

**46° CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA INTERNACIONAL**

**CHICAGO - 29 DE JULIO AL 1° DE AGOSTO DE 2009**

**LA PRÁCTICA PSICOANALÍTICA ACTUAL: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS**

## En las fronteras de lo analizable: la escisión. un caso clínico

Marta Dávila<sup>1</sup>

La práctica clínica actual impone a los psicoanalistas desafíos importantes que nos llevan a repensar, partiendo desde Freud, distintas perspectivas teóricas, en un intento de desarrollar hipótesis en torno de la nueva psicopatología y sus manifestaciones en el campo psicoanalítico.

Mi interés en este trabajo es recorrer el camino partiendo de la presentación de un caso clínico, para intentar una comprensión desde marcos teóricos relacionados con la problemática del vacío, la patología del narcisismo y, en especial, la escisión.

### **Material clínico**

Héctor tiene casi 45 años y hace dos que está en tratamiento. Mantiene un trato agradable, a pesar de ser escéptico y despectivo. El motivo de consulta es difuso, manifiesta sentir mucha angustia e intranquilidad.

No le encuentra sentido a su vida. Se siente vacío y no halla intereses en cosas ni en personas.

No trabaja desde hace varios años y siente que no podría soportar tal presión. Inició varias carreras universitarias pero no finalizó ninguna. No está en pareja y refiere que ha perdido el interés por las mujeres.

Vive solo y se mantiene con unos pequeños ahorros, preocupado por no saber hasta cuándo le alcanzarán, sin poder tomar otra decisión para modificar su situación. Se siente solo, encerrado en su casa; no obstante, huye de las compañías.

---

<sup>1</sup> Psicóloga y Psicoanalista Miembro Titular en Función Didáctica de APA. Especialista en Niños y Adolescentes. Full Member de IPA.

Dirección: Lavalle 1710, 6º "11", (C1048AAP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel. 00541143743737 - e-mail: [martadavila@fibertel.com.ar](mailto:martadavila@fibertel.com.ar)

Su madre falleció hace algunos años y él vivió siempre con ella. Lo que más extraña de ella es su “mirada”, que lo acompañaba siempre y sentía que le daba significación a su vida. Una mirada tan “particular”, que parecía estar sobre él, al mismo tiempo que estar contemplando algo “más allá”, un lugar difuso.

Su padre, un personaje enigmático y con cierto carisma, lo consentía sin necesidad que le pidiera algo, pero tampoco hablaba con él. Lo describe a través de la admiración que provocaba por ser un hombre muy inteligente. La noche antes de morir, llamó a Héctor y le dijo que él había sido muy feliz casado con la mamá; pero que ahora le correspondía a él cuidarla. Falleció hace más de veinte años.

Tiene varios hermanos y hermanas, todos mucho mayores que él. Le ofrecen su compañía, pero Héctor la rehúsa.

Habla de la historia de su familia, más que de la suya propia. Siente nostalgia por aquellas vivencias que supone tuvieron sus padres en los años juveniles, y dice con tristeza que ésa sí era una época que merecía haberse vivido. De su propia infancia, relata episodios del período escolar y de su barrio. Son recuerdos impregnados de alegría y calidez, previos a hechos familiares muy dolorosos: un brote psicótico de la madre, con un período de internación y una grave operación del padre.

Nunca se acostumbró a la casa actual, a pesar de vivir desde hace muchos años en ella. En su imaginación, ésta aparece poblada de fantasmas del pasado, a los que no puede darles sepultura. Las figuras de sus padres han quedado dentro del paciente, tan grabadas en los rincones de ese lugar, que, por mucho que reconoce que le haría bien mudarse, no puede siquiera considerar tal posibilidad, pues se angustia pensando que estaría abandonando los espacios queridos por ellos.

En plena adolescencia, Héctor sufrió un accidente muy grave. Estuvo internado muchos meses y fue sometido a varias intervenciones quirúrgicas que le provocaron una inmovilidad de un par de años.

Respecto de su juventud, según cuenta, parece haberla vivido intensamente. Tuvo varias parejas y una sexualidad muy activa, pero nunca hubo una entrega afectiva total hacia alguna de ellas.

Su encierro comenzó hace unos siete años, época en que dejó de trabajar. En la actualidad, prácticamente no sale de su casa, no obstante, manifiesta sentirse muy angustiado por ello.

Inició varios tratamientos psicoterapéuticos en diferentes épocas, todos interrumpidos al poco tiempo.

