente somático.

La rigidez global de Lucie H., su recurso incesante a la noción de voluntad, su vigilancia, su obstinación -de la que da testimonio la reiteración señalada- impondrán a primera vista como una organización de tipo anal. Sin embargo, se percibe enseguida que se trata de una organización precaria, mostrándose la enferma incapaz para una discriminación real, así como para una modulación de sus medios de expresión. Esta impresión queda confirmada por una manipulación rudimentaria de los objetos internos, que desaparecen casi completamente en el dominio de las representaciones mentales.

Esto da lugar a pensar que los acontecimientos traumáticos precoces (tanto interiores como exteriores) que se han podido poner en evidencia muy fácilmente han determinado, si no son fijaciones en el sentido clásico del término, al menos colapsos funcionales, responsables de la insuficiencia y de las perturbaciones ulteriores. ¿No convendría, en la misma perspectiva, referirse a la enfermedad de la madre durante el curso de su

embarazo? La naturaleza muy arcaica de la relación con la madre que constituye aquí el hecho capital se centra en temas de alimentación, de privación, de apego ambivalente, de agresión. Toda manifestación, la noción misma de oblación, está constantemente infiltrada por una corriente sadomasoquista desprovista de valor hedónico: «¿Por qué quiere Vd. tanto a su madre?... -Porque ella tiene mérito, ella... Me parece que debo amarla... Es una buena madre; ha estado enferma.»

Desde aquí se concibe que los cambios esenciales se hayan establecido y desarrollado, por decirlo así, sobre el fondo de la enfermedad. La frustración afectiva, causada por el nacimiento de un hermano, el que lo sigue a los trece meses, no ha podido más que agravar el hundimiento de Lucie H. en esta situación. Otras razones nos permiten situar muy precozmente los elementos conflictivos esenciales. Es lo masivo, la confusión, así como sistemas proyectivos menores, los que marcan actualmente las relaciones objetales. Se trata siempre de una imagen del otro constituido a partir de una imagen de sí: «-¿Por qué quiere tanto a su madre? -Ella ha estado enferma... ¡Oh! Y además puede que sea el sentimiento maternal (sic).»

Además de estas consideraciones, es necesario atribuir un papel importante a la escena primaria probablemente efectiva. En efecto, cuando se la evoca en la entrevista, es cuando se ve aparecer la primera alusión a la «maldad» de la paciente, mientras que, de forma muy espectacular, ella misma refiere sus contracturas: «Ya me agitaba...»

Paralelamente asistimos a una participación sensorial visual de naturaleza atrapadora y agresiva, en una atmósfera onírica («¡Míralos! ¡Míralos!») en donde domina la empatía. El alcance de la escena primaria está precisado por la renegación sistemática a la que recurre cuando dice: «Mamá ha pasado todas las noches conmigo.»

Todo el interés de la discusión sobre la analidad en este caso gravita alrededor de la existencia de la manipulación, del control y del devenir de los objetos internos. La única entrevista de investigación, presentada aquí, solamente permite plantear hipótesis. La noción de voluntad, a la que se refiere la enferma frecuentemente, no aparece con sus características conceptuales habituales, ligadas a una integración mental armoniosa de la analidad. Por lo demás, ¿es concebible una integración acabada de la analidad sin elaboración mental? Una conceptualización psicoanalítica un poco forzada ¿mantendría la noción de voluntad con sus connotaciones clásicas? Sin duda, esta problemática debería integrarse en un cuadro más general, pero, en lo que nos concierne, vista la perspectiva esencialmente económica en la que nos hemos debido colocar en un caso así, concluimos, a partir de nuestra experiencia, que existe cierta equivalencia energética entre la actividad relacional con un objeto exterior, la actividad relacional con la representación interior de un objeto exterior, la actividad mental en tanto que tal, intelectual o fantasmática, y la actividad funcional somática. En esta cadena analógica, es muy necesario subrayar que la calidad de la integración energética se degrada progresivamente, al mismo tiempo que la noción de relación objetal se degenera y se

borra en beneficio de la de la actividad funcional distorsionada.

Así, en el caso presente, vemos perderse la voluntad, al nivel mismo de la función motriz, en una actividad muscular de contracturas, teniendo además cualidades que la emparentan al Superyó: «No le puedo dar bofetadas; me duelen las manos...»

Además, se constata que la voluntad se pone progresivamente al servicio casi exclusivo de la motricidad («Yo podía controlarme... Ahora es necesario que mi voluntad entre en acción para que me calme...»). En fin, la bajada de la vigilancia viene a favorecer directamente la agitación motriz (nota 22).

Ya en el curso de la investigación, hemos tenido la ocasión de interrogarnos sobre el valor de la coquetería naciente de Lucie H. en el curso del período pospuberal. ¿Se trataba de una manifestación de feminidad (joyas, ropa, etc.), con todo lo que eso implica de rivalidad frente a la hermana y la madre, o de un deseo esencialmente defensivo de poseer un pene (cfr. nota 30)? La historia de la enferma apenas deja duda sobre la forma en que conviene responder a esta cuestión: «-¿Es que Vd. hubiera querido ser un chico? -No... Después, ahora, sí...» Pensamos, sin embargo que, incluso en el pasado, la protesta fálica se ha manifestado claramente, sirviendo la coque tería preferentemente a la necesidad de exhibirse valorándose de manera narcisista más que para eventuales relaciones heterosexuales. En el momento de la entrevista, la posesión del pene parecía desinvertida en gran parte de su alcance simbólico; ya solo representa la condición necesaria para escapar a la identificación con la madre y, por consiguiente, a la intrusión de los objetos malos, como la enfermedad. Lo que hubiera podido aparecer como el principio de una evolución o, al menos, como la instalación de una organización defensiva más sólida pronto revela que no es más que una llama sin mañana. Se puede poner este fracaso en relación con el fracaso de la integración de la analidad que hemos señalado.

De la misma manera, la situación edípica no ha aportado ninguna apertura nueva; más bien al contrario. De hecho, en ciertos momentos, Lucie H ha establecido más claramente (sobre todo negativamente) una distinción entre su padre y su madre. La hemos visto expresar frente a su padre una agresión directa, sin duda mezclada con una componente libidinal, que no se permite nunca con relación a su madre: «No es precisamente a ella a quien yo reprocho; es sobre todo a mi padre.» Si, por una parte, constatamos un claro deseo de castración del padre que podría evocar una discriminación bastante fina, por otra parte, este deseo se hunde en un conjunto informe en el que los objetos pierden su originalidad, y donde la enfermedad viene a amalgamar al padre, ala madre y a la enferma misma.

Las relaciones con el marido están calcadas del mismo modelo en un clima penoso de sacrificio. Efectivamente, la ausencia de placer y la enfermedad han dominado siempre sus relaciones con él; durante el noviazgo, contrae una pleuritis; siempre ha sido

frígida; ha soportado mal su embarazo. Además, ha declarado desde su entrada que todas sus perturbaciones comenzaron con su matrimonio.

Sobrevolando el caso, parece claro que Lucie H no ha mostrado en ningún momento posibilidades adaptativas reales. En efecto, no puede contar con ningún recurso mental; en ella todo conflicto se salda con un estado de contractura. Sus manifestaciones expresivas parecen engarzadas en comportamientos y conductas que, estereotipadas y repetitivas por lo demás, no tienen valor de exutorio. Con respecto a los esbozos de evolución, hemos visto que tienen siempre un corto recorrido. Jamás ha habido tampoco un indicio de solución sublimatoria.

En el dominio de la vida mental, no hay ni actividad en la fantasía ni elaboración intelectual; la verbalización parece ligada siempre a la descripción superficial de una situación o atada a la acción inmediata. La función onírica, por mucho que la hayamos apreciado aquí, presenta la misma pobreza, con el mismo ajuste a la motricidad y al contexto inmediato.

En cuanto a la sensorialidad, no ha sido posible poner en evidencia una investidura que tuviera una eficacia real, promotora o incluso solamente defensiva.

La motricidad, que representa el punto central de este cuadro clínico, parece haber sido usada en un momento de forma positiva (la llamaban «señorita Eléctrica»), pero, después de su boda, se inhibió para tomar poco a poco un valor de expresión interior, puramente tónica, y sin alcance relacional.

¿Qué salidas se pueden ver para un caso así? Sin quedarse pegado al carácter inveterado de las perturbaciones, es necesario decir que son prácticamente inexistentes. Solo se podrá concebir una psicoterapia para ayudar a una recuperación motriz, un medio para reinvestir una motilidad al principio armoniosa, y después implicada en una perspectiva progresivamente relacional.

Habríamos podido imaginar que el bloqueo motor, que paraliza poco a poco las actividades de comportamiento, habría sido propicio para los recursos compensadores mentales. En ella, no lo ha sido en absoluto. Por el contrario, hay lugar para preguntarse si, en la infancia, una psicoterapia que permitiera la investidura de la afectividad en una actividad intelectual y que favoreciera el fantaseo no habría tenido ninguna posibilidad de prevenir, por lo menos en parte, la orientación patológica.

Observación 5

SEÑOR GILBERT C.

-Siéntese y cuénteme.

-¿Qué quiere usted que le cuente, doctor? Estoy muy nervioso; soy muy emotivo.

-Sí...

No sé qué decirle...

-Y bien esto, esto... ¿Qué quiere decir? «Estoy muy nervioso, soy muy emotivo»... Por ejemplo, aquí, ¿qué ocurre?»

-Bien, mi corazón late...

Sí, ¿es decir?

1 -Me impresiona venir a verlo.

-¿En qué consiste?

-Tengo la respiración entrecortada, el corazón que late.

¿Ello se traduce esencialmente por el corazón que late?

-Sí, sí. Además tiemblo un poco.

-Entonces, ¿esto le ocurre a menudo?

-Como explicarle; yo no lo sé... No hay ocasiones muy especiales. Cuando algo no funciona en mi trabajo o cualquier otra cosa, me pongo nervioso; me pongo rabioso.

-¿Es usted muy colérico?

Me enfado muy a menudo.

-¿A qué llama usted «ocasiones especiales»?

-Él ejemplo de hoy.

-¿Por qué es una ocasión especial?

-Es la primera vez que me encuentro delante de una situación así.

-Entonces, ¿qué es lo que lo afecta delante de una «situación» así?

-Tengo el corazón, las coronarias que me hacen daño.

-¿Sí, ahora, aquí?

-Sí.

-Es porque hay mucha gente, ¿usted cree?

-No sé por qué.

-No sabe por, qué. Forzosamente es el factor emocional.

-Pienso que sí.

-Entonces usted dice también: cuando su trabajo no funciona...

-Sí, le digo; me enfado por un sí, por un no.

-¿Sí, por ejemplo?

Ño sé cómo explicarle...

[-Y, bien, ¿usted en qué trabaja?3](#)

-Soy representante en la prensó.

-ustedes representante en la prensa. ¿En qué consiste su trabajo?

-Vendo fotos a los periódicos, reportajes fotograecos.

-¿Es decir?

[Sobre los acontecimientos de Argelia, la guerra del Congo. -¿De dónde vienen las fotos que usted vende?4](#)

-Enviamos reporteros al mundo entero.

-Entonces, ¿usted dirige a los reporteros?

-No, pero hay un jefe de reportajes, un jefe de informaciones; una vez que los reporteros vuelven, escogemos las mejores fotos, y somos dos los que nos encargamos de ir a venderlas a los periódicos.

-¡Ah sí! ¿Por qué ustedes son una empresa independiente?

-Una agencia de prensa.

-¿Entonces usted tiene un trabajo urgente?

Sí, siempre corriendo.

-¿Siempre?

-Sí, hay que correr siempre. Cuando un jefe nos pide una foto, la tenemos que tener delante de los ojos.

-¿Pero sabe de antemano que usted tiene ya las fotos?

-Nos pregunta si las tenemos.

-¿Por ejemplo?

-Bien, yo no sé; si necesitan la foto de una personalidad cualquiera que no tienen en ese momento, llaman por teléfono a las agencias para saber si la tienen.

-¿Hay muchas agencias?

¡Ah sí! En París hay seis u ocho.

-¿Entonces, los periódicos telefonean a las agencias?

para tener una foto del general De Gaulle con un traje especial o del general Massu o de cualquier ministro.

¿Porque usted tiene fotos en reserva?

-Sí, archivos. Hay que escoger, hacer las fotos, rápidamente, mandarlas o llevarlas uno mismo.

-Son pues muchas dificultades.

-¡Ah." a veces el trabajo no va tan rápido; entonces nos enfadamos con los obreros del laboratorio.

-¿Los laboratorios son de ustedes?

Sí, sí...

(El paciente da muestras después de algunos instantes de una agitación creciente: transpira abundantemente y parece muy molesto.)

-¿Qué ocurre?

-Perdone, doctor, pero tengo que tomarme una pastilla.

(En una atmósfera febril, el paciente busca en sus bolsillos; después se levanta para continuar su búsqueda. Al final encuentra unos comprimidos vasodilatadores, los muerde con rapidez y se vuelve a sentar. Durante un momento se tapa el rostro con las manos; suspira entonces varias veces y descubre de nuevo su rostro. En ese momento aparece mucho más tranquilo y mucho más sereno5.)

-¿Qué ocurre con nosotros, aquí, ahora? (suspiros). -Perdone.

-¡Por favor! ¿Cómo se encuentra desde que entró en la sala?

¡Un poco mejor!

-¿Tenía este dolor desde el principio?

-Sí, primero empezó suave y luego se me pasó.

-¿Se le pasó al entrar?

Sí.

-¿Y, aquí, volvió enseguida?

Sí, volvió al cabo de unos segundos.

-Al cabo de unos segundos... ¿Mientras que yo le hablaba, aquí, lo estaba molestando?

-¡No! ¡En absoluto! ¡En absoluto!

-¿Qué le ocurría?

-No, estoy un poco emocionado, un poco intimidado7.

-Pero, entonces, el hecho de que usted hable de su trabajo ¿qué le produce?

-Nada, yo hablo fácilmente de ello.

-¿Usted habla fácilmente?

¡Ah, sí! No me produce ningún efecto; no me molesta.

Entonces, en su trabajo, ¿qué le pone así de enfadado?

-Bueno, cuando el trabajo no llega a tiempo, o cuando falta un reportaje o algo parecido, hay algo en esta profesión que hace que te enfades fácilmente.

-¿Y ello se traduce en un enfado que se manifiesta cómo?

-No sé, grito; me enfado; echo pestes.

-¿Pero eso le desencadena las crisis, por ejemplo?

-Casi automáticamente.

-¿Casi automáticamente? El descontento...

-El descontento me desencadena automáticamente una crisis.

-Y bien, entonces, ¿igual estaba descontento con nosotros aquí?

-No, ¡para nada! No, aquí, es más bien la emoción.

-Pero la emoción puede ser una forma de descontento.

-Para nada esta vez; no, no se trata de descontento.

-Cuando nos encontramos con una situación extraña, a pesar de todo... es una situación donde espontáneamente no nos meteríamos, es decir, de la que estamos descontentos.

-No, aquí no estoy de ninguna manera descontento; No crea eso.

-¿Usted solo está descontento por cosas del trabajo?

-No, hay otras cosas también por las que estoy descontento; son cosas sin importancia, nada grave.

-¿Sí, qué cosas?

-Es difícil de contestarle; no sé; no tengo ejemplos que me vengan a la cabeza en este momento; no sé...

-Bueno. Y ahora hablemos un poco de usted'.

Qué quiere que le diga, doctor?

-Pues bien, yo no lo conozco y necesito conocerlo para poder ulteriormente ayudarlo en el plano terapéutico. Sería mejor que lo conozca.

-No sé qué contarle. Mi vida es muy simple. Salgo de casa a las nueve menos cuarto; vuelvo según el trabajo a las ocho, las nueve, las once, las doce o las dos, o más tarde de madrugada, depende del trabajo. Somos tributarios de la actualidad. Del cierre de los periódicos. Hay que trabajar todos los días; no existen los domingos; nada se puede prever por adelantado. Es todo; mi vida está muy pautada. Me acuesto a las 22 horas, me levanto a las siete y media por la mañana. Si no tomo algo para dormir, Immenoctal o algo parecido, no pego ojo en toda la noche.

-Sí, ¿no pega ojo?

Yello me pone furioso porque me gustaría dormir y no puedo; es muy molesto.

-En definitiva, usted nunca está contento de sí mismo. Siempre está...

¡Sí, sí! Estoy contento de mí a veces.

¿Qué le da satisfacciones?

¡Bah! Sobre todo cuando tengo éxito en una buena venta en mi trabajo. El resto... qué quiere usted.- como, bebo, duermo...

-Pero es sobre todo la satisfacción en el plano profesional.

-Sí..., también otras satisfacciones: cuando tengo buenas noticias de mi hijo que está haciendo la mili en Bbne10

-Sí.

-Eso me satisface.

-Tiene usted un hijo?

-Sí, que está en el regimiento desde el 30 de abril.

-¿Tiene más hijos?

Ño.

-¿Entonces, usted vive con quién?

-Con mi mujer y mi cuñada.

-¿Su cuñada, es decir?

--a hermana de mi mujer; tiene una tienda en Puteaux.

¿Y con su hijo cuando está en casa?

-Con mi hijo cuando está en casa.

-¿Volverá pronto?

¡Desgraciadamente no! Se fue hace poco, el 30 de abril, a Argelia...

-Sí, en fin ahora todo va bien".

-Pienso que va bien ya que está en una base aérea; están encerrados desde hace seis meses; no tienen ningún contacto, ni con los europeos, ni con los árabes; me refiero a los argelinos.

-¿Entonces, de dónde le vino la idea de escoger esta profesión?

-Pues bien, fue cuando la Liberación: estaba sin trabajo; tenía un amigo que era reportero fotográfico, director del servicio de fotos de la AFPy que me propuso entrar primero como chófer de corresponsales de guerra o como representante; el director prefirió que fuera representante.

-Sí.

Y desde 1944 ejerzo esta profesión.

-¿Entonces fue una casualidad la que le hizo entrar allí?

-Absolutamente, no sabía que este tipo de profesión existía; de hecho hay mucha gente que no lo sabe.

-Sí. Entonces, no es realmente una vocación, ni...

-No, para nada.

-¿Y qué hacía antes?

-Antes aprendí carpintería, pero no me gustaba; entonces hice después el..., si usted quiere, repartidor-representante en farmacia.

Sí.

-Y después llegó la guerra. Hice una «guerra chusca» como todo el mundo. Tuve la suerte de caer prisionero.

-¿Qué es lo que lo llevó a la carpintería?

-No lo sé; vi muchachos trabajando; en ese momento me gustó.

-¿A qué edad?

-Hacia los once o doce años. Comencé a trabajar a los trece fui y carpintero hasta 1935... Después ya no me gustaba absolutamente lo que hacía...

-¿Su padre qué hacía?

-Era empresario de la construcción.

-¿Y este oficio?

-Para nada. Lo mataron en la guerra de 1914-1918. De ninguna manera. Vivíamos en Reims; no sé si usted sabe lo que ocurrió allí, pero todo quedó destruido; no nos quedó nada.

-¿Qué edad tenía?

-Cuando se declaró la guerra, tenía seis años.

-¿Entonces, después de la guerra con quién vivió usted, con su madre?

-Sí, con mi madre... Tuve una hermana que murió de reumatismo al corazón, después de la guerra, en 1917.

-¿Qué edad tenía respecto a usted?

-Dieciocho meses más que yo. Tenía once años y medio cuando murió y yo diez años.

-¿Entonces, hasta qué edad vivió usted con su madre?

-Hasta que me casé. Me casé muy joven, al volver de la mili; tenía veintidós años.

-Sí. ¿Y por qué se casó tan joven?

-Porque mi mujer me gustaba y quería ser algo más libre.

-¿Quería ser más libre?

T tenía mucha libertad con mi madre, pero, en fin, mi madre aún era de la vieja escuela: había que volver a la hora. No es mi temperamento. Tengo horror de las cosas siempre iguales.

Sí...

-Hacer siempre el mismo gesto, coger siempre el mismo camino, no me gusta.

-Sí...

Así, para ir a mi trabajo, cojo itinerarios diferentes según el humor que tengo¹².

-¿Ah, sí? ¿Cómo va? ¿A pie?

-En coche.

-Entonces usted cambia de itinerario así; usted tiene una gama, 5 o 6... con la que juega.

-Sí.

-¿De qué depende?

-Tengo horror de pasar por los mismos sitios, a las mismas horas.

-¿Pero esto haría pensar en que usted es fantasioso?

-No realmente, doctor, no realmente.

-¡En todo caso aquí! ¿En qué más es usted fantasioso?

-¡Vo sé.. Tengo ideas que me vienen súbitamente. Por ejemplo, an... antes de Pentecostés (¡qué mal hablo.). Quería ir a ver a mi hijo que estaba en Alemania.

-Sí...

-Yel doctor M. me prescribió quince días de reposo. Solo pude ver a mi hijo quince minutos. Ello me contrarió. Volví Mulhouse y después le dije a mi mujer: «¡Mira!' esto me aburre, no vuelvo a las Ardenas. » ¡Yme fui a Cassis! Mi mujer trató de retenerme. Y le dije: «No vale la pena; si tú no quieres, me voy solo. Me dan asco. »

-«Me dan asco.» ¿Quiénes?

-Todo el mundo, el ejército, los vecinos del pueblo donde vivo en las Ardenas - tenemos una casita allí. «Me aburren todos; me voy a Cassis», me dije. Sabía que allí encontraría a un buen compañero.

[-Sabía encontrara un buen compañero13](#)

-Sí.

-¿Usted tiene un compañero?

¡Oh! Tengo cantidad..., buenos amigos.

-¿De qué tipo? ¿A qué se refiere?

-Compañeros, buenos amigos que he conocido en mi trabajo.

-¿Esencialmente compañeros de trabajo?

-Sí.

-¿Entonces se fue a Cassis?

-Luego volvía las Ardenas.

-En fin, después de hacer una cura en Cassis, pudo volver a las Ardenas.

-Me quedé dos-tres días y volví tranquilamente.

-Entonces, esto ¿es una fantasía que se regaló?

[-Sí. Bien grande: a 3. 000 kilómetros de carretera14](#) r „ 1 1

-Sí... Bien grande, en fin...

¡Para alguien que quería hacer reposo!

-¿Ello le hizo bien?

-Sí. Cuando conduzco, estoy muy bien.

-Conduciendo, usted está muy bien. ¿Por qué cree usted?

-No lo sé. Cuando conduzco, estoy contento.

-Cuando está al volante, ¿qué es lo que le satisface tanto?

-No lo sé. Me encanta conducir; siempre me ha gustado; no puedo explicarle por qué. En París, me gusta menos a causa de los embotellamientos, pero la semana y durante las vacaciones... me voy a Italia.

-¿Sin cansarse, sin crisis?

-Sin fatiga, sin crisis'

-¡Bueno! ¿Qué tal aquí, con nosotros?

¡Oh! Ahora empiezo a estar más relajado.

... como si estuviera al volante.

¡Exacto! -¿Por qué está usted más relajado?

-Usted me hace preguntas embarazosas.

-¡Desde luego! Según usted ¿qué ha ocurrido para que se encuentre ahora más distendido?

-No lo sé. No puedo explicarlo...

-¿Cuándo mira allá, en qué piensa?

-Buscaba una explicación

-¿Qué ocurre en su cabeza en ese momento?

-Nada..., nada me viene a la cabeza.

-Es lo que le pregunto. Entonces, nada le viene a la cabeza. No hay imágenes que le vengan a la cabeza... ¿De manera general, deja usted correr a su mente?16

-No, no tengo tiempo.

-¿Pero cuando está en Cassis, por ejemplo?

-bh, usted sabe, hacemos trabajillos, 'charlamos, etc.

¿Y en las Ardenas, en su casa?

No creo.

-¿Usted deja su mente correr?

-Ño. Leo; me paseo tranquilamente.

-¿No deja vagabundear su imaginación?

Ño.

¿Y en el pasado?

-Sí. La dejaba correr, pero ahora pienso sobre todo en mi enfermedad.

-¿Usted piensa en su enfermedad?

¡Ah, sí!, esto, mucho.

Entonces, usted piensa de alguna manera. ¿Cuándo piensa?

Cómo explicarle esto?

-Como le venga; no busque una fórmula especial.

-No, no busco una fórmula especial. Pienso a menudo en mis crisis; no puede ser autosugestión; no lo sé.

-¿Pero de qué manera piensa?

-Siempre tengo miedo de tener una crisis... Me digo que no quiero tenerla, que no la tendré y luego la tengo igual.

-Porque usted dice: «No quiero», ¿así?

-Bueno, ¡lo intento! No es bueno creer que vas a tener una crisis, pensar en una crisis en tal momento; entonces trato de pensar en lo contrario'7.

-Y no funciona... ¿Usted se da órdenes así muy a menudo?

-Lo intento. Es necesario.

-¿Por qué?

Ño lo sé. No te puedes dejar ir totalmente.

-Sabe usted, no faltan las personas que se dejan ir un poco, completamente... ¿desde cuándo? ¿Quién le enseñó este «servicio de órdenes»?

-No lo sé. Lo aprendí solo.

-¿Usted nunca se deja ir?

-Raramente. Cuando me enfurezco, ¡entonces me dejo ir! No me controlo en absoluto.

-¿No se controla nada?

;-Nada!

¿Y estos enfados están motivados?

-Sí.

¿Y su enfado es proporcional al motivo?

-Es proporcional al motivo.

-Dicho de otra manera, el enfado está vigilado.

Es decir, que hay personas que, en mi lugar, hablarían amablemente, tranquilamente, mientras que yo me irrito, doy puñetazos en la mesa.

-Sí, pero usted no se lanza a insultar al primero que llega.

¡Ah sí! Al primero que se me acerca le cae todo. ¡!

-¡Pero, bueno!, tampoco será así...

-Le envío a hacer gárgaras, pero luego le pido excusas, porque, una vez que se me pasó el enfado, se acabó; ya no pienso más.

-Entonces, usted se da una cierta libertad dentro de su enfado.

-¡Ah." no la puedo controlar. No busco comprender lo que ocurrirá después.

-Pero únicamente ocurre en este terreno agresivo se podría decir.

-No lo sé. Si usted quiere, no es agresivo. No me enfado por un sí o por un no. Tengo que tener un motivo válido, por pequeño que sea.

-Se enfada a veces por cualquier cosa.

-No me enfado si no tengo motivo.

-No hace falta que tenga razones. Muchas veces se hacen cosas sin razones.

-No entiendo.

-¿No entiende?

ÑO.

-Precisamente es en ese terreno de dejarse ir del que hablaba hace un momento. A veces nos dejamos ir por razones internas que no tienen nada que ver con lo que ocurre fuera. Algunos se encolerizan; otros embroncan a la gente, sin motivo exterior.

¡Eso no me ocurre nunca!

¡Entonces usted es perfecto!

-A/o lo creo, no.

-Entonces, usted ¿en qué se critica?

-Se dice siempre: «Nadie es perfecto»; entonces no veo por qué seré yo la excepción.

-Porque usted me da la impresión de solo hacer las cosas «bien»... fuera de estos enfados donde sobrepasa un poco la dosis. ¿Tiene usted este mismo sentimiento?

-Trato de hacer el menor malposible, de no perjudicar a nadie. No deseo mala nadie. No tengo envidia de nadie; entonces, no veo por qué".

-Usted no ve por qué. Espontáneamente se puede tener celos de las personas. Por ejemplo, yo puedo ver pasar a un señor con una mujer bonita que me gusta y tener relativamente celos.

-No. Quizá únicamente diga: «Es demasiado bonita para él», pero no le tendré celos.

-Sí. Usted no se implica en el asunto; no está en la situación.

¡En absoluto!

-Usted permanece en sus posiciones personales... Dígame un poco, todas estas preguntas, toda esta conversación que estamos teniendo, ¿qué le parece?19

-Pienso que es muy severa, muy seria; es todo.

-¿Solamente?

-Pienso que debe de ser útil, que usted saca conclusiones. -Desde luego.

-Porque, por otro lado, no entiendo.

-¿No entiende?

-No, pienso que me estoy examinando.

-¿Piensa que se está examinando?

-Sí.

-¿Este examen lo sorprende en cierta medida?

Ño me esperaba, en absoluto, este interrogatorio.

-¿Entonces por qué lo sorprende?

-No lo sé, cómo decirle... No pensaba que examinaban a alguien enfermo de los nervios únicamente mediante una conversación.

-No es únicamente la conversación. Si se ha dado cuenta, he tratado de saber cómo hace usted en su vida, es decir, cómo reacciona en tal o tal circunstancia, ¿no? ¿Le ocurre a usted que trata de saber cómo reacciona la gente?20

-No. No soy curioso.-

-Por ejemplo, si usted ve a alguien que vive de manera diferente a la suya, ¿no trata de comprender un poco por qué es así?

-No me gusta ocuparme de la vida de los demás..

-¿No le gusta?

-Para nada. Me quedo en mi mundo, en mi rincón; no trato de saber la vida de los otros, lo que hacen; no me permito juzgar a la gente.

-Y usted no se permite juzgarlos. Luego usted no tiene envidia, ni estados de humor; es lo que decía hace un momento21.

-A veces hago comentarios; es todo. Pero no voy más lejos; no hay consecuencias.

-Y con los amigos, sus amigos de Cassis, ¿cómo hace?

-Bien, somos muy buenos amigos. Nos entendemos en muchos terrenos. Hablamos sobre todo del trabajo, vacaciones..., a veces de política, pero únicamente cuando afecta a nuestro trabajo; si no, tampoco hago política.

-¿Pero ellos, usted trata de saber cómo viven, acerca de su vida más personal, más íntima?

-No. Porque son amigos, gente que no nos vemos mucho. No vamos a menudo unos a casa de otros. Somos simplemente amigos, entre hombres.

-¿Amigos, entre hombres?

-Sí. Vienen a veces a comer a casa, pero no son relaciones seguidas, mientras que entre hombres nos vemos regularmente una vez por semana, incluso todos los días, cuando el trabajo lo pide.

-Son únicamente amigos de trabajo?

[-Solo22.](#)

-Bueno, entonces actualmente usted tiene en su casa a su mujer, a su cuñada, antes a su hijo. ¿Respecto a ellos, usted trata de comprender cómo hacen en la vida?

Mi cuñada tiene una vida tan monótona, tan organizada, que no hace falta intentar comprender. Tiene su trabajo; de vez en cuando va al cine... Mi hijo estaba en el liceo; no lo veía mucho; yo volvía a media noche, a la una de la madrugada y él se iba por la mañana antes que yo; no lo veía mucho. Pero, en fin, es como todos los jóvenes, un poco... No diría un excéntrico, ni un gamberro, no un excéntrico, pero tiene veinte años y le gusta divertirse.

-Es muy diferente a usted.

-Bueno... a su edad no.

-¿Usted no era un excéntrico, ni un gamberro, sino una mezcla de todo eso?

Sí.

-¿Entonces cuándo cambió?

[-Desde que tuve mis problemas23.](#)

-¿Desde cuándo tiene esos problemas?

-Seis u ocho años... en 1953'o 1954.

Sí.

-Debe de hacer ocho años.

-¿Se acuerda cómo comenzó?

-Parecía como si hubiera corrido mucho. Estaba sin aliento, me picaba la garganta. Me hicieron un ECG en la consulta de un doctor cerca del Observatorio; no me acuerdo de su nombre. No encontró nada en dos veces que lo hizo con dos años de intervalo; después no diré que fui empeorando, pero va por períodos. Hace seis meses que tuve una crisis durante dos o tres días y después en un momento ya está...

-Sí. Pero las primeras veces, ¿dónde le ocurrió? ¿Se acuerda de las circunstancias en que le pasó?

-Caminando.

-¿Dónde?

-Durante el trabajo.

-¿Las crisis ocurrieron siempre durante el trabajo electivamente?

-No. He tenido algunas a veces fuera del trabajo.

-Sí...

-Y sin que estuviera enfadado, ni que hiciera un esfuerzo particular: a veces me he puesto a recoger la hierba en las Ardenas, a manejar la horca y no tenía dolor. Por la mañana, al levantarme, tenía dolor, por cualquier cosa²⁴.

-¿Pero usted hacía su trabajo desde hacía tiempo cuando comenzaron estas crisis?

¡Ah, sí! Hago este oficio desde 1944.

-Desde 1944. Y las crisis empezaron entre 1953 y 1954?

-53-54.

-¿Tuvo que ver con algún cambio en su trabajo?

No, no.

-¿No hubo ningún cambio?

-No. Cambié de casa, pero eso no tuvo ninguna influencia. -¿En qué año?

-En el 52.

-¿Usted cambió de casa, es decir?

-Dejé la agencia donde trabajaba para entrar en otra. He cambiado de agencia cuatro veces en dieciocho años.

-¿Y por qué dejó esa agencia?

¡Oh! Por razones sindicales, de encuadre: los representantes debían ser admitidos en la Caja de los Directivos y los patrones no querían. En la comisión paritaria ganamos justo; entonces me tuve que ir.

-¿Por qué se tuvo que ir?

¡Ah sí! Porque me hubieran creado todo tipo de molestias.

¿Y, en la nueva agencia donde fue, cómo se encontró?

-Con un chico encantador, muy simpático, con el que trabajé tres años y que dejé porque, desgraciadamente, no me podía pagar mis.

-Sí...

-Su especialidad era sobre todo la ilustración de libros, la publicidad,- no es mi tipo de trabajo. Hacía muy poca prensa. Encontré una situación mejor. Nos separamos amistosamente.

-Sí.

-Incluso lo veo a menudo con gusto. Es muy amable.

-¿Y las crisis empezaron con él?

-Sí, con él.

-¿Y mucho tiempo después de empezar a trabajar con él?

-Hacía dos años y medio.

-Al cabo de un buen tiempo.

-Pues eso, le digo: ningún problema, un chico encantador; teníamos una relación estupenda.

-Sí, pero algo ocurrió en usted, de todas formas, y es que usted no se ganaba la vida.

Sí, pero, en fin, no estaba afectado por eso.

-No, pero eso le hizo pensar que era mejor de todas formas...

-Buscar otra cosa.

-¿Y usted buscó?

Ño tuve que buscar,- se presentó solo: me ofrecieron otra cosa.

-¿Y, en cuanto se la ofrecieron, se fue?

-Sí, le avisé amablemente y me fui... Eso ocurrió en el mes de noviembre; acabé en diciembre... del 56

-¿Y hacía tiempo que usted pensaba irse a otra agencia?

Ño, no. Era tan amable. Ganaba menos, pero me divertía más. Es decir, que, con él, las fiestas se respetaban, los sábados por la tarde... Cada tarde, a las 18 horas 30 no quedaba nadie en el despacho... Pero era una relación muy lejana con la prensa.

-¿Y le gustaba?

-No tanto; era monótono.

-¿Monótono?

-Sí. Monótono.

¿Es decir?

-Es decir, lo que le decía hace un rato, por mi itinerario. Comenzar a las 9 horas hasta el mediodía, luego de 14 horas a 18 horas 30 ¡es automatismo!

-¿No le gusta el automatismo?

Ah, no!

¿Entonces, cómo reaccionaba?

Me aburría. Era todo. Pero en fin...

-Usted se aburrió rápidamente en esa agencia.

-No me aburría tanto en la agencia. Lo que me aburría era esa monotonía, tener que

ver todos los días a cinco o seis clientes o..., luego, ya le dije el horario; no me gusta el sistema de la fábrica: fichar...

-Sí... ¿pero pensó bastante pronto en dejar esa agencia? ¿O que al menos la dejaría un día?

-Es decir, que el primer año había que vender material muy importante; me ganaba bien la vida y no pensaba en irme. Cuando empezaron a bajar las ventas, me dije: «Hay que encontrar otra cosa. »

-Es eso.

-No puedo continuar así. Pero eso no me afectó.

-Es de todas formas en ese momento, más o menos, cuando se vendió todo el material, a partir del momento en que empieza a pensar en buscar otra cosa, que empezaron sus crisis.

-No..., no. No pienso que guarde relación.

-Solo le he dicho que guarda una relación con el tiempo: eso ocurrió al mismo tiempo. No digo que haya una relación de causa efecto.

-Es posible... Solamente que a mí eso no me afecta en absoluto. No pienso que tenga relación.

-Sí...

[-No creo para nada que guarde relación25.](#)

-¿Cómo va ahora?

¡Oh, bien... Ya no transpiro.

¿Ya no transpira?

Ño.

-Va mejor, y ¿por qué?

-Bien, 'como toda persona que tiene un complejo de timidez, cuando se acostumbra, se siente más cómodo.

-Sí... Entonces se ha acostumbrado a mí.

-Bien, por el momento solo tengo que ver con usted. Solo lo miro a usted; solo miro a los demás furtivamente.

-¿Solo mira furtivamente a la gente que está alrededor suyo?

-Sí.

-Por ejemplo, sin mirarlos, ¿sabe cuántos son?

¡Oh~ . Hay seis.

Sí. ¿Y sabe qué son al menos?

-Pienso que algunos son estudiantes y otros no lo sé... No hablo del doctor M., que él es doctor: no pienso que sea estudiante. (Risas.)

-¿Pero sabe cuántos son?

Sé que hay tres hombres y tres mujeres.

-¡Bueno, bueno!

¡De todas maneras!

«Furtivamente» se ha interesado de todos modos. Bueno, estuvo molesto al principio; habló de una «conferencia» hace un momento. ¿Era por mí o por la presencia de ellos que estaba molesto?

-Por el conjunto, el conjunto... Fue un poco, cómo decirlo..., como si pasara delante de un tribunal.

-Tuvo la impresión de pasar delante de un tribunal. ¿Usted ha pasado alguna vez?

¡Ah, no!

-¿Entonces cómo sabe que le da la misma impresión?

-Ño. He asistido como espectador. Profesionalmente, pero como espectador.

[-Es decir, que el hecho de entrar aquí y estar aquí le despertó una culpabilidad profunda26.](#)

-No veo culpabilidad... Me ha impresionado. Me dije: «Es muy importante, muy serio...»

-Bien. Le gustan las cosas serias.

-Sí, pero no tanto; pensaba que vería a un doctor que me examinaría, no a tanta gente a mi alrededor.

-Y también está el hecho de todas las preguntas, todo lo que le he dicho, esta conversación; vemos algo de usted. ¿Le gusta esto?

¡No mucho!

No mucho. No, no le gusta mucho.

-Como no soy curioso, y no me gusta hurgar en la vida de los demás, no me gusta que hurguen en la mía.

-Entonces, le gusta quedarse en su pequeño rincón y los demás en el suyo; no le gusta que lo interpreten²⁷.

-Exactamente.

¿Y con su mujer hace igual también?

-Con mi mujer todo va muy bien.

-No, pero quiero decir: ¿trata de comprenderla, o ella trata de comprenderlo? O, incluso en este sentido, usted prefiere...

¡Oh! Mi mujeres aún más nerviosa que yo. Se la tendré que enviar un día de estos²⁸.

-Sí.

-Ve usted, le digo todo... Mi mujer es hipernerviosa; ¡es espantosa!

-Sí.

-Y entonces, a veces, para no contrariarme, eso ocurre en su interior, mientras que yo exteriorizo.

-Usted, usted exterioriza.

¡Desde luego!..., mientras que ella es todo lo contrario. Para no contrariarme, y eso la pone más enferma.

¿Qué es lo que le ocurre?

-Él año pasado, por ejemplo, estuvo seis semanas en una casa de reposo por depresión nerviosa.

¿Hizo una depresión nerviosa? ¿Las hace a menudo?

-Hace ya años.

[-¿Cuándo hizo la primera?29](#)

-Hace al menos diez años. Debía ir a una casa de reposo, pero, como por la Seguridad Social es tan largo, tanto, que no fue.

-¿Dónde fue?

-La única vez que fue estuvo en Grasse.

-¿Sí? ¿A qué se dedica su mujer?

-Ayuda a su hermana en la tienda.

-¿Estuvo en la casa de reposo de la Seguridad Social de Grasse?

-Sí, en D. Está muy bien, muy bien.

-¿Cuándo ocurrió eso?

-El año pasado en junio.

-¿Está enferma desde hace mucho tiempo?

¡Ah , ¡pienso que está aún más enferma que yo!

-¿Y por qué, en su opinión, ello se traduce en ella mediante una depresión?

-No tengo ni idea.

-Usted trata, usted, dado que es su mujer, de...

[-Hace treinta y dos años que es mi mujer; ¡debería conocerla!"](#)

-Sí... ¿y usted la conoce un poco?

-Desde luego, ¡la conozco bien! Tiene una manía; es la limpieza, la casa..., siempre con la escoba en la mano. No es divertido.

-¿Por qué no es divertido? ¿Le gustaría que tuviera más fantasía?

Cuando nos vemos dos horas al día, es para verla limpiar el parque o limpiar los platos, la colada...; no, la colada, no. ¡Tenemos una mujer que viene a hacerla!

Sí. ¿Y qué le gustaría verle hacer?

-Bien, me gustaría poder charlar con ella, estar más tranquilos, pero no hay nada que hacer. No puede estar más de dos minutos quieta.

-Sí. Charlar con ella, desde luego, ele gustaría?

-Sí, por supuesto... aunque de naturaleza no soy muy hablador.

-¿Entonces qué le gustaría hacer con ella?, ¿charlar de qué, por ejemplo?

-Oh... de todo un poco, según las circunstancias; no le puedo contestar a eso así. Actualmente tenemos un tema de oro: el hijo está en la mili y las cosas van mal en Argelia³¹

Sí.

-Pero tenemos temas de conversación sobre otra cosa; hablamos de vacaciones..., los preparativos que hay que hacer. A partir de esto, a lo largo del año, no sé..., las conversaciones se improvisan; no es sistemáticamente sobre un tema o sobre otro.

-Sí, pero usted ha dicho: «Aquí, tenemos un tema de oro», ya que su hijo está actualmente en Argelia. ¿Pero usted tiene a veces temas de conversación que no tocan cosas materiales o hechos actuales? Dicho de otra manera, ¿ustedes hablan a veces de temas que no están directamente relacionados con ustedes?

-No. No creo. Las conversaciones, sabe usted: usted empieza con un tema y media hora después ustedse encuentra hablando de otra cosa. Es muy difícil.

-¿Usted sueña por la noche?³²

Sí, sueño casi todas las noches. --- ----- ----- -----

¿Y se acuerda de los sueños que tiene?

-Vagamente, muy vagamente.

-¿Bien, podría contar un sueño o un fragmento de un sueño que haya tenido?

No.

-¡Usted dice no enseguida!

Me acuerdo de un pasaje.

¿Sí?

El otro día soñé que mi perro era atropellado; es todo. Un coche, un perro, es todo. No me acuerdo de lo que ocurrió.

-Sí.

-Solo había esta escena, pero lo que me sorprendió es que me despertó.

-Sí. Su perro era atropellado. ¿Tiene un perro?

-Sí.. ¡uno magnífico!

-Bien, hableme un poco de su perro.

Mi perro es un amor de perro, un setter irlandés, muy amable, con el que hago largos paseos; es todo... Mi perro me sigue a todas partes. Este año, no lo puedo llevar conmigo a Italia: en los hoteles no aceptan los perros y no lo voy a dejar durmiendo en el coche porque al día siguiente no quedaría una sola butaca. Entonces, esta vez me separo de él, pero normalmente mi perro no me deja nunca. Voy con él de viaje: hice arreglar un baúl detrás a propósito (porque dentro del coche no se está quieto). Es más nervioso que yo.

-¿Más nervioso que usted?

-Sí. Entonces en el baúl de atrás hay orificios de aireación. Está muy cómodo; es feliz como un rey.

-Sí. ¿Por qué lo atropellaba un coche?

-No tengo ni idea.

-¿No se acuerda de las circunstancias?

-Para nada... Solo me acuerdo de trozos del sueño y, como no le doy ninguna importancia..., al día siguiente ya me he olvidado.

[-¿Pero su perro en la realidad nunca fue atropellado por un coche?33](#)

-Sí, una vez un coche le dio un golpe.

-Sí. ¿Qué ocurrió?

Atravesaba la calle sin mirar. El conductor, en vez de frenar, siguió adelante y le dio en el muslo, pero, en fin, casi nada. Le provocó una crisis de hígado. Pero tres días después ya trotaba normalmente.

-¿Lo quería mucho?

¡Ah, sí! ¡Es mi perro!

-Según usted ¿por qué lo quiere a su perro?

-Porque adoro a los animales en general, y particularmente a los perros, sobre todo los perros de caza, aunque yo no sea cazador³⁴.

-Entonces, ¿por qué particularmente los perros de caza?

-Los encuentro más inteligentes y más afectuosos. No son peligrosos para nadie, ni para los niños, ni para los clientes. Me gustan todos los perros, pero, por ejemplo, no tendría la idea de tener un perro-lobo o un bóxer porque sé que, si se pelean en la calle, son perros peligrosos.

Sí. Entonces le gustan los perros que no son muy combativos.

-No, por otro lado me horrorizan las batallas, la guerra, todo eso..., las peleas... No me gusta; soy en el fondo un pacifista.

Pacifista en el fondo. Pero, donde ocurren todos esos sentimientos que puede tener, supongo que la vida no le da únicamente satisfacciones y trata de buscar en usted ciertos movimientos agresivos, por ejemplo, el hecho de que haya gente que se pelea ...³⁵

-Sí, bien, pero eso son acontecimientos donde desgraciadamente no puedo hacer nada.

-Sí, ¿y entonces cómo reacciona usted ante ellos?

1 11 -No me gustan. No sé cómo explicarle yo... Lo encuentro idiota... No sé cómo decirle... No, no me provocan reacciones especiales: estoy en contra, moralmente, contra todo eso..., pero no veo... Me pone furioso; es todo. No me quedo pensando en ello todo el día... Su interrogatorio es casi un suplicio³⁶

-¿Un suplicio?

¡Sí! Estoy molesto por qué no sé muy bien que...

-Sí, ¿entonces en qué consiste este suplicio?

-No sé. Me parece que usted está haciendo aquí una exploración interna que...

-Le explico: trato de ver cómo usted equilibra en su vida, sus diferentes funciones, es decir, no solamente desde el punto de vista de su cuerpo, sino también de su mente..., la manera en que reacciona a los acontecimientos, lo que pone en marcha en ciertas situaciones, lo que, al contrario, no pone en marcha, para tener al menos un esquema de la manera en que usted se comporta y para ver cómo reaccionan todas esas funciones unas respecto de las otras; es decir, para eventualmente abrir salidas. ¿Comprende?37

-Sí.

-¿Por ejemplo, qué es lo que comprende?

-No sé, yo: me quiere clasificar en una categoría de enfermos.

... Es más bien para ver cuáles son las cosas tuyas que utiliza según las circunstancias, las diversas funciones, las funciones mentales, las cosas que le hacen reflexionar, pensar, actuar, las que le desencadenan las crisis. Para ver cómo funciona usted, si usted quiere.

-Creo que ya le he dicho todo porque...

-Entonces «el suplicio» ¿en qué consiste?

-Bien, estoy muy molesto, humillado, porque no le hablo como usted quisiera... ¡Estoy farfullando!"

-¿Y ello lo molesta? ¿Lo hierde?

-Sí.

-¿Pero, por qué? ¿Porque le gustaría brillar delante de mí?

¡Desde luego que no! Me gustaría tener una respuesta más fácil.

Sí, pero ¿con qué fin?

-No lo sé.

-¿Esta situación le ocurre fuera de aquí con otras personas distintas a mí, donde le gustaría tener una adaptación en cierta manera?

-No.

-No hay muchas personas que vienen a hacer una «perquisición» -como usted dijo- como yo... Entonces, ¿qué ocurre en ese momento?

-Bien, escuche, estoy molesto porque hay cosas a las que me gustaría responder de una manera diferente y no me sale; no se me ocurre. Estoy dando la impresión de ser un tonto y esto me desagrada terriblemente.

-Tiene ese sentimiento?

-Sí, de ser un tonto delante suyo, lo que habitualmente no es mi caso.

-¿Sí, por qué tiene esta idea? ¿Siente que le falta algo?

-Sí.

... Y ello lo molesta.

-Me molesta terriblemente. Estoy horriblemente humillado.

-¿Ello se traduce por dolores físicos aquí?

[-Sí, ¡vuelve la transpiración!39](#)

[-¿Entonces, se va pronto de vacaciones?40](#)

-En tres semanas.

¿Vaa Italia?

Sí, pero antes voy a las Ardenas. Iré a Italia el 6o el 7. ¿Se va por mucho tiempo?

Al menos tres semanas. Tengo cinco semanas de vacaciones.

-Cinco semanas... ¿Y a qué sitio va, si no le molesta decírmelo?

-En absoluto. Paso por el Adriático, Rimini; luego desciendo hacia Florencia, Roma, y vuelvo por la Riviera italiana.

-Pero usted no descansa. ¿Estará todo el tiempo dando vueltas?

-No, no, en Roma estaremos más tiempo.

-¿Irá por pequeñas etapas?

-Por pequeñas etapas hasta Roma y allí nos quedaremos 10 días; mi cuñada tiene allí

familia.

-¿Ya conoce loma?

-Sí.

-¿Cómo la encuentra?

-Es muy bonita; estuve incluso en Capri en 1950. Volveré seguro este año.

-¿Es usted el que conduce durante todo el tiempo?41

Mi cuñada también conduce. Quisiera precisamentepreguntarle al doctor M: «Puedo subir un puerto de montaña por encima de los 2.000 metros?» (Respuesta afirmativa del doctor)42.

-No tengo confianza en mí en las carreteras rectas, pero prefiero coger el volante en los puertos de montaña.

-Y entonces entendí que el doctor M. le ha dicho que podría...

-Si no, hubiera pasado por abajo para evitar los puertos.

-¿Cómo está ahora?

Mejor, ya se está pasando.

-Se le pasará por completo cuando esté en Italia.

¡Oh! Desde luego. ¡Sí! No pensaré en nada; ciertamente irá mejor.

Bueno, entonces le vamos a dejar un momentito; vamos a hablar de su caso. Luego usted volverá y le diré lo que hemos visto con el doctor M. y la manera en la que contemplemos cómo hacer cuando vuelva para tratar de disminuir este nerviosismo que usted tiene... 43

Y discúlpeme si le he podido parecer estúpido.

-Le vuelve esa idea... ¿Por qué?

-No lo sé.

-Bueno, le voy a decir lo que es. No es nada fundamental. Es porque usted tiene una dificultad de imaginación de las cosas que no son concretas. Dicho de otra manera, esto se relaciona con lo que usted decía, que usted no quiere dejar vagabundear su mente;

usted se queda siempre de manera muy presente pegado a la cosa misma de la que se habla sin dejarse la libertad de pensar. Ello produce que, en ciertos momentos conmigo, al no dejar su mente vagabundear, tiene una cierta dificultad para contestarme porque usted podría encontrar su respuesta precisamente de este vagabundeo de las representaciones que usted tiene en su mente en ese momento. Usted se queda plantado de manera concreta en el tema y ello le da la impresión de una impotencia para responder, pero no es nada más que esto⁴⁴

-Tanto mejor, tanto mejor, porque empezaba a dudar de mí.

-Usted comenzaba a dudar de usted y además tenía esta impresión. ¿Le ocurre a menudo que se condene, que se encuentre inferior?

-Cuando me encuentro un defecto, no me gusta nada y...

Sí...

-Me hago reproches violentos.

-¿Pero por qué es tan duro consigo mismo?

Por qué? No lo sé. Tengo que dirigir mi vida de todas formas; me parece.

-En una cierta medida pero no tanto. Usted es quizá un poco demasiado rígido consigo mismo⁴⁵

¡Eso! Para ciertas cosas, tengo voluntad; para otras no tengo.

-¿Por ejemplo, hay cosas para las que usted no tiene voluntad?

-Para no fumar.

-¿Usted no fuma?

-Sí, fumo. Mi castigo más grande sería no fumar nada. Creo que nunca lo conseguiré.

-Bueno, entonces le dejamos un momentito.

¡Dejo mis cosas⁶

-Sí.

-Me gustaría fumarme un pitillo, pero está prohibido en la sala de espera.

-Bueno, pues yo se lo autorizo.

COMENTARIO

En esta observación, la investigación no es y no puede ser más que un manejo de la relación transferencial. Esto es así no solamente porque estábamos informados de una afección coronaria (información que en otras circunstancias análogas podría faltar), sino sobre todo debido a la tensión extrema que se actualiza inmediatamente, a través de una fachada de calma y de contención. Los diferentes momentos de este manejo constituyen, por otro lado, la fuente esencial de la información en un caso de este tipo, donde las informaciones relativas a la anamnesis y a los contenidos tienen tendencia a borrarse por el hecho mismo de que todo el sentido se encuentra como aspirado y concentrado en la forma del diálogo y las vicisitudes relacionales inmediatas. Pero, paradójicamente, toda esta dimensión expresiva primordial se encuentra, por así decirlo, escotomizada por el paciente.

Detrás de esta actitud hecha de tensión y de calma, que se mantendrá a pesar de las fluctuaciones del examen, concretamente en los gestos, se evidencia rápidamente una gran fragilidad, acusada por la insuficiencia de los principales mecanismos de defensa. Esta fragilidad impone al investigador, que la percibe intuitivamente, una tarea de las más delicadas. De hecho, para un paciente así, la investigación tiene el sentido de una relación forzada, de una penetración intolerable y peligrosa en su finalidad misma, es decir, antiterapéutica. (Gilbert C., después de haber tomado Trinitrina, se aísla detrás del «biombo» de sus manos, al abrigo de toda estimulación externa.) Sin embargo, es justamente en un caso así donde la necesidad terapéutica obliga a estructurar la investigación. Por eso el investigador debe realizar una especie de «escisión» íntima, con el fin de «separar» una parte de él mismo y de delegar el cuidado de sustituir las lagunas defensivas del paciente, lo que pudo realizar gracias a las incitaciones repetidas a una identificación, no con movimientos pulsionales, sino con las defensas.

La actitud que hemos adoptado es más terapéutica que informativa; permite que la entrevista dure, lo que a fin de cuentas favorece la información bajo su aspecto más rico y más apropiado aquí, es decir, el de una forma: el esquema dinámico del desarrollo de la relación. Por otro lado, esta actitud ha probado su eficacia terapéutica ya que, hacia el final de la entrevista, pudo ser utilizada para frenar una crisis anginosa amenazante, mientras que el investigador que se encontraba aún sin recursos no pudo evitarla al principio.

Gilbert C., descontento, adopta primero una actitud negativa, que aparece indirectamente, cuando habla de sus accesos de cólera. Sin embargo, el lenguaje no le ofrece una verdadera salida; encuentra su recurso esencial en expresiones somáticas: sudoración, temblores, jadeo, palpitaciones. Se trata aquí de un repliegue autárquico que, en este estadio, debe ser considerado como el índice de una vía peligrosa. Por eso

iniciamos la maniobra que nos inspira nuestra contratransferencia, ligada aquí a una identificación muy estrecha: estimulamos activamente el diálogo para recuperar al paciente y sacarlo de su retirada, y le proponemos temas de «conversación» -por ejemplo, el trabajo- escogidos entre los más aptos para reafirmarlo. A lo largo de esta entrevista tratamos de favorecer, incluso suscitar mediante diversos medios, un movimiento de extraversion que, aquí, siempre tiene un valor positivo. Nuestra actitud es pues la opuesta a la que exige el psicoanálisis clásico.

Por otro lado, el enfermo invita a ello de manera bastante imperativa, debido a su sensibilidad, precariedad y pobreza de las funciones adaptativas no somáticas. Primeramente, las incitaciones externas, actuando a la manera de verdaderos estímulos, vienen a chocar de lleno con la problemática superyoica, y a poner en marcha energías muy primitivas, sin interposición de mecanismos defensivos susceptibles de matizar y temporizar. Estas energías se enrolan directamente y, por así decirlo, automáticamente, en vías somáticas, para desencadenar las perturbaciones que hemos visto, mientras que toda forma de recuperación mental queda desprovista de un valor funcional real.

Este modo de reacción expresa el contraste que nos ha llamado la atención entre una apariencia de solidez, de contención, de medida, y una extremada vulnerabilidad de hecho. Si tuviéramos que recurrir a una imagen, propondríamos la de un muro que no se rompe ni se fisura bajo los golpes, sino que se derrumba de un solo golpe. La vulnerabilidad de este sujeto es tal que las ocasiones en que se manifiesta son al mismo tiempo diversas y fáciles de descubrir. Todo lo recibe como extraño, y todo lo que es extraño tiene un valor tóxico; la introyección es imposible. Cosas diversas pueden desempeñar un mismo papel: puede ser el riesgo de una nueva situación, un cuestionamiento, incluso un simple interés hacia su existencia: no quiere ser «observado al detalle» y toda manifestación externa es vivida de entrada como una amenaza de intrusión. Notemos aún el papel que desempeñan el miedo de su propia agresividad (despertada por ejemplo por las situaciones a las que venimos de aludir) y cualquier herida narcisista.

Ante estas causas de traumatismo se levantan defensas que podríamos jerarquizarlas en tres niveles: en la base, el nivel somático, que evidentemente es difícil de verlo como una defensa propiamente dicha pero que representa un recurso efectivo, al menos desde el punto de vista económico. Vemos manifestarse, aparte de las alteraciones coronarias mismas, palpitaciones, alteraciones de la coordinación motora (temblores, dificultades de la elocución) y perturbaciones neurovegetativas (sudoración, etc.). En el otro extremo, se encuentran inicios de comportamientos y reacciones neuróticas, en el plano de la homosexualidad sobre todo (por ejemplo, cuando el enfermo se declara dispuesto a confiar a su mujer al investigador (cfr. nota 28), así como en actitudes castradoras (cuando corta la palabra o cuando recurre con predilección a la locución tan frecuente en él: «¡En absoluto!»). Pero estas últimas reacciones pertenecen más bien al tercer nivel de los sistemas adaptativos del paciente; el más importante, el de los comportamientos

específicamente psicosomáticos, destinados a preservar a todo precio, «en bloque», la integridad de un self amenazado en todo momento. Ya lo dijimos, el rechazo a la introyección es masivo: no introduce ningún matiz en la manera de acoger al objeto. Paralelamente, Gilbert C. no concibe ninguna discriminación ni respecto al prójimo ni para sí mismo. El reconocimiento consciente de la ambivalencia es tan imposible como el reconocimiento de cualquier división tópica. La proyección, bien diferente de la que se observa en los neuróticos, es masiva, sin variación, al estilo «reduplicativo». El Ello, estando fuera de circuito y por así decir enteramente enrolado en un disfuncionamiento somático, el self parece indisolublemente ligado y casi asimilable al Superyó: es él y solo él el que se proyecta de una manera indivisa. Así pues, el otro está visto por el paciente según su propio pattern y, si por azar su disparidad se rompe, por ejemplo, en las condiciones del examen psicosomático, no es ni admitida ni aprovechable ni metabolizada. Es por ello que se desencadenan las alteraciones somáticas.

Hemos visto emerger las principales manifestaciones mórbidas, sea en relación con la situación actual de la entrevista, cuando esta es la ocasión directa de un enfrentamiento impuesto o una herida narcisista (constatación de su déficit expresivo en el diálogo); sea indirectamente, en relación tanto con la evocación de situaciones edípicas, como con el fracaso de la relación de estilo homosexual, que sabemos que representa para él un recurso defensivo, de hecho frágil. Dada esta fragilidad y la gravedad del caso, es evidente que la dimensión contratransferencial siempre estuvo en primer plano en la investigación. Desde el inicio, la situación fue dramática, despertando inmediatamente una inquietud en el investigador y en los asistentes, invitándolo a tomar una actitud muy activa y terapéutica de entrada. En casos así, una actitud expectante y pasiva hubiera comportado riesgos suplementarios y quizá hubiera comprometido el futuro de la entrevista. Por otro lado, convenía permanecer extremadamente flexible, autorizar al paciente a aislarse llegado el caso, sin abandonarlo por ello, favoreciendo su enrolamiento en mejores orientaciones defensivas. La llamada a la identificación y la incitación a fantasías de acción representaron dos de las maniobras esenciales del investigador.

Sobre la vida habitual de Gilbert C., la investigación aporta pocos elementos. Ello porque en todo momento había que evitar el que se notara que se le observaba o que se le «fichaba», y también para sentir la acción común en la que nos habíamos comprometido con él. Este imperativo de comunidad se manifestó tan intensamente que el investigador renunció por sí mismo a los temas biográficos que el paciente abordaba espontáneamente, para evitar que surgieran las situaciones conflictivas que implicaban.

Ello no impide que nos hayamos podido hacer una idea precisa de la organización general de este caso, e incluso de sus reacciones y de su estilo de vida. Dado que Gilbert C. rechaza toda introyección verdadera y recurre electivamente al sistema de reduplicación como modo relacional, no es sorprendente que su existencia sea estereotipada, o enquistada en un marco profesional y familiar estrecho. Su vida mental permanece siempre apagada ya que está sujeta a la actividad actual, lo que le confiere el

carácter operatorio que hemos percibido; no aparece ningún elemento directamente salido del proceso primario y se fija en un marco convencional. Por otro lado, sus relaciones afectivas están alteradas; incluso la que nos apareció como una de las más vivaces (su perro) lleva la marca del carácter reduplicatorio (censura de los instintos del animal calcada de la de su amo). Es a nivel del comportamiento donde se permite la mayor libertad aparente: se toma por un «fantasioso» cuando cambia el itinerario para ir al trabajo. La merma progresiva de todos estos diversos modos de expresión a lo largo de su existencia fue correlativa a la eclosión de sus alteraciones somáticas; es cierto que la inquietud que drenan, así como las limitaciones funcionales que aportan, restringe aún el campo de sus disponibilidades.

Su existencia parece dominada por un movimiento doble y contradictorio. Cuando expresa con placer una voluntad de fantasía -en realidad muy infiltrada de exigencias superyoicas y por ello incluso muy abstracta-, permanece encerrado en un modo de vida lúgubre, esencialmente tabicado y estrechamente limitado. Sus relaciones se sitúan en sectores estrictamente definidos y aislados unos con otros. Tiene, por ejemplo, amistades del trabajo; están prácticamente confinadas al marco profesional, sin estar nunca mezcladas con su vida doméstica. Señalemos a este propósito que, en su manera de concebir sus relaciones con su mujer, usa un mecanismo proyectivo más próximo al modo neurótico habitual que a su modo reduplicatorio dominante. Osa atribuirle características diferentes de las suyas (servidumbre para los trabajos domésticos), a las que imputa la monotonía de su vida, cuando en realidad lo que le reprocha a su mujer se encuentra, por supuesto, en él, mientras que su pretendida fantasía solo representa una franja ilusoria. Cuando pue de concebir a su mujer en su singularidad, solo sueña en ponerla en su lugar delante del investigador, lo que le parece más apropiado. Las mismas reacciones se actualizan con la cuñada, de manera más atenuada. Su hijo, en fin, representa para él un objeto preferente, pero, aquí también, lo considera en el mismo estilo reduplicatorio con una connotación retrospectiva: el hijo está presente como él era a su edad, ni «gamberro» ni «excéntrico», sino «un poco de todo», afirmación que nos deja escépticos... La importancia y el valor reestructurante de esta relación paterna es manifiesta si pensamos concretamente en la impulsividad de su reacción (el viaje a Cassis), que responde a la frustración afectiva que sufrió en Alemania, y que lo condujo a buscar un objeto sustitutivo a 1.500 kilómetros de distancia.

En el terreno profesional encontramos el mismo contraste entre tendencias homosexuales latentes -que en principio deberían constituir la base de un sistema relacional rico y vivo- y la limitación estrecha que se les impone. Solamente hay conversaciones neutras y prudentes con sus compañeros, que son ante todo colegas. Una vez más el papel del Superyó es impresionante. Allí donde podría aparecer eclipsado (por ejemplo, en sus explosiones de cólera durante el trabajo), está en realidad siempre presente. En efecto, las crisis ocurren porque las cosas no funcionan como «deberían» funcionar. No son pues la expresión de una protesta que viene del Ello, sino la de un

Superyó ridiculizado, siempre mediante una proyección reduplicatoria. De hecho, la sintomatología actual parece haber debutado con ocasión de un conflicto entre las exigencias superyoicas y las tendencias homosexuales en el trabajo.

Si se quisiera evaluar rápidamente el conjunto de la organización de Gilbert C., evocaríamos en primer lugar la potencia del Superyó, al que el Ideal del Yo está adherido, y el self (que designa el conjunto unitario de la personalidad más allá de toda distinción tópica) que está prácticamente reducido; en segundo lugar evocaríamos el rechazo de toda introyección, con sus corolarios habituales, la reduplicación proyectiva y el pensamiento operatorio. Es decir, que no hay ninguna manipulación fantasmática dotada de valor funcional. El inconsciente no tiene acceso a la consciencia y el pensamiento permanece esencialmente confinado al proceso secundario.

Delante de tal cuadro, no podemos evitar la pregunta sobre su génesis y de si los factores conflictivos, por importantes y precoces que hayan podido ser, son suficientes para explicarla. Incluso, aun que sea imposible resolverlo, es muy probable que estos factores hayan pesado mucho, junto a los factores «constitucionales» que no podríamos despreciar.

No poseemos informaciones directas sobre los primeros años; por otro lado no podrían recogerse más que poco a poco y con precaución en el curso de una larga psicoterapia. En cuanto al estadio oral, no disponemos de ningún elemento seguro que nos autorice una reconstrucción. Por el contrario, en lo que concierne a la analidad, podemos sacar información de la única indicación que el paciente nos proporciona de sus relaciones con su madre, sobre todo de su modo y de su mantenimiento a lo largo de la investigación. Es probable que haya padecido precozmente un adiestramiento del que aún tiene la huella («Mi madre era de la antigua escuela: había que entrar a la hora. No es mi temperamento»). Su protesta, lo hemos visto, subsiste bajo la forma de una ilusoria franja de fantasía.

La rigidez, la meticulosidad, el orden, el papel del cálculo en las fantasías, una intransigencia respecto de sí y del prójimo, que raya el sadismo, son marcas indudables de importantes fijaciones anales. La pasividad, el carácter «de una sola pieza» del personaje y su rechazo masivo de toda introyección nos llevaría, sin embargo, a creer en la presencia subyacente de una oralidad muy conflictualizada. El estilo anal domina de todas formas pero en sus componentes negativos, sin tendencia a la conservación de objetos internos, sin aptitud a la manipulación, a la discriminación, al control etc. Podemos pensar en un fallo en la integración de la segunda fase del estadio anal.

Sobre la base que acabamos de definir, el conflicto central se encuentra ligado a la muerte precoz del padre cuando el enfermo tenía seis años. Relacionaríamos fácilmente la confusión del Ideal del Yo con el Superyó, así como la búsqueda homosexual y su limitación. Como es habitual en casos parecidos, se constata un estrechamiento de la

relación con la madre, que conlleva una conflictivización acentuada de la problemática edípica. En consecuencia, los mecanismos de defensa se encuentran reforzados. La búsqueda homosexual que, con un esfuerzo de concreción de una imagen ideal de identificación, habría podido representar un alivio de la tensión edípica, poseería un cierto valor y podría incluso constituir, si se terciara, un último recurso si no estuviera ella también frenada, pero, como hemos visto, no va más allá de una camaradería bastante estereotipada. Sin duda hay que atribuir a la influencia del Superyó el poco valor funcional del recurso homosexual, en relación con su estricta focalización.

Paralelamente, parece que se puede vislumbrar un vínculo entre la muerte precoz del padre y las vicisitudes de la constitución del Ideal del Yo. Pero, si se ha podido observar las consecuencias de la desaparición prematura de un progenitor sobre las funciones de representación e incluso sobre la función intelectual, en cambio, las eventuales correlaciones entre esta limitación de las funciones mentales y la ausencia del Ideal del Yo quedan oscuras.

En fin, vemos en Gilbert C. una fuerte propensión a conferir más valor a los objetos reales y concretos que a los objetos virtuales y a las imágenes, incluso cuando estas últimas están sostenidas por una atracción personal más viva (pensamos concretamente en los móviles de su elección profesional y en la necesidad imperiosa de establecer una relación sustitutiva efectiva, por ejemplo, cuando un obstáculo viene a impedir que encuentre a su hijo). Ninguna representación, ninguna manipulación mental, son capaces de reemplazar el aporte de la realidad, y este aporte solo se inscribe en un contexto predeterminado por las exigencias superyoicas. Hemos constatado que estas son masivas y pletóricas; han invadido progresivamente el conjunto de la persona y, por lo que parece, todos los niveles funcionales. Nos podemos interrogar acerca del origen de un Superyó tan invasor. Los hechos primordiales sobre los que nos podemos apoyar son aún la muerte del padre antes del período de latencia y la influencia de una reglamentación materna muy estricta. La muerte del padre aumentó con toda evidencia la culpabilidad edípica y reforzó la regresión superyoica, al mismo tiempo que libraba al niño enteramente a la madre, sin la contrapartida de la presencia y de la autoridad paterna. Una vez convertidas en virtuales, estas no pudieron ser temperadas por la experiencia de los fallos reales del padre, mientras que la ausencia de un soporte, que a continuación alteró la representación de la imagen paterna suscitaba un proceso más endógeno en el desarrollo de un Superyó desde entonces implacable («Aprendí yo solo a dirigirme»).

Si nos referimos ahora a la historia de la enfermedad propiamente dicha, hay primeramente que señalar el contexto afectivo de la aparición de la cardiopatía coronaria. Las primeras alteraciones aparecieron con motivo de una situación conflictiva donde se encontraban cristalizados todos los elementos que hemos podido observar constantemente. Vemos que le fue imposible mantener una relación de tipo homosexual con su jefe «chico encantador», debido a las exigencias de un Superyó que, bajo pretextos pecuniarios, lo empujaba a buscar una nueva situación más lucrativa y más a la

medida de sus responsabilidades de jefe de familia, pero, por ello mismo, reactivaba probablemente en él la tensión edípica ligada a esta promoción.

Su vida cotidiana se desarrolla, lo sabemos, en un campo relacional limitado, donde hay poco lugar para las satisfacciones libidinales, mientras que las ocasiones de herida narcisista abundan en razón de la carencia de los mecanismos de defensa y de los recursos. La precariedad de la salida afectiva homosexual es tal que no queda ningún recurso mental o de comportamiento para contener las crisis.