Al comenzar la terapia conmigo, según me dijo, portaba en su mochila un objeto que su padre le había regalado a la madre el día del casamiento. Cuando hubo oportunidad de tratar el tema, me dijo que lo usaba desde que ella murió. Con el correr de las sesiones y a partir de haberlo trabajado, aproximadamente a los tres o cuatro meses, dejó de traerlo consigo, y me lo hizo notar, diciendo que, tal vez, ya no lo necesitaba.

En la relación transferencial, podría decir que Héctor, al igual que su padre, también es un paciente enigmático, aunque a diferencia de aquél, habla todo el tiempo. Su temática más frecuente gira en

torno de cuestiones ideológicas de muy difícil comprensión. También habla del cuerpo, pero no del cuerpo erógeno sino de sus síntomas corporales, y cuando lo hace, les da un tratamiento muy particular: parecería describirlos como si éstos fuesen un otro maligno que, ajeno, lo acecha desde adentro.

Tiene permanentes temores relacionados con sus trastornos somáticos, y, sin llegar a ser hipocondríaco, suele pensar que aquéllos son el anticipo de una grave enfermedad.

Es una persona muy inteligente y tiene gran cantidad de conocimientos de todo tipo, pero sus permanentes cuestionamientos teóricos tiñen de escepticismo cualquier señalamiento o interpretación. Como terapeuta siento una gran dificultad en entender el lenguaje manifiesto y, más aún, en acercar algún señalamiento que sobreviva a su desconfianza. Cuando me incluyo en una interpretación en la transferencia, Héctor suele decir: “Claro... esto es lo que pasa en las terapias. Creo que lo que discuto es la metodología de las terapias. Pongo muy en duda todo esto, etc., etc.”.

Muchas veces tengo la sensación de no poder comprender de qué me habla, pues se expresa a través de significantes muy variados, que terminan por hacerme sentir desorientada y vacía, sin encontrar la manera de acercar algún contenido que pueda serle de utilidad.

Paradójicamente, cuando logro salir de ese bloqueo mental y realizo alguna interpretación que siento pueda ser valiosa o servir de punto de partida para alguna posible elaboración, suele desalentarme, desvalorizándola; no obstante, si no acierta a responder devaluando en ese momento mis palabras y les reconoce un cierto sentido, se angustia intensamente. El menoscabo hacia lo hablado resurge a la sesión siguiente.

A continuación relataré *cuatro fragmentos de sesión* de diferentes momentos del proceso terapéutico.

#### Primer fragmento de sesión, al año de tratamiento

Héctor explica que se dio cuenta de que, en realidad, lo que le cuesta no es solamente “salir” de sí mismo o de su casa, sino “entrar”, referido tanto al hecho de “ingresar” en un lugar como a “entrar” en el reconocimiento afectivo de un otro, sin siquiera pensar en hacer un vínculo. Manifiesta que no puede incorporar personas a su vida y que siente que el mundo está, o bien “demasiado poblado”, o “totalmente vacío”, y, tanto por un motivo como por el otro, no puede entrar.

Héctor, con sus palabras, pareciera estar describiendo un auténtico sentimiento transferencial de desconcierto y extrañeza, de soledad y de ausencia del otro. Mientras tanto, desde mi contratransferencia, percibo una gran dificultad en encontrar la manera de ingresar como una figura presente en el psiquismo de este paciente y dejar una huella que quede inscripta libidinalmente.

En ese punto de la sesión, acude a mi mente una imagen: es una escena en la que ambos estamos ubicados en dos islas separadas, aunque uno frente al otro. Nos comunicamos con sonidos, miradas y

señales. Nos entendemos, a veces más, a veces menos, pero ninguno de los dos puede llegar a la isla donde está el otro. La sensación de vacío y soledad es inexorable.

En aquel momento, tomando en cuenta estos elementos, le sugiero:

“Me pregunto dónde estaría entonces yo en su vida, qué lugar estaría ocupando”.

Sorprendido, Héctor no responde, y continúa: “A menudo parecería que yo no pudiera entrar en su mente, aunque percibo su interés y cierto afecto. Al mismo tiempo me dice que el mundo está vacío, quiere decir que tampoco estoy afuera. Entonces, ¿dónde estoy yo en su vida? ¿Afuera? ¿Adentro? ¿Estoy presente o ausente? Héctor responde con cierto pesar: “Lo que le voy a decir habla muy mal de mí. Siento que cuando estoy acá, usted está, pero yo me voy y usted se diluye”.