Volviendo a lo que provoca las crisis en el curso de la investigación -la primera fue debida a una relación impuesta que afirmaba la alteridad del objeto, la segunda a la herida narcisista ligada a la constatación de la carencia de su funcionamiento mental-, podemos pensar que pruebas análogas le son constantemente infligidas, a pesar de las restricciones de todo tipo que él se impone. De aquí el sentimiento de una fragilidad que va acentuándose sin cesar en este paciente como una erosión irremediable de su resistencia.

La preocupación profiláctica y terapéutica que constantemente guio la acción del investigador, hasta el punto de hacerle descuidar deliberadamente, incluso rechazar, la búsqueda de material, da una idea de las pocas posibilidades adaptativas del paciente.

En la situación actual, casi todas las salidas se le han cerrado; no se beneficia del aporte y del soporte protector que constituye el ejercicio libre del pensamiento; sus intercambios relacionales están muy reducidos, frágiles, poco satisfactorios, poco enriquecedores; sus conductas, gobernadas por una moral autoritaria, son cada vez más restringidas debido a la evolución de su enfermedad. De esta manera concebimos que las alteraciones físicas y las crisis cardíacas resuman lo esencial de su expresión, y que su enfermedad sea destructiva.

En estas condiciones, junto al tratamiento médico clásico, esencialmente paliativo, se piensa en una psicoterapia, no sin reservas y aprehensiones. Incluso la naturaleza contratransferencial de los términos que acabamos de utilizar es suficiente para definir el problema. En efecto, se trataría para el psicoterapeuta de abrir al enfermo vías expresivas. Pero este objetivo solo sería accesible por intermedio de una identificación con el médico. Dado el carácter aleatorio de las posibilidades de identificación del sujeto y el carácter peligroso para él de un sentimiento vivo de la alteridad radical del terapeuta, este debería durante mucho tiempo esforzarse en ofrecer una imagen muy asimilable, propia a favorecer las actividades fantasmáticas de representación. Es pues sobre esta base que durante mucho tiempo deberían efectuarse las primeras elaboraciones.

Observación 6

SEÑORITA JULIETTE F.

-Siéntese; la escucho.

-Vengo enviada por la señora L, debido a un tema de migrañas. Tengo migrañas desde la pubertad; he consultado numerosos médicos, sin encontrar ningún tratamiento. Quizá se trata de una cuestión hepática; también he pensado en una cuestión hormonal dado que tengo migrañas en el momento de las reglas; me han hecho diferentes exámenes, un examen ginecológico; ha sido normal; me los ha hecho recientemente un doctor en la Pitié. También he consultado en neurología; tengo un fondo de ojo normal, un EEG normal igualmente. Tengo migrañas principalmente en el momento de mis reglas, ya lo he dicho, y también cuando estoy muy cansada. Estoy en un servicio bastante duro y por eso estoy cansada, o se trata también de una cuestión de sensibilidad.- cuando tengo grandes urgencias o cosas como esas que me trastornan, hago fácilmente una migraña. Al día siguiente, o al otro vomito bilispero no en cada migraña. Dado que mis exámenes son todos normales, ya no sé a quién confiarme. Estoy cansada de ir de un hospital a otro, de un médico a otro, y el doctor X me ha aconsejado ver a un acupuntor, cosa que he hecho. Estoy en tratamiento y también con tratamientos de fisioterapia en mis vértebras cervicales con el doctor X en Lariboisière y le juro que las migrañas continúan; entonces no sé qué hacer. La señora I. me ha visto en urgencias en la Pitié dado fue trabajo allí; ella me ha aconsejado dejar el trabajo y venir a verle'.

-¿La ha visto en urgencias?

Mire, yo no me sentía bien; esas migrañas comienzan por la mañana al levantarme; con la actividad la migraña me coge toda la cabeza y hasta las vértebras cervicales y entonces entro en un estado nauseoso, de vértigos, escalofríos; no puedo entrar en calor y soy incapaz de seguir una conversación y de hacer mi trabajo. Me entran temblores y sufro una jornada o dos. Encima nada me calma; he tomado Salgydal, Optalidón; nada me calma, solamente el Gynerg'ne con cafeína inyectable me corta la migraña. (Miradas rápidas a derecha e izquierda.)

-¿Qué sucede que mira a derecha e izquierda?

-Veo que hay mucha gente; es todo; no me gusta que haya tanta gente precisamente.

.1 1

-No le gusta.

-No.

-Entonces a usted no le gusta eso.

-No me gusta cuando hay mucha gente... (Sonríe.)

-...Estar aquí.

-Vine porque tenía que hacerlo, pero evidentemente hay quienes me han dejado suponer que esas migrañas son psíquicas, es decir, que yo no sufro tanto, pero, cuando sufro, soy yo la que sufre, no los otros2.

-¿Esto qué quiere decir?

-Quiere decir que evidentemente, cuando la migraña me coge, ese día, yo no estoy bien, pero al día siguiente tengo buen aspecto, lo que hace suponer que es una comedia, esta migraña.

-¿Quién dice eso?

Mis supervisoras-. Evidentemente, si me vieran un día en el que estoy muy enferma, pensarían de otra forma.

¿Qué es lo que les hace pensar que es una comedia?

Qué les hace pensar que es una comedia? No tengo idea qué es.

-¿Qué quiere decir lo que ha dicho, que es «psíquico»?

-Sí, figúrese, que esas migrañas me vienen sin saberpor qué ni cómo. Puedo tener una contrariedad porque tengo un temperamento bilioso; si tengo una contrariedad, al día siguiente tengo una migraña; ciertas personas4 dieron después que es psíquico, si se puede decir que es psíquico; evidentemente soy muy sensible. Esto es lo que puedo definir como psíquico.

-¿Qué diferencia hay? Usted misma dice que sus emociones pueden desencadenar crisis de migraña y parece que no puede decir que es psíquico, como si el hecho de que sea psíquico implicara que no tuviera sufrimiento.

-Es eso, porque evidentemente una vez es esta causa, otra vez es otra cosa, una vez es una pena, preocupaciones, la fatiga o mis reglas; hay diferentes causas; es un círculo vicioso.

Exactamente, hay también una influencia emocional.

-Estoy de acuerdo, enteramente de acuerdo5.

-Por ejemplo...

-Bien, por ~ ejemplo, justamente la semana pasada, porque hay que decir las cosas como son, empecé mi servicio; yo no me sentía bien desde la mañana, aunque me pongo siempre a pensar que se me va a pasar. Tengo que ocuparme de los enfermos, cojo mi turno, comienzo los cuidados y luego estoy obligada a retirarme; no puedo tenerme en pie. La supervisora comienza a mirarme mal; se mofa; dice que hago comedia para obtener un día libre, para dejar el servicio. Evidentemente la señora I. me envió a descansar, pero al otro día, como me enteré que la supervisora había dicho por todas partes que yo hacía comedia, bajé a decirle lo que tenía en mi mente; eso me removi6, y desencaden6 otra migraña.

-¿Usted qué le dijo?

-Es usted curioso, quiere saber todo (sonríe)7. Bueno, le dije que no tenía ninguna consideración con su personal, que solo servíamos para hacer el trabajo a conciencia, pero el día en que uno estaba enfermo te echa los perros porque no tienes derecho a estar enfermo8. Le dije que iría al jefe de personal para cambiar de servicio, y fui a ver a la jefa, y le dije otro tanto. Hace años que tenía ganas de decirlo; he esperado un poco; tengo el carácter de guardar dentro las cosas, pero el día que no puedo más les digo todo lo que tengo en mi alma. Es lo que pasó la semana última. Estaba con la regla; tengo siempre una fuerte migraña en el momento de mis reglas. El pasado domingo creí volverme loca; tuve una migraña terrible; llamé a la interna de guardia; no vino; la llamé a las 10 horas; vino a las 17 horas; me pusieron una inyección de Gynergéne que cortó la migraña, pero evidentemente eso me deja en un estado de fatiga espantoso; cogí una baja laboral porque estaba verdaderamente cansada. (Mirada a la asistencia.)

-¿Qué pasa?

-Soy un poco curiosa.

-¿Es un poco curiosa?

-Sí.

-¿Qué quiere decir?

-Veo que hay mucha gente; miro lo que hay a mi alrededor para distraerme.

-¿Por qué quiere distraerse?

No es nada divertido venir aquí10

-¿Si mira alrededor es que soy yo el que no es divertido?"

-Venir a la consulta no es divertido.

-¿Usted ha dicho desde la pubertad?

-Es decir, desde la edad de quince años aproximadamente; siendo joven, ya sufría de dolor de cabeza pero no de migrañas con vómitos'2.

-¿Siendo joven?

-Cuando tenía quizá diez, once-doce años y empezaban las clases, tenía frecuentemente dolor de cabeza; me mandaban a la cama.

¿Me?

Mamá me enviaba a la cama; no era en absoluto como la migraña que sufro actualmente. (Se mira las manos.)

¿Es decir?

Sí, era lo que se llama dolor de cabeza; hago una gran diferencia entre el dolor de cabeza que se pasa con dos comprimidos de aspirina y la migraña que te atenaza, que te acosa toda una jornada y que nada la calma; es verdaderamente espantoso y lo que es más espantoso es que he visto a tantos médicos y no pueden hacer nada. Yo sé que la migraña es muy compleja para saber qué es, de dónde viene; estoy segura que en mi caso hay una cuestión hepática.

-Volviendo a la escuela, ¿cuando era pequeña, los dolores de cabeza?13

-Sí, me acuerdo.

-¿De qué?

-Que volvía fácilmente de la escuela con dolor de cabeza; es un recuerdo muy vago.

-¿Acaba de pensarlo?

-Sí, vuelvo a recordar que llegaba a casa y que mamá me enviaba a la cama porque tenía dolor de cabeza.

-¿Ella la enviaba a la cama? ¿Cómo sucedía?

Mamá decía: « Tienes dolor de cabeza; ve a acostarte», algo por el estilo supongo. (Mímica que evoca una actividad fantasmática.)

-¿En qué piensa ahora?

-Trato de recordar, pero es muy impreciso; por otra parte todos los recuerdos de infancia son muy vagos.

-Usted ha pensado algo. ¿Qué era?

-Pienso en el comienzo de mis migrañas, en el momento en que sucedió. Antes de ser enfermera, hacía costura. Mamá me envió a hacer la formación profesional,- hice tres años, y evidentemente allí también sufría de migrañas. Tenía quince años; es entonces cuando comencé mis migrañas, y sucedía con frecuencia los sábados por la tarde, y todo el domingo en jornadas espantosas de quedarme en la cama. Pienso que era la tensión nerviosa de la semana porque el sábado había que ir a tope, atender a los clientes, trabajar doblemente; pienso que era la fatiga la que me producía la migraña.

-¿Dónde pasaba esto?

-Soy nativa de Roscoff en ese momento estaba en casa seguramente.

-¿Por qué seguramente?

-Porque ahora ya no estoy; en esa época yo tenía quince-dieciséis años; vivía con mis padres.

-¿Qué estaba pensando?

-Pienso en las preguntas que me va a hacer. .1 1

-¿Cuáles?

-No sé; yo busco; no sé lo que me va a preguntar.

-Trate de saber.

-Lo que me va a preguntar? (Silencio.)

-¡Vamos!

-No, no. (Negación ligera sin mímica de rechazo.)

-¿Usted trabaja en C.?

-Sí, no muy lejos de la casa 14

-¿Usted vivía allí?

-En casa de mis padres, sí.

-¿Y a mediodía almorzaba con sus padres?

Así es, sí.

-Y el domingo, reposaba. ¿Lo pasaba en la cama?

-Lo pasaba en la casa. Mamá prefería que la ayudara en la casa. Es normal, una hija está para ayudar en la casa. Me metí en la cabeza ir a hacer deporte; soy muy creyente: iba a misa; luego hacía deporte, pero eso no lo gustaba mucho a mi madre; es normal,- había que ayudar en la cocina"

-¿Por qué?

-Porque es una familia numerosa. En el oeste hay muchas familias numerosas; en fin, una familia numerosa... Tengo tres hermanos.

-Tres hermanos.

-Sí, tengo un hermano mayor; en fin, tenía un hermano mayor, porque lo mataron en Indochina, y tengo un hermano más joven...

-¿Lo mataron cómo?

-No se supo jamás; fue reportado como desaparecido en mayo de 1954, nunca supimos, y mis dos hermanos son más jóvenes.

-¿Usted es la segunda?

Así es, sí.

-¿Y entonces, el domingo, había que ayudar a mamá a cocinar y limpiar?

Es normal; una hija está para ayudar en la casa desde el punto de vista maternal,- una hija está para ayudar en la casa.

-Usted agrega: «Desde el punto de vista maternal.»

-Es decir, que he sido siempre muy sumisa. Mamá no comprendía que yo pudiera tener amigas y tratar de salir, de desahogarme un poco. Mamá me quiere pero a su manera, un poco egoísta si usted quiere, lo que deja pensar que no le tengo mucho afecto; prefiero mi padre a mi madre.

Cómo sería?

-No es que no quiera a mi madre, pero tengo muchos reproches interiores hacia mi

madre. Creo que es una pena llegar a esto. Yo estimo que una hija debería admirar a su madre bajo todo punto de vista y ser su amiga (sic)`

¿Y eso por qué?

Es normal, es la cosa más normal'7; lamento hacer tantos reproches a mi madre; con los reproches abuso quizá, pero por muchas cosas me digo: «Mamá debería haber hecho así o de otra manera, o ser más afectuosa. »

-¿Así o de otra manera?

-Lo lamento.

-¿Qué lamenta?

-Lamento esta cuestión del prefiero afecto materno que me ha faltado. Mi padre era más afectuoso y yo mi padre ami madre. (Mira sus 18.manos)

¿En qué está pensando?

-En mi padre.

-Cuénteme.

-Usted quiere saber todo decididamente. (Sonríe.) (Mira hacia la derecha a los asistentes.) Prefiero a mi padre porque a papá no lo veía mucho; papá es representante; vamos a ver, mis padres fueron damnificados en la última guerra; perdieron todo; tenían un pequeño hospital en Saint Pol;• como ciudad es muy sanitaria; mi abuela era enfermera; papá llevaba la casa; papá se ocupaba mucho de nosotros en la semana; había empleadas domésticas que se hacían cargo de nosotros, pero el domingo con papá se hacían paseos, salidas; nos llevaba a la playa; era muy amable, muy afectuoso y guardo un recuerdo formidable de mi padre. No me acuerdo jamás que mamá me haya cogido en sus rodillas; no me acuerdo de haber recibido mimos de mi madre, por lo que hago una gran diferencia entre papá y mamá. (Silencio.) (Mira sus manos.)

¿Qué la hace sonreír?

-be verle a usted sonreír. Yo no sé si va a encontrar algo en mi historia. Estoy tranquila; sé que no tengo un tumor; mi EEG es normal, en fin, fue... Esto se hizo hace algunos años'. (Su jersey, que apoyaba sobre sus rodillas, cae; ella tarda en darse cuenta.)

-¿Qué es lo que ha pasado? Estábamos hablando de su padre salió esa historia de sonreír y luego de golpe usted dijo: «Estoy tranquila.»

-Sí, póngase en mi lugar; hace años que sufro de migrañas.

-No es eso. ¿Qué ha pasado?

-Yo salto de una cosa a la otra.

-¿Por qué ha dicho que está tranquila?

Me hago un montón de preguntas; me pregunto qué son estas migrañas, si encuentro un alivio, si se encontrará lo que tengo. (Ella mira sus manos.)

-¿En qué piensa?

-En nada preciso.

-¡Y ahora lo ha vuelto a pensar!

-A/o, no me acuerdo en qué pensaba. (Mira sus manos.)

-(A la asistencia): La misma posición, la misma fantasía.

-(A la enferma): Ahora lo ha encontrado.

No.

-Encuéntrelo.

-Sí, yo busco.

-Eso, ¿cómo es eso, había pensado en algo?

-No me acuerdo; busco; es todo; no me acuerdo en qué pensaba.

-¿Cómo hace para buscar?

-Trato de acordarme.

-Y entonces ¿hay cosas que desfilan?

-No.

-¿Cómo es?

-Nada de especial; trato de acordarme; no me acuerdo; es todo.

-Su madre, cuando tenía dolor de cabeza, la enviaba a la cama, pero sin embargo quería que la ayudara²⁰.

Esto era cuando era niña; ella me enviaba a la cama cuando llegaba del colegio; era cuando era niña; me enviaba a acostarme, pero después, cuando trabajaba, las migrañas, eso se veía. Cuando sufro esas migrañas, estoy pálida, verde; tengo los rasgos tensos; estoy fatigada; eso se ve; es claro y últimamente he estado en vacaciones en mi casa; he estado muy enferma; estuve cuatro días en la cama²¹.

¿Y su madre quería que trabajara aun así?

-No, cuando estoy enferma, mamá comprende muy bien.

-Ella no es como las supervisoras ²².

-Gracias a Dios, no es lo mismo. Pero evidentemente las supervisoras que tienen una salud de hierro no saben lo que es. Una supervisora, nunca enferma, está allí de las 8 horas de la mañana a las 8 horas de la tarde; va; viene, no se detiene jamás.

¿Y su madre era como usted?

-No, ella era migrañosa de joven, pero no como yo. Me dijo que también tenía migrañas pero no tan fuertes. Actualmente mamá se porta bien.

-¿Hay mujeres que son amables con usted?²³

-Sí, mis compañeras son muy amables conmigo. Felizmente, por otra parte, mis compañeras, cuando me ven enferma, lo comprenden y son muy atentas conmigo; me echan una mano cuando hace falta. La semana pasada fueron a decirle a la supervisora que yo no podía más; fueron a advertir a la supervisora por gentileza. Por otra parte yo tengo un carácter muy alegre; no voy de luto por la vida; evidentemente, cuando tengo migraña, no puedo reír.

Cómo soporta que sus compañeras sean amables con usted?²⁴

Me gusta cuando alguien me comprende, cuando alguien siente verdaderamente que sufro; es un bálsamo para el corazón; es muy diferente a la persona que tiene el aspecto de decir: «Ella monta su comedia. »

(A la asistencia): Si fuera una neurótica, no soportaría tan simplemente que se ocuparan de ella amablemente.

-Tengo una compañera muy amable que me es de gran ayuda; se ocupa de mí cuando no estoy bien. Estamos alojadas en colectividad, mal alojadas, pero puedes

recurrir a tu vecina; es ella la que fue a buscarme la inyección de Gynergéne. En una época me dieron Gynergéne en comprimidos, pero no puedo tomarlos; no me hacen nada, pero en intramuscular me corta la migraña; es la única cosa.

[-¿Cómo se encuentra con nosotros ahora?25](#)

-Yo los encuentro a todos muy simpáticos.

¿Qué ha pasado?

-Usted sabe, cuando se va a una consulta como esta, yo sé cómo es; soy enfermera; son cosas que no son agradables para el enfermo. Cantidad de externos, cantidad de gente externa en formación, pero todos son simpáticos y yo creo que esto va muy bien.

-¿Qué la lleva a decir que todo el mundo es simpático?

-Bueno, nadie me molesta en verdad.

¿Los ha visto a todos?

[-Sí, los he mirado bien.26](#)

-¿Podría describirlos volviéndose de espaldas?

-No, no soy muy capaz desde el punto de vista de la observación.

-Yo la he visto observar a todos desde el principio... ¿Tiene alguna pregunta para alguno de ellos?

-No, no me lo he permitido hasta el presente.

-¿Es en un segundo tiempo que usted lo hace?

[-bebo decirle que mi situación me preocupa tanto, no sé si es egoísmo, que me preocupa menos lo que pasa alrededor mío. No profundizo sobre la vida de los otros; mi situación me preocupa demasiado27.](#)

-¿Cuál es su situación?

-Éstas desgraciadas migrañas, yo quisiera desembarazarme de ellas. Por otra parte me encuentro muy feliz. Doctor, me gustaría continuar trabajando; me voy a casar en dos meses; no querría ser una mujer enferma. (Mirada a una mujer de la concurrencia.) Cuento todo lo que tengo que decir.

-¿Acaba de responder a quién?

Sí, tengo la impresión de que esas señoras se dicen: «Ya está lanzada; contará todo. » Yo no soy charlatana, pero, cuando se me pregunta, digo las cosas como las siento y como vienen²⁸.

-(Llegada de un asistente.) ¿Qué es lo que le hace sonreír?

-Pienso que llega tarde.

-¿Y por qué le hace sonreír que llegue tarde?

-Encuentro eso divertido, que llegue tarde y que no la regañen; pienso que tenía algo que hacer en otro lado²⁹.

-¿Se ha girado, por qué?

-Íle escuchado un ruido.

-No hay nada que pase aquí que usted no vea, y no es solamente que usted ve sino que además tiene una idea de lo que sucede.

-Trato de hacerme una idea evidentemente; quizá no esté bien; soy demasiado curiosa³⁰

-¿Usted siempre estuvo como ahora?

Qué quiere decir como ahora?

-Saber todo, todo lo que sucede al mismo tiempo, de que llega a un sitio controlarlo todo.

-Bueno, es quizá una deformación profesional. Estoy sola en una sala de 20 enfermos; cuando hay 20 enfermos que controlar, hay que estar en todo, tener todo controlado; pienso que quizá es eso.

-Yo pienso que usted era así anteriormente.

-Ya antes, es posible.

-Trate de recordar... Usted ha repetido que es «curiosa».

-Tengo tan pocos recuerdos de infancia que no me acuerdo si era curiosa de pequeña; todo lo que sé es que iba a mirar en el armario porque había pasas de uva que me gustaban; comía pasas de uva que birlaba del armario; es todo. (Parece dirigirse a una asistente.)

-¿Cómo sabe que es todo?

-Es todo lo que me viene a la memoria por el momento.

-¿Qué ha pasado?

-Hay una señora que me sonríe con mucha amabilidad; la encuentro muy amable".

Debo decirle que yo sonrío siempre; mis enfermos me quieren mucho porque sonrío fácilmente; pienso que está en mi naturaleza.

¿Y su supervisora sonríe?32

Mi supervisora de guardia la llamo «Colgate», porque tiene una sonrisa de cine, porque eso no le sale de dentro.

¿Y esa sonrisa? (Señala a una asistente.)

-Es agradable; es simpática; quizá quiere darme ánimo.

-¿Y su madre cómo sonreía?33

Mamá no sonreía con frecuencia. Estoy segura que mamá me quiere, pero a su manera; no es una mujer afectuosa; es un poco fría, pero, en el fondo de su corazón, estoy segura de que, sin embargo, me quiere mucho. No tengo la impresión de ser la hija preferida; he llorado por eso, sí, pero ahora no lloro más; tengo una edad...

-Usted ha llorado; cuéntenos...

-Bien, cuando mamá me escribía cartas desagradables -la especialidad de mamá es escribir cartas poco amables—, me dañaba el corazón, me atormentaba durante unos días; al contrario, menos mi madre, toda mi familia es muy afectuosa. Tengo tías muy amables; tengo una tía en la Pitié; es como una madre; es una tía que es enfermera, a la que recurro cuando no doy más, y mi tío también; es el hermano de mi madre; ellos son muy cariñosos conmigo34. (Mímica que evoca una actividad fantasmática.)

-Bien, ¿qué pasa?

-Sí, pienso en mi tío y mi tía que son tan cariñosos conmigo; pienso en eso. (Emocionada.)

-¿Y además es muy emocionante?

-Pienso que es bueno sentir un afecto; tener un clima afectuoso alrededor de uno y que muchas veces me ha consolado ir hacia ellos cuando sentía que algo no iba bien con

mamá. Muchas veces me pregunto si exagero esta situación entre mamá y yo, si soy yo la que exagera las cosas, o si es normal sufrir como sufro por ella³¹

-¿Por qué es enfermera?³⁶

¡En fin! Doctor, yo no pensaba realmente en ser enfermera. Yo quería ocuparme de los niños. Yo he criado por otra parte a mis hermanos menores; criar quizá es demasiado decir, pero yo me ocupaba mucho de ellos. Yo deseaba enormemente tener una hermana, pero llegó un niño; yo tenía nueve años en esa época; no entendía demasiado; me puse rabiosa; rompí la vajilla, pero gracias a Dios mi hermano era tan rico, tenía un cabello y un hermoso pequeño rostro de niña. Yo estaba tan interesada por él que me preguntaron cómo se iba a llamar, papá quería Bernard, mamá Jean-Claude y yo finalmente, yo lo llamé Claudine³⁷. yo me sentía muy orgullosa cuando paseaba a mi hermanito; me acuerdo que mamá me lo confiaba y no permitía que fuera a jugar con mi hermano mayor, o con los amigos, me lo recordaban; yo tenía que ocuparme de mi hermano pequeño, pero eso no me costaba; al contrario, yo lo quería mucho. Esto siempre me ha interesado; me hubiera gustado muchísimo ser cuidadora de niños o puericultora, pero estábamos en guerra; mis padres fueron damnificados; perdieron todo en la guerra; cambiamos de lugar; nos encontrábamos en un sitio donde no podía continuar la escuela, en Seine-et-Oise; me quedé un año o dos allí para ayudar,- cuando volvimos a casa, después de la guerra, mamá me preguntó si quería volver a la escuela, pero yo no quise. Me parecía horrible volver allí después de tanto tiempo. Entonces ella me dijo: « Vas a aprender costura; está muy bien para las jóvenes»; si algún día tengo una hija, no la metería a costurera. Firmé un contrato e iba a coser para esas damas de la alta sociedad del lugar, digamos. No me gustaba eso. Cuando tuve mi diploma, fui la primera del departamento; sin embargo, no sabía hacer gran cosa en costura. Le dije a mi madre: «No podré hacerlo, no sabré hacerlo», tener que recibir clientes, pavonearse, contar historias de uno, de otro. Se recibe a las grandes damas de la región; se cotillea mucho; me da horror todo eso; no me convenía como oficio y, como tenía siempre la idea de ocuparme de los niños, secretamente, sin decir nada a mamá, escribía un centro de puericultura³⁸. Yo tenía veinte años en esa época; recibí una respuesta favorable; tenía a mi mamá al corriente; ella no me impidió partir,- hice un año de formación como auxiliar de puericultura. Evidentemente es un diploma que no vale gran cosa; no es algo formidable, y mamá me empujó un poco a entrar en la Al? Yo no me sentía capaz de ser enfermera; mamá me empujó un poco y, por mí misma, lo logré y me gusta mi profesión. Confieso que me gusta mi oficio³⁹.

-¿Por qué?

-Usted va a pensar que soy poco modesta, pero me gusta aliviar a los demás; me gusta dedicarme.

-¿Por qué?

-Porque me da placer,- no sé nada (llora).

¿Qué es lo que la emociona?

-Pensar en mis enfermos, en sus sufrimientos.

-¿Y entonces?

Me hubiera gustado tener más salud para poder continuar, para poder hacer algo mejor, pero me siento muy imposibilitada⁴⁰.

-(A la concurrencia.) Ella es ella y ella es los otros...

-Es egoísmo, doctor?

¿Si es egoísmo? ¿Me pregunta eso?

Me he hecho esa pregunté muchas veces porque me gusta mucho dar placera los demás; me gusta saberlos felices.

-¿Cómo?

Me regocijo del bienestar que pueda llegar a los demás; no tengo envidia de otros; no digo este tiene esto o aquello; confieso que soy muy feliz por el bienestar de los demás⁴¹

¿Qué piensa usted del tema de haber llamado a su hermano pequeño Claudine?⁴²

-Eso no le gustó mucho tiempo; cuando tuvo cinco-seis años, no quiso que lo llamara Claudine.

¿Por qué quería una hermanita?

-Confieso que lo deseaba enormemente. Tenía dos hermanos; me hacía ilusión formidable tener una hermanita; lo deseé mucho tiempo, y de hecho coloqué mi afecto en una primita, que era un bebé adorable⁴³

-¿Por qué?

-Yo no había tenido hermana, y esta prima representaba la hermanita que no había tenido.

-¿Por qué?

-Sin duda porque la encuentro más mona que un niño. Yo me habría sentido muy orgullosa de poder decir: « Tengo una hermana. » Es más bonita una niña; se las viste

tranquilamente; podría haber sido su mamá, mimarla. Con un niño eso no dura mucho tiempo`.

-Acaba de decirlo.

-Para ser su mamá, un poco; es eso.

-¿Por qué quiere ser la mamá de una niñita?

-Porque es más bonito; un niño es enseguida muy independiente.

-Usted se parece a la mamá que no quiere que sus niñas sean independientes⁴⁵

-Veamos. He tomado la firme resolución de que, si tengo niños y espero tenerlos, lo deseo mucho, los educaré diferente de como fui educada; me esforzaría en comprender mejor a mi hija y le permitiría tener amigas, evadirse un poco en la casa, ver otra cosa que la rutina, las cacerolas, la cocina, el lavado, acomodar los calcetines para los hermanos.

-¿Por qué quiere usted tener...?

Una hermanita?

--- ----- -Basta resumir lo que ha dicho hasta ahora: primeramente ser su mamá pero no cualquier mamá.

Cómo dice usted que no cualquier mamá?⁴⁶

Ño una mamá construida sobre el modelo de su mamá.

-No, ciertamente, jamás. ~K1

-¿Construida sobre qué modelo?

-Me imagino un modelo de mamá ideal⁴⁷, la mamá muy afectuosa evidentemente, que no deja en completa libertad a su hija. No hace falta educar a los hijos a la americana; una niña tiene necesidad de una cierta libertad; tendrá derecho a hacer deporte, tener amigos; encuentro lógico eso, porque mis hermanos tenían la posibilidad de todo eso y yo no; no he tenido jamás celos de mis hermanos, pero nunca pude comprender la diferencia entre ellos y yo; yo debía quedarme en la casa. ¡Porque tú eres una niña!⁴⁸ (Silencio.)

-(Larga intervención para la concurrencia expresando la nota 47 e igualmente relativa a lo que falta poner en evidencia.) ¿Qué acabo de decir?

-Usted ha dado su impresión sobre mi caso, sobre lo que he dicho hasta ahora.

-¿Qué es lo que he dicho?

-Tengo la impresión de que es bastante claro para usted.

-Lo que dije, se lo voy a resumir, dije que ahora estamos seguros de su disposición alérgica y de que la única cosa que nos faltaba saber es por qué, en medio de todas las posibilidades ofrecidas a los alérgicos, usted encontró los dolores de cabeza. Como usted nos ha comunicado muy bien hasta ahora, trate de continuar pues con ese problema.

Qué quiere que le diga, que describa mis dolores de cabeza?

-No, sino por qué son dolores de cabeza lo que usted encontró.

¡Y bien! Figúrese que me hago esa pregunta; yo hubiera preferido tener otra cosa que dolores de cabeza; es fastidiar la vida tener dolor de cabeza el día que las amigas preparan una salida. Si usted tiene una buena migraña a la mañana, eso produce una agonía al despertarse con la migraña, mientras que hay una salida a la vista. Levantarme con una migraña y tener que coger mi turno, yo soy la primera en padecer por no poder cumplir mi turno, porque no soy una perezosa⁴⁹.

-Usted nos expone las razones para no tener migrañas pero no las razones por las que las tiene.

-Es la misma cosa que me pregunto de por qué yo tengo dolor de cabeza, dolores de cabeza; no sé nada; es lo que busco desde hace años; es lo que los doctores buscan.

Yo voy a decírselo.

-Sí, me gustaría mucho.

-La primera alusión que usted hizo de sus males de cabeza fue ¿en qué ocasión?

Al principio los dolores de cabeza los tenía al volver del colegio, sí; yo pienso si estaría cansada; no sé por qué volvía del colegio con dolores de cabeza.

-Intente averiguar.

¡Por qué volvía del colegio con dolores de cabeza? En ese momento uno puede incriminar a las salas del colegio quizá poco aireadas; uno puede pensar en multitud de cosas; evidentemente yo iba a jugar al patio como todo el mundo, o la calefacción de las clases; no lo creo; no pienso que en esa época hubiera una cuestión digestiva; para comer, siempre fui difícil de niña, pero no lo pienso; no vomitaba.

-¿Usted no piensa que en el colegio había más cosas que el recreo, la cuestión digestiva, la calefacción? ... 50

-Sí, están los deberes, las lecciones; es lo principal de la escuela. Es un hecho: yo amaba bastante la escuela; yo amaba la escuela; sí, quería mucho la escuela; no me acuerdo de haber rechazado por ir; quizá no era muy estudiosa, pero no rechazaba por ir a clase. No me acuerdo.

-¿Qué estaba pensando?

Me preguntaba qué me iba a preguntar todavía.

-¿Qué piensa de las cosas que tiene en la cabeza?

-Yo me siento bien.

-Porque en la escuela uno comienza a meter las cosas en la cabeza, justamente.

-Sí... De la escuela no tengo malos recuerdos, ni que me hayan metido cosas en la cabeza realmente... Yo iba a una escuela de religiosas; mis padres son católicos; por eso tuve una educación religiosa; sigo siendo creyente; es todo lo que aquello me ha aportado.

-Usted no tiene la impresión «que me hayan metido cosas realmente»... No ha terminado esa frase.

Que me hayan metido cosas en la cabeza que me hayan realmente quedado, que me hayan quedado grabadas, cosas..., ideas, quiere decir, doctor?

-Continúe.

-Usted quiere decir ideas, no lo creo, que me hayan quedado ideas de la escuela, concepciones de la vida; no lo veo.

-¿Concepciones de la vida?

-Sí, digamos ideas hechas, sobre las cosas, la gente, la vida; no lo sé.

-¿Por ejemplo de qué orden podría ser?51

-De qué orden podría ser?

-(Alguien sale y por primera vez la enferma no lo nota.)

-Yo no sé que me hayan quedado del colegio principios, ideas hechas; no sé cómo

explicarle eso... Lo que me queda del colegio, como a todo el mundo, me hice de compañeritos. Para volver al mismo punto, mamá me impedía los jueves ver a mis amiguitas; por otra parte, yo aprendía las lecciones como todo el mundo, sin demasiado entusiasmo. Me gustaba la historia, la geografía, pero digamos que yo no estaba mal vista, digamos que en la media.

-¿Su cabeza iba bien?

Yo no tuve nunca muchas facilidades para estudiar.

-Es decir...

-Verdaderamente, tengo compañeros que han tenido más facilidad que yo para estudiar: leen un texto dos veces y les cunde. Cuando tengo un texto para estudiar, tengo que leerlo, releerlo, tomar notas; es lo que llamo no tener mucha facilidad, pero he logrado cosas allí no obstante.

-Es decir, que las cosas tienen dificultades para entrar.

-Sí, cuando leo un texto, incluso cuando me interesa, no tengo mucha facilidad para retener lo que he leído, aun si estoy interesada. Siempre he sido así; no he sido nunca muy brillante en los estudios.

-Es decir, que no puede confiarse en que algo entre.

-Que yo no espero absolutamente que entre... Es una falta de ánimo quizá. Yo hubiese querido poder hacerlo mejor, poder hacer más.

-Hay algo ligado a su cabeza ya que es precisamente allí donde usted está mal.

-Sí.

-Dice sí.

-Sí, yo sé que es allí que algo va mal, pero no tengo dolor de cabeza todos los días; me sucede tres-cuatro veces al mes; no es regular,- puedo algunas veces estar un momento sin tenerlo. Cuando estoy de vacaciones, casi no tengo migrañas; es una cuestión de clima; cuando voy a mi casa, el ambiente no es conveniente para los nerviosos; el ambiente familiar un poco tenso, eso no mejora las cosas. Cuando voy de vacaciones con amigos en las que me relajo, donde tengo una relajación completa, allí no me acuerdo haber tenido una migraña de vacaciones; no estoy muy bien cuando tengo las reglas; eso es todo.

[-¿Usted duerme bien?52](#)

-Tengo insomnias cuando estoy nerviosa por el trabajo, las urgencias; eso lo siento; eso me trastorna; me impide dormir; fuera de eso, duermo bien.

-¿Sueña?

-No, es muy raro que sueñe; es excepcional.

-Es excepcional.

-Sí, es muy raro que sueñe y me acuerde de mis sueños. Hay compañeros que me cuentan los que soñaron; yo no me acuerdo.

-¿No se acuerda de un sueño?

Sí, me acuerdo de un sueño que tuve siendo niña. Me acuerdo de lo principal que vi; debí de despertarme gritando; es una historia del diablo que se sueña cuando se es pequeño: yo veía un gran perro danés; había gente en el barrio que tenía perros grandes. El ver ese perro debió de hacerme algo y soñé con él; los días siguientes el perro se transformaba en diablo; grité y fui a dormir a la cama grande; fue un favor. Es el único sueño del que me acuerdo; no sé qué edad tendría; eso es lo que recuerdo; me ha sorprendido 13.

-¿Qué?

-El gran perro, estas historias del gran perro, lo veo aún.

-¿Qué es lo que aún ve?

-Pienso que es un sueño que muchas personas tienen cuando se es pequeño y nos hacemos pipí en la cama. Soñaba fácilmente que hacía pipí en la cama y me despertaba y había hecho efectivamente pipí en la cama, siendo niña también; es raro que sueñe actualmente; no me acuerdo; no sueño.

-Dormir en la cama grande?

-Era un favor tener la compañía de mamá o papá. Evidentemente mis padres, habiéndome visto nerviosa después de ese sueño, me hicieron dormir con ellos. Era por otra parte la mejor solución; yo habría hecho lo mismo para calmar esta historia del diablo.

-¿Por qué la mejor solución?

-Porque, igualmente, cuando hay algo que no marcha, el niño se siente reasegurado al sentirse cerca de los padres. Yo me sentía protegida al estar cerca de ellos, del diablo

que había visto, del gran perro.

-¿Dónde estaba en la cama?

-Entre papá y mamá sin duda.

-¿Cómo la protegía eso del gran perro?

-Y bien, mi pesadilla se terminó y yo me sentía segura.

-¿Por qué?

-Porque estaba donde mis padres, con papá y mamá; me sentía segura. Parece que todos los niños son así; es mamá, evidentemente.

-¿Es mamá?

-Es hacia mamá que uno se vuelve cuando algo va mal⁵⁴

-¿Quién se lo había propuesto?

-Fue ciertamente... Yo pienso que fueron mis padres; pienso que no fui yo la que lo pidió. Era costumbre; teníamos derecho de ir a la cama grande por la mañana cuando no había escuela; el domingo teníamos derecho de ir a la cama grande. (Comienza a hinchar inconscientemente el aparato de tensión, que estaba a su costado)⁵⁵

-¿Sus padres la escuchaban gritar?

-Yo no sé si en esa época yo dormía en la misma cama; no me acuerdo; no me acuerdo qué edad tenía.

-¿Qué la emociona?

-Comienzo a hacer joujou. (Movimiento de un juego infantil con la muñeca.)

-¡Ah sí! ¿Qué ha sucedido?

Comienzo a buscar la distracción; me entretengo con el aparato de tensión⁵⁶

-¿Por qué?

Porque comienzo a estar fatigadas⁷.

-¿Usted cree que lo que origina la fatiga tiene que ver con lo que acaba de relatar?

-Mi fatiga, estoy muy fatigada en este momento... No necesito gran cosa... Me cuesta mucho funcionar.

-¿No recuerda qué edad tenía?

-Quizá ocho-nueve años; no me acuerdo más; no creo haber estado jamás adelantada para mi edad; es una idea mía quizá. Cuando tenía catorce años, me daban doce; cuando tenía veinte, me daban dieciséis.

-¿Qué edad tiene?

-Pronto veintiocho años, a finales de agosto. Yo quiero curarme; he puesto muchas esperanzas en el acupuntor; me dijo que tenía una deficiencia en el hígado, en el bazo y en la vesícula, y que debía tener muchas sesiones para obtener resultados; esto hace sonreír a muchas personas, pero usted sabe que cuando se sufre... Tomé tantos medicamentos, demasiados; cuando se toman medicamentos para el estómago, se fastidia el intestino; cuando se toman para el intestino se fastidia el hígado; es un círculo vicioso.

-¿Qué piensa de todo lo sucedido aquí?

-Que usted me hizo hablar mucho para intentar comprenderme, adivinarme; no sé lo que va a salir de esto.

-¿Cómo ha vivido usted todo esto?

-Bueno, ya he dicho que todo el mundo era muy amable, muy simpático. No me sentí demasiado incómoda; estoy solamente un poco cansada ahora; es todo.

-Le voy a pedir que espere cinco minutos en el pasillo.

Sí, doctor.

COMENTARIO

El lenguaje, la mímica, la actitud revelan desde el comienzo de la entrevista una gran facilidad de adaptación. Durante su desarrollo el pensamiento se mantiene claro, el aporte de recuerdos sin dificultades, a excepción de momentos en los que, debido a un afloramiento conflictivo, el nivel de comprensión baja al mismo tiempo que cambia el sistema de defensas, tomando el aspecto de un recurso a la sintomatología somática.

Juliette F. comienza por presentar sus trastornos y su historia en una perspectiva médica clásica y es cierto que el hecho de que sea enfermera induce este modo de presentación. Sin embargo, se familiariza rápidamente con la situación, destaca la

dimensión afectiva de su caso y acota una situación conflictiva actual. La expresión, aun si se trata de afectos particularmente vivos, como el resentimiento, conserva su carácter matizado, irónico y fino, lo que muestra las amplias posibilidades de las organizaciones defensivas.

Pese a que se haya beneficiado de un lugar evidentemente preponderante, el investigador no ha constituido el único objeto transferencial. Desde el comienzo el grupo de auditores fue en efecto adoptado globalmente, al comienzo de una forma negativa, porque la cantidad misma de testigos molestaba a la enferma. Fue un movimiento paralelo a la emergencia del tema «persecutorio» de las supervisoras. Sin embargo los asistentes han sido luego aceptados o, mejor, considerados como un entorno agradable. Algunos incluso han sido objeto de una investidura particular según la cual Juliette F. se desprendía del investigador en provecho de un objeto preferencial, a priori más asimilable. En estas condiciones los mecanismos de identificación se nos muestran más claramente.

Nunca, sin embargo, la relación con los asistentes constituye un sistema de enganche defensivo durable. La instalación defensiva que, por cierto, está ahí implicada sigue siendo flexible, y la menor solicitud del investigador permite a la relación centrarse de nuevo sobre él.

Es así que Juliette E no duda jamás en interrumpir el relato de un episodio conflictivo para seguir con flexibilidad las indicaciones. En todo momento la comunicación es cómoda y sostenida por una afectividad rica y disponible. Por otra parte no se ve nunca a Juliette E dejarse desbordar por su vulnerabilidad respecto a la agresión real o imaginaria de los otros. Cuando, por azar, se manifiesta una proyección, queda circunscrita («-¿Soy yo el que no es divertido? -Es venir a consultar lo que no es divertido»).

Poco a poco vemos precisarse el mecanismo favorito de la enferma: la interpenetración con el otro. Se trata de una suerte de fusión positiva, libre de proyecciones, marcada por prejuicios favorables, confiada y realizada a partir de una extensión de sí hacia el otro en la cual toda identificación es rápidamente cogida para ser puesta a favor, en un sentido benéfico, en el que la relación sujeto-objeto es vivida en una atmósfera feliz. La extensión identificatoria de sí en el otro se asemeja superficialmente al fenómeno de reduplicación proyectiva que hemos visto en otras situaciones. Pero, mientras que este es obliterante, desprovisto de energía hacia el objeto, estereotipado, triste, sin erotización, e incapaz de enriquecer al sujeto, aquella es abierta, acogedora, animada por un movimiento fusional muy erotizado y trasciende en cierta medida los límites personales. Se puede ver un ejemplo ya en ciertos movimientos en los que la curiosidad, aunque impregnada de culpabilidad, se acompaña de una complicidad sonriente y como feliz («Yo soy un poco curiosa... Usted es curioso; quiere saber todo...»), o cuando pensamos en las reacciones con ocasión de la llegada tardía de un

asistente («¿Qué le hace sonreír? Me parece divertido que llegue tarde y que no la regañen»), donde el mecanismo identificatorio juega sobre dos objetos sin reproches.

En ciertas secuencias (en particular cuando se hace una comparación entre la madre y el padre) esto puede tomar un carácter defensivo preciso. Por otra parte el valor igualmente defensivo de su tendencia a la retención global del entorno no escapa a la enferma, pero, hecho de tal manera, no constituye lo esencial de su movimiento identificatorio profundo.

A partir de la sola consideración de los movimientos transferenciales, numerosos elementos pueden ser puestos finalmente en evidencia: la posibilidad y aun la necesidad de una investidura positiva de todo objeto presente, que marca, con su estilo propio, la primacía de la atracción objetal; al mismo tiempo que se manifiesta una sorprendente facilidad para cambiar de objeto cuya función defensiva no deja dudas; de esto se desprende una ausencia total de reserva, una complacencia, una flexibilidad y más aún un interés por las relaciones con un investigador que, sin embargo, es algunas veces muy directo. Notamos también el carácter muy localizado y circunstancial de los sentimientos de corte persecutorio que no desbordan apenas su propio marco; la tendencia permanente a la interpenetración con el otro que es prejuzgado como bueno (que podríamos cristalizar en la fórmula «Soy como él; él es como yo; estamos íntimamente mezclados para nuestra más grande satisfacción») ello puede extenderse de la misma manera a todo el mundo. También recordemos la función defensiva de este tipo de identificación de cara a los problemas conflictivos.

Todos estos elementos se imponen por una disposición llamada «alérgica»⁵⁸ de la personalidad.

El papel del investigador ha sido fácil, frente a la imagen de comodidad de la enferma. En esas condiciones no era necesario tomar precauciones especiales, y la investigación podía seguirse de manera directa. Sin embargo, señalamos en una ocasión (nota 12) que convenía evitar el establecimiento de una complicidad y un clima de seducción hacia el cual tienden, en tales casos, los esfuerzos inconscientes del enfermo.

Todo lo que ha sido descubierto en el curso de la entrevista y analizado en sus componentes aparece en la vida habitual de Juliette E. A la facilidad del examen corresponde un éxito en el conjunto en la biografía, que solamente dificultan las migrañas.

Este éxito está ligado al valor adaptativo considerable del sistema relacional de Juliette E: «Cuando hay 20 enfermos para controlar, hay que estar en todas partes, captar todo al mismo tiempo.» No es por casualidad que ella utiliza la palabra «captación». Esta define muy precisamente un movimiento de captación o mejor de «aspiración» objetal del que da una demostración permanente en su vida; nosotros

vemos la captación ejercerse simultáneamente sobre una gran cantidad de objetos, como la que tuvo lugar sobre toda la asistencia en el momento de la investigación. Ese movimiento captativo va más lejos, ya que culmina en una suerte de anexión fusional del objeto, en un sentido determinada por el sujeto, a saber, una extensión sin límite preciso de sí y que no tiene en cuenta exactamente las cualidades propias del objeto. Vimos un ejemplo característico de ello, aunque pueda ser paralelamente considerado bajo otro ángulo, en las relaciones de la enferma con su joven hermano, del que ella hace una niña llamándolo «Claudine». La utilización de este mecanismo puede, a veces, dar a Juliette E un aspecto de puerilidad, de ingenuidad: del mismo modo que cuando ella quiere hacer pasar por egoísmo lo que otro llamaría dedicación («-Usted va a encontrarme poco modesta, pero me gusta consolar a los otros, me gusta dedicarme. -¿Por qué? -Quizá porque eso me da placer»). Dada la precocidad y el carácter ineluctable de este sistema, uno puede preguntarse legítimamente si no se trata de una disposición muy profundamente enraizada en el terreno pulsional, dado que este mecanismo desencadena sentimientos de culpabilidad sorprendentes en una primera aproximación.

Además de la singularidad del sistema utilizado, no deja de sorprendernos la importancia y la fuerza de la imposición fantasmática, y su éxito en detrimento de una realidad no siempre dócil pero, a pesar de todo, hace tiempo recuperada en el amplio movimiento de anexión fusional, de identificación total, que hemos señalado.

Es claro que en la vida Juliette F., más allá de las supervisoras, es la madre la que constituye el principal y primer obstáculo. Como en un primer momento, ella intenta poner en funcionamiento su sistema preferencial: «Hay una señora que me sonríe muy amablemente; la encuentro agradable... Mamá no sonreía a menudo. Estoy segura de que mamá me quiere pero a su manera.» La real heterogeneidad que existe entre ella y su madre hace que ese sistema no pueda sostenerse: «No tengo la impresión de ser la hija querida de la casa.» Asistimos entonces al desarrollo sorprendente de este otro mecanismo característico, el cambio de objeto: «Menos mamá, en mi familia todo el mundo es muy afectuoso. Tengo tías amables, tengo una tía, que es como una madre, una tía que es enfermera.» Encontramos aquí, intacto pero transferido a otro objeto el mecanismo de identificación.

Este movimiento de identificación y de anexión no está asegurado, en efecto, sino cuando el objeto no se presenta de una manera demasiado heterogénea. En efecto, la homogeneidad parece consistir en una estrecha unión con un objeto ideal que es una madre ideal: «-Es necesario resumir lo que usted acaba de decir: primeramente ser su mamá, pero no importa qué mamá... -Yo me hago una idea de la mamá ideal»⁵⁹.

A pesar del marcado predominio del sistema descrito y de la constancia de un único modo de relación, la vida afectiva de Juliette E no se presenta bajo un aspecto masivo, rígido y sin matices. Pese al uso constante de la extensión captativa, la imagen global ofrecida por la enferma está lejos de ser una imagen desgraciada. Lo que teóricamente

podría imponerse para una relación de tipo pregenital, en el sentido habitual del término aplicado a las neurosis, no se da, finalmente, de ninguna manera como tal en la perspectiva clínica. La mala madre no invade los otros objetos, y concretamente no parece alterar la figura paterna. Al contrario, las temidas fantasías que sentimos subyacentes, por ejemplo, cuando la evocación de la escena primitiva, no se oponen, de ninguna manera en el examen, a una recuperación rápida de las relaciones objetales, cosa que se puede ver en una ilustración precisa al final de la entrevista.

Este conjunto de disposiciones adaptativas de la vida habitual de Juliette F. constituye además otra característica de los enfermos que presentan un tipo de relación alérgica.

Las circunstancias desencadenantes de las crisis son aparentemente muy variadas: las reglas, la fatiga, «las cosas que la conmueven» de las que ella da como modelo las urgencias, las contrariedades. En la historia de sus dolores de cabeza, notamos que es a partir de la edad de diez años que comenzaron al regreso de la escuela. De la misma manera más tarde es al regresar del trabajo, el sábado por la tarde y todo el domingo, es decir, cada vez en relación con la vuelta al contacto con la madre. De alguna manera el núcleo conflictivo inasimilable es función de una relación con la madre. Concebiríamos ciertamente que las reglas fuesen sentidas y aún, más profundamente, vividas como una heterogeneidad conflictiva. Señalamos, sin embargo, la prioridad del conflicto ligado a los comienzos de la escolaridad: «-Cuando volvía de la escuela, tenía frecuentemente dolor de cabeza. Se me enviaba a la cama. -¿Se? -Mamá me enviaba a la cama...» El ideal del Yo se revela indiscutiblemente heterogéneo a la madre real: «[...J Eso no me convenía como trabajo (ser costurera) y, como tenía siempre la idea de ocuparme de los niños, secretamente, sin decir nada a mamá, escribí a un centro de puericultura. » En cambio este ideal del Yo viene directamente de la madre ideal⁶⁰

Destacamos para abreviar la riqueza pero también la disponibilidad y correlativamente la accesibilidad de la actividad fantasmática que va a la par con una gran facilidad para la manipulación del material representativo y una real flexibilidad de comunicación entre los distintos niveles de la personalidad -siendo excluidos ciertos momentos críticos como la evocación de la escena primitiva-. Resumiendo, existe un solo sector negativo, muy limitado, en la vida habitual de Juliette E, que nació de las relaciones con la madre heterogénea y se encontró ligado más tarde a sus objetos sustitutos. Nunca fue cuestión de proyección o de desplazamiento, sino más bien de una suerte de resonancia.

Acabamos de ver la estrecha dependencia entre el desencadenamiento de las crisis y las relaciones conflictivas con la figura materna o sus sustitutos en el sector particular de la confrontación de la imagen de la madre real con la de la madre ideal.

Las cualidades habitualmente puestas en el haber de una analidad bien integrada no

faltan: posibilidad de temporizar, de matizar, de rechazar con flexibilidad, control relativo de los afectos, hasta el punto de que todo esto podría imponerse como la relación idealmente evolucionada descrita por M. Bouvet bajo el término genital.

En la relación con el investigador, todas estas cualidades han sido demostradas, los recuerdos han emergido fácilmente y Juliette E ha conservado una gran libertad de pensamiento que le ha permitido evocar fantasías y comunicar inmediatamente el contenido, salvo las que se encontraban bañadas en una atmósfera edípica. Esto nos demarca claramente el peso del conflicto edípico y explica la utilización de una defensa regresiva de tipo anal referida a una sintomatología física. Tenemos por otra parte el sentimiento de que ese conflicto es vivido al menos tanto en función de la oposición de las personalidades del padre y de la madre como en función de su diferencia de sexo. Además la reivindicación fálica reviste el mismo alcance porque representa más una anexión del otro, una «captación-aspiración» del otro mezclado con ella misma, que una búsqueda efectiva del pene. Es sin duda por lo que ella no dio lugar después a una organización proyectiva que habría sido sensible en su vida tanto como en su relación con el investigador.

Mientras que en el caso del episodio, que gravita en torno al sueño del Diablo (nota 54), habríamos podido pensar en una estructura edípica clásica, estaríamos más tentados de poner el acento aquí en el sincretismo de los personajes parentales. Podríamos preguntarnos si no se trata de una escisión precoz entre dos imágenes maternas más que entre un padre y una madre; esto no estaría tan alejado de ciertas ideas clásicas si no pensáramos que se trata de una separación entre la madre real y la madre ideal.

En lo que concierne a las manifestaciones mórbidas, nos quedaremos con el elemento cefalálgico. Si bien en el curso del examen no apareció ninguna crisis, hemos podido asistir, en dos ocasiones precisas, a alteraciones netas de la cualidad de la actividad mental: evocación de la escolaridad y recuerdo de la escena primitiva. Estas dos circunstancias están seguramente ligadas una a la otra; Juliette E sitúa efectivamente hacia los ocho-nueve años la aparición del sueño y el incidente de la «cama grande», es decir, de lleno en su escolaridad.

Esta inhibición mental ante las situaciones conflictivas o traumáticas puede conducir una investidura motriz, ella misma rápidamente controlada y suprimida. No es pues sorprendente ver aparecer una fatiga general (notas 56 y 57) eco de la que sobreviene cuando las crisis de migraña. Dada la calidad del pensamiento, es asombroso constatar esas dos caídas de nivel que están en estrecha relación con ciertas dificultades escolares, caídas de nivel que se encuentran ellas mismas íntimamente ligadas a una inhibición fantasmática que implica la sexualidad y claramente expresada por la paciente: «[...] De la escuela no tengo malos recuerdos, ni que me hayan metido cosas en la cabeza realmente [...]. Yo iba a una escuela religiosa...» pasaje en el que la eliminación de todo fantasma sexual es transparente. Y, cuando también nos dice: «No creo que me hayan quedado

ideas de la escuela, las concepciones de la vida... », se trata evidentemente de concepciones de la vida sexual, mientras que el «no veo» remarca bien la inhibición fantasmática.

A pesar de la alteración global de la actividad mental en las coyunturas conflictivas, Juliette E no queda jamás sin recursos y una de sus defensas predilectas consiste en un deslizamiento sobre el terreno afectivo y una captación objetual nueva. Es así que la vemos pasar de un bloqueo intelectual a una sociabilidad expansiva: «[...] No creo que me quedaran principios, ideas hechas... Me hice compañeritos de escuela. »

Nuestra enferma presenta pues una disposición alérgica característica y se beneficia de posibilidades notables que esta da, a pesar de los obstáculos y limitaciones que la acompañan. Si Juliette F. sufre de inhibiciones diversas que hemos subrayado, en contrapartida posee una capacidad de apertura al mundo, de movimiento hacia él y paralelamente una «porosidad» que le permiten acogerlo ampliamente. Hemos visto, en efecto, su adaptabilidad, su plasticidad, el carácter generoso de su participación ligado a una viva atracción objetual, a una ausencia de distancia, su curiosidad y, por otra parte, su aptitud para localizar los conflictos y para operar discriminaciones bastante finas, que testimonian en particular una feliz integración de la analidad.

Sobre el plano mental, se observa, al lado de importantes bloqueos, la existencia de amplios sectores libres; así, un sólido ideal del Yo que juega como un verdadero «organizador» de su vida, posibilidades ciertas de síntesis que están en la base de su «presencia», también una curiosidad siempre renovada, dotada de un valor dinámico incontestable y que se manifiesta en numerosos dominios a pesar de su conflictividad, referida a la escena primitiva.

Desde el punto de vista defensivo, notaremos primeramente que existe en momentos críticos un recurso fantasmático a buenos objetos que se muestra vigorizante. Encontramos una ilustración característica en la nota 34. El cambio de objeto, señalémoslo, no tiene obligatoriamente necesidad de ser vivido, sino que puede desarrollarse enteramente en el plano mental. Existe aún otro recurso, por cierto menos feliz pero no desdeñable desde el punto de vista económico; es la utilización ocasional y limitada de manifestaciones de estilo hipocondríaco. Por otra parte, conviene marcar la existencia de otra línea de defensa: la del comportamiento. Es notable que esta defensa entre en acción en ciertos momentos, cuando los sistemas adaptativos más evolucionados son desbordados. El ejemplo se presenta notablemente cuando la evocación de la escena primitiva o el oscurecimiento pasajero de la conciencia va a la par con una actividad manual (manipulación de la pera del tensiómetro) de alcance simbólico y de valor funcional regresivo. El comportamiento no es, en Juliette F., un lugar de destino del inconsciente que atraviesa esta línea sin detenerse allí para ir a niveles más evolucionados del psiquismo. Por este hecho, no hay trastornos en el nivel del comportamiento y, por otra parte, el comportamiento aparece siempre sostenido por fantasías, ciertamente

inconscientes pero cerca de la representación.

Finalmente, en cuanto al sueño aportado aquí, las cualidades mentales se manifiestan con una nitidez notable. El relato no comporta ningún aislamiento, sino que se desarrolla, por el contrario, en el marco de un movimiento vivido del que dan testimonio, entre otros, la espontaneidad de las asociaciones de las que de entrada es el objeto y el carácter positivo de la posición de la enferma en relación con su actividad onírica. Sin embargo, ella conserva frente a su sueño la facultad de toma de distancia de la que, por otra parte, nos da una prueba cuando recurre a una actividad motriz.

No sabríamos, para terminar, dejar en el silencio las posibilidades sublimatorias a las cuales podemos imputar la fidelidad de su determinación y la continuidad de su progreso -en particular en el plano profesional- a pesar de los obstáculos de todas clases que ella encontró. Las diversas cualidades y recursos de esta personalidad no deben, por otra parte, incitar a un quietismo terapéutico sino, bien al contrario, alentar una iniciativa psicoterapéutica. Este caso representa una buena indicación de análisis -teniendo en cuenta las dificultades técnicas particulares que serán planteadas por la disposición alérgica mencionada- sin reclamar sin embargo una decisión inmediata.

Observación 7

SEÑOR ROBERT B.

-Lo escucho.

-Cuando llegué a Francia el año pasado, no me pasaba nada y después me levanté una mañana, me sentía crispado, es decir, no estaba cansado, me dormía muy temprano y me levantaba por la mañana como si no hubiera dormido en toda la noche; cuando fui a ver a mi médico, me envió al hospital. He ido a ver al médico; le he explicado mi caso; me ha dicho que era benigno; me ha dado calmantes, Equanil, que no me han hecho nada. Hace un año y medio que me pasa esto; he ido a ver al doctor I que me ha dicho que venga a verlo. Es decir, salí de casa hace cuatro años; después fui a Israel y me encontré solo; estaba con mis hermanas, me encontré solo; fue muy duro para mí quedarme solo. Estuve en el ejército; no dormía nada; llegué a Francia y todo esto ha comenzado un mes después. Es una especie de, algo así.. Siento crispación en la caray a veces, una mañana me levanto, estoy relajado, solamente tengo como un nervio que está muy cansado; siento... como un músculo que ha permanecido mucho tiempo cansado y siente, me duele; es que me duele, es decir..; en fin, es decir, es un nervio, como cada mañana me levanto y estoy tirado. Tengo crispaciones; a veces me ocurre estar muy relajado; solamente a partir de aquí, siento como un nervio que está cansado; entonces estoy de malhumor cuando intento, a veces intento, estar contento para no tener crispación, pero...

-¿Intento estar contento para no tener crispación?

-Cuando tengo crispación, estoy muy tenso; tengo los rasgos cansados; a veces incluso tengo un rictus; se ven incluso los rasgos ahí, en mí; lo han notado también; al comienzo me decían que me lo inventaba; después lo percibían cuando tenía retortijones; se veía que tenía un rictus.

[¿Se?](#)

-En mí, mis hermanas.

-¿Mis hermanas?

-Vivo con mis hermanas en París, es decir, ellas estaban en Rabat; cuando llegué a París, ellas vinieron. Mire, al comienzo, ellas no percibían esto, pero después se han dado cuenta de que existía, la crispación que había.

-Sus hermanas, ¿es decir?

-Mis hermanas, ellas estaban en Rabat, y han llegado una a una.

-Han llegado una a una, ¿en cuántas veces?

-Es decir, una estaba enferma, hace ya bastante tiempo; llegó la primera; estaba en la clínica; enseguida ya no quería quedarse más tiempo; debía recibir cuidados que se acumulaban; era necesario que la sacara de una casa de reposo; no encontraba apartamento; era necesario que buscara. A medida que yo recibía cuidados, siempre era cada vez más fuerte; me tiraba cada vez más.

-¿Qué le ocurría a ella?

-Ha tenido varias operaciones de la vesícula biliar; le han hecho tres o cuatro operaciones. Llegó a París; ahora la cuida D. Llegó enseguida y aún tenía otras tres hermanas en Rabat; ya no querían quedarse en Marruecos; vinieron una después de otra.

-¿Otras tres?

-Sí.

-¿Y por qué han venido así?

-Ya no querían quedarse en Marruecos.

-¿Ya no querían quedarse en Marruecos?

Ño.

-¿Hum?

Ño, ya no querían, desde que les dieron la independencia, ya no se podía vivir allí; querían venir a Francia.

¿Ya no se podía vivir allí?

-Es decir, cuando estaba Francia en Marruecos, ellas estaban acostumbradas y, cuando Marruecos obtuvo la independencia no quisieron quedarse más; abandonaron Marruecos (mímica que evoca una fantasía).

-¿En qué piensa usted?2

-En nada.

-¿En qué iba a pensar?

-Absolutamente en nada.

-¡Vale!

-No, yo no pienso en nada; no tengo nada que decir; lo que yo quería decir...

-Eso, ¿qué piensa?

Absolutamente nada; espero que usted me haga preguntas.

-A mí me gustaría más, a mí, no plantearle...

-Yo no sé; lo he dicho todo.

-¿Qué le hace sonreír?

-Nada.

-Intente saber. Sí. Usted ha pensado en algo; ¡sí! ¿Qué es?

-No, no pienso nada.

-¿Y eso?

-Yopienso, es decir, yo pienso... No es un pensamiento.

-¡Dígalo!

-No es un pensamiento. No pienso en nada concreto; así, si usted me hace preguntas, quizá podría responderle3.

-¿Preguntas sobre qué?

-No sé, quizá sobre lo que le he contado, sobre mi estancia en Israel; no sé.

-¡Pues venga!

-Como le he dicho, era muy duro encontrarme solo, estaba desambientado.

-Encontrarse solo, ¿por qué?

-No lo sé; nunca había salido de mi casa.

-«Mi casa» ¿es decir?

-Rabat, es decir, mis hermanas.

-¿Es decir, sus hermanas?

-Sí, entonces yo tenía, yo tenía... hacia catorce años, trece años de edad; había perdido a mi madre, y mi padre se había vuelto a casar,- nos había dejado; siempre he vivido con mis hermanas.

-¿Usted tenía catorce años?

-Sí, trece-catorce años.

-¿Qué le ocurrió a su madre?

-Se murió, de cáncer, creo.

-¿Y entonces?

Y después mi padre se volvió a casar y debió dejarnos porque ellas no se entendían con su mujer.

-¿Debió dejarnos, por qué?

-Porque mis hermanas no se entendían con su mujer.

-¿Cómo es eso? 11

-Ellas no se entendían; ella era joven y ellas no se entendían entre ellas.

-Ella era joven, y entonces...

-Es decir, ella tenía un poco más de edad que mis hermanas, pero, como eran jóvenes, no se entendían entre ellas y mi padre decidió dejar la casa.

-¿Por qué no se entendían; porque su madrastra era joven?

-Yo no sé, una madrastra habitualmente es difícil entenderse; no sé; yo no estaba en la casa; cuando llegaba, discutían siempre.

-¿Usted lo podía imaginar incluso sin estar en la casa?

-No sé; no busco...

-¿En qué acaba de pensar ahora? Intente decirlo.

-Lo que acabo de decir.

-¿Qué, qué acaba de decir? 11 1. 1 1

Porque ellas discutían?

¡Sí!

14 veces, no sé...

-Sí, en fin, lo que usted piensa, usted.

-Una vez, al volver, llovía y tenía frío. Estaba completamente mojado al volver a casa; ella estaba cerca del radiador para calentarse. Le pedí que lo girara hacia mí y ella no quiso.

[¿A quién?'](#)

Ami madrastra. No quiso; respondió secamente no sé qué; por lo demás, yo no estaba nunca en la casa; volvía por la tarde.

-¿Por qué no estaba nunca en la casa?

-Estaba en el colegio. Iba a hacer los deberes a otro sitio.

-¿Iba usted a hacer los deberes a otro sitio?

-Estaba en la casa de compañeros, para hacer mis deberes. Cuando mi padre estaba allí, estaba todo en calma; cuando no estaba, ellas discutían entre ellas.

-¿Y usted es la única vez?

-Sí, fue la única vez.

-¿Dónde discutió con ella?

-Discutir es una manera de hablar; me respondió secamente, y yo no insistí.

-¿Y por lo demás?

-Como no hablaba nunca, como no decía nunca nada, no corría el riesgo de discutir con ella.

-¿Por qué no decía nunca nada?

-Yo no decía nada que la disgustara y volvía a casa por la tarde cuando mi padre ya estaba allí, ¡vamos!'

-¿En qué piensa usted? ¿Cómo era ella?

Desde qué punto de vista? Era joven y debería de tener veintidós-veintitrés años...

-¿Qué estaba a punto de pensar?

-En lo que iba a decir, no sé.

-¿Qué veía?

-Intentar expresarme; no sé; ella era mala conmigo...

-Era joven y era mala. ¿Son las dos cosas que usted dice?

También podían ser celos; no sé (sonríe).

-¿Qué quiere decir celos; qué le hace sonreír?

-Nada, intento...

-«Podrían ser celos.» ¿Qué ha querido decir?

-No sé; cuando quería estar sola con mi padre, sabía que eran sus hijos; quizá, no sé, como no eran sus hijos, podía no tenerles cariño... (largo silencio).

¿Qué le pasa?

-Nada, ya no tengo nada que decir sobre este tema.

-¿No tiene nada que decir sobre este tema?

Es decir...

-¿En qué piensa? ¿Qué hay en su cabeza?

-No pienso, no, no pienso; es decir, no tengo nada que decir13.

-De otro modo, ¿cómo era ella?

-Cómo de otro modo, no entiendo nada...

-¿Qué estaba a punto de ver?

-Es decir, reflexionaba.

-¿En qué reflexionaba?

-Usted me ha dicho: «¿Cómo era ella?»; yo intentaba responder, pero no encuentro.

-¿Cómo ha hecho, usted reflexionaba, que ha ocurrido en su espíritu?

-Nada, usted me ha hecho una pregunta; yo intentaba responder,- usted me ha preguntado: «Cómo era ella»; yo no encuentro, es decir, no encuentro...

-Tiene imágenes que pasan por su espíritu?

Sí, veo; me acuerdo.

-¿Qué es lo que ve?

La veo.

-¿La ve?

Sí, pero no es eso, es decir, quiero decir que no es a causa de ella que he tenido preocupaciones o remordimientos 7.

-¿No esa causa de ella que usted ha tenido remordimientos o preocupaciones?

-No remordimientos, es decir, a veces, es a causa de una persona, algo que ha pasado desde hace mucho tiempo; podría tener... No creo que provenga de... que haya alguna cosa...

¿En qué piensa?

-Es decir, que no hay un punto en común entre mi madrastra y lo que me pasa8.

-¿No hay un punto en común?

-Es decir, yo creo, no es... Es lo que yo he pasado en Israel.

-Usted ha dicho: «A veces, una persona.» ¿Qué ha querido decir?

-Quiero decir, a veces, no sé, a veces hay personas... Como yo he perdido a mi madre, esto podría haber quedado, no sé, por esta idea de...

-¿Por, esta idea de?

-Es decir, a veces... un ejemplo: yo he perdido a mi madre y no consigo consolarme de su pérdida; hay repercusiones después, si esto era... Sí, pero doy un ejemplo, pero, como yo tenía trece años, y después yo no tengo, yo he tenido pena cuando ella ha muerto, pero...

¿Pero?

-Es decir, pero no suficiente como para que esto repercuta algún tiempo después sobre mí; no sé.

¿Qué le ha hecho decir «no suficiente»?

-Porque mi hermana que está enferma, después de la muerte de mi madre, tuvo un choque una mañana; se levantó, me habló, decía tonterías; entonces llamé al médico, un psiquiatra de Rabat. Después de un examen me dijo que no quería admitir que su madre estaba muerta y, cuando terminó por admitirlo, ya no le pasaba nada, unos 10 días después y después se le había pasado; es por esto por lo que doy este ejemplo. Ella decía, es decir, cuando durante este período de 10 días quería volver a ver a mi madre, lo pedía, él consiguió hacerle admitir que estaba muerta, que no volvería nunca; cuando ella lo admitió, se le pasó. Es por esto que doy un ejemplo...

-Usted nos da un ejemplo para decirnos que esto no le ocurre a usted.

-Sí, es decir, que, sí. Es decir..., creo que no era esto, porque mi hermana estaba siempre con ella; era la mayor; no se separaba nunca de ella más de un paso, y de golpe se encontró sola; esto le hizo algo, mientras que yo era joven; no estaba siempre en la casa.