### Segundo fragmento de sesión, al año y medio de tratamiento

Héctor comienza el relato diciendo que hacía unos días se había sentido muy mal, pues estando en casa de unos parientes, en ocasión de un festejo familiar al cual no quería ir, tuvo una crisis de angustia “como nunca”. Transcribo su narración textualmente: “Mi hermana Juana, que es la que más me entiende, se dio cuenta enseguida: ‘¿Qué te pasa?’, me decía. ‘¿Querés que te acompañe? No te podés ir así’. Entonces fui directo a mis otros parientes y los encaré: Pero díganme una cosa, ¿qué estaban haciendo ustedes cuando yo estaba internado en el hospital? (Se refiere a la época de su accidente.). ‘¿Cómo? No entiendo’, me dicen. Sí, ¿qué estaban haciendo que no se dieron cuenta lo que a mí me pasaba? ¡Estaban ahí parados, pero no hablaban con los médicos, no preguntaban, dejaban que me hicieran cualquier cosa! ¿No veían que estaba mal? ¿Qué hacía papá? ¿No preguntaba? ¿Nunca nada? ¡Mis amigos me acompañaban mejor que ustedes; no me dejaban solo ni un momento! ¿Por qué esa indolencia, esa resignación? Mi otra hermana (María) estaba pálida – continúa diciendo el paciente– No sabía qué decir. Yo les seguía diciendo una y otra vez: ¿Qué hacían? Al final me fui hacia la puerta para irme. Todos me miraban asustados. Mi hermana más chica me decía: ‘¡Qué vas a hacer! ¡No te vayas en ese estado!’. Mi hermano, Pedro, me quería acompañar, darme cosas, ropa, comida, lo que sea. Yo no quise nada y me fui. Quedé muy mal después de eso, me encerré en mi casa y lloré mucho. Hacía mucho que no me pasaba algo así. Al día siguiente aparece otro de mis hermanos (José) cargado de ropa para regalarme, que seguramente había comprado o que era de él, y también comida. No sabía qué hacer, qué darme. Y después se fue. Desde el otro día salí solamente para venir para acá”.

Fue una sesión conmovedora y preferí acompañarlo solamente con mi escucha.

### Tercer fragmento de sesión. Reciente

Héctor comienza la sesión diciendo: “Necesito dinero, pero no sé cómo resolverlo”. Continúa mencionando una serie de planteos teóricos acerca del significado del dinero en la sociedad, etc. Luego dice: “Me pasa algo con este tema que no puedo siquiera poner en palabras. Por un lado está la cuestión A, por ejemplo, que es lo que siempre digo, que no me gusta trabajar, que no lo entiendo, que no le encuentro sentido, que no sé qué cosa haría, etc. Algo que veo todo gris y negro, lúgubre y me da una angustia terrible. Por otro lado, está la cuestión B, que yo imagino agradable, entretenida, llena de colores, de alegría, de percepciones y sensaciones, hasta olores agradables. Algo que me podría gustar mucho, lleno de vida... pero apenas empiezo a acercarme a esa situación, resulta que ya no es B sino que se convierte en Z o en otra cosa, algo que empieza a perder los colores, y cuando estoy más cerca ya se convierte de nuevo en algo gris y sin vida. Eso me pasa con todo. Me pasaba también de joven, cuando salía. Mi vida durante el día en el colegio y luego en el trabajo era gris, negra, sin vida. Después, cuando salía a las noches, iba entusiasmado, veía todo eso lleno de colores, de vida, de música, de gente, pero después, nunca podía disfrutar plenamente”.

Le interpreto que, por lo que dice, parece que salía entusiasmado, pensando que iba a encontrar algo maravilloso; en su imaginación eso existía, pero que cuando llegaba y se encontraba con la realidad, todo se deslucía porque se daba cuenta de que se divertía pero igual seguía estando solo; estaba con gente, pero no había un vínculo, no había afecto.

Héctor contesta: “Es que no sé qué es lo que busco, entonces nunca sé si lo encuentro o no (...) Y para mí los vínculos no existen... Me resisto a creer que puede haber vínculos con la gente”.

Respondo: “Eso mismo le sucede conmigo. Se resiste a creer que puede haber un vínculo conmigo, y nunca sabe si lo que hablamos le puede servir o no”.

Termina la sesión.

#### Cuarto fragmento de sesión, siguiente a la anterior

Héctor comienza refiriéndose a cierto malestar somático que lo aqueja últimamente, y las dudas entre tomar el remedio o no. Sigue hablando de la desconfianza hacia los médicos. En ese punto le comento que se siente muy solo con todo lo que le pasa.