[¿No es por haber dejado a su madre, haber dejado a su madrastra, sino por haber dejado a sus hermanas?9](#)

-Dejado a mis hermanas... es por haberme encontrado solo en Israel. Al comienzo tenía amigos; después tuve que hacer la mili; no soporto las órdenes y había hablado al médico del campo; le había explicado que era necesario que volviera a Rabat; él me explicó que tenía que hacer mis dos años y medio. Le dije que no era posible permanecer,- no conseguía dormir; me daba calmantes; conseguí tener un año de prórroga; debía pasar el examen después para sí... Lo dejé para ver el... He aprovechado para arreglar mis papeles.

-¿Aprovechó para arreglar sus papeles?

-Sí, era necesario que tuviera mis papeles para dejarlo, para hacer el transporte. No se terminan sus dos años y medio; uno no se puede ir. He aprovechado que tenía ese año de prórroga, tenía una recomendación del médico que quería que yo me vaya, que no era

sano que me quedara en Israel, que me reúna con mi familia.

-¿Se había nacionalizado usted?

-No, no.

-Por qué el servicio militar?

-Es así: después de tres meses hay que hacer el servicio; había intentado irme, pero era necesario que pasaran tres meses.

-¿Qué idea había tenido usted al ir a Israel?

-gamos un grupo y en Rabat las cosas no marchaban; había muchos terroristas. Un viernes había una manifestación antiterrorista y yo iba a empezar a trabajar en la banca; los terroristas entraron, y nos dieron un papel que decía que no había que trabajar ese día; volvieron a entrar y debimos irnos; yo estaba con los manifestantes, la muchedumbre contraterrorista. Tenía varios amigos que fueron arrestados, pero justamente yo había seguido la manifestación; tuve miedo y volví a casa; ya no quería quedarme en Rabat. Había un grupo de jóvenes, decidimos irnos a Israel.

-¿Por qué a Israel?

-Porque yo era israelita y era el único lugar.

-No era el único lugar.

-Hablabamos; éramos un poco idealistas; cuando llegué, cambié completamente.

¿Idealistas?

Yo no sé; había conferencias, personas que daban conferencias, que decían que el Estado de Israel era joven, que debía ser reconstruido, que había necesidad de jóvenes; éramos un poco idealistas, queríamos partir y, cuando llegué, no era lo que me habían prometido.

-¿En qué consistía su idealismo, es decir, qué interés tenía usted?

-Porque se nos decía que era un joven Estado, que ahora era una patria, que los judíos estaban un poco por todas partes.

-¿Que era una?

-Una patria.

-Es decir, ¿cómo ve usted eso?

-Es decir, en Marruecos no estábamos en nuestra casa; entonces, después de todo, es un país; entonces se nos dijo que en Israel... Habían contado un montón de historias; habíamos decidido partir.

¿Qué quiere decir una patria? ¿Qué iba a pensar?

-Una patria... Intento reflexionar qué debo responderlo

-¿Qué debe responder?

-Es decir, qué es una patria.

-¿Qué quiere decir patria?

-Patria es; no alcanzo a explicarlo. (Sonríe.)

-¿Qué le hace sonreír?

-Nada, es decir, no alcanzo a explicar el sentido. No veo muy bien.

-¿Cuál es la raíz de la palabra patria?

-Es algo que hay que defender.

-¿Hasta qué edad ha estudiado usted?

-Hasta; & obtenido mi diploma; es todo.

-Entonces, usted sabe cuál es la raíz de la palabra patria... ¿Qué le hace sonreír?

-Estoy intentando buscar la raíz (mímica que evoca una actividad de la fantasía).

-¿Qué es lo que lo conmueve al buscarla?

¡No me conmueve, porque no la encuentro!

-Es patera eso quiere decir padre"

Sí.

-Usted no nos ha hablado.

-De mi padre?

-Sí.

[-No tengo nada que reprocharle.12](#)

-¿No tiene nada que reprocharle?

-Él se casó; no podía quedarse solo; si nos abandonó, es porque veía que las cosas no marchaban en la casa con su mujer; entonces se vio forzado; para que nos quedemos tranquilos, ha debido dejarnos (silencio).

-¿Qué es lo que iba a ver?

No veo nada.

-Usted está todo el tiempo a punto de ver un montón de cosas.

-No, no veo nada en absoluto.

-Bueno ¡veamos! Bueno, pues bien, ¿qué es lo que está viendo?

[Zdpdtos'3](#)

¿Cómo es eso?

(Largo silencio.)

-Yo no sé, yo no sé; como todo el mundo, yo no sé.

-Y, bien, intente saber, seguramente no es como todo el mundo; nadie es como todo el mundo...

-Existen los principios.

-¿Existen los principios?... «Existen los principios», ¿qué quiere decir?

Ky El es un poco severo.

¿Él es severo?

-Sí, no ahora; era severo cuando éramos jóvenes.

Él era severo, ¿por ejemplo?

-Por ejemplo, no quería verme nunca en la calle; si me encontraba debajo de casa, me regañaba o me pegaba; eso dependía.

-¿Lo regañaba o lo pegaba?

-Después de algunas advertencias, me hacía comprender que no quería vernos vagar por las calles; eso es todo.

-¿Por qué no quería verlos vagar por la calle?

-Era su manera de educarnos; no quería dejarnos vagar por la calle.

-¿Entonces es el único recuerdo que usted tiene de su padre, que era severo y que no quería dejarlo vagar por la calle?

-Es todo; era su manera de educarnos. Cuando salíamos juntos, nunca quería vernos solos por la calle.

-Salían juntos?

Íbamos al cine; nos llevaba el domingo; el sábado no quería verme solo, salir solo.

-¿Por qué?

-Era su manera de ser; yo no sé.

¿Qué es lo que está usted mirando ahí?

Nada en absoluto.

[-¿No había zapatos en frente?¹⁴](#)

[Yo miraba; no reflexionabais](#)

-Entonces, ¿qué es lo que piensa usted?

-Era su manera de educarnos; no quería dejarnos vagar por la calle.

-Sí, seguro; no quería que usted saliera solo..., además de que no quería verlo salir solo, y seguro que era su manera de educarlo, pero pienso que, en sus reflexiones, esto debía de hacerle pensar algo más.

-No, yo no sé, cuando uno es joven, en las calles, tener amigos, no sé, para él puede ser, es decir, según yo, es decir, según yo pienso que... para no tener malas compañías puede ser...

-¿Qué es lo que usted llama «malas compañías»?

-Yo no sé; cuando uno es joven, se pueden tener amigos que quizá puedan no estar bien educados, entonces...

-¿Desde qué punto de vista? ¿Cuál es el peligro? ¿o el riesgo?... ¿Qué acaba usted de pensar?

-El riesgo...

-¿Cuál es el riesgo en el cual acaba usted de pensar?

-Buscaba.

-No, usted ha pensado en ello.

-Busco; usted ha dicho: «« Cuál es el riesgo?»»

-¿No ha visto el riesgo desfilarse frente a sus ojos?

Ño.

¿Y ahora?

-Ño, no lo veo; no veo el riesgo.

-¡Usted no ve gran cosa! Por la forma en que usted habla, da la impresión de que no se da cuenta de lo que lo rodea

¿Si yo me doy cuenta?

-De lo que la gente piensa, del valor que eso tiene, de las ideas que usted tiene ahí arriba.

-Es timidez.

-¿Qué quiere decir eso?

-No soy; no tengo; no sé.

-La timidez; eso significa que usted no se atreve a decirme, a decirnos, lo que usted piensa.

-No es que no me atreva a decir, sino que no veo.

-Entonces, es decir, ¿que la timidez va más allá de no atreverse a hablar; llega hasta no atreverse a pensar frente a nosotros?... Solamente si usted no se atreve a pensar

frente a nosotros, usted debería tener dolores de cabeza. ¿Tiene usted dolores de cabeza?

-A veces; es raro.

-Es raro, ¿por dónde va eso?17 ¿Qué está usted a punto de pensar?

¡Los dolores de cabeza!

¿Y entonces?

-Quería ver la relación que hay, es decir, si yo no consigo pensar y tener dolores de cabeza: intento comprender.

-Quizá tenga usted otros dolores en lugar de dolores de cabeza.

-No, lo único que tengo es lo que le he dicho, esas crispaciones que tengo por la mañana18.

-¿Crispaciones?

-Que tengo en la caray que se atenúan hacia la tarde.

-Que se atenúan hacia la tarde.

-Por la mañana, cuando me despierto, no las tengo, pero, es decir, 10 minutos más tarde, eso depende, o sea, las tengo; comienza; lo noto enseguida; tengo los rasgos tensos.

-Es decir, ¿que usted se precipita hacia el espejo?

-No, me aseo y entonces me miro.

¿Es en el momento del aseo?

-No, a veces me levanto y no las tengo; comienzo hacer movimientos; me agacho; tomo mi brocha; eso depende; a veces me levanto y no las tengo; estoy relajado; a veces me levanto y tengo los rasgos tensos; entonces eso me... Estoy de mal humor; me hablan y apenas respondo.

-«Le hablan y ¿usted apenas responde?»

-Sí, respondo con un «sí» o un «no», o por movimientos de cabeza.

-Es decir, ¿usted hace con ellas -porque se trata de sus hermanas- como con nosotros?

-No, yo no hago como con ustedes, es decir, no tengo nada que decir y es por eso, o yo no encuentro la respuesta, es por eso que no digo nada.

-Entonces usted hace como con nosotros. Con nosotros, usted no tiene nada que decir o no responde.

-Con mis hermanas es otra cosa; cuando tengo estas crispaciones, estoy nervioso; entonces no me gusta que me hablen; a veces me hacen preguntas y respondo así; alzo la espalda'9.

¿Cómo son ellas?

-Son muy amables; son muy solícitas, y a mí no me gusta eso.

-Son muy solícitas y a usted no le gusta eso?

No, no me gusta; plantean preguntas; están siempre en los detalles, entonces...

-¿Por qué no le gusta eso?

-No sé.. Tengo la impresión; no sé; no me gusta así, que estén a los detalles.

-No le gusta que estén a los detalles; sin embargo, es agradable.

-A mí no me gusta.

0 -¿Por qué no le gusta algo que habitualmente es agradable?

Ño lo sé; es mi natural, queles así.

-Es su natural, seguro, pero hay razones.

-Siempre me he acostumbrado así.

-¿Usted se ha acostumbrado como?

-Ño lo sé, a estar rodeado de detalles, que estén siempre detrás de mí.

-¿Usted se ha acostumbrado a NO ESTAR rodeado de detalles?

-Sí.

-¿De qué época habla usted?

-És decir, hablo de antes de la muerte de mi madre20.

-Sí, ¿cómo ocurrió?

-Tengo cuatro hermanas; yo era el único varón; yo era siempre; yo no era el más mimado.

-Usted no era el más mimado.

-Todo el mundo pensaba que, siendo el único varón entre cuatro chicas, yo estaría mimado, pero no, al contrario, a mí me castigaban con más severidad que a mis hermanas.

-¿Por parte de quién?

-Por mi padre. Estaba acostumbrado; hacía tonterías, y entonces me regañaba; me pegaban²¹

Sí, pero yo, a mí se me ocurriría espontáneamente la idea de que, siendo el único varón, usted sería el más mimado por su madre.

-Por mi madre sí, hasta cierta edad.

-¿Hasta cierta edad?

-Quizá hasta los ocho o nueve años.

¿Qué es lo que le hace determinar esta edad?

-Es decir, nueve-diez años; me dieron mi certificado y después, es decir, ya no era un niño.

Sí, y entonces, no entiendo qué es lo que tiene que ver el certificado en esto.

-Ya no era un chiquillo; no sé.

-¿Ya no era un chiquillo? ¿Qué era entonces?

-Cuando era joven, mi madre me mimaba, de acuerdo; pero, después de cierta edad, seguro, era menos severa que mi padre; cada vez que era necesario que me pegaran, ella se oponía².

-¿En qué piensa ahora?

-Sobre lo que iba a decir, no veo por qué...

-¿Hum?

-Es todo, es todo lo que tenía que decir.

-No es mucho; esto se ha diluido; ¿qué ha pasado?

¡Nada en absoluto!

Entonces ¿no quiere ser usted el niño de sus hermanas?

-No tengo ya diez años para que me colmen de atenciones.

-¡Entonces es que usted es el padre puesto que ya no tiene diez años!23

-El padre, ellas tienen más edad que yo, es decir, ellas me piden consejos; si yo se los doy, si ellas me piden un consejo, yo les doy mi opinión; si ellas tienen que decidir algo, yo les doy mi opinión.

-Sí. ¿Es una de sus hermanas la que lo ha acompañado cuando usted ha venido a pedir cita?

-No, es mi novia.

¡Su novia!

-Sí.

-¿En qué piensa?

-Én nada, es decir, usted se ha extrañado; yo no sé. Le he dicho que es mi novia; no veo la razón24.

-Pues bien, intente verla.

-Yo tuve necesidad de...

¿Hum?

-Que tuve necesidad de otro cariño; pienso que puede ser lo que usted ha pensado; yo no sé.

-Es decir, ¿de otro cariño?

-Pienso que no es el casos.

-«Que tuve necesidad de otro cariño.» ¿Qué quiere usted decir?

No, no es el caso. No, yo no pienso que sea el caso.

-¿Cuál es el caso?

-Cuando llegué aquí, estaba solo; conocí una chica; permanecemos juntos, es todo.

-«Permanecemos juntos.» ¿Qué quiere decir?

-Permanecemos juntos; es decir, que no lo hemos dejado.

-Pero «juntos», «no lo hemos dejado»; ¿ella vive con usted?

-Sí.

-~Y con sus hermanas?

-Es decir, mis hermanas; es un piso que está en dos, que es muy grande; ellas viven al otro lado y yo estoy con ella.

-Cómo hacen con sus hermanas, por la mañana...

-Porque es el mismo piso.

-¿Su novia está allí también?

-Sí, está allí.

-¿Y qué piensan sus hermanas?

-Nada... Piensan, a ellas les gusta bastante. Yo pensaba que al comienzo ellas iban a encontrar esto un poco extraño, pero se lo han tomado bien. Cuando mi hermana estaba en la clínica, acudía siempre a su cabecera; le hacía recados; la quiere bastante.

-¿Hoy lo ha acompañado también su novia?

-No.

-¿Por qué lo acompañó la primera vez?

-Yo no conocía el pabellón; le pedí que viniera, es decir, le he pedido también; ella me lo ha propuesto; ella dijo: «Conozco el sitio; te voy a acompañar; a continuación vendrás tú solo. »

-Ella le había dicho, ¿es ella la que se lo dijo?

-Es decir, como ella había venido, es ella la que pidió una cita. Conocía el sitio y quería saber lo que era, porque yo le dije al doctor I que tenía aprensión por las inyecciones; me habían hablado de sesiones de psicoterapia; yo no sabía qué era eso; entonces, quizá ella vino por curiosidad; no sé.

-No veo la relación: es a usted a quien no le gustan las inyecciones, ¿y dice usted que ella ha venido por curiosidad?

Sí, puede ser saber que son las sesiones de psicoterapia... Yo fui a ver al doctor I; él había aconsejado inyecciones y, cada vez que me ponían una inyección, yo perdía el conocimiento. He intentado extracciones de sangre, pero perdía el conocimiento, y el doctor me dijo: «Hay que detener esto. » Creía que esto procedía de una falta de calcio; me pusieron inyecciones; la primera vez perdí el conocimiento, la segunda no sentí nada, pero después sentí calor; después me desvanecí; me aconsejaron parar. Tenía miedo de que me pusieran más inyecciones.

-Y, entonces, ¿es por eso por lo que ha venido?

-No, yo no lo creo; quizá quería acompañarme; puede ser que viera que me daba miedo venir; quizá quería animarme²⁷.

-¿En qué piensa usted ahora?

¡En lo que acabo de decir!

¿Cómo se presenta en su espíritu?

-Son palabras, no imágenes, nada en absoluto²⁸.

-Como usted ha observado, ¿cuánto mira usted sus dedos?

-Es decir, es algo nervioso; no lo sé.

-Y usted ha observado que, desde que se lo he dicho, usted los ha ordenado.

-Sí, lo he observado.

-¿Por qué mira usted sus dedos en lugar de mirarme, por ejemplo?

No me atrevo a mirarlo a la cara²⁹.

-¿Usted no se atreve a mirarme a la cara?

-Es decir, no; me siento violento.

-Sí, ¿por qué?

1,1 1 -Es una forma de timidez.

-Es una forma de timidez, sí, seguro... ¿En qué piensa ahora?

-En nada.

-¿Ha visto lo que acaba de hacer?

-Íle cruzado los brazos y lo he mirado.

-Sí, usted me ha mirado y ha ocultado sus manos al mismo tiempo. ¿Qué le hace sonreír así? ¡Usted sonríe, muy, muy frecuentemente!

-No sé; siempre sonrío.

[-¿Y por qué sonríe siempre?30](#)

-No lo sé.

-Tiene intención de casarse?

Sí.

-¿Para cuándo?

-Es decir, estoy esperando; debo hacer los papeles; espero; no he sacado mi carné de identidad; espero regularizar mi situación.

[-¿Cómo va su vida sexual?31](#)

-Es decir, últimamente no me dice nada.

-¿No le dice nada?... ¿Últimamente no le dice nada?

-Hace un mes, un mes y medio.

-¿Qué le hace decir eso?

Me desperté una mañana, tenía algo, fui a ver al doctor, me dijo, me analizó, y me dijo que quizá fuera nervioso.

-¿Y usted qué habíalcreído que era?

-Quizá una blenorragia; creía que era eso, pero me extrañó porque no había tenido relaciones desde hacía unos veinte días y fui a ver al doctor y no era eso.

-Así pues hace un mes y medio que usted no había tenido relaciones desde hacía veinte días.

-No, es decir, hace mes y medio; eso quiere decir que no he tenido relaciones; sí las he tenido, solamente que ya no es como antes.

-¿Es decir?

-No sé.

[-¿Cuánto tiempo hace que tiene esa crispación?32](#)

-Desde julio del 58.

-¿Qué le hace decir desde julio del 58?

El año pasado, me acuerdo, fui a ver al doctor al hospital; comenzó en julio.

[-¿Qué le hace decir julio?33](#)

-Era hacia la época del 14 de julio, me acuerdo; me había despertado un domingo por la mañana; había dormido bien y por la mañana me levanté; sentía que me tiraba; no sabía qué era, y después todos los días; entonces decidí ir a ver al doctor; tomaba Aspro. Cuando tomaba Aspro, eso me calmaba.

-Sí, ¿quién estaba en la casa en ese momento?

-Nadie. Vivía con un amigo en una habitación de hotel.

-¿Usted vivía con un amigo en una habitación de hotel? ¿Cuánto tiempo hacía que estaba aquí?

-Desde hacía dos meses.

-¿Y ninguna de sus hermanas estaba entonces aquí?

-No, ninguna.

-¿Y su novia?

-Todavía no la conocía.

-¿Usted la conoció cuando ya tenía eso (designando el síntoma por medio de una mímica)?

-La conocí una semana después, quizá.

-¿Una semana después de qué?

-Hacia el 7 de julio del 58, la semana después de que tuve esa crispación.

¿Y antes nunca la había visto?

Ño, no: sí, la había visto; nos habíamos encontrado con un amigo, ¡así!

-¿En qué condiciones se habían encontrado?

-En el restaurante. Nos encontramos y hablamos.

-¿Quién estaba?

-Éstábamos un amigo y yo y la chica; habíamos hablado y después nos fuimos; no pensé más; un domingo me la encontré por casualidad.

-¿Había pasado mucho tiempo desde que se encontraron en el restaurante?

-Fue unos quince días antes.

-¿Era una amiga de su compañero?

-No, no.

-¿Habían llegado los tres juntos, o cada uno por su lado?

-Habíamos llegado al restaurante; ya no había mesa; como ya no había mesa, nos encontramos los tres, hablamos y...

¿Y?

-Nos conocimos así. Después nos separamos.

-¿Sin citarse para otro día?

Ño.

-¿Por qué?

-No lo pensé, es decir, habíamos charlado agradablemente y nos separamos.

-Y, cuando le ocurrió eso (misma mímica), ¿pensó en ello en ese momento?

-No.

-Y sin embargo había una diferencia; la primera vez no quedaron para otro día ¿y la segunda vez?

-La segunda vez la encontré por casualidad en el metro.

-¿Como la primera vez, en suma?

-Sí, salíamos juntos; creo que fue el domingo.

-¿El domingo en que se despertó teniendo eso es el día en que se encontraron la segunda vez?

-Sí, debía ir a ver a alguien por lo de mi pasaporte; quería hacerme un pasaporte francés; no lo encontré; al volver, tomé el metro; nos encontramos.

-¿Antes no había tenido eso?

-Es decir, en Israeh una vez no me dio muy fuerte como ahora, ligeramente; me levanté un día y tenía la cara un poco tensa, pero dos días después desapareció. Entonces creí que era porque había estado mal del estómago; tenía una ligera dilatación; pienso que debía de haber una relación.

-Una relación, ¿con qué?

-Con mi estómago, con la digestión.

-¿Una relación entre qué y _el estómago?

-Entre las crispaciones que tenía en la cara...

[-A su entender, ¿las crispaciones qué son? Usted ha hablado de un nervio, después de un músculo³⁴.](#)

-Es decir, yo no sé cómo explicarlo; me levanto por la mañana; tengo los rasgos estirados; a veces están tan estirados; se ve claramente que tengo los rasgos estirados. A veces estoy tenso; si se quiere, a veces estoy muy distendido.

-Esa es su idea actual, pero querría saber cuál era su idea al comienzo. No era cuestión de rasgos, era al costado de la cara.

-No, de los dos lados. Comienza desde aquí (designa los pliegues nasogénicos); a veces sentía desde aquí hasta abajo algo que tiraba así; incluso si quería relajarme, no podía, tenía los rasgos muy tensos; a veces tomaba dos Aspro; una hora después se me pasaba, como en media hora, no hasta la tarde; como a la tarde se atenúa generalmente; entonces yo estaba relajado un poco durante el día, pero no era así.

-Se atenúa hacia la tarde. ¿En qué momento?

-Es decir, como a las 6o las 7.

-¿Qué hacía usted en ese momento?

-Salía de mi trabajo y quedaba con los amigos, charlábamos y volvía a casa.

-¿Y, cuando estaba usted en casa, después?

justamente cuando me hablan o me hacen preguntas a veces, cuando estoy relajado, pero, si estoy nervioso cuando me hacen preguntas, que no puedo responder, y que insisten, me vuelve a ocurrir eso. Cada vez que estoy contrariado, eso vuelve a la cara así y, cuando estoy con los amigos, no le presto atención; hablamos³⁵.

-¿Le fastidia tener novia?

-Un poco.

¿En qué?

-Es decir, me había gustado ya una chica en Israel y quedé decepcionado y después ya no me gustó ninguna.

-¿Quedó decepcionado?

-Sí, me gustó una chica en Israel,- era la primera vez que me gustaba; quedé decepcionado; lo dejamos; después, incluso estoy de novio, pero no tengo... No es amor.

-¿Por qué rompió en Israel?

-Es decir, éramos un grupo de amigos y después, cuando conocí a esa chica, ya no iba más a las reuniones; con frecuencia estaba...

-No he comprendido bien.

-Éramos un grupo; formábamos parte de un club; cantábamos y, al partir, habíamos decidido seguir siempre juntos y, cuando conocí a esta chica, ella no quería que fuera

con los amigos; estaba siempre con ella; ya casi no nos veíamos y cada vez me decía: «A causa de una chica [nos has dejado caer](#); [en fin llegaron a separarnos; contaron cosas, en fin...36](#)

-¡Llegaron a separarlos!

Sí.

-¿Cuál es su trabajo?

-Llevo la contabilidad.

[-¿Y qué le gustaría hacer?37](#)

-No, me gusta mi trabajo.

-¿Le gusta su trabajo?

Al comienzo tenía algunas dificultades. Al empezar a tener estas crispaciones, cuando trabajaba, hacía mi trabajo con dificultad; era un poco difícil para mí, pero nunca me han reprochado nada; no ha habido ningún error; siempre he hecho bien mi trabajo.

-Y, para distraerse, ¿qué es lo que le gusta?

-Voy al cine, a algún espectáculo, a bailar de vez en cuando.

-¡Usted va a bailar!

-Sí, de vez en cuando.

-¿Adónde?

-Con mis amigos, al baile; es raro; voy raramente a bailar; más bien voy a algún espectáculo y al cine.

-¿Le gusta el flamenco?

-No, no mucho.

¿No?

No, no, es decir, me gusta, es decir, no me gusta mucho, no me vuelve loco.

-¿Por qué piensa que le he planteado esta pregunta?

Por qué me gusta el flamenco?

Sí.

-Puede ser.

-¡Usted acaba de decir por qué me gusta el flamenco!

-Usted me ha planteado la pregunta de por qué me gusta el flamenco, por qué, por qué razón, es decir, por qué razón usted me ha planteado la pregunta, usted me ha planteado esta pregunta, no sé, como me habría planteado otra cosa.

-¿Piensa que le planteo las preguntas al azar?

-Puede ser porque yo soy moreno, porque puedo ser de tipo español.

-Algo más que eso. Toda la forma de la que es de la cabeza a los pies.

-Puede ser.

-¿Puede ser?

¡Los zapatos! (sonriendo).

-¡También! ¿En qué piensa?

-En nada, lo que usted me dice.

-¿Qué es lo que piensa? ¡Vamos!

-V lo veo; son las únicas razones que le puedo dar.

-¿Las únicas razones?

A la pregunta que usted ha planteado!

-¿Qué pregunta le he planteado?

-Si me gusta el flamenco.

-Usted ha destacado: esto no va nunca muy lejos; yo le planteo preguntas y usted dice un cierto número de cosas más o menos liadas y esto no va muy lejos... Ahora nos va a contar un sueño que haya tenido"8.

Un sueño reciente?

-El primero que se le ocurra.

-Soñé ayer por la tarde con mi madre; estaba enferma; después yo sabía que había dado a luz una niña. Yo tenía una hermanita que se llamaba Lili que murió. En el sueño yo estaba de viaje; volví y pregunté: «¿Lili ha muerto?» Ella estaba enferma; yo sabía que iba a morir también. Es todo. Esta hermana pequeña que perdí fue un poco por mi culpa; tenía cinco años; fue un año después de la muerte de mi madre; se levantó una noche; temblaba; ella decía: «Voy a morir», un viernes. Yo sabía que ella tenía siempre miedo en la casa; se le decía que en la casa había ladrones; ella se levantó; yo había creído que temblaba porque tenía miedo como de costumbre; la acompañé; ella decía: «Voy a morir esta noche»; entonces tuve un poco..., es decir, yo la empujé, y le dije. «Ven a acostarte. » Por la mañana estaba muerta. Entonces eso me hizo algo; no se lo había dicho a mi padre; si lo hubiera sabido, los habría despertado; era una meningitis súbita lo que tuvo³⁹.

-¿Qué edad tenía usted?

-Catorce años.

-¿Y usted se acuerda?

-Sí.

-¿De qué, en todo caso?

-be esa noche, que se levantó; yo la acompañaba, que me había dicho que se iba a morir; yo la empuja un poco creyendo que tenía miedo.

-¿Se acuerda usted de ella muerta?

-Sí.

-¿De qué?

-Cuando fui a verla, la habían llevado de urgencia al hospital; se murió por la noche; por la mañana fui a verla; estaba en una sala en el suelo ¡recubierta por un paño!

-¿Recubierta por un paño? ¿Usted no la vio?

-Levanté el paño.

-Usted levantó el paño, ¿para ver qué?

¡Su cabeza!

¿Su cabeza?

¡Estaba azula (la crispación aparece muy visible a nivel de los pliegues nasogénicos)40

-¿Qué acaba de ver?

-Es decir, veo; me acuerdo del día que estuve.

-Usted se acuerda cómo era su cabeza.

-Sí, vagamente, es decir, ella estaba completamente azul; tenía los ojos abiertos; estaba completamente rígida; estaba derecha; pensaba que hacía falta, que hacía falta que advirtiera a mi padre; yo no lo hice; tenía remordimientos; a veces me acuerdo...

-¿Qué acaba usted de pensar?

-Es todo, en lo que acabo de decir.

-¿En lo que acaba de decir? ¿Cómo lo ha pasado desde que está con nosotros?41

-Tengo calor, es decir, estoy un poco, es decir, no pensaba en mis crispaciones.

-¿No pensaba en sus crispaciones?

Ño.

-Entonces tiene calor. ¿Qué es lo que le hace decir eso?

-Hace calor; no sé.

-¿El transcurso de esto ha sido placentero o displacentero?

¡Placentero!

¿Ha transcurrido de forma placentera?

Sí.

-¿Desde el comienzo?

-Es decir, ¡salvo cuando no sabía qué responder!

-Pero, para usted, el sentimiento general sobre esto ¿es un sentimiento de placer?

-Ya no es de displacer.

-Le voy a pedir que espere un poco.

COMENTARIO

A despecho del carácter flotante, confuso e incluso un poco caótico del discurso de Robert B., la entrevista destaca por la facilidad de su desarrollo, su accesibilidad a la comprensión y la claridad de su estructuración espontánea. Lo borroso aparente de la expresión puede ser imputable a varias causas: la multiplicidad, la mezcla de los planos de organización defensiva, el rechazo de las representaciones, la entremezcla de las referencias cronológicas; en fin, el paso frecuente demasiado fácil de una relación transferencial a un orden histórico extratransferencial. Por el contrario, la transparencia de la investigación se relaciona con dos aspectos esenciales de la disposición conflictiva: por una parte, está su carácter traumático y la respuesta conversiva y, por otra parte, su situación en la problemática edípica que tiene como recursos mayores la homosexualidad y el sadomasoquismo. Por lo demás, la relación, en su monotonía y su invariabilidad, no alcanzará en ningún momento un nivel de flexibilidad genital.

La transferencia se establece y se desarrolla por lo demás según la búsqueda preferente de una relación homosexual puramente masoquista. Todo conato de toma de consciencia u otras posibilidades de implicación en la relación provoca infaliblemente en Robert B. un repliegue hacia su sistema de elección. Excepcionalmente, sin embargo, usa un recurso directo a la sintomatología, al que también puede referirse verbalmente. En la transferencia, los mecanismos de defensa y las resistencias se sitúan en tres planos: el de la sintomatología, tal como acaba de ser encarada; el del comportamiento, que ilustran en particular las numerosas manifestaciones sensorio-motrices señaladas en el curso del examen; el de una indisponibilidad de la actividad mental y de su material.

En estas condiciones, el investigador se encuentra conducido rápidamente a formar parte de un sistema de represión y una carencia funcional de la actividad de la fantasía. En las psicosis, la discusión de esta cuestión es concebible, sin duda, aunque desemboque, a fin de cuentas, en un no lugar: en efecto, el fenómeno aquí no responde a una desinvestidura de representaciones cargadas de sentido simbólico, sino a una verdadera sideración arcaica de una parte del proceso elaborador de funciones de representación, sideración que tiene, en el plano económico, un valor diferente del de la represión. No es necesario decir que, si encaramos las formas más fundamentales de psicosis, no descuidamos, por eso, las psicosis traumáticas, muy frecuentes, en las que la discusión se dirige a la degradación del valor funcional de una actividad de representación que ha podido existir anteriormente.

En el caso presente, habríamos podido creer durante un cierto tiempo en una carencia funcional de estas actividades de representación, pero, en la exploración

sistemática de la segunda parte de la entrevista que ha permitido hacer surgir el sentido del síntoma confiriéndole al mismo tiempo su valor conversivo, este enfermo se ha encontrado en el marco de los que llamamos de buen grado «borderlines psicosomáticos», con la connotación particular de la conversión histérica. De suerte que en último lugar en su caso se nos impone una auténtica represión.

Desde el punto de vista de la evolución transferencial, la relación se ha mantenido en el conjunto de una distancia bien contrastada y sostenida por una inercia muy sensible - mientras que el enfermo ha podido recurrir sucesivamente a mecanismos defensivos de diferente naturaleza-. En sucesivos empujes, no obstante, se ha podido notar su refuerzo: en cada evocación de la situación edípica, en cada simulación de su homosexualidad pasiva masoquista y finalmente en el momento de la emergencia del sentido de su síntoma.

En el conjunto, el progreso de la entrevista produce la sensación de una lenta y laboriosa erosión hasta el descubrimiento de ese nudo psicosomático que ha constituido la aparición de las crispaciones, paralelamente a la máscara de la hermana muerta. Pero, si la correlación se ha manifestado con evidencia, solamente ha sido para nosotros, mientras que el enfermo solo ha podido vivirla como una reviviscencia de su síntoma, coexistiendo con su emoción, sin que una y otra sean relacionadas en una toma de conciencia.

X la luz de estas observaciones, los movimientos y la manipulación contratransferencial se comprenderán con claridad. En primer lugar, concebimos que, en razón de la inercia general del paciente y de sus huidas sensorio-motoras (siempre está dispuesto a ausentarse), el investigador ha tenido que reanimar el diálogo, a riesgo de implicarse en las defensas del paciente. Se trata de una posición naturalmente excluida de la técnica terapéutica, pero a veces es necesaria a nivel de la investigación o, durante un tiempo muy limitado, puede traer, sin embargo, sus frutos, gracias a la naturaleza y a la variedad de recursos defensivos puestos en juego. Aquí el investigador ha tenido bastante pronto el sentimiento de una gran libertad de maniobra. Es así que ha podido permitirse ciertas actitudes contratransferenciales espontáneas que podrían parecer excesivas en el primer abordaje, pero, retrospectivamente, se revelan fundadas. Queremos hablar especialmente de una dramatización libre de la situación relacional, principalmente en el marco del sadomasoquismo homosexual. La organización del fin de la entrevista se desarrolla más rápidamente de lo que es habitual: por una parte, en razón de los ricos recursos defensivos de este enfermo que, estando próximo a una estructura neurótica, no impone ninguna precaución especial y, por otra parte, porque podíamos darnos por contentos con la sola expresión de una nota transferencial finalmente positiva. Era nuestro deber, para no favorecer una elaboración defensiva en torno a la reminiscencia onírica, dejando, no obstante, estas posibilidades de abreacción solamente cerca de la conciencia, a fin de no obstaculizar e incluso favorecer la psicoterapia ulterior indicada.

Tanto en los diversos datos que nos permiten hacernos una imagen de la vida habitual de Robert B. como en la vivencia transferencia) que acabamos de estudiar, encontramos la misma inmadurez, el mismo infantilismo básico. Igualmente nos ha sorprendido la gran intensidad de la represión, a la que sin duda hay que atribuir esta impresión de que el sujeto vive de alguna manera al margen de sí mismo. Nada lo muestra mejor que su implicación profesional, que no ha dejado de sorprender al investigador.

Su existencia cotidiana permanece constantemente encerrada en el círculo familiar: vive con sus hermanas y, pronto, incluye a su novia dando a sus relaciones con ella cada vez más un estilo idéntico. Esto va a la par con una disminución progresiva de su vida sexual, que no ha podido mantener largo tiempo en el plano genital, mientras que su elección homosexual profunda aflora.

Bien entendido, en la vida habitual de Robert B. encontramos los mismos movimientos defensivos que los que se han manifestado en el curso de la investigación. Al comienzo, recordamos la frecuencia con que recurre a la sintomatología conversiva (casi cada mañana), que, por otra parte, le sirve de objeto de cristalización hipocondríaca. Igualmente le hemos visto utilizar su seudoblenorragia en un sentido análogo. Estas manifestaciones de tipo hipocondríaco pertenecen más a un plano de comportamiento que al de una manipulación y a una elaboración de orden mental. Es una tendencia que por lo demás no hace más que inscribirse en el cuadro general de una restricción de actividades mentales de representación.