Cuenta que a veces se acompaña escuchando música. Manifiesta emoción nombrando a sus cantantes preferidos, que eran los que también le gustaban a su padre; luego, continúa hablando de aquél por un rato largo. Menciona la admiración que provocaba en general por sus dones como deportista, elegancia y otras habilidades especiales. Luego, con una emoción intensa, expresa que él no tomó conciencia de la muerte de su padre hasta muchos años después, y lo lamenta muchísimo. Finalmente, al borde de las lágrimas dice: “Sabe, lo que yo no tolero es ‘no ser mi padre’. No ser él”.

Le interpreto que tal vez por ese motivo en lo único que se reconoce como persona es en eso que tiene en común con su papá: la música que le gustaba a él y todo lo concerniente a su época. Pero en lo distinto a su padre no puede descubrirse ni reconocerse. Entonces, le abro un interrogante: “¿Será que está tan vacío como dice o es que rechaza y no tolera no ser idéntico a él? Es probable – continuo– que no pueda registrar lo que en usted hay de diferente a su padre porque lo siente como algo que no sirve, insignificante y le produce un dolor insoportable”.

Héctor, muy conmovido, responde: “Sí, y tampoco tolero el paso del tiempo”.

Termina la sesión.

### **Reflexiones teórico-clínicas**

Para comprender en nuestra práctica cotidiana casos como éste, enmarcados en las nuevas manifestaciones clínicas de borde, es importante que el analista esté disponible en “un todo” (Dolto, 1987) desde su contratransferencia, ubicando especial atención en captar, además del discurso latente del paciente, sus propias fantasías contratransferenciales, imágenes o síntomas corporales, los que he designado en otros trabajos como “contratransferencia somática” (Dávila, 2006, 2007), que pueden surgirle durante el “estado de sesión” (Botella, 2001), a fin de lograr la creatividad técnica necesaria para estos casos.

Héctor es un sujeto descontento, insatisfecho, que, mediante un pensamiento errante, intenta abocarse a la búsqueda y a la espera de algo que nunca encuentra y por un terreno que no es el adecuado. Durante ese trayecto inseguro, se producen marchas y contramarchas que provocan permanentes desencuentros con los objetos (“No sé qué es lo que busco, entonces nunca sé si lo encuentro o no”), por lo cual logra permanecer detenido en el tiempo (“Tampoco tolero el paso del tiempo”).

Es un analizando con quien, a pesar de su escepticismo, suelo tener la sensación de que está esperando ansiosamente algo de mí, palabras que puedan darle comprensión a su sin-sentido. Esta situación, desde la contratransferencia, me produce cierta angustia y sensación de confusión, de modo tal que, a pesar de buscar elementos en mi mente en forma incesante, más de una vez encuentro un bloqueo, una “ausencia”, que me genera incertidumbre. Sin embargo, cuando logro salir de esa especie de “aislamiento mental” y me aproximo con algún señalamiento, Héctor suele sentirse “acorralado”, “cercado”, respondiendo con más angustia aún.

Vemos entonces que desde ambos términos del vínculo transferencial, se intenta entender algo que no está, que es una “ausencia” que se siente en la contratransferencia, y que nos permite comenzar a comprender, entre la “intrusión” y el “abandono”, las diferentes dimensiones del vacío (Dávila y Leguizamón, 2007a).

Concuerdo con Green en que “El modelo implícito de los estados fronterizos nos remite a la contradicción formada por el par angustia de separación - angustia de intrusión” (Green, 1975, pág. 61).

La mutación permanente entre la angustia de intrusión y la de separación hace referencia a la presencia de un déficit narcisista primario en relación con vivencias originarias, que ha imposibilitado tanto la representación de objeto, si lo vemos en términos freudianos (Freud, 1900, 1915) como la constitución del self (Green, 1986).

A diferencia de lo que sucede en las depresiones neuróticas donde el síntoma que aparece es la inhibición, en el caso de Héctor, lo que observamos es la “falta de iniciativa”.

El narcisismo mortífero da lugar a un proceso de desobjetalización, que, por ende, mantiene al yo con un pobre caudal libidinal, y su vida aparece como la de un ser “discapacitado”, o, al menos, él se trata como tal, debido a que en la formación del sí mismo hubo un déficit en la impronta libidinal del objeto.

A partir de un trauma precoz, probablemente conectado a vivencias relacionadas con la figura materna (*el brote psicótico y sus secuelas, expresadas a través de “esa mirada tan particular”*), se produce una fractura en su Yo, una “escisión” patológica donde diferentes sectores del mismo están en franca contradicción, sin que el paciente pueda percibirlo.

En este punto, recordamos las ideas de Green (2000) sobre la “posición fóbica central”, como una manera de manifestación de “lo negativo” en el proceso de la cura. El analista capta la negatividad, a partir de transferencias de destructividad enviadas preponderantemente hacia el propio funcionamiento psíquico (*en la contratransferencia, mi bloqueo mental, que me hace sentir desorientada, vacía*).

Luego, aparece en mi mente una imagen (*ambos estamos ubicados en dos islas separadas uno frente al otro, pero ninguno puede llegar a la isla donde está el otro*). Deduje que dicha fantasía, que se ha reiterado en distintos momentos del análisis, podría entenderse como una manera en que “la escisión” se insinúa en la mente del analista. Las islas sin contacto que cercan los bordes de un vacío ubicado entre ambas, representan, en la transferencia, al analista y al analizando, pero seguramente son la manifestación de dos sectores separados de su propio yo, que aparecen como bloques sin correspondencia entre sí.

Tal situación lleva al paciente a un permanente estado de tormento, quien, al desvalorizar mis señalamientos y desalentarme en mi labor, se comporta como si estuviese tratando de impedir un movimiento interno hacia un punto en que ambos sectores podrían tocarse irremediablemente si no mantiene dichos cuidados.

Pienso que seguramente en el espacio vacío en el medio de las islas se encierra un gran temor. Recordemos las palabras de Pontalis (1978): “el demasiado lleno crea un vacío”. Pues entonces, nos podemos preguntar: ¿qué hay de “demasiado lleno” dentro de ese vacío?

Creo que dentro del vacío está la “angustia”. Desconcertante, sin nombre, sin palabras y sin explicación posible, verdaderamente desgarradora y aniquilante; es una angustia ante la pulsión, compatible con uno de los conceptos que Freud plantea en 1926.<sup>2</sup>

Dentro del vacío también está el “dolor”. Un dolor que tiene que ver con el desamparo, con esa mirada de los padres que parecen mirarlo pero que están viendo a alguien que no es él.

Tanto la angustia como el dolor estarían señalando el miedo al “derrumbe” (Winnicott, 1963). En este paciente lo advertimos cuando toma la forma de terror a la desintegración corporal, en correlación con sus trastornos somáticos (*“suele pensar que aquéllos son el anticipo de una grave enfermedad”*) o miedo a la locura, en consonancia con la enfermedad mental de su madre.

Así es como el paciente permanece inmóvil, sin poder conseguir cosa alguna, más que autotorturarse. Tortura superyoica al fin, que no le permite lograr “ser” ni significarse, sólo narcisizarse tanáticamente, mirándose todo el tiempo a sí mismo (como Narciso), aun a costa de hacer una minuciosa y dolorosa observación de sus síntomas corporales, tratando de “encontrar-se”, de hallar a ese “ser” que sus padres no percibieron ni comprendieron. Recordemos los conceptos de Winnicott (1963) sobre la importancia de ser visto y comprendido por alguien, para saber que uno ha sido reconocido como “ser”.

En el intento por “encontrar-se”, Héctor va perdiendo la vida. Claro que no es una vida “haciendo nada”. Es una vida cargada de un pesimismo paralizante que gira todo el tiempo en torno de cavilaciones, en su afán por hallar explicaciones a aquello que sus padres no pudieron significar. En esas tentativas fallidas, tropieza sólo con réplicas de la mirada vacía de los padres, pero, por momentos (y creo que gracias al trabajo analítico), logra transformar el “dolor” en “odio” hacia ellos, por el abandono sufrido.

Otras veces, el dolor se vuelve contra su propia persona y se asienta en el cuerpo. Es pertinente recordar aquí a Freud cuando en 1923 hace referencia al yo como “sobre todo en esencia corporal” (Freud, 1923, pág. 27). Las fronteras se confunden, nos dice Pontalis (1978), y el cuerpo llora el dolor psíquico.