En lo que podemos captar de los elementos cotidianos de su existencia, encontramos esencialmente conductas, comportamientos, actitudes, un hábito... pero pocas expresiones verbalizadas de afectos que estén soportados por una verdadera actividad de la fantasía, e incluso aún menos de una recuperación conceptual. Nada extraño, ya que es la elección de su vestimenta, los caracteres posturales y mímicos, el ritmo propio de su discurso que han aparecido al investigador como muy cargados de expresión a lo largo de toda la entrevista, mientras que los elementos habitualmente más significativos -contenido del lenguaje y afectos que se transparentan en ello- eran relativamente empobrecidos.

Los lineamientos de la historia conflictiva de Robert B. tal y como aparece al principio en la entrevista incitan a situar el problema en el plano edípico. Hermanas, madre, madrastra y novia se presentan como centros de organización a partir de los cuales se construye el cuadro clínico. El elemento destacable es un contraste entre la profusión de informaciones anamnésicas relativas a las dificultades edípicas y a la defensa homosexual y la penuria de referencias relativas a los basamentos conflictivos pregenitales. A pesar de la pobreza de los datos biográficos, el estilo de la relación transferencial, la marcha del personaje, la calidad del síntoma mayor y los mecanismos de defensa, su enraizamiento y su permanencia y, sobre todo, la perseverancia del sadomasoquismo tanto en las relaciones homosexuales como en las heterosexuales son

suficientes para hacernos sospechar de la importancia de los elementos conflictivos arcaicos ocultos y, por consiguiente, invitar a reservar el pronóstico. En este caso, la riqueza fenomenológica de los datos constituye finalmente una sólida línea de resistencia, que se manifiesta también en la anteposición casi inmediata (insólita en otro contexto) del conflicto edípico más que de sus defensas.

El sistema general de conducta de Robert B. ha consistido en una oscilación constante entre intentos de acercamiento heterosexuales y homosexuales. Así, ya huyó de su madrastra evitando quedarse en casa; después lo hemos visto huir de Marruecos para encontrar en la «patria» de Israel, en el seno de una comunidad de hombres, una protección apuntalada en una especie de pacto. Pronto, esta relación se rompe en beneficio de una relación amorosa con una primera joven, que abandona a su vez para recuperar a sus compañeros. Es en un movimiento análogo que abandona Israel para reanudar en Francia una nueva relación heterosexual, que, esta vez, parece más estable, pero los síntomas que estaban latentes estallan, mientras que se manifiesta netamente una desinvestidura genital.

Desde el comienzo de la entrevista, Robert B. ha puesto el acento sobre las relaciones con sus hermanas, para establecer enseguida relaciones de equivalencia entre ellas y su madrastra, después su madre (véanse notas 9 y 20). Lo que se percibe en relación con su novia actual -que lo acompaña por todas partes- no hace más que confirmar el carácter unívoco, repetitivo de todas sus relaciones con las mujeres, todas vividas por él como sustitutos maternos, y con las que siempre tiende a orientar los intercambios en un clima edípico en el que, como hemos visto, se acumulan las dificultades. Por otra parte, sus relaciones con su padre se han revelado siempre como problemáticas: en ningún momento parece haber sido capaz de beneficiarse de un aporte homosexual estructurante. Las cosas han ido igual con sus amigos durante su tentativa de emigración a Israel, donde se ha podido observar claramente la precariedad de su investidura homosexual.

A despecho de la existencia de un cierto sadomasoquismo en sus relaciones femeninas y de ciertas disposiciones homosexuales, sus defensas edípicas presentan un indiscutible defecto de estructuración, que sugiere la existencia de conflictos profundos subyacentes. Entre estos, el traumatismo por la muerte de su hermana ocupa seguramente un lugar importante, pero verosíblemente no representa más que un relevo. Muchos pasajes del relato, su atmósfera en ciertos momentos, hacen pensar, en efecto, en reviviscencias disfrazadas de la escena primaria.

Hay que considerar la inercia, la atonía, la pasividad de Robert B. tanto durante la entrevista como en el curso de toda su vida; los elementos que acaban de ser puestos en evidencia se ordenan en un conjunto significativo: se puede pensar que el destino del sujeto ha sido determinado por la importancia de las fijaciones orales, mientras que se siente un defecto marcado del dominio anal.

No es necesario decir que las cuestiones planteadas por este enfermo, especialmente en lo que concierne a la distribución de su sintomatología, pudieran ser vistas como suficientemente esclarecidas o lo serían, si dispusiéramos de informaciones más ricas. El defecto está en la singularidad de la situación nosográfica de este caso, que se encuentra en un nivel conversivo próximo, al mismo tiempo, a ciertas psicosis superficiales y a ciertas estructuraciones histero-fóbicas pregenitales.

En este enfermo existe una paradoja cierta, porque, por una parte, dispone de defensas múltiples, pero, por otra parte, cada sistema se revela en sí mismo frágil y lábil. En el plano mental, seguramente hay posibilidades fantasmáticas, de las que dan testimonio especialmente el sueño, pero aparecen mal organizadas, poco estructuradas y constantemente minadas y amenazadas por la represión. La elaboración intelectual es indigente, sujeta a verdaderas caídas; jamás, en lo que tocan a las tendencias hipocondríacas por ejemplo, da lugar a desarrollos y a articulaciones complejas. En cuanto al plano sensorio-motor, hemos visto que el enfermo se refugia con frecuencia, pero no se trata más que de maniobras de urgencia, a corto plazo. Sería más bien en el orden de las defensas de comportamiento donde encuentra durante largo tiempo recursos eficaces, pero, a partir del momento en que las circunstancias exteriores se hacen inasimilables, hemos visto que los pierde muy deprisa, como es su costumbre. Si bien es en la sintomatología somática donde se ha visto constreñido a confinarse, encontrando ahí una plataforma segura al menos. Así, la multiplicidad de recursos asociada al bastión conversivo confieren al caso un aspecto de seguridad y de relativa solidez; en este sentido no hay lugar a temer la aparición de movimientos regresivos más profundos, ya sea en la dirección psicótica, o en la somática. Por lo demás es esta impresión la que ha autorizado una gran libertad contratransferencial. Pero, precisamente, este enfermo parece tan firmemente establecido sobre su última línea de defensa que se presenta la dificultad de hacerle iniciar una movilización en el sentido favorable, tanto más cuanto los beneficios secundarios están lejos de poder descuidarse. Tampoco se debe contar con una mejoría espontánea, excepto en el caso el que pudiera establecer nuevas defensas de comportamiento, en favor de una modificación del entorno. Desde el punto de vista terapéutico, se podría encarar la acción brutal, de tipo farádico, por ejemplo. Pero tal terapéutica no iría en favor de la personalidad profunda del enfermo, que sabemos bastante perturbado; por otra parte, solo tendría resultados efímeros, y las exigencias energéticas harían investir enseguida nuevas formaciones sintomáticas. También el tratamiento solo puede ser visto en el ángulo de una acción psicoterapéutica o psicoanalítica clásica. Este último permanecerá como la terapia más lógica y más indicada, aunque se puedan prever numerosas dificultades debidas a las débiles capacidades para la captación, al peso persistente de la represión, a la intensidad probable de la neurosis de transferencia, a los acting-out y a las nuevas conversiones posibles, sin olvidar finalmente los beneficios secundarios.

Conclusión

La naturaleza y la concepción mismas de esta obra son, como esperamos, la imagen de la manera de funcionar que adoptamos en nuestra búsqueda psicosomática. En efecto, a nuestros ojos existe un paralelismo entre las etapas de esta búsqueda y la organización de este libro. En nuestra introducción hemos querido arrojar luz sobre las condiciones requeridas para la constitución, la emergencia y la captación del objeto psicosomático; es la parte preliminar y casi catártica de nuestro trabajo, así como el reflejo de las exigencias críticas iniciales que, a nuestro entender, el psicosomatólogo debe tener siempre en cuenta. Para esto nos hemos esforzado en presentar al lector un material tan próximo como sea posible del dato clínico, para familiarizarlo con el primer estadio del trabajo. Los comentarios a pie de página representan un nuevo momento, en el que lo que se ha encontrado intuitivamente, aprehendido y cumplido, a veces fallado, es recuperado, paso a paso, y vuelto más explícito. Adoptando la actitud más reflexiva, nos esforzamos en discernir los elementos más significativos y también ciertas reglas técnicas. A continuación, nuestros comentarios finales acusan un poco más de distancia y proponen una estructuración más sintética al mismo tiempo que una elaboración conceptual, sin que se pierda contacto con la realidad clínica. Solamente en este estadio de la búsqueda tenemos base para definir ciertas características dominantes y toda una problemática.

Sin duda, el trabajo que presentamos se diferencia a veces de esta progresión ideal, pero siempre ha jugado, a la manera de un vector, para reorientarlo en todo momento. Además, es innegable que la concepción de la investigación psicosomática que se desprende de ello lleva la marca de factores individuales. Esta causa de eventuales inflexiones no podría impedir, según nosotros, la aprehensión de la orientación específica de la psicosomática, orientación cuyo sentimiento intuitivo sirve útilmente de refugio.

Si la investigación, y los comentarios a los que da lugar deben retener, como hemos afirmado constantemente, particularmente la atención, no es solamente en razón de su evidente cariz propedéutico en relación con el desarrollo de una disciplina nueva, sino igualmente porque este primer tiempo natural de contacto con el enfermo reviste un valor singular. En efecto, al estar este destinado solo raramente a seguir una cura psicoanalítica ulterior, su examen inicial constituye una fuente preciosa y a veces exclusiva de información y de búsqueda, tanto más preciosa, por otra parte, por cuanto con frecuencia los imperativos terapéuticos reducen el valor documental de las enseñanzas de la terapia.

Por otra parte, es importante poseer un suficiente dominio de la técnica de la investigación, dado que el problema vital a veces se puede plantear de golpe en ciertos enfermos graves y que, de una general, los riesgos de provocar un estado traumático son mayores en sujetos habitualmente más o menos desprovistos en lo que concierne a la eficacia de sus sistemas mentales de defensa y de adaptación.

Las seis observaciones que se ha podido leer no constituyen, volvámoslo a decir, una imagen, incluso esquemática, de todo el abanico patológico psicosomático. Nuestro propósito era otro. La selección que hemos operado entre nuestros enfermos ha sido guiada por el cuidado dominante de ofrecer una visión suficientemente amplia -aunque necesariamente incompleta- sobre el campo psicosomático. El orden de las observaciones refleja por otra parte la intención de presentar una especie de ciclo, partiendo de los confines de la patología psicoanalítica clásica, para volver finalmente, pasando por diversos estados, a las más características estructuras psicosomáticas.

Hemos elegido para nuestra primera observación la de una cefalálgica, Adèle G, cercana a una neurosis mental. Recordemos en qué medida la organización de su personalidad, más allá de una sintomatología álgica, era próxima a la de una estructura histerofóbica. A continuación en el caso de Gisèle W, la neurosis estaba esencialmente imbricada en el comportamiento, en íntima asociación con un disfuncionamiento somático más acentuado, más profundo, y afectando a la esfera endocrina. En Eugène E., el cuadro clínico estaba dominado por crisis motrices, mientras que nuestra atención se encontraba particularmente retenida por el afloramiento espectacular del inconsciente a nivel del comportamiento como al de la expresión verbal bruta. Toda aproximación un poco viva de los conflictos -nos acordamos de ello- suscitaba un movimiento regresivo que acarreaba por sí mismo perturbaciones funcionales diversas. Nos vimos conducidos a insertar la investigación: la poliartritis crónica evolutiva (Lucie H., cuarto caso) y la coronaritis (Gilbert C., quinto caso). Lucie H. nos produce el sentimiento embargador de una especie de inmovilización progresiva, véase de petrificación, marcando toda su vida afectiva, su comportamiento y, probablemente, esferas situadas a continuación de la vida de relación. Es en Gilbert C. donde el mecanismo que hemos llamado reduplicación proyectiva quizá era más claro. Hemos guardado en la memoria la compartimentación de su pensamiento, la limitación en la expresión verbal de los afectos, la separación completa del sujeto con su inconsciente. Nuestra sexta enferma, Juliette E, ocupa un lugar un poco aparte. Esta migrañosa, con su avidez de fusión objetal y el rico entramado de sus defensas, daba una imagen característica de la organización psicosomática de las grandes alergias espontáneas. Nuestro ciclo se acaba en una neurosis de conversión, la de Robert B., en el que una sintomatología con valor simbólico iba a la par con la incapacidad de captar el sentido de representaciones prestas a emerger en la conciencia.

De nuestro trabajo se desprende que la cualidad de psicoanalista constituye una exigencia absoluta tanto en las investigaciones diagnósticas mismas como en la búsqueda en materia de Psicosomática. Sin duda hay otros, incluso sin hablar de aquellos para los que el problema psicosomático no se plantea, que permanecen fuera de la perspectiva psicoanalítica y de los que pueden ser aprovechables algunas de sus aportaciones. Pero está fuera de duda que los trabajos que, desde el comienzo, no tienen en cuenta la importancia de los problemas que provoca de golpe la posición del investigador, las interrelaciones afectivas entre el enfermo y él, los movimientos inconscientes en uno y

otro, la calidad y el papel de las investiduras energéticas, solo pueden quedarse cortos, y tarde o temprano traicionar la especificidad del dato clínico. A decir verdad la concepción psicosomática se encuentra necesariamente empobrecida o, incluso, radicalmente alterada. En efecto, ¿cómo imaginar un abordaje adecuado del hombre enfermo eludiendo todos estos elementos primordiales?

Los enfermos psicosomáticos, es un hecho, desarrollan con frecuencia un sistema de relación de una aparente simplicidad que puede incitar, como la perspectiva médica clásica hace constantemente, a desconocer su sentido propio. Por el contrario, para apprehenderlo, hay que prestar tanta más atención a esta modalidad relacional, en tanto que considerarlo aisladamente parece más neutro y más pobre. El material afectivo a veces puede parecer casi inexistente, especialmente cuando predomina la reduplicación proyectiva. A fin de no dejarse arrastrar hacia una esquematización errónea o a conclusiones precipitadas, el investigador tiene que tener atención a las más vagas alusiones, a las menores asociaciones, a las menores reacciones, a las menores reacciones cuantitativas o cualitativas de la producción verbal, al ritmo mismo del discurso y a su contexto fisiológico, respiratorio y motor en particular, manifestaciones todas que traducen modulaciones transferenciales.

Es decir, que, para apreciar el vínculo entre la configuración «psicosomatodinámica» inconsciente del caso y las fuentes de tensión, tanto en el marco de la entrevista como en el de la vida exterior, es necesario estar entrenado para detectar, tanto en una situación aparentemente banal, tanto detrás de una idiosincrasia particularmente desconcertante o inaccesible, lo que encierran de sentido oculto y como congelado las manifestaciones inapreciables más o menos ampliamente implicadas en un disfuncionamiento somático. El inconsciente aparece aquí encadenado, aislado, esquivo.

Al permanecer ciego a las modalidades originarias de afloramiento del Ello, en el psicosomático nos exponemos de entrada a no comprender los problemas en cuestión, y a continuación a provocar involuntariamente y, sin saberlo, una sobrecarga funcional, a veces muy peligrosa ya que corre el riesgo de ir en el sentido de la «vocación» mórbida del paciente.

El conocimiento profundo y el manejo familiar del análisis clásico son necesarios para una apreciación global y rigurosa de las investiduras energéticas del enfermo. Es una tarea penosa ya que la pobreza de la expresión verbal hace casi imposible el discriminar entre cualidad libidinal y cualidad agresiva de las investiduras. Una vez que la teoría psicosomática ha llegado a un mayor grado de elaboración, podremos esperar, sin duda, más luz sobre este tema tan importante.

Los sistemas y los mecanismos de investidura energética deben ser reconocidos a medida que avanza el curso de la entrevista, no solamente para permitir la conducta más rigurosa, la más económica, de la investigación (se le facilitará de acuerdo a las

necesidades defensivas no somáticas durante ciertas tensiones emocionales excesivas) pero sobre todo para apreciar en qué medida la puesta en juego de los distintos mecanismos debe ser considerada como patógena o reequilibrante. Además, es necesario también, al lado de las diversas posibilidades de investidura, reconocer su valor afectivo, y esto a lo largo de toda la extensión de la cadena funcional que va del soma a la conciencia. Además, todas estas preocupaciones, primordiales en el psicosomatólogo, solo son inteligibles, a fin de cuentas, en función de la teoría y de la formación psicoanalítica. Este es justamente el punto de vista bastante defendido por Michel Fain.

Quizá podríamos ver en la limitación del valor funcional de las actividades mentales y en su compartimentación relativa el origen de la tendencia que tienen ciertos autores a contentarse con interpretaciones superficiales que escamotean las enseñanzas y las miras del Psicoanálisis.

Por indispensable que sea la referencia al Psicoanálisis, sigue sin constituir una vía evidente para el abordaje y la comprensión de enfermos cuya singular organización de la personalidad engaña al punto que son considerados generalmente como «normales» y adaptados, esto con mayor razón en la medida en que las estructuras sociales contemporáneas tienden a valorar estas orientaciones reactivas. Por lo demás, estos sujetos, atrapados por su sintomatología somática, no tienen ninguna propensión a consultar al psicoanalista. Se comprende pues que la Psicopatología, en tanto que disciplina, se haya constituido con un cierto retraso, ya que el diálogo entre el enfermo y el analista no tenía, en el origen, más que escasas ocasiones de establecerse, salvo en el caso de los histéricos.

Es manifiesto que la patología somática se reparte en marcos infinitamente variados y que, si ya es difícil reunir un número de casos suficiente para cubrir toda la extensión del espectro, es, con mayor razón, imposible de dar una descripción unívoca del enfermo psicopatológico. Quizá, a riesgo de «escotomizar» y de recurrir a un cierto artificio, puede que valga la pena esbozar una suerte de descripción «popular» de este personaje tan extendido y tan mal conocido hoy día. Propondremos una, a partir de los rasgos más característicos que hemos resaltado en el curso de nuestras investigaciones; esto será de alguna manera un «retrato-robot» del enfermo psicopatológico que, por necesariamente esquemático que deba ser, no en contrará menos, en distintos grados, múltiples correspondencias en la muchedumbre de casos clínicos.

Se trata de un sujeto que da la primera impresión de una adaptación social correcta, véase excelente, que no presenta organización neurótica o psicótica propiamente dicha, y en el que la diferencia con relación a la norma parece exclusivamente ligada a las anomalías somáticas.

La ausencia de libertad para fantasear constituye una de sus características más importantes; para nosotros, uno de los elementos semiológicos esenciales. La carga ligada

a los afectos y a las emociones, mal vehiculada y poco o nada elaborada por las funciones mentales, parece implicarse rápidamente en la vía somática. Hay una pobreza de ensoñación (reverie) al igual que de vida onírica, un empobrecimiento de los intercambios interpersonales, asociados a un desecamiento y a una esclerosis de la expresión verbal, de suerte que las oleadas inconscientes no parecen perturbar de ordinario la superficie lisa de una conciencia aparentemente simple. Tal conjunto de rasgos testimonia con frecuencia en realidad un proceso somático patológico grave.

En una palabra, tenemos la sensación neta de que el sujeto está desconectado de su inconsciente: el magma caprichoso de la primera infancia, mezcla de sensaciones y de afectos, ajeno a la lógica, ampliamente indiferente a la realidad, mantenido a distancia en él, si no perdido, como ausente. Hay que considerar globalmente la evolución de la personalidad; sacamos la impresión de una compartimentación acusada establecida entre sus distintos niveles; de ahí, sin duda, esta imposibilidad del inconsciente para ver la luz bajo la forma de representaciones. En todo caso las que se pueden observar son captadas en un contexto de urgencia práctica y no sobrepasan apenas la realidad actual.

Están incluidas en una forma original de aprehensión y de manipulación de lo real - un real estrecho, como fosilizado- que hemos designado en distintas ocasiones como «pensamiento operatorio». El Ello, pues, que ya no es retomado a nivel mental por encontrar una expresión pero que no permanece menos dinámico y sensible a todos los estímulos permanece paralizado y en formas somáticas más o menos distorsionadas en las que la integración de las funciones perturbadas se encuentra comprometida. Hay que unir a este orden de hechos la sensación que produce el psicósomático de dar el paso a lo cuantitativo sobre lo cualitativo, sin nunca distinguir bien entre los valores pulsionales.

El sujeto niega su propia originalidad, como la del otro; esto es uno de los principales corolarios de la falta de comunicación de su inconsciente, en cualquiera de sus formas, incluso patológicas, con el nivel de la conciencia. Este nuevo rasgo etiquetado por nosotros de «reduplicación proyectiva», hace de nuestro personaje alguien que se reconoce integralmente en el otro, imagen de sí mismo completamente vaciado en una forma idéntica, desprovista de características individuales notables. Incapaz de discriminar entre las cualidades del otro, manifiesta también un rechazo total para introyectarlas, de suerte que, si el otro afirma una originalidad irreductible, pierde también todo valor objetal. Esto es así, porque el enfermo se ha nivelado a sí mismo, se ha convertido en una especie de estereotipo del que el otro no es jamás más que una foto reproducible indefinidamente. Aislado de sus fuerzas vivas, el sujeto se encuentra librado poco a poco únicamente a su Superyó, cuya vida consciente tiende a constituir solamente una emanación directa de este último. Por esto, cuando el otro no es conforme a su Sí mismo-Superyó, o no puede ser reducido a ello, ya sea por una singularidad flagrante, o por una situación particularmente presente, el sujeto, a excepción de las perturbaciones somáticas, no puede tener otra salida que la ruptura de la relación. Se concibe entonces fácilmente que sus contactos tengan que debilitarse en el curso de su vida, lo que crea un

verdadero círculo vicioso. El mundo que se fabrica es así necesariamente uniforme, sin atractivo, sin horizonte.

Queda por saber el origen de tal orientación de la personalidad, cuyo rasgo sociológico está lejos de ser despreciable. En ciertos casos nos apercibimos de que tiene que ver con un determinismo profundo, arcaico, que da lugar a un cuadro casi inamovible, mientras que en otros -a despecho de la presencia subterránea de una dimensión característica- la configuración psicosomática parece de instalación más reciente, traumática u ocasional y, por esto, removible por la psicoterapia. Aquí encuentran su lugar los conceptos psicoanalíticos fundamentales de fijación y de regresión. Algunos podrían extrañarse por habernos visto acordar, en la esfera económica y expresiva en general, un interés paradójico a la vida mental de los enfermos somáticos. Se trata no de una orientación personal sino del eje mismo de todo estudio psicosomático.

Solamente, al profundizar y al extender el conocimiento del «hombre psicosomático», podremos desarrollar una disciplina que aún tiene que buscar sus criterios nosográficos propios. Por razones tanto históricas como prácticas, está obligada constantemente a si tuarse en la encrucijada de la medicina clásica, el psicoanálisis y la psiquiatría, de suerte que es conducida a aceptar préstamos, mientras lucha por la constitución de una nosografía original. El que se fundaría en las nosografías clásicas, se expondría, además de al riesgo de cometer errores, a faltar a la originalidad del objeto de su búsqueda. No es necesario decir que la Psicosomática tiene una vocación psicoanalítica incontestable y que es una prolongación histórica. Igualmente es un complemento indispensable y natural.

En el estado actual de las cosas, las hipótesis de trabajo estructurales utilizadas representan ciertos y simples esbozos, quizá instrumentos provisionales, pero se desprende una perspectiva original de la práctica misma, una nueva visión sobre conjuntos sintomáticos y problemas clínicos que presentan desde ahora un sentido nuevo, lo que explica especialmente que el enfermo requiere siempre más consideración que la enfermedad.

En muchas ocasiones hemos dado valor a mecanismos, como el de la reduplicación proyectiva, que la teoría psicoanalítica ha evocado hasta un cierto punto. Pero es necesario destacar que esto se ha hecho a propósito de enfermos particulares o en circunstancias excepcionales, es decir, de una manera marginal en relación con el campo habitual de las neurosis, mientras que en nuestra perspectiva se trata de reajustar los ejes de referencia y las funciones. Es así que hemos sido conducidos a extender el punto de vista económico freudiano hasta englobar toda la cadena de las funciones somáticas.

Por otro lado, una extensión igual se ha realizado con relación a la tópica, que conduce especialmente a acusar la importancia de la vertiente orgánica del Ello. En

consecuencia, el dominio propio de la actividad mental se encuentra incluido en un conjunto estructural más vasto, al mismo tiempo que sus conexiones con los datos más somáticos se encuentran iluminadas.

Por otra parte, sin recusar la analogía con la noción de neurosis de carácter, tal como, sobre todo, W. Reich la ha estudiado y descrito, hemos sido constreñidos por lo más concreto del hecho clínico a conferir al comportamiento la casi importancia de un nivel limítrofe de las grandes afecciones somáticas, a pesar de la frecuente fragilidad de su valor defensivo.

En fin, al lado de la concepción clásica de la conversión, nos ha aparecido como necesario hacer justicia a la noción capital de «somatización», que respeta mejor la opacidad característica en la que se puede reconocer un rasgo específico de nuestro territorio.

Para apreciar y caracterizar tal o cual organización patológica en Psicósomática, nos referimos pues a tres niveles: uno mental, otro comportamental y el tercero somático.

Estas distinciones, cuyo valor heurístico es cierto para nosotros, tienen un carácter esquemático incontestable y siempre son clínicamente fáciles de reconocer. En efecto, en el curso de la investigación como en la vida cotidiana, cualquier sujeto utiliza una y otra vez, y según sus distintas necesidades, uno u otro de los elementos del teclado funcional del que dispone.

Sabemos que la vida de nuestros enfermos está comprometida sobre todo en los dominios del comportamiento y de la expresión somática, ya que en ellos el aparato mental está, en comparación con los neuróticos, poco utilizado para afrontar y resolver tensiones y conflictos.

Los analistas, ciertamente, tienen muy en cuenta el comportamiento, pero, por regla general, lo alinean, por lo menos en su sistema de interpretación, con las manifestaciones mentales, salvo quizá cuando se trata con los acting-out neuróticos, de una huida de la manipulación de la fantasía o intelectual. En Psicósomática, por el contrario, el dominio del comportamiento constituye un nivel evolutivo original que requiere una atención particular. Al comportar vínculos privilegiados con las funciones sensorio-motrices, sin correspondencias obligatorias con la conciencia, imponiendo su especificidad, no puede ser ya considerado como un nivel regresivo ocasional, sino quizá, al contrario, como el estadio más evolucionado de la personalidad.

Cualquiera que sea el nivel en el que se encuentre, importa tener presente en la mente el hecho de que el valor económico de una función no depende de su actividad propia, considerada aisladamente, sino que reside sobre todo en su participación armoniosa e integrada en una escala de grupos funcionales más evolucionados.

De todas estas observaciones se desprende que, para apreciar una personalidad psicosomática, es necesario captarla de una manera sintética. Para llegar a ello de una manera fructífera y, eventualmente, utilizable por autores orientados diferentemente, es necesario asociar orgánicamente los puntos de vista dinámico, económico y tópico. Esto debería conducir a elaborar para la Psicosomática un sistema análogo al que la Metapsicología constituye para el psicoanálisis.

Pero, aquí también, este esfuerzo de elaboración exige que toda especulación «metapsicológica» sea injertada en la relación médicoenfermo ya que ella sola puede dar un sentido pleno y una fecundidad efectiva al material clínico.

De ahí la importancia del primer tiempo de la búsqueda, el de la investigación propiamente dicha, donde toda falta es irreversible y puede tener consecuencias definitivas.

Recordemos en una fórmula el fin esencial de la investigación psicosomática: evaluar en el marco de una visión sintética de la personalidad, que englobe las referencias dinámica, económica y tópica, los niveles funcionales investidos y utilizados con el papel de diversos elementos en cuestión, fundándose en primer lugar sobre la estimación del sistema relacional del enfermo, después sobre su biografía.

Una vez que hemos llegado al término de este trabajo que hemos emprendido hace varios años, volvemos sobre nuestras impresiones del comienzo. Confrontados con una realidad humana que nos parecía impenetrable y nos dejaba bastante desconcertados, hemos tenido al comienzo la tendencia a atribuir nuestras reacciones a la insuficiencia de nuestros conocimientos que, creíamos entonces, nos obligaba a no tener en cuenta nuestros primeros sentimientos. Nuestra intuición era justa, pero no estábamos preparados ni para reconocerla ni para utilizarla. Hemos llegado a ello poco a poco, dándonos cuenta con la prueba de los hechos que no se escuchan nunca con la suficiente disponibilidad, a la vez intelectual y sensible, lo que el enfermo, como sin saberlo, intenta expresar. Nuestro apuro inicial, sobre el que quizá hubiera convenido detenerse mucho más, revelaba en realidad un hecho clínico original.

Desde que pudimos reconocer plenamente esta originalidad, nos implicamos en descubrir sus signos y en su comprensión, gracias a lo cual hemos podido ver cómo se dibujaba progresivamente un tipo de enfermedad, cuya singularidad era desconocida hasta el presente. Este tipo de enfermo comenzó a atraparnos por su modo de presencia, distinto de cualquier otro para alguien desprevenido, y dependiente de un contraste esencial pero oculto. En un primer abordaje, tememos no poder apegarnos a este personaje aparentemente tierno, con frecuencia estrechamente realista, un poco sumario, que cree moverse en la evidencia, y desprende una vaga tristeza. Pero, rápidamente, nos volvemos sensibles a una variación, en este sujeto físicamente afectado, a una ruptura entre esta superficie lisa, esta vida cotidiana con frecuencia sin historia, y una región

oscura, lejana y, sin embargo, recorrida por fuerzas brutales, susceptibles de estallar episódicamente a la luz, casi sin gobierno, ni matices. A pesar de todo, la mayor parte del tiempo, no pudimos captar esta zona de sombra más que a través de la constatación de una falta. Era imposible que un ser humano fuera efectivamente tan liso y tan privado como su manera de ser daba a entender.

Es en el nivel del lenguaje que este estado de cosas puede haber cristalizado claramente para nosotros. En efecto, en el discurso de este enfermo, lo significativo era el obstáculo mismo para la expresión. Era necesario pues tomar la pobreza del lenguaje en serio, y hasta un cierto punto aceptarla por sí misma. No era imputable ni a ninguna debilidad ni a una insuficiencia cultural -el contacto clínico nos lo demostraba cada día-, era necesario pues mirarla como específicamente ligada a una organización global dominada por la enfermedad somática. La degradación del lenguaje provenía de que estaba reducido a una función pragmática e instrumental y, por lo mismo, desvitalizada. El sentido que nuestros psicósomáticos no pueden expresar no es latente sino en suspensión. Está completamente prisionero del gesto y de la acción.

No podemos defendernos de la sensación de que este destino psicósomático, que es cada vez más frecuente, deja vislumbrar -si esto no es un nuevo tipo humano, porque los rasgos están ahí, «probablemente tan viejo como la especie humana»- al menos una forma de vida y una estructura de personalidad entre las más características de nuestro tiempo.

* Extracto de la *Revue Francaise de Psychanalyse*, t. XXIV, núm. 1, enero-febrero de 1960.

1 Cfr. *Recent developments in Psychosomatic Medecine*, de Witkower E T. A. Cleghorn, Londres, Pitman and Son, 1954, págs. 3-28: «Bibliog. basic concepts of Psychosomatic Medicine».

2 Entendemos por esto las que se inscriben verdaderamente en el lugar al que acabamos de hacer alusión, eliminando, pues, los fenómenos con participación orgánica tales como, por ejemplo, las consecuencias somáticas de los afectos.

3 Cfr. *La Psichanalyse d'aujourd'hui*, PUF, pág. 532.

4 Su «complejidad» solo es virtual y de diferenciación, y no efectiva y estructural.

5 «Introduction á la médecine psychosomatique», *L'Arche*, 1950.

7 *Ibíd.*

6 Valabrega, ob. cit., introd., pág. 5.

8 «Esta concepción genética no necesita, para ser comprendida, de la idea de conversión, es decir, de desplazamiento de energía, ni de disfraz intencional y por otra parte el salto misterioso de lo psíquico a lo físico no existe, porque no hay ya salto, sino una identidad de estructura». Cfr. Parcheminey, «Critique de la notion de'hysterie de conversion», *Evol. Psych.*, núm. 1., 1949.

9 Toda perspectiva nominalista está aquí, bien entendido, muy lejos de nuestro espíritu: solo designamos por esta expresión cómoda lo que hay de más específico en la realidad mórbida comúnmente calificada de «psicosomática».

10 E Deutsch, «The associative anamnesis», *Psy. Cuaterly*, vol. VIII, 1939, págs. 354-381.

12 *Ibíd.*, pág. 354.

Weizsaecker (von), *Falle und Probleme*, Stuttgart, 1948.

13 Hay que precisar que el empleo que hacemos aquí de la palabra operatorio, varios años antes de la emergencia de la noción psicossomática de pensamiento operatorio (Pierre Marty, M. de M'Uzan), se distingue radicalmente. Aquí el sentido es, como vemos, estrictamente epistemológico, y no clínico. Por lo demás, hay que destacar que la utilización corriente de la misma palabra -pero con otra acepción- por Jean Piaget remite a su concepción personal de la psicogénesis, un registro distinto del de la psicossomática.

i Cfr. «Dépersonalisation et relation d'objet», cap. II. (Roma, 1960), *Rev. franc. Psychanal.*, 1960, XXIV, 4-5.

2 Cfr. M de M'Uzan y C. David, «Préliminaires critiques a la recherche psychosomatique», *Rev. Franc. Psychan.*, 1960, XXIV, I.

3 En el curso de nuestros comentarios es precisamente a esta noción, comprendida así, a la que nos referimos cuando hablamos de «pobreza» o de «precariedad» de instrumentos intelectuales y fantasmáticos.

4 Intervenciones sobre la ponencia de M. Fain y C. David en el XXIII Congr s des Psychanalistes de Langues romanes (Barcelona, 1962).

1 Frente a la primera demanda de una actitud activa, la enferma hace derivar también el sentido de la pregunta bajo la forma de un conato de reivindicación de un objeto intelectual.

2 Persiste la exigencia de la enferma, pero, sin embargo, se tiñe aún más de afectividad. Recurre a una solicitud un poco convencional en contrapartida de la cual consiente a hablar de ella, en un movimiento de acercamiento...

3 Estas preguntas sucesivas del investigador, en las que no se detendría la atención en una situación clásica, de hecho están determinadas verosímilmente por una actitud contratransferencial donde se asocian un esfuerzo de sistematización artificial y una cierta pasividad.

En efecto el «en nadie», que responde a un «¿en qué piensa?», es en realidad una confesión implícita de la existencia de un interlocutor que no ha sido presentado aquí por razón de la contratransferencia. Frente a la ausencia de comprensión del investigador, la enferma sin duda se siente abandonada. Invoca en primer lugar su propia sordera, como para desculpabilizarse por su agresividad hacia él, que no lo sigue.