En suma, la angustia y el dolor, es decir, el “demasiado lleno del vacío”, aparecen en Héctor debido a la “fisura” que se produce por el fracaso en el proceso de duelo correspondiente a situaciones traumáticas primarias fundamentales (*primero la enfermedad mental de la madre junto con la*

---

<sup>2</sup> “El tercer factor o factor psicológico se encuentra en una imperfección de nuestro aparato anímico, estrechamente relacionada con su diferenciación en un yo y un ello [...] El miramiento por los peligros de la realidad fuerza al yo a ponerse a la defensiva ante ciertas mociones pulsionales del ello, a tratarlas como peligros. Empero, el yo no puede protegerse de peligros pulsionales internos de manera tan eficaz como de una porción de la realidad que le es ajena [...] sólo puede defenderse del peligro pulsional limitando su propia organización y aviniéndose a la formación de síntoma como sustituto del daño que infirió a la pulsión” (Freud, 1926, pág. 146).

*operación del padre*) que se reactivan en sucesivos momentos dolorosos (*su accidente en la adolescencia y el abandono sufrido después del mismo, la muerte del padre y, por último, la enfermedad y muerte de la madre*).

Es interesante indagarse sobre la conflictiva edípica en este paciente, quien se siente unido a una madre que sufría importantes perturbaciones psíquicas, por lazos que nada ni nadie habrían podido quebrar, y nunca admitió vínculo alguno que pusiera en peligro este ligamen.

La prohibición a la exogamia resulta evidente, reforzada superyoicamente por el pedido que su padre le hizo poco antes de morir, de cuidar y proteger a la madre. El objeto que portaba dentro de la mochila al comienzo de la terapia, marca el sello paterno y el lugar que hubo de ocupar en relación con la madre.

Cabe preguntarse: ¿cómo pudo haber sido el desarrollo del complejo de Edipo y el del superyó en alguien cuyo padre mismo hubo de levantarle parte de la prohibición del incesto, al dejar vacante su lugar y acordarle cierto permiso?

Es comprensible que en el paciente se produzcan confusiones de identidad temporarias en relación con la figura paterna y que mantenga la convicción de que solamente la vida de su padre merecía haber sido vivida, mientras que la de él, pobre e insignificante, parece ser la presentificación misma del fantasma que su padre ha resignado en su lugar.

El trabajo de “lo negativo” le significa la alucinación negativa de sí mismo y la añoranza por las experiencias juveniles de sus padres. Kaës (1996) habla de “herida de la historia” para referirse a la herida que dejan los otros en el sujeto, que no le permiten hacer “historia propia” y apoderarse de su espacio y tiempo, es decir, no le admiten la apropiación del mundo interno como proceso de subjetivación.

En la relación terapéutica, el paciente se presenta poblado de identificaciones alienantes que, como fantasmas, lo invaden y se apoderan de “la propia identidad”, dejándolo inmerso en un estado de vacío “a merced” de lo ajeno. Tales identificaciones no sólo tienen la fuerza tanática de la pulsión de muerte, sino que corresponden a la “presencia” misma de la muerte negada de los padres, que se deposita en el hijo para que éste sea la memoria viva de sus partes muertas (Dávila y Leguizamón, 2007b).

En las sesiones, la asociación libre se hace demasiado verborrágica, y distante, empleando un discurso de muy difícil comprensión. Es su manera de evitar las conexiones psíquicas, pues éstas se le convierten en persecutorias, adivinando, tal vez, las consecuencias que podría acarrear el establecimiento de ligaduras significativas, dado que a partir de ellas podría hacer conciente su enojo, desamparo, soledad y destructividad.

En su interior se gesta una “escisión” que le provoca un sentimiento de extrañeza, el mismo que percibo contratransferencialmente, y que convive a diario con el analizando, ya que éste siente que

hay un otro odiado que lo vive (*los síntomas somáticos*), no llegando él a vivirse a sí mismo (Faimberg, 2006). Defensivamente, se esconde de sí y de los demás, como detrás de una cáscara de un falso self negativo, ausente, que lo protege.

Green (2000), en “La posición fóbica central”, dice que los enérgicos esfuerzos de un paciente por demoler la expresión representacional del conflicto en la relación transferencial, desalentando al analista (“*Esto es lo que pasa en ‘las terapias’. Pongo muy en duda todo esto*”), trasunta tanto una defensa general contra la activación de una situación traumática como una identificación inconsciente concreta con un objeto muerto o destructivo.

Refiriéndose al trauma precoz, Roussillon (2007a, 2007b) dice que, debido a la “falta” provocada por la inadecuación histórica de las “respuestas” de los objetos primarios, y por efectos de la pulsión, para sobrevivir, el sujeto se “retira de sí mismo”. Explica que el sujeto se resguarda, encerrándose dentro de una zona clausurada, sin entrada y sin salida, quedando enfrentado a las secuelas letales de la pulsión de muerte. Así, la elaboración psíquica no puede encontrar un lugar plausible, y, dado que la pulsión no es integrable, amenaza al yo y al psiquismo con un retorno desintegrador que a su vez exige la inmediata puesta en marcha de las defensas narcisistas, dando lugar, en el análisis, a las “transferencias paradójales” (Roussillon, 2001). Describe que el analizando le hace “vivir” al analista lo que él no pudo “vivir ni simbolizar” de su propia historia personal y familiar, y, por efectos de la transferencia, le hace “sentir” lo que él no logra sentir de sí mismo, haciéndole vivenciar que se encuentra frente a una situación sin salida (Roussillon, 2007a, 2007b).

Sólo el apoyo y la solidez profesional del terapeuta en el clásico trípode de la formación (teoría, clínica y reanálisis) le permitirán entender las formas complejas de la relación transferencial con estos pacientes.

¿Cómo ayudar al analizando a salir de esta coraza defensiva tanática, para darle ligadura en una representación? ¿Cómo hacer que el dolor psíquico sea tolerable dentro de la sesión analítica para el terapeuta y para el paciente, sin bloquear completamente nuestra capacidad de trabajo?

¿Es posible construir el “ser” en las patologías comprendidas dentro de las manifestaciones del “no-ser”, forjar aquello que no se pudo “concebir” en su propia historia? ¿Cómo conducir la escucha para que el paciente pueda comenzar a sentir que tiene “derecho a vivir”?

Éstas y muchas otras son las preguntas que nos formulamos aquellos analistas que trabajamos con las patologías de fronteras. Tanto más difícil es encontrar las respuestas.

A menudo se observa a estos pacientes situarse en una posición de fuga frente al vínculo transferencial, sin poder entender a qué le temen (Green, 2000). Lo “negativo”, particularmente movilizado por los efectos de las defensas narcisistas, atraviesa el psiquismo, y la sensación de haber llegado al límite del análisis nos invade.

La “escisión del yo” provoca un funcionamiento fóbico dentro del psiquismo, de modo tal que la comunicación está impedida entre los diversos sectores del aparato, los cuales, al parecer, intentan repelerse entre sí. Algunas partes se transfieren, por medio de la identificación proyectiva, al analista, quedando ambos enfrentados como islas con una fosa en el medio. Caer en ese abismo significaría encontrarse con el tan temible “derrumbe”.

El analista debe “sobrevivir psíquicamente”(Winnicott, 1963), a pesar de la “amenaza agonística” formulada en la sesión y de las fallas que el paciente le señala sobre su función terapéutica.

El trabajo analítico es sumamente comprometido y riesgoso. Reposa sobre la creatividad del terapeuta, y se basa en la observación de todos los elementos captados contratransferencialmente.

La “escisión” se expresa a través de “actos” que germinan en el paciente (al estilo de la neurosis actual), donde el analista queda implicado. Aquí, la elaboración contratransferencial es indispensable. Aparece un malestar en el cuerpo o en la mente del terapeuta, que se le impone, debido a las condiciones de la transferencia-en-la-persona-del analista. Ésta, la “contratransferencia somática” (Dávila, 2006, 2007), se presenta a la conciencia con una expresión muy primaria, por medio de representaciones visuales o sensaciones corporales, y debe ser sometida a un riguroso autoanálisis, con la correspondiente severidad científica, pues, a partir de ella, podemos descubrir elementos significativos acerca del sufrimiento psíquico del paciente.

Las intervenciones deben ser cuidadosas, paulatinas, y efectuarse sólo cuando aquello que se desprende de las palabras del terapeuta pueda ser compatible con lo que el psiquismo del paciente logre integrar (Aulagnier, 1975).

Es necesario rastrear la vitalidad que quedó atrapada. El trabajo terapéutico consistiría en concebir la posibilidad de que Eros amortigüe la silenciosa labor de Tánatos. Es importante que el analizando sienta que el analista le devuelve un mundo más poblado, para ir “creándose”, aunque sea con imágenes prestadas.

La propuesta técnica sería “editar”, es decir, “fundar” una nueva inscripción psíquica en la relación transferencial, para que el paciente pueda sentir que tiene derecho a “ser” y a “vivir”.

## **Resumen**

El interés de la autora en el presente trabajo es recorrer el camino partiendo de la presentación de un caso clínico, para intentar una comprensión desde diferentes marcos teóricos relacionados con la problemática del vacío, la patología del narcisismo y, en especial, la escisión.