Enseguida deja filtrar un poco esta agresividad ironizando, lo que provoca una toma de distancia autoritaria del investigador en relación con el incidente. Esta incompreensión - que se apreciará igualmente más tarde- «descompone» a la enferma, al punto de que es necesario proceder a una recuperación total de las bases mismas de la relación. El gesto de fantasía indicado como nota de comportamiento de la enferma responde precisamente a lo que vimos en la introducción. En un gran número de casos es oportuno detenerse a fin de detectar las imágenes fantaseadas subyacentes.

A continuación del malentendido con el investigador la dificultad de la enferma se expresa por medio del tema del miedo a la locura -tema relacional en esencia-. Cuando la relación se renueva, su carácter precario orienta de nuevo a la enferma hacia un objeto interior: el miedo al cáncer.

5 Se intenta distinguir, en la relación de la enferma con un objeto interior, una tendencia hipocondríaca antigua de una tentativa de defensa por medio de la intelectualización que sería consecutiva a la aparición de las cefaleas.

-- --- ----- 6 Al haber tenido la intuición de que la enferma no puede integrar esta pregunta que apunta a su situación en la transferencia -pregunta que incluso podría acentuar su aislamiento-, el investigador procede, en la perspectiva misma que la enferma acaba de ofrecer, a un reagrupamiento general que tiende de alguna manera a volver a estrechar la relación dejando a la enferma tiempo para que se recupere en un plano más intelectual.

7 Gracias a la reaproximación a la relación que acaba de producirse y que se manifiesta esencialmente en la actitud de la enferma, se puede relanzar la entrevista.

8 La enferma subraya espontáneamente una equivalencia económica entre la relación con un objeto exterior y la relación con un objeto interior. El miedo al cáncer es una tentativa de intelectualización de la cefalalgia; así pues, es lógico pensar que el síntoma tiene un valor económico equivalente, a su vez, a la relación exterior.

9 La excesiva insistencia del investigador desencadena, esta vez a propósito de un «aproximar», el mismo fenómeno (evocación de la sordera) provocado anteriormente (cfr. nota 3) por un sentimiento de abandono y de incompreensión.

10 Ía obstinación particular sobre la fecha es un procedimiento que utilizamos comúnmente para provocar la emergencia de asociaciones reveladoras.

ii Se trata de un señalamiento de la resistencia que tiene también una finalidad didáctica.

12 Después de la evocación del «sábado» y de la mudanza la resistencia ha redoblado su intensidad, lo que hace presentir la existencia de un nudo conflictivo que incita a perseverar en el envite.

13 ¡Resultado de la investigación!

'15 La incidencia edípica de esta respuesta -que por otra parte subraya su enganche efectivo en la relación- no está explícita aquí.

14 intervención destinada al mismo tiempo a subrayar a la enferma su resistencia y a acentuar una implicación en la relación.

16 Podemos encarar el recuerdo de la madre desde dos puntos de vista: el de su papel en el movimiento patógeno y el de su lugar en el desarrollo de la entrevista: el sábado -el viernes-, la mudanza -el señor-, los amigos -la familia-, la madre.

17 Como ya hemos destacado antes, las intervenciones indirectas pueden favorecer las «conexiones» de la enferma. Esta se concreta por una comprensión cuya agudeza sorprende.

18 La brusquedad de esta intervención tiende a reorientar a la enferma hacia otro objeto. Podemos esperar un efecto bueno, ya que precedentemente ciertos endurecimientos de la relación -suscitados de forma parecida- han permitido inflexiones útiles en la evolución de la transferencia.

19 La desaparición precoz del padre aclara en parte la naturaleza del síntoma: las cefalalgias. (Cfr. P. Marty, «Aspects psychodynamiques des céphalalgies», Rev. Franc. de Psychan., núm. 2, 1951.)

26 En razón del vínculo entre el síntoma cefalalgia y la inhibición de la fantasía, buscamos precisar la riqueza y la calidad de las evocaciones imaginativas.

21 Dada la biografía de la paciente, y a despecho de una integración instintivoafectiva relativamente elaborada, se podría haber esperado una evolución de la enfermedad desde

más antiguo.

22 Pregunta que se hace de forma sistemática, función de la naturaleza del síntoma.

23 Pregunta que se hace de forma sistemática igualmente, destinada a apreciar en general la función onírica, las cualidades de la fantasía y los contenidos inconscientes. Por medio de ella se busca verificar también no solo la presencia y la medida de la vida fantasmática, sino también su eventual utilización relacional, así como el carácter particular de las imágenes.

25 Hay que destacar que a lo largo de la lectura de toda la entrevista no ha dejado de chocarnos el carácter casi juvenil del comportamiento de la enferma cuya edad verdadera sería difícil de evaluar.

24 La enferma experimenta una dificultad real para evocar y expresar su sueño: la escena es estática; la elaboración, pobre. Esto contrasta con el aspecto general evolutivo de la relación directa y la evolución de la enferma, pero no habría que extrañarse en una cefalálgica.

2 La enferma aporta fragmentos de su vida pasada en el mismo estilo directo que ha usado frente a un extraño. Mejor aún, en el momento mismo de la acción, opera una escisión entre la impulsión motriz y su aprehensión consciente.

1 Se nos imponen dos tipos de observaciones relativas a la forma del discurso y a su contenido. En efecto constatamos, por una parte, la generosidad, la aparente facilidad de palabra -la enferma parece responder perfectamente a las expectativas presentando una gama de elementos que componen su problema- y, por otra parte, el recurso al estilo directo, al relatar entre comillas las palabras de su interlocutor, y sus propios pensamientos. Esto, que podría imponerse como una capacidad de identificación desarrollada, sin duda solo responde a una insuficiencia de asimilación y de integración de la relación vivida, que de alguna manera aísla al interlocutor, y que no podemos saber todavía si responde a una carencia verdadera o a una huida. En fin, con relación al contenido subrayaremos sobre todo el hecho de que a partir de un traumatismo craneal la enferma impone, de golpe y con varias recaídas, una referencia a sus perturbaciones menstruales.

3 Desde que la enferma ha abordado el tema de su esterilidad, su discurso cambia de ritmo, hace pausas, que imponen al investigador el recurso a una solicitud discreta pero repetida.

4 Su «vocación» está impregnada particularmente por un deseo de captación relativo al objeto. Revela la significación de una formación reactiva que ha sucedido a la denegación de las frustraciones padecidas y de los celos que han suscitado.

5 Debemos destacar la cantidad inusitada de «Sí» de la enferma que viene a aprobar una observación del investigador o que incluso viene a hacer eco a un «sí» de ánimo de este último. Estos «sí» son impulsivos, inmediatos y contrastan con el ritmo aún monótono de su discurso. Se adhieren a toda intervención como para obliterarla e incluso conferirle una marca original. Sin embargo hay un cierto erotismo mezclado con su carácter defensivo. Igualmente se puede ver una tentativa de reafirmación personal.

6 La confirmación de la paciente es sorprendente. El abandono brutal del recuerdo, de su trabajo de maniquí, en beneficio de una vuelta exclusiva sobre su interés por los niños, y a continuación la aceptación de la interpretación del carácter problemático de este interés conducen al investigador a plantear una pregunta que confirma el enganche transferencial de la paciente. De hecho la enferma desearía que el investigador fuera tan fácilmente manipulable como el objeto que cree encontrar en los niños. Es admirable que el carácter agresivo de la castración que inflige al investigador se le escape. Sin duda, esta inconsciencia proviene del carácter erotizado de la castración, especialmente en el marco de la relación presente.

7 Aporta un nuevo elemento de comprensión gracias a la referencia al marido. Este parece que solo es vivido en tanto que objeto manipulable y por añadidura revestido con un valor casi alimentario.

8 La frigidez de la enferma no debería sorprendernos en función de lo que precede.

9 En toda esta secuencia, la enferma presenta un rechazo deliberado de la genitalidad. Sus relaciones con el marido probablemente son vividas con una modalidad narcisista. La separación episódica de él, la distancia introducida por su frigidez, permiten percibirla sin culpabilidad.

10 Las protestas de admiración hacia la madre solo consiguen confirmar que la enferma ha sido sacrificada. Igualmente, cuando afirma que ella misma se ha sacrificado, da testimonio de una tentativa de identificación con una de las mejores facetas de su madre. La emoción, al mismo tiempo triunfante y molesta, relativa al éxito de esta identificación, le hace evocar el aspecto edípico del problema. En un último movimiento, presenta su éxito total en el papel de jefe de familia, vivido en una modalidad homosexual.

11 A despecho de todas las medidas desculpabilizadoras tomadas, la enferma aparentemente no se siente calmada de ninguna manera frente a su madre. Esto lo confirman sus tentativas tendentes a afirmar, sin miedo a contradecirse, la equidad y la entrega de su madre. Las frases «Ella sabe que al menos yo sé defenderme», «Ella había visto que yo podía al menos...», «Quise demostrarle que la podía ayudar...» muestran la precocidad y una parte de las raíces de la afirmación narcisista de la que ya hemos subrayado algunos aspectos.

12 Asistimos a una identificación fálica con el padre en el plano intelectual (lo que no ocurre sin culpabilidad frente a la madre: «Puede ser estúpido lo que le voy a decir.» Este movimiento recuerda al de la identificación con la madre señalado en la nota 10. Esta identificación con el padre implica en sí misma un acercamiento efectivo con relación a él, fundando la relación homosexual con la madre («en definitiva, era la intermediaria»).

Dado el aparente éxito de los mecanismos de defensa, el investigador se pregunta y pregunta directamente a la enferma por lo que ha podido comprometer el equilibrio conseguido. La respuesta sobrepasa inmediatamente las expectativas, al subrayar la enferma la doble castración de la que es víctima: el accidente y la esterilidad (confirmación de la correlación presentada por la enferma y subrayada en la nota 1).

13 ¡La ventaja de tener un pene! Los «eso es» y los «sí» sancionan esta posesión que, por lo demás, le permite asumir las tareas menos prestigiosas.

15 El investigador se ha detenido por la orientación de la enferma hacia su oralidad. Retrospectivamente se puede ver un aspecto particular de esta oralidad cuando la enferma declara que el tratamiento hormonal «la ha transformado en un león».

16 Pregunta de carácter sistemático que da comienzo a la última parte de la entrevista. La calidad de la relación ahora es clara. Simplemente buscamos obtener informaciones complementarias.

17 La alusión a la escena primaria es transparente. Debemos subrayar que emerge al final de la enumeración de una serie de enfermedades que han afectado a la paciente en otros momentos.

19 Al tener los chicos un valor fálico evidente para ella, intentamos ver directamente qué conciencia puede tener de ello.

18 La enferma da testimonio con relación a su amiga de una actitud análoga que ella misma ha tenido frente a su madre, y que ha sido puesta de manifiesto en la nota 10.

20 En una referencia transferencial, la enferma subraya el apuro que provoca en ella la reivindicación fálica.

21 Se dirige a una de las asistentes.

22 Confirmación evidente de la reivindicación fálica.

i Enganche brutal, masivo, al tema único, al término del cual la enferma se interrumpe bruscamente para absorberse en una actividad sensorial. Antes de buscar el sentido, dejamos que se prolongue el silencio para incitar a que descargue solo tensiones que

sentimos que están inmediatamente subyacentes.

3 Se intenta ver si coexiste un contenido mental con la implicación sensorial.

4 Para aligerar la tensión, la enferma desea que el investigador tome posición de una manera activa. Este se esfuerza en asegurar el contacto que la enferma duda aparentemente, sin desviar la orientación de la entrevista.

2 En una primera orientación, la sujeto reacciona con una doble retracción: en el plano mental (me hablan y estoy en la luna) y en el plano sensorial (no veo bien a los costados). El agotamiento de su producción, la pregunta del investigador, parecen haber permitido la emergencia de algunos de sus síntomas.

7 Se trata de un impulso motriz elaborado apenas.

s El «saber lo que tengo» contrasta con la presentación inicial de la enferma. Esta interrogación permitiría suponer que eventualmente puede recurrir a objetos intelectuales válidos que permiten habitualmente, gracias a la seguridad que aporta la distancia, un contacto de apariencia más sólido.

9 Confirmación de lo que precede.

10 El intento de recurrir a un objeto intelectual parece precario. La enferma vuelve a su técnica de adaptación por el recurso a la sensorialidad.

6 Incitada a liberar un contenido mental, la enferma se agarra ahora a la sensorialidad. La pobreza de las defensas mentales y la actividad sensorio-motriz se alían aquí de una manera flagrante. («Prefectura del Sena» es el encabezamiento de un cartel que hay en el muro.)

5 El contenido de esta respuesta confirma analógicamente una forma de desencadenamiento de las perturbaciones señaladas en la nota 2. La misma respuesta permite a la enferma asegurarse en un contacto garantizado por el investigador.

11 Se intenta precisar la orientación transferencial.

12 El fracaso del recurso a un objeto intelectual, seguido de un nuevo recurso a una defensa sensorial, después de las demandas de precisión destinadas a la evaluación del contacto que constituyen un intento de «acercar», desorientan a la enferma que pierde pie. El «Me da igual» subraya la caída de comprensión y el desencadenamiento de un movimiento regresivo brutal. Aparece un penoso sentimiento de inferioridad y de indiferencia con relación a sí misma, al mismo tiempo que aparece una forma de expresión que evoca un clima predelirante.

13 Intenta conducir a la enferma a su manifestación inicial de resistencia (cfr. nota 2). De este modo se le subraya la unidad de su comportamiento, se le reasegura quizá, y se le invita finalmente a restablecer el contacto con el investigador en este nivel.

14 Sigue el esfuerzo para restablecer el contacto con la enferma, esta vez a nivel de la sintomatología consciente, es decir, ampliando el campo.

15 Pregunta de carácter táctico que tiende a hacer que asocie la paciente.

16 Aquí solamente podemos evocar una analogía con un clima predelirante.

17 Por razón de la precariedad del contacto, seguimos a la enferma paso a paso en sus rodeos.

18 Igual anotación que en la 16. Evidentemente es necesario tener en cuenta el carácter tosco del lenguaje de la enferma.

19 Desde la evocación del padre, los planteamientos -es lo mínimo que se puede decir...- se han hecho singularmente confusos, mientras que se ha podido observar una notable actividad motriz defensiva.

20 Reagrupamiento de dos modalidades de resistencia ya encontrados: enganche a la sensorialidad y rechazo en el «¡es todo!».

22 Se intenta reafirmar la posición de la paciente atrayendo su atención sobre un material histórico que ha proporcionado ella misma. Sin embargo la evocación de la madre en el contexto relacional continúa acarreando una perturbación.

21 Hay que destacar esta retracción sospechosa de la enferma frente al investigador en el momento en que le habla de su madre. La paciente es precisa por primera vez, pero usa una forma interrogativa.

23 Estamos en 1959; la desorientación persiste.

24 Se abandona deliberadamente el plano genital para dar paso al material oral. Esto es en razón del arcaísmo de las defensas que contribuye a limitar el tono del intercambio verbal. Podemos pensar que el tema del rechazo a recibir será más útil para el desarrollo y mantenimiento de la transferencia durante el examen.

25 Esta emergencia súbita de agresividad, en relación con el relanzamiento del rechazo oral, que sucede a la perturbación edípica, podría sorprender si no conociéramos ya la pobreza de sus recursos mentales.

26 La defensa sensorial estática no se ha podido mantener frente a la evocación del

combate por parte del investigador. Lo ha sentido como el agresor inicial.

27 El estereotipo verbal «¡Vaya!» confirma la identidad que la enferma establece entre el investigador y el adversario evocado.

28 Notamos aquí de forma clara que la frustración o la emergencia de una situación conflictiva puede resolverse por medio de una defensa motriz agresiva. El llanto constituye una buena solución en caso de inhibición motriz. La transferencia está subrayada por la utilización indiferenciada del presente y del pasado. El temblor, descarga motriz inhibida, responde aquí a la evocación de las lágrimas. Ser incapaz de comprender responde bien a la situación conflictiva presente, como hemos visto en las notas 2 y 12.

29 Por primera vez expresa una representación fantaseada. Sin duda es a causa del clima de agresión que responde a una mejoría del contacto que da cuenta de una bajada de las inhibiciones.

30 El relato de la pelea y de su éxito ha provocado una caída del tono motor. Paralelamente aparece en la relación verbal una confusión con asociación sobre «la crisis», como en las notas 2 y 5.

32 Frente al ánimo que le da el investigador, la enferma responde con una ola de motricidad agresiva, esta vez sublimada a diferencia de la primera.

31' Intervención destinada a restablecer el contacto sobre bases históricas. Como antes, apelamos al material oral que había sido fructífero con relación a la dirección de la entrevista.

33 Intenta precisar la modalidad de relación transferencial.

31 Se podría pensar-aquí, ahora, que la enferma, gracias a una toma de distancia de tipo intelectual, va a poder asegurar su relación con el investigador (ir con franqueza = hablar francamente). De hecho, la segunda parte de su frase muestra inmediatamente que su defensa se sitúa en un plano bien diferente. El investigador sigue pues en el nivel de la motricidad.

--- ----- 34 Se trata, efectivamente, de una motricidad agresiva inhibida traducida solamente por el temblor, que de alguna manera es el negativo del «deporte».

36 Subversión de la palabra «ver» con fines defensivos según la modalidad sensorial habitual en la enferma, que precisamente aprovecha la ocasión para desplazar la agresión.

37 Larga intervención que tiene como finalidad aproximar a la enferma al investigador y ayudarlo así a seguir, ver qué conciencia tiene de su agresividad y del valor de sus

integraciones motrices con los diversos niveles.

38 Caída del tono muscular análoga a la de la nota 30. Ahora está provocada por una toma de conciencia de la agresividad, oscurecida inmediatamente.

39 Intervención explicativa que tiene como finalidad -después de la abdicación motriz de la enferma- permitirle recuperar su movimiento agresivo.

41 Este movimiento se cierra, como los precedentes, sobre una nueva anulación de la agresividad. En este punto ya se ha desvelado una gran parte de los sistemas de relación de la enferma. Ahora es útil volver sobre ciertos aspectos de la biografía, esforzándose por mantener la distancia adecuada.

42 Nueva descripción sintomática masiva, como si se repartieran nuevos costes, y a partir de la misma caída que al término de la descripción inicial: «Es todo.»

40 Reconduce a la enferma hacia la transferencia. La confusión de los tiempos -como en la nota 28- invita a intentar esta maniobra.

45 El mecanismo de identificación preciso -señalado en la nota 43- no se ha sostenido frente a la petición de exteriorización de un contenido mental. La respuesta, de tipo proyectivo, con la reanudación del estilo predeirante que hemos señalado ya en la nota 12 en circunstancias idénticas, está ligada a una extensión global de ella-misma. El otro es concebido, por decir así, como una réplica de sí.

44 Abordada de frente, la paciente deja aparecer por primera vez la vertiente transferencial positiva simple. GS il 1 1 •I' r ~ I 1 I /n

43 A despecho del nuevo enganche sensorial, la calidad de la relación ha mejorado ahora. Por primera vez se trata de una identificación con el investigador, asegurada, aunque esencialmente defensiva. Notemos que esta identificación se efectúa con una modalidad mímica.

46 Se podría ver en esta respuesta un tinte persecutorio.

47 Después de que el investigador ha abandonado el tema relaciona) porque es de tipo persecutorio, aparece una evocación casi onírica, evocación de un pasado cuya significación simbólica es transparente aquí. GA ♦ 1 I II I r I I • 1 1

48 Aprovechamos la primera ocasión para llevar a la enferma a la realidad.

49 Por medio de esta serie de preguntas, se mantiene el contacto, que sabemos frágil, buscando descubrir el nivel en el que se sitúa la relación con el padre.

X50 La enferma establece un paralelismo entre dos lagunas: la ausencia del padre y la falta de riqueza intelectual. El vínculo con el investigador es más estrecho desde que se habla sobre el padre.

51 Después de un momento de vacilación, la enferma se implica en una descripción de la imagen de su padre que parece que está construida enteramente a partir de su propia imagen proyectada por completo en el afuera.

52 La descripción era bastante reduplicativa.

53 La actividad sensorial de la visión, así como la motricidad, es vivida como una fuerza cuya referencia evolutiva se podría discutir. S/ r 1 . 1 1 1 1 1 1 1 1

54 La búsqueda de precisión en torno al nivel relativo de las dos imágenes, fantaseada y real, del padre, ha introducido, como es frecuente, una cierta confusión. Se intenta ver si no hay, en el plano del porvenir profesional, una identificación con el padre.

55 Al no habernos llevado la investigación, se pasa deliberadamente a hablar del personaje materno.

57 El sadomasoquismo es vivido esencialmente en el plano oral.

58 Recuerdo de la situación comentada en la nota 251

56 La enferma pone de golpe el acento sobre las relaciones sadomasoquistas que mantiene con su madre, y también sobre un cierto parecido con ella, cuya expresión afecta aún a una forma reduplicativa de extensión de sí misma.

59 Intentamos hacerle tomar conciencia de la motivación profunda de su estado de retención agresiva, que, si bien no constituye completamente el síndrome, sin embargo, sí es un elemento energético mayor.

62 Nueva fase de la entrevista, deliberadamente inducida por el investigador y que intenta obtener por parte de la paciente una visión panorámica sobre el desarrollo de la entrevista, y también encontrar una eventual fuente de tensión no percibida y que pudiera merecer una acción calmante particular. De todas maneras, una visión general de la entrevista puede proporcionar a la enferma un objeto interior mental propio para asegurar un refugio cuando el contacto con el investigador llegue a su fin. Se trata pues de un movimiento progresivo de retroceso que solo puede realizarse sin riesgo si paralelamente no se opera una cierta reestructuración del enfermo.

61 Precisión que revela el sadismo oral. Esto podría sorprender si no tenemos en cuenta el carácter imperfectamente estructurado de las defensas mentales de la sujeto.

La mezcla de tiempos muestra que se trata de un problema actual.

66 Para ella se trata esencialmente de un juicio de valor, pero su tono no es persecutorio.

----- 65 La identificación subsiste («Yo tampoco = Yo también») y se podría pensar en una identificación situada en el plano intelectual ya que se trata de «saber». De hecho el movimiento identificatorio intelectual inmediatamente ha abortado para dar lugar a «tampoco», que se puede interpretar, ya como una ruptura con el investigador, ya como un recuerdo del «ya» de la frase precedente que constituiría un restablecimiento de la identificación pero en un nivel de imitación de calidad muy inferior.

64 Nueva identificación defensiva, en una modalidad mímica, análoga a la señalada en la nota 43.

----- 63 Como se podía prever, la integración mental ha dado lugar aquí a una integración motriz.

67 La información se le ha dado por razones análogas a las indicadas en la nota 62.

68 Verificamos hasta qué punto el examen ha podido ser traumatizante.

69 En la atmósfera de detenimiento que preludia el fin del examen esta cuestión, que vuelve a plantear un elemento conflictivo mayor, podría sorprender.

70 'Lo esencial del examen ha terminado. El investigador pregunta a los asistentes si quieren hacer alguna pregunta a la enferma. La pregunta planteada aquí por uno de los asistentes representa un intento de encontrar correlaciones en el tierno entre episodios patológicos y dificultades afectivas.

'1 Al no intervenir más el asistente, el investigador recupera el contacto con la enferma, por una parte en razón del interés suscitado por la cuestión y por otra para ser el último en asegurar la relación. En efecto, conviene, sobre todo aquí, y en razón a la importancia de los mecanismos de identificación, dejar como último objeto al paciente a quien ha ocupado el lugar principal; una dispersión objetual al final de la sesión corre el riesgo de provocar un proceso peligroso para el paciente.

72 El clima de esta última secuencia recuerda al que ha sido señalado en las notas 46 y 47 en el que el acento persecutorio se mezclaba con el simbolismo fálico en una atmósfera onírica.

73 La enferma ha comprendido la pregunta: «¿Con quién bailaba?», en una perspectiva homosexual. Sin embargo no ha seguido la indicación del investigador que buscaba despejar este tema aparecido bruscamente. La enferma ha vuelto sobre sus

relaciones sadomasoquistas con su madre, ya señaladas en las notas 56 y siguientes.

' La enferma aborda inmediatamente un doble problema afectivo esencial para ella; se trata de su matrimonio y de su embarazo que relaciona con un aspecto de su sintomatología: está contraída.

3 Podríamos estar tentados a pensar que esta afirmación es una resistencia; sin embargo nos podemos preguntar si no es esencialmente la marca de una pobreza, ya que de entrada la enferma ha expuesto conflictos esenciales, inherentes a su condición de mujer.

2 Las primeras alusiones a su actividad mental y a su actividad motriz ponen en evidencia la limitación global de sus posibilidades y su rigidez.

4 A despecho de la mímica es poco verosímil que se haya producido una verdadera actividad de la fantasía. Tenemos la sensación de la reviviscencia fascinante de un estado emocional poco diferenciado en el plano de las funciones. Por otra parte, parece que la enferma ha proporcionado efectivamente, a nivel de la nota 140, lo esencial de su temática. Notaremos el cambio de marcha y de ritmo de la entrevista a partir de este momento, que hará necesario un sostén permanente por parte del investigador., como atestigua un cerramiento del diálogo, tipográficamente legible.

Esto nos remite a la nota precedente.

7 Interpretaciones de tipo didáctico en las que se desmonta un mecanismo psicosomático. Con esta maniobra se propone al sujeto tomar conciencia de una forma de funcionamiento que puede ser propia de ella. Le ofrece, en el marco de su trabajo de comprensión sobre sí misma, una posibilidad de identificación con el investigador sin que corra un gran riesgo de herida narcisista. Paralelamente el investigador tiene la ocasión de apreciar las modalidades y el funcionamiento psicosomáticos.

6 A la demanda insistente de precisiones con relación a la presencia y la calidad de una eventual representación mental, la enferma continúa respondiendo solamente con la evocación de una vivencia emocional estática. El investigador busca con su insistencia, por una parte, apreciar desde ese momento la existencia de posibilidades mentales en función de las vías de investigación y la terapéutica que podría permitir y, por otra parte, determinar el campo y la libertad de maniobra de que va a disponer. Si este campo es nulo, los inevitables traumatismos afectivos ligados a la investigación solo podrán ser vividos directamente en el plano somático.

8 La enferma no ha podido comprender este mecanismo psicosomático. Vuelve a su estado de contracción que el investigador relaciona naturalmente con su estado de tensión muscular. Parece que se trata de un sentimiento de tensión global que quizá desborda

incluso la motricidad y en el que se van a revelar implicaciones anales y genitales. Mediante un rodeo por medio de una pregunta que orienta a la enferma hacia un momento bastante anterior a la entrevista (su admisión al hospital), intenta evaluar las variaciones del estado de tensión desencadenadas por la situación actual y su acceso.

9 Habiendo constatado un sistema de defensa sensorial (¿la mirada que no se engancha en un punto fijo, sin ideación concomitante?), tenemos el recurso a un desmontaje y a una demostración análogas a las descritas en la nota 7.

10 El mecanismo de evitación sensorial que acabamos de señalar está relacionado de manera sorprendente con la noción anal de voluntad. Es difícil saber si se trata de una maniobra de cobertura y de justificación o bien de cualquier toma de distancia ordenada.

i i La enferma pone espontáneamente en relación su síndrome con el comienzo de su actividad sexual.

12 Esta pregunta del investigador viene naturalmente después de la evocación de los insomnios.

13 La alusión a escenas nocturnas (seguramente asociadas a la escena primaria) se precisa y es inmediatamente ligada por la enferma a una viva culpabilidad.

14 La nota anal es puesta en paralelo con la «maldad» y las perturbaciones del sueño. Enseguida será puesta en relación con las contracturas.

15 Importancia dada a la motricidad en la agresión y correlativamente inhibición consciente de esta modicidad agresiva. Subrayaremos el encadenamiento natural que hace la enferma y que va de la «maldad» con ocasión de las escenas nocturnas de la infancia a las relaciones agresivas con su propia hija, pasando por las contracturas.

16 La incriminación que se dirigía sobre todo a su madre se orienta ahora hacia el padre. Este viraje se realiza en un estilo muy edípico, pero sin duda es necesario ver en ello una reacción de cobertura.

17 El paralelismo es evidente entre su embarazo y el de su propia madre. La evocación de la «maldad» en las dos situaciones deja aparecer una agresividad que no parece consciente más que en la confrontación con la hija de la enferma. Implica, sin embargo, una acusación contra la madre.

18 La reducción transferencial, en la que el investigador ha tomado la iniciativa, deja emerger una transferencia materna en la que la acusación contra la madre se borra.

19 En razón del estancamiento de la paciente, que no parece mostrar ninguna evolución notable en su transferencia, volvemos deliberadamente a las escenas nocturnas

que han introducido todo el movimiento que acaba de ser analizado.

20 Imbricación explícita entre la escena primaria, maldad y enfermedad. El beneficio secundario de la enfermedad aparece muy preconsciente.

21 La angustia no se ha prolongado en una dimensión mental, sino que enseguida ha sido reducida a elementos somáticos sensorio-motores.

22 La baja vigilancia favorece la agitación motriz, testigo desde siempre de situaciones conflictivas.

23 Está claro que para ella la enfermedad del padre equivale a una castración que le hace aceptable. Sin embargo notaremos ciertos puntos de confusión por una parte entre su propio personaje y el de su padre y por otra parte entre el de su padre y el de su madre.

24 En la larga secuencia que precede se puede seguir un hilo conductor: el de la ambivalencia de la enferma con relación a su madre. Intenta darse argumentos destinados a demostrarse que no puede no querer a su madre; estas justificaciones quizá son puramente formales. Precisamente son los sufrimientos y las privaciones de la madre los que la convierten a sus ojos en objeto de amor. Esto viene de hecho a expresar su odio hacia ella. Es cierto que el clima de las dificultades edípicas que ha sido atravesado precedentemente ha contribuido a acentuar la necesidad de defenderse. Conviene subrayar que la enferma no se refiere más que a características de comportamiento de su madre y jamás a su personalidad misma. Se pone de manifiesto finalmente la contractura temporal que realiza, trayendo «la bronca» a la situación presente de la que también intenta desmarcarse.

25 Habiendo dado el predominio a las manifestaciones de comportamiento, intentamos hacer precisar el valor de esta orientación profesional.

26 La enferma establece por sí misma una relación entre el comienzo de sus contracturas y el comienzo de sus inhibiciones en el terreno de la actividad intelectual.

27 Al no haber podido darle la vuelta a la confrontación con su hermana tomando ventaja sobre ella en el terreno intelectual, la enferma se dirige hacia una competición exitosa en el terreno de las apariencias. El carácter encarnado en la modalidad de las apariencias está próximo al plano del comportamiento.

28 Intentamos evaluar en el pasado, por medio de una discriminación, actitudes escolares, las posibilidades de manipulación mental que parecen muy reducidas actualmente.

30 Intentamos ver en qué medida las apariencias y los comportamientos que la

enferma ha puesto frecuentemente en primer plano tienen un valor fálico.

29 Hoy día las posibilidades de manipulación mental son aún más precarias que antes, pero, por otra parte, el comportamiento mismo está cada vez más dificultado. Solo queda abierta la vía regresiva.

31 La enferma marca una relación neta entre la actividad onírica y la posibilidad de ser testigo de las relaciones sexuales entre los padres.

32 Pregunta de carácter sistemático.

33 Un recurso somático importante tiene lugar durante el primer acercamiento heterosexual. La mención al frío reviste un carácter defensivo.

----- 34 La precocidad de este traumatismo le confiere un valor particular.

35 Otra pregunta de carácter sistemático para encarar el fin de la entrevista.

36 Se ha producido efectivamente una cierta evolución; por lo demás, esta última intervención tiende a reestructurar a la enferma antes de su partida.

i -El investigador estaba advertido de la existencia de un síndrome anginoso en el paciente.

-El cardiólogo asistía a la entrevista.

Frente a la emoción del paciente, y debido a la gravedad del síndrome, el investigador busca asegurarse el contacto lo más rápidamente posible, tomando aquí una iniciativa inhabitual destinada a abrir una salida exterior de descarga y a evitar, en la medida de lo posible, que la investidura somática sea la única vía de expresión emocional.

3 La amenaza de crisis anginosa no pudo ser desechada. También el investigador, para tratar de reducirla, intenta comprometer al paciente más allá acerca del tema de su trabajo, primero porque hizo una alusión transferencial, y después porque es lógico pensar, como es habitual en un síndrome así, en una investidura afectiva profesional de gran importancia.

2 La evocación de la rabia indica sin duda un movimiento transferencial agresivo que desde luego conviene elucidar rápidamente.

4 La intervención permanente del investigador tiene dos finalidades: la primera es dejar el máximo de respiro posible al paciente; hablando abundantemente y con un ritmo intenso, se le permite tomar una cierta distancia respecto a sus emociones en beneficio de

la adquisición de un relativo control en la relación. La segunda es comprometerlo, no solamente a que evoque su tema predilecto, el tema profesional, sino, más precisamente, en este campo, sus actividades efectivas. Esta táctica tiene como objetivo teórico, al mismo tiempo que hacer surgir fantasías de acción (tenemos argumentos para sospechar una vida mental de tipo «operatorio» donde solo existen tales fantasías) y correlativamente, sin duda, alejarlo de las situaciones conflictivas. La representación de la actividad constructiva tiene más posibilidades de separar al enfermo de la situación pasiva donde lo pone la investigación y que, como hemos visto, es particularmente traumática.

s Habiendo fracasado todas las maniobras del investigador, este decide quedarse completamente silencioso e inmóvil. Se siente autorizado para dejar al paciente desbordado que encuentre, con ayuda de la Trinitrina, su modo habitual de recuperarse. Hay que señalar el gesto del paciente que, tapándose la cara, se aísla, al menos visualmente, de los asistentes a la entrevista.

6 Este «Perdone», mediante un mecanismo de proyección, cristaliza el aspecto agresivo de la transferencia, reacción agresiva que no pudo traducirse de otra manera que por la crisis anginosa. Estas excusas remiten al hecho de que el paciente no pudo asumir su parte en el diálogo, lo que él considera una falta en la medida en que ha cometido una «incorrección». Ello confirma su extrema exigencia frente a sí mismo, el sentimiento de peligro que resulta para él la pasividad, de la que, en contra de su valor de castración, no saca ningún beneficio secundario.

7 El paciente presenta en este momento un aspecto relativamente desenvuelto que hasta ahora no había mostrado. Sin duda hay que tener en cuenta un movimiento contratransferencial positivo, debido al alivio aportado por el final de la crisis. Entre otras cosas parece que la mejoría del paciente le permite efectivamente retomar el contacto con el investigador mediante un modo más relajado, más directo, como si la crisis anginosa hubiera hecho posible una cierta reestructuración y poseyera pues algún valor adaptativo.

No hay que despreciar aquí el papel de la vaso-dilatación medicamentosa, ni el efecto euforizante posible de la actividad de masticar -con valor simbólico- cuando traga el comprimido, ni la seguridad que esto le ha dado al sujeto, alejando momentáneamente la eventualidad de una nueva crisis, es decir, la posibilidad para él de mantener por un tiempo una actitud activa.

10 Las actividades instintivas, al menos en su formulación, parecen relegadas a este nivel operatorio. Las satisfacciones residen esencialmente en el éxito social.

8 El investigador, después de orientarse, con un vigor que afecta más a la transferencia, en diversas direcciones que había intentado antes de la crisis, solo obtiene denegaciones de la agresividad. Estando al parecer la relación más asegurada, va a

intentar que el paciente dirija él mismo la investigación.