A partir de un trauma precoz, se produce una fractura en el yo, una “escisión” patológica donde diferentes sectores del mismo están en franca contradicción, sin que el paciente pueda percibirlo. La

autora recuerda las ideas de Green (2000) sobre la “posición fóbica central”, como una manera de manifestación de “lo negativo” en el proceso de la cura.

El paciente se presenta poblado de identificaciones alienantes que lo invaden y se apoderan de “la propia identidad”, dejándolo inmerso en un estado de vacío. Defensivamente se esconde de sí mismo y de los demás, como detrás de una cáscara de un falso self negativo que lo protege.

¿Qué hay de “demasiado lleno” dentro del vacío? Están la angustia y el dolor, que expresan el miedo al “derrumbe” (Winnicott, 1963).

Refiriéndose al trauma precoz, Roussillon (2007a, 2007b) dice que, debido a la “falta” provocada por la inadecuación histórica de las “respuestas” de los objetos primarios, y por efectos de la pulsión, para sobrevivir a esta experiencia, el sujeto se “retira de sí mismo”. Así, la elaboración psíquica no encuentra lugar, y da lugar a “transferencias paradójales”.

¿Cómo ayudar al analizando a salir de esta coraza defensiva tanática, para darle ligadura en una representación? ¿Cómo hacer para que el dolor psíquico pueda ser tolerable tanto para el terapeuta como para el paciente? ¿Es posible construir el “ser”, si no se pudo “concebir” en su propia historia? ¿Cómo conducir la escucha para que el paciente pueda comenzar a sentir que tiene “derecho a vivir”?

La escisión del yo provoca un funcionamiento fóbico dentro del psiquismo, que impide la comunicación entre los diversos sectores del aparato, los cuales intentan repelerse entre sí. Alguna de estas partes se transfiere, por medio de mecanismos de identificación proyectiva, a la persona del analista, quedando ambos enfrentados como islas con una fosa en el medio. Caer en ese abismo significa encontrarse con el tan temible “derrumbe”.

Es necesario estar atentos a las exteriorizaciones de la pulsión de muerte en la sesión psicoanalítica, pues en determinadas circunstancias, la escisión se expresa a través de “actos” que germinan desde el paciente (al estilo de la neurosis actual), donde el analista queda implicado. Las intervenciones del analista deben ser cuidadosas, paulatinas, y efectuarse sólo en la medida en que puedan ser compatibles con lo que el psiquismo del paciente logre integrar (Aulagnier, 1975).

El trabajo terapéutico más adecuado sería concebir la posibilidad de que Eros amortigüe la silenciosa pero eficiente labor de Tánatos.

La propuesta técnica estaría puesta en “editar”, “fundar” una nueva inscripción psíquica en la relación transferencial, para que el paciente pueda sentir que tiene derecho a “ser” y a “vivir”.

**DESCRPTORES:** VACÍO / ESCISIÓN / SITUACIÓN ANALÍTICA / TRAUMA TEMPRANO / DERRUMBE

### **Summary**

**ON THE FRONTIER OF THE ANALYZABLE: SPLITTING, A CLINICAL CASE**

The author's interest focuses on the presentation of a clinical case with the intention of understanding the problem of emptiness, the pathology of narcissism, and splitting in particular, in different theoretical frames.

Following an early trauma, a fracture is produced in the ego, a pathological "splitting" in which different sectors frankly contradict each other even though the patient is unable to perceive it. The author recalls the ideas of Green (2000) concerning the "central phobic position" as a way to manifest "the negative" in the process of the cure.

The patient is inhabited by alienating identifications which invade him and take over "his own identity", leaving him immersed in a state of emptiness. He hides from himself and others defensively, as if behind the shell of a negative false self which protects him.

What "overfills" this emptiness? Anxiety and pain, which express fear of "collapse" (Winnicott, 1963).

In reference to early trauma, Roussillon (2007a, 2007b) states that, due to "lack" provoked by historical inappropriateness of "responses" of primary objects, and due to effects of the drive to survive this experience, the subject "withdraws from himself". Hence, there is no room for psychic working through, which leads to "paradoxical transferences".

How can we help analyzands to come out of this thanatic defensive shell in order to give them binding in a representation? How can we make psychic pain bearable for both therapist and patient? Is it possible to construct the "being".

if it was never "conceived" in its own history? How may we lead listening so that patients may begin to feel that they have "the right to live"?

Splitting of the ego provokes a phobic functioning in the psyche which prevents communication between diverse