9 Para situarse, el paciente solo ha dado detalles de comportamiento. (Hay que señalar que la pasividad sensorio-motora nocturna parece insoportable.) No existe ninguna alusión, de ningún tipo, sobre las actividades mentales, espontáneas o elaboradas. Encontramos aquí una ilustración característica del modo de pensar «operatorio».

11 Las intervenciones se limitan aquí a la única demanda de información. El investigador busca desviar el diálogo de temas que pueden ser considerados como patógenos y reorientarlo hacia una dirección más segura.

12 La huida lejos de la madre exigente ha sido puesta en paralelo con el rechazo de un itinerario dado. En efecto, solo es el itinerario y no su fin lo que se presta a variación. El sujeto se reencuentra siempre, al fin y al cabo, en el mismo lugar, en el lugar de su trabajo.

Señalemos aún que el matrimonio fue presentado como una toma de distancia respecto a la madre. Es probable que los mismos rasgos (en particular aquellos relacionados con la culpabilidad edípica, cuyo papel no hay que subestimar en la huida lejos de la madre) se encontraran exactamente en el matrimonio. El itinerario ha sido diferente, sin duda, pero la cita idéntica.

13 La relación fallida con el hijo produjo como un sentimiento de persecución y provocó una subida de la agresión. Su mujer no puede hacer nada por él: solo encuentra refugio en la presencia de un «buen camarada». Hay que señalar la dificultad de la elocución cuando expresa su agresividad.

14 La fantasía de comportamiento es medida y llevada a una estricta realidad.

----- -- ----- 6 Ante la dificultad para formular la relación transferencial, buscamos con mucha prudencia la existencia eventual de una actividad fantasmática consciente. El investigador en efecto sostiene constantemente al paciente ya que su actividad de representación parece muy limitada. La herida narcisista que podría causar al paciente la constatación de esta falta, junto con la ausencia de un recurso defensivo verbal, correría el riesgo de provocar una nueva crisis anginosa. Las únicas defensas que se ven en el paciente consisten en actividades de comportamiento.

15 Es probablemente el control en la acción lo que lo asegura. Esta seguridad, vivida por el paciente en la entrevista misma, permitirá al investigador una tentativa para apreciar la transferencia.

17 No se trata de una actividad fantasmática de tipo hipocondríaco que tendría un

valor defensivo, sino, también aquí, de una tentativa activa de control de sí mismo.

19 El investigador acaba de solicitar al enfermo sobre el plano de la situación edípica, no solo por el interés sino casi por la necesidad de apreciar el movimiento transferencial inmediato. Notemos que esta solicitud fue presentada, como ya fue el caso, varias veces, con el paciente, bajo la forma de una llamada a la identificación con el investigador.

Por otro lado, delante del Edipo, el paciente reacciona mediante un juicio de valor cuyo sentido es separar los dos elementos de la pareja, y valorizar a la mujer a expensas del hombre. En suma, suprime al hombre negando sus celos respecto a él. La precisión y la rapidez de la respuesta del paciente a la sollicitación implican sin duda la existencia de una fantasía subyacente. Pero el investigador no trató de movilizar esta fantasía, al estar confrontado a la falta de recursos del enfermo (cfr. nota 16), el tema en cuestión parece demasiado cargado.

18 De hecho no hay una salida real hacia el exterior de la agresión, incluso con motivo: permanece limitada e inmediatamente culpabilizante. No solamente los movimientos agresivos son rápidamente controlados, sino que el sentimiento mismo de la agresividad está suprimido.

20 El paciente está desconcertado por un modo de examen donde la atención está casi exclusivamente concentrada en la apreciación de la relación, sin referencia a un sistema de ítems y de medidas objetivas. Por así decirlo, hemos visto al enfermo inscribir de entrada sus fantasías en un comportamiento: mide literalmente la fantasía en kilómetros. Es, para reestructurarlo, que el investigador señala su papel de observador. Sin embargo, dado el peligro que implica la pasividad del papel que le impone, una vez más tratará de reasegurar al paciente suscitando su identificación con él. Paralelamente, trata de apreciar sus posibilidades relacionales en este aspecto.

21 Existe, efectivamente, un marcado repliegue narcisista que reenvía a la retirada del paciente frente a la situación edípica: la mujer es demasiado bella para el hombre y el hombre es agresivamente rechazado. No existe pues al límite una relación posible con nadie. Vemos también que esta retirada va pareja al rechazo de juzgar a los demás.

Por el momento vamos a tratar de apreciar las posibilidades relacionales en su dimensión homosexual.

22 Las implicaciones homosexuales de la relación son muy vigiladas y únicamente toleradas tangencialmente en el marco profesional.

23 El inicio de los problemas ocasionó una herida narcisista que contribuyó a reforzar el sistema de retirada del paciente bajo todas las formas que hemos visto. Es un hecho habitual, por otro lado, debido a la ausencia de recursos defensivos de estos pacientes, lo

que crea un círculo vicioso cada vez más patógeno.

24 Alusión a las posibilidades de desencadenamiento de las crisis por un movimiento agresivo.

25 Con el fin de evitar la reviviscencia de una situación altamente patógena, es inútil insistir sobre el estado afectivo que precedió a la instalación de las alteraciones; por otro lado, poseemos ya suficiente información. Es pues, con una intención profiláctica, que el investigador indaga inmediatamente sobre el estado presente del enfermo.

Si consideramos, sin embargo, la situación conflictiva originalmente en cuestión, parece ligada a la oposición de las exigencias del Superyó por un lado, que le induce a buscar otro trabajo, y la atracción de la dimensión homosexual de su relación con su jefe. De esta manera esta dimensión se encuentra abolida, quitando al enfermo un último recurso relacional.

26 Al estar el estado del paciente más estable (cfr. nota 25), mejora la aceptación de su relación con el investigador, incluso con los asistentes; por eso me permito esa interpretación.

27 Igual que en la nota 26, se le señala al paciente el carácter penoso de la impresión que le procura su pasividad. Los contactos afectivos, que parece evitar sistemáticamente, parecen provocar efectivamente en él un sentimiento doloroso, no solamente en función de su pasividad, sino también de su culpabilidad.

29 Se trata evidentemente de apreciar eventuales correlaciones, al menos en el tiempo, entre la evolución de las alteraciones y el desarrollo de la vida conyugal.

28 El relanzar el tema heterosexual suscita inmediatamente una retirada castradora (corta la palabra); después se produce una provocación homosexual seductora. Es como si dijera: «No quiero hablar de mis relaciones con mi mujer, pero se la enviaré para que usted se ocupe de ella.»

31 La evocación de un tema «de oro» revela una vez más la precariedad de la manipulación fantasmática, sobre todo cuando la contempla como gratuita, cuando una actualidad incluso penosa se encuentra cogida como si fuera una ganga.

30 El abordaje de las relaciones heterosexuales, como en el nivel de la nota 28, lo interrumpe el investigador. Este buscaba apreciar las posibilidades de identificación del paciente con su mujer, al menos a través de lo que podría comprender de ella. De hecho se contentará con constatar su comportamiento (significativamente unido a la cifra: treinta y dos años), sin tratar de interpretar.

32 Pregunta de carácter sistemático que trata de completar las informaciones que

conciernen a la vida fantasmática.

33 El sueño, probablemente en resonancia con una escena primaria, no se desprende, sin embargo, de la estricta realidad. La oposición es por otro lado evidente entre el sadismo del contenido onírico y el rechazo del sadismo en la vida consciente. Notamos, no obstante, que, a propósito de la relación con un animal, fundada en una identificación exclusivamente emocional y de comportamiento, donde el juego fantasmático es rudimentario, el paciente se permite desarrollar y expresar libremente un vínculo afectivo.

35 En el momento en que el investigador plantea abiertamente el problema de la agresividad, el paciente le corta la palabra a fin de poner en relieve su pasividad y su impotencia. Por otro lado sabemos el peligro que representa para él la emergencia de la agresividad a la conciencia.

34 La identificación casi «reduplicatoria» entre el hombre y la bestia conduce a un rechazo común de las satisfacciones instintivas agresivas.

36 Aparecen alteraciones en la elocución, al mismo tiempo que una inhibición fantasmática, lo que señala la imposibilidad de una toma de distancia respecto al tema de la agresión reprimida.

Un esbozo de sentimiento de persecución se desprende entonces como en la nota 13. No olvidemos que únicamente el retomar contacto con un amigo le había reestructurado.

37 El estado de la relación deja de nuevo presentir un cierto riesgo de crisis; se aseguran las condiciones de una identificación homosexual, cuyo valor contenedor se conoce. En esta perspectiva hay que considerar la explicación hecha por el investigador.

39 Por razones de la ausencia del recurso defensivo el paciente no pudo evitar ni la herida narcisista ni la retirada total fuera de la relación. Por eso había amenaza de una crisis inminente.

38 La identificación se revela muy precaria, sin duda porque el investigador se ha dirigido a elementos aún demasiado afectivos, que no responden a la necesidad expresada por el paciente de ser clasificado en una categoría. El vínculo (transferencia) homosexual, demasiado frágil, parece ceder («no le hablo como a usted le gustaría»). El investigador intenta entonces por última vez restaurar el vínculo, descubriéndolo abiertamente y tratando de conocer el valor original. Se trata aquí de un movimiento contratransferencial de urgencia, debido a la gravedad de la situación inmediata ya que se estaban dando todas las condiciones para la aparición de una crisis anginosa.

40 El investigador abandona ahora la encuesta propiamente dicha, así como el esfuerzo de reestructuración sobre un plano profundo. Se consagrará únicamente a

intentar abortar la crisis. Con este fin, introducirá, por un lado, una distancia entre el paciente y él, proponiéndole deliberadamente un tema ajeno a la relación inmediata y, por otro, lo escogerá en una perspectiva idéntica a la que el paciente escogió (el viaje a Cassis), para escapar a la atmósfera de persecución ligada al fracaso de su relación con su hijo. Se sabe que el viaje a Italia fue de su parte el objeto de preparativos, y podemos pensar que el enfermo encontrará un cierto control de su pensamiento al evocar este proyecto. Hay que señalar el carácter muy sostenido del diálogo como en la primera crisis anginosa (cfr. nota 4).

42 La posibilidad de retomar libremente contacto con uno de los asistentes, el cardiólogo presente, firma la reestructuración y probablemente el aborto de la crisis anginosa. Vamos, por otro lado, a asegurarnos de ello.

4i Conducir el coche es una salida benéfica: suscita, pues, la representación.

4 Debido a que el paciente retoma el tema de su herida narcisista, esta intervención tiene un doble alcance. En un clima ahora tranquilo, el investigador puede, por un lado, incitar al paciente a un renuevo de identificación (transferencia) y, por otro lado, estimular, casi de manera didáctica, su actividad fantasmática. Ello se facilita por la utilización de una contratransferencia homosexual positiva no alterada.

43 El estado del paciente permite iniciar la separación. Tenemos cuidado de señalar la utilidad de la investigación que acaba de ocurrir y de contemplar el futuro en el marco de la relación con el cardiólogo, aceptado más fácilmente que al investigador, y al que el paciente acaba de dirigirse directamente.

----r -i i----- r --i 46 La calidad positiva de la transferencia es ahora evidente.

45 El enfermo, que aparentemente acaba de aceptar la intervención, aunque no por ello dejó ningún libre curso a su pensamiento, autoriza al investigador, en un movimiento terapéutico, a aprovecharse del aspecto positivo de la transferencia para criticar abiertamente las exigencias del Superyó sustituyendo su propia autoridad.

1 La actitud de la enferma testimonia una notable adaptación a la situación, aunque a ella, debido a su profesión de enfermera, le resulte bastante familiar.

La paciente parece defenderse contra el placer de ser el centro de interés; por otra parte, muestra una cierta desconfianza debido al estilo de la entrevista, que puede evocarle críticas oídas anteriormente. Estos dos elementos contribuyen a una cierta fluctuación de la expresión.

3 Esta precisión en cuanto al origen de las críticas sorprende por su carácter global y evoca una marca persecutoria.

5 Un primer movimiento de la entrevista termina aquí. El acuerdo expresado confirma que el acercamiento comprensivo del investigador fue bien sentido como tal. En efecto, la participación de la enferma es particularmente generosa. En estas condiciones sería inoportuno continuar con la idea de su desconfianza, cuando ella da precisamente pruebas de apertura y de cooperación constructiva.

8 El hecho de que la enferma se sienta formando parte de un grupo de víctimas (encontramos la misma notación global pero para designar su propio grupo) modifica radicalmente la calidad de la nota persecutoria que había llamado la atención. La enferma es capaz de relaciones no proyectivas. El terreno de su desconfianza está pues circunscrito.

7 La sonrisa, la entonación, la caída del compromiso en la confianza, desmienten la literalidad de las primeras palabras y testimonian una distinción neta entre el grupo del investigador y sus asistentes y el de las supervisoras.

' La enferma misma pone una vez más en~relación síntoma y factor emocional, marcando el valor patógeno de las relaciones con los personajes vividos como persecutorios.

4 Igual carácter global, persecutorio, que en la nota anterior.

9 El «Soy un poco curiosa» responde al «Es usted curioso» de la réplica precedente, y expresa sin duda lo que se podría calificar de sentimiento de interpenetración sujeto-objeto.

10 La calidad de la relación de la enferma, tanto con el investigador como con el grupo, es ahora francamente buena, a pesar de esta última denegación que tiene un aspecto defensivo en relación con la atracción de la situación.

Verificamos sin embargo ausencia de proyecciones agresivas.

12 Es para delimitar el campo que se formula la cuestión precedente, para evitar un deslizamiento en un clima de seducción ambivalente. La enferma, sin embargo, sigue muy bien al investigador.

13 La referencia a una disfunción orgánica es un tipo de resistencia banal. Aparece aquí de la misma manera que al principio, después de un relanzamiento de la entrevista. En parte por razones contratransferenciales, el investigador corta por lo sano y orienta la investigación en una dirección que espera más segura y fecunda: la de las relaciones con la madre.

Movimiento idéntico al que ha sido señalado en la nota 12.

15 La afirmación «Es normal», como los «evidentemente», y los «seguramente», son relativos a una exigencia ambivalente de presentar el punto de vista materno.

18 El control que la enferma parece manifestar respecto a los problemas afectivos profundos (del que dudamos sea ilusorio) depende sin duda de las circunstancias del examen, pero debe de ser bastante precario.

16 Esta asimilación, transparente en el lenguaje, de los otros a ella misma confirma el carácter sincrético de las relaciones de la enferma como se ha señalado en la nota 8.

17 Nueva ilustración de lo que se ha señalado en la nota 15.

19 La inquietud que irrumpió, y a la cual la enferma da enseguida una forma convencional, está realmente en relación con la evocación edípica que ha tenido lugar. Hay que señalar por otra parte otra manifestación de interpenetración relacional como ya lo hemos señalado en la nota 9.

20 A pesar de que la mímica de la enferma evocaba una actividad fantasmática, la investigación no logra su objetivo. Esto no es sorprendente en un cefalálgico. Ante el fracaso de la reminiscencia espontánea, el investigador relanza a la enferma sobre el tema más reciente, el de las dificultades con su madre.

21 Vemos una vez más el desencadenamiento de las migrañas cuando la relación con la madre se vuelve efectiva: al volver de la escuela, y el sábado y domingo, después de la costura.

22 Se trata de apreciar en qué medida la imagen persecutoria de las supervisoras está ligada a la imagen materna.

23° Se intenta ver si el sistema proyectivo, que nos parece hasta aquí localizado en las relaciones con las supervisoras, se extiende más allá.

25 Se intenta verificar la ausencia de proyecciones en relación con el investigador mismo y los asistentes, entre los que hay mujeres.

26 El interés positivo que la enferma tiene hacia todos los asistentes es reconocido por ella sin dificultad. Se trata de una verdadera entrega, sin componentes agresivos, respecto de todos los objetos próximos.

24 Cuestión aparentemente desconcertante y provocadora destinada a apreciar con más precisión los límites del sistema proyectivo.

27 Ante la ambigüedad de la pregunta, la enferma, por lo que se espera de ella (ocuparse o no de nosotros), prefiere acusarse de egoísmo.

29 Él asistente que acaba de entrar es inmediatamente identificado. Ello es la ocasión para que la enferma afirme que el grupo es fundamentalmente condescendiente. A continuación, en un movimiento de acomodación, se incorpora al grupo para encontrar justificaciones al «delincuente».

30 Nuevamente un sentimiento fugitivo de culpabilidad, esta vez en relación con la curiosidad. El clima de culpabilidad es relativo a la pareja voyerismo-exhibicionismo. El deseo de interpenetración profunda, que ya hemos visto, se encuentra atrapado en este clima.

2~ La actitud defensiva de la enferma, netamente orientada hacia las mujeres, está seguramente en relación con la evocación edípica relativa al matrimonio.

32 Ponemosa prueba el valor defensivo del movimiento fusional.

33 En un movimiento que no se relaciona con los de las notas 23, 24 y 25, apreciamos finalmente la posición de la imagen materna.

34 Nuevo recurso defensivo respecto de la tendencia fusional (utilizando aquí la pareja tía-tío) para atenuar el carácter conflictivo de la relación con la madre, recurso que se efectúa sobre un plano fantasmático.

31 En la línea de la evocación de la gula infantil, que juega por otra parte un papel defensivo en relación con lo que la precede, la enferma ha encontrado rápidamente la complicidad del grupo.

36 Esta cuestión está naturalmente inspirada por la labilidad de las identificaciones de la enferma.

37 La feminización del hermano evidentemente debe ser considerada bajo el ángulo de la castración, pero nos permite pensar que la naturaleza del sistema de relación de la enferma estaba marcado igualmente por una exigencia reduplicativa que vemos aparecer aquí de manera neta por primera vez. El hecho de que la madre le permitiera e incluso le pidiera reemplazarla con el hermano abre la vía a una compensación narcisista: decepcionada en parte en sus relaciones con la madre, ella colmaba su necesidad de ternura con el afecto dado al hermano, en ese momento verdadero sustituto de ella misma. Finalmente la identificación con la madre adquiriría el valor de un beneficio edípico en la medida en que estaba autorizada por ella.

35 Confirmando la nota precedente, la enferma pone de manifiesto su facultad para cambiar de objeto.

38 La enferma, como vemos, no es tan tranquila.

39 Como se ha señalado en la nota 1, nos sorprende la concepción sintética de la respuesta, la precisión de su desarrollo y su adaptación rigurosa a la pregunta.

46 Serie de identificaciones fusionales por las cuales la enferma pasó de ella misma a sus pacientes al mismo tiempo que del estado de enfermedad al estado de curación.

45 Como en la nota 42, buscamos precisar el alcance del movimiento identificatorio pero esta vez respecto a la madre real.

41 La enferma subraya la utilización de un mecanismo de identificación que excluye la rivalidad.

Buscamos precisar el cariz y los diversos aspectos del movimiento fusional. Al — I r
11 1 I

43 Notamos aquí, como en numerosas reactivaciones ya vistas, la facilidad en el cambio de objeto, tan viva e intensamente investido cada vez.

44 La enferma vuelve a su identificación con una cierta imagen de madre. Por medio de una suerte de asimilación narcisista con el hermano, pudo beneficiarse de los cuidados de la madre proporcionándoselos a sí misma. Este movimiento parece pasar clínicamente al margen de la agresión castradora, como en la nota 41 cuando el movimiento identificatorio parecía excluir la agresividad.

47 La enferma expresa directamente un rasgo muy generalmente observado en los grandes alérgicos: la identificación a la madre ideal.

48 Parece que la reivindicación fálica es aquí evidente, en una situación que ha sido realmente vivida. La enferma no parece en efecto manifestar tales reivindicaciones relativamente a objetos cargados de proyecciones.

46 La enferma coge los mismos términos que el investigador. Marca nuevamente su propensión a la interpenetración, porque efectivamente es el investigador el que retoma las palabras del enfermo.

49 La enferma se defiende aquí de la acusación proyectada de una elección beneficiosa del síntoma. El problema del síntoma ha desencadenado un retorno al tipo de contacto establecido con las supervisoras.

50 Dejamos deliberadamente de lado el problema de las relaciones con la madre, suficientemente esclarecido, para intentar poner en evidencia el origen de las cefaleas en el sector de las actividades mentales.

51 Desde que la investigación está orientada sobre la actividad mental, en particular

en los sectores de la adquisición y de la restitución, la enferma parece haber perdido su movilidad y su adaptabilidad; su remarcable facultad de comprensión parece eclipsada.

52 Ante este empobrecimiento que no se ha disipado, pese a las solicitudes del investigador, pese a las alusiones a las situaciones conflictivas familiares, y de la evocación implícita de la genitalidad, nos vemos llevados a buscar un acceso más directo al inconsciente.

53 El contenido mismo del sueño es aclarado por el comportamiento que depende de él, y que nos parece más fácil de acceso que lo que implica (escena primitiva).

54 La enferma ha pasado del miedo al perro grande al sentimiento de seguridad experimentado cerca de la madre al mismo tiempo que aísla al padre. Ella logra así estar cerca del padre a pesar del miedo al gran perro y cerca de la madre a la vez que separa a uno del otro.

56 «Buscar la distracción» significa evidentemente aquí volverse hacia la escena primitiva.

57 Esta fatiga parece ser el final del empobrecimiento constatado en el comienzo de la búsqueda del elemento cefalálgico. Este empobrecimiento coincide con la evocación de la escena primitiva.

55 Notamos la actividad manual y una forma de expresión pueril, bastante característica de una actividad masturbatoria que nos reenvía a la evocación precedente en relación con la enuresis, todo bañado bajo la atmósfera de la escena primitiva.

58 Reservamos provisionalmente el término de «disposición alérgica» de la personalidad debido a su constancia en los grandes alérgicos naturales, sin prejuzgar la relación de esta disposición con las manifestaciones alérgicas propiamente dichas.

59 Podemos interrogarnos aquí sobre el valor que debemos atribuir a la noción de ideal del Yo en los enfermos de este tipo, comparativamente al ideal del Yo concebido en el marco de las neurosis.

60 El ideal del Yo parece muy próximo de un Yo ideal, es decir, un Yo que se siente unido al Ello (ella quiere ser puericultora porque desea profundamente ser arropada por la madre). Esto evoca nuevamente la raíz pulsional del sistema alérgico.

i El carácter abundante pero inconsistente y mal orientado de la descripción sintomatológica que hace el enfermo incita, en cuanto se presenta la ocasión, a buscar precisiones en relación con el vínculo entre el síntoma y el estado afectivo del comienzo, a continuación en referencia al contexto objetual de este estado.

2 Desde el comienzo de la entrevista el tono evasivo del enfermo, la contemplación activa de sus dedos, etc., en resumen su actitud, hacen sospechar la permanencia de una importante actividad de la fantasía subyacente. Por medio de la pregunta planteada, intentamos abrirle una salida posible.

3 La actividad de la fantasía no parece utilizada, en efecto, en tanto que sistema organizado. La pobreza de la defensa mental, verosíblemente satisfacciones sensoriales, constituyen elementos que contribuyen a esta falta de marcha del paciente y obligan al investigador a reanimar constantemente la entrevista, en la que se percibe al sujeto como dispuesto a ausentarse.

4 Aunque las preguntas del investigador no le impliquen de ninguna manera, el enfermo se implica espontáneamente en el problema de sus relaciones personales con su madrastra. La modalidad ambigua de su designación subraya que él cree que cada uno está al corriente de este problema. Esto merece ser destacado si se considera la tendencia generalmente evasiva del paciente.

5 La nota edípica se hace cada vez más legible al mismo tiempo que aparece un recurso homosexual defensivo.

6 Frente a esta denegación nos debemos plantear si la ausencia de organización defensiva en el plano de la fantasía responde a una imposibilidad de elaboración y de manipulación mentales o a una represión global del pensamiento.

9 Las denegaciones relativas a la madrastra ya la madre incitan al investigador a volver a centrar la entrevista sobre las hermanas cuya importancia hemos visto, y que pueden constituir el nudo actual del conflicto edípico.

10 El enfermo se refugia en un sistema de dependencia con respecto al investigador, sistema que no deja de tener relación con el tema mismo del diálogo: el refugio en una patria.

En el curso de toda esta secuencia hemos intentado mostrar al enfermo que estaba en busca de elementos parentales de los que, sin embargo, pretende huir. El «En Marruecos no estábamos en nuestra casa» traduce sin duda la necesidad de un marco familiar, aunque el enfermo no cesa, para asegurar su defensa, tanto con respecto a sus sentimientos hacia su madrastra como hacia su madre, de sostener que casi nunca estaba en casa. La partida hacia Israel con un grupo de amigos funciona como una defensa homosexual; subraya la ruptura heterosexual preservando una aparente organización familiar.

12 La agresividad con respecto al padre apenas está disimulada. Da testimonio de una precariedad de la defensa homosexual, precariedad que se puede imputar en parte a la

pobreza de la manipulación de la fantasía. Desde ese momento se concibe bien que esta homosexualidad se refuerza con un sadomasoquismo aparentemente vivido.

13 Defensa sensorial característica de la estructura del sujeto que le ha permitido evitar la representación que se le presenta subyacente. Se trata de una defensa de urgencia provocada por una aproximación agresiva del investigador relativa verosímilmente al sadomasoquismo homosexual señalado.

14 Movimiento agresivo contratransferencial que en el clima de la secuencia podría tener un valor vigorizante. De hecho esto no parece ser el caso, porque el enfermo encuentra, sin duda, bastante satisfacción en un empujón que provoca con su actitud evasiva.

15 La alusión a la reflexión es frecuente, pero no parece designar más que una especie de desconcierto, de malestar. Parece, en efecto, que en cada instante la elaboración mental de las representaciones sea para el paciente un mecanismo sistemáticamente excluido de su consideración.

17 La deducción que precede a esta pregunta se dirige más al propio investigador y a la asistencia que al paciente. En el ánimo del investigador se precisa, en efecto, la noción de una disociación eventual entre los mecanismos de represión -impregnados de libido en el clima sadomasoquista homosexual de la relación- y los mecanismos de inhibición mental dolorosa de las cefalalgias.

18 El paciente responde bastante bien a la demanda y da una de las claves de su sistema defensivo.

16 Nueva utilización de un movimiento agresivo contratransferencial.

19 Con sus hermanas la situación es efectivamente diferente; ciertamente no habla, pero tiene el recurso de su síntoma que sustituye la relación heterosexual peligrosa. No habla tampoco con el investigador, pero tiene a su disposición una relación homosexual protectora.

21 Repliegue precipitado del enfermo hacia la situación homosexual sadomasoquista reaseguradora.

20 El peligro de la relación heterosexual se marca aquí en el carácter incierto y ambivalente de las respuestas del enfermo que finalmente acerca sus relaciones con las hermanas a las relaciones con su madre.

22 La confusión y las dudas del enfermo ponen en evidencia una vez más la precariedad de su organización defensiva con respecto al conflicto edípico.

23 La naturaleza del sistema defensivo del enfermo, dominada por la represión de una parte, la buena integración de los movimientos contratransferenciales por otra parte, en fin, la benignidad de la sintomatología autorizan a desplegar, sin miedo a malas consecuencias, ni en el plano mental, ni en el plano somático, los elementos de la situación conflictiva actual. No parece tampoco que corramos el riesgo de obliterar una eventual psicoterapia.

4 Efectivamente el investigador ha dado muestras de extrañeza a causa de la organización homosexual del sujeto -que por un instante ciertos asistentes tuvieron por un perverso-, pero vamos a ver que el enfermo reacciona en función de su culpabilidad edípica

25 La repetición (por parte del investigador) de la expresión del enfermo «de otro cariño» sin duda le hace tomar conciencia del hecho de que su movimiento afectivo está ligado a un desplazamiento.

26 Superposición de la situación actual con las hermanas y la novia con una situación pasada dominada por la presencia de la madrastra y las hermanas.

27 Los signos de inmadurez y de autocastración abundan en la secuencia precedente. Se verifica que los vínculos afectivos con la novia son, ante todo, el resultado de un desplazamiento que no arregla en nada el problema edípico.

28 De hecho, como hemos visto, las imágenes son vividas como peligrosas y evitadas. Pero puede que exista una pantalla verbal que constituye una salida energética dispensando al enfermo una elaboración en la fantasía.

29 Efectivamente, parece que se trata de un sistema frecuentemente utilizado por ciertas categorías de enfermos que consiste en una sustitución de una relación sensorial con un objeto personal -consecuentemente, a disposición permanente del sujeto- a una relación fantasmática proyectada sobre un objeto exterior.

30 El enfermo parece experimentar una cierta satisfacción en ser empujado a estos últimos atrincheramientos. Verosíblemente la relación es vivida en una modalidad sadomasoquista, tanto mejor aceptada aquí que más a distancia.

31 Esta pregunta directa viene al término de una aproximación progresiva que tiende a asegurar la realidad de una actividad sexual que podría ser problemática.

° 33 Recordemos que en esta ocasión la demanda de precisión en relación con una fecha -de una forma que podría sorprender- se comprende por el hecho de que una fecha solo es un intermediario, una pantalla intelectual entre el síntoma y elementos de la vida afectiva. Una pregunta de este tipo tiende, como sabemos, a suscitar asociaciones

fructíferas.

32 La estructura del enfermo que permite encarar una ligadura íntima entre el comportamiento sexual y el síntoma justifica la larga búsqueda sistemática que va a seguir.

34 Hemos intentado ver si, a despecho de la falta de elaboración mental defensiva ya señalada (cfr. nota 15), el enfermo no dispone de una posibilidad de manipulación intelectual, que le permitiría al menos en parte pensar su mal y no solamente vivirlo, es decir, formar una representación simbólica mental y no solamente somática.

35 Nueva sustitución del síntoma por la relación exterior irritante y su desaparición al amparo de una relación exterior homosexual.

36 La ruptura de una relación heterosexual en beneficio de relaciones homosexuales ya no sorprende.

37 Pregunta provocada por la extrañeza de valor contratransferencial y relativa, si no es al defecto, al menos a la forma de organización mental evidentemente poco compulsiva del sujeto.

38 Esta pregunta directa se formula con toda naturalidad, en razón de una reacción contratransferencial frente al modo particular de resistencia del enfermo, que por lo demás lo acabamos de subrayar una nueva vez.

1 Estamos impresionados por ver aparecer relativamente tarde en la entrevista lo que debemos pensar que son los elementos clave para la comprensión completa de este caso. Estos, destaquémoslo bien, solo han emergido con ocasión de una búsqueda directa de representaciones inconscientes.

41 Una vez más esta pregunta habitual al final del examen reviste aquí un carácter particular: tiende deliberadamente a la interrupción de la secuencia esencialmente a fin de evitar la constitución de nuevas barreras susceptibles de entorpecer una eventual acción terapéutica ulterior.

40 La protección homosexual pierde su poder reasegurador frente a la evocación de esta escena que sin duda ha asegurado la base de la constitución del síntoma («la cara crispada»).

7 De nuevo intentamos abrir una salida fantasmática al enfermo. A pesar de sus dificultades de expresión este no manifiesta ninguna impaciencia. Se puede pensar que la calidad homosexual del contacto, que tiene aquí un valor protector, permite al sujeto aproximarse mejor a sus propias representaciones.

á Nueva manifestación de la resistencia característica del enfermo que pone por delante una huida por denegación. Por lo demás destacaremos que retrospectivamente la madrastra se presenta como teniendo un valor de pantalla que recubre el objeto incestuoso verdadero: la madre. Esto se encuentra corroborado por el calco de este movimiento sobre el precedente (entre 4 y 5).

Índice

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN, Michel de M'Uzan y Christian David	9
PRELIMINARES CRÍTICOS A LA INVESTIGACIÓN PSICOSOMÁTICA, Michel de M'Uzan y Christian David	12
PREFACIO	29
INTRODUCCIÓN	31
NOTA A ESTA EDICIÓN	50
OBSERVACIÓN 1, señora Adèle G	52
Comentario	70
OBSERVACIÓN 2, señora Gisèle W	75
OBSERVACIÓN 3, Eugène E	101
OBSERVACIÓN 4, señora Lucie H	136
OBSERVACIÓN 5, señor Gilbert C	174
OBSERVACIÓN 6, señorita Juliette F	212
OBSERVACIÓN 7, señor Robert B	241
CONCLUSIÓN	275
El recurso necesario a estos intermediarios, el alejamiento y la fragmentación con relación a la exp	285
De donde se deduce que, desde el punto de vista epistemológico, el fenómeno de conversión se privile	285
P. Marty, cuando plantea la doble pregunta de qué es un enfermo psicosomático o de qué es una enferm	285
Intentando adaptar los esquemas de comprensión a la complejidad del dato psicosomático, hemos creído	285
La crítica de las bases conceptuales aberrantes de las posiciones revisadas hasta ahora, como presen	285
Considerando la medicina psicosomática de inspiración analítica en su conjunto como algo que reposa	285
cir: admitir de entrada una etiología orgánica es situarse	285

necesariamente en una perspectiva dualist	285
Particularmente consciente de los callejones sin salida del «apriorismo dualista», Parcheminey, en u	285
Por la misma razón del movimiento denunciado así, al menos toda una parte de lo real se encuentra de	286
También, para evitar las dificultades insuperables a las que conducen, es necesario poner entre paré	286
cuando critica sucesivamente el método clínico usual, el método «de doble entrada» -confrontación	286
La anamnesis asociativa definida por Deutsch nos proporcionará de buen grado una ilustración de una	286
No hay duda de que aún está en la sombra: es la contrapartida necesaria y deseable de la eliminación	286
Consideramos la relación de objeto en la misma perspectiva que Maurice Bouvet, relativa a la escala	286
La ausencia de organización neurótica o psicótica propiamente dicha de ninguna manera significa, sub	286
interlocutor al plano de su somaticidad. De una forma general, el enfermo psicossomático da la impres	286
plimiento narcisista ligados al funcionamiento mental simbólico en cuanto tal. A decir verdad, es es	286
¿Cómo veo las dos cosas, en conjunto? Veo que estoy enferma desde hace siete meses y que no sé qué t	286
-Estoy aquí porque estoy enferma. Para mí no es una broma estar así de enferma. He venido para busca	286
-¿En qué estaba a punto de pensar?3	287
-No lo he pensado de ninguna manera; por lo demás, el médico que me ha tratado me ha dicho... Me due	287
¿Desde cuándo lee Vd. esas cosas?5	287
-Le gustaría irse..., ¿por qué?; intente saber por qué le gustaría irse de aquí.	287

-Bueno, háblenos un poco de Vd. cuando está fuera de aquí ⁷ .	287
-Sí, el cáncer. Cuando estoy acompañada, en ese momento, me olvido ⁸ .	287
-Que me sentía mejor cuando charlaba, cuando estaba acompañada... Perdone, no escucho bien por el oído	287
El procedimiento no marcha, sin duda porque ahí...'	288
-Nunca va Vd. más allá de lo que yo le digo".	288
-¡Y entonces!... (silencio) Vd. nunca va más allá de lo que le pregunto, se detiene enseguida. ¿Por	288
Con un señor! ¹³	288
¿Se da Vd. cuenta de que me obliga a hacerle entrar en estos detalles? Parecería que Vd. quiere hacer	288
-Pienso que esa señora está escribiendo todo lo que digo"	288
-Sí, y mi madre que murió en el mes de agosto"	288
-Me duele la cabeza desde antes de que mi madre se muriera ¹⁷ .	288
-¿Y su padre?"	288
-Cinco ⁹ .	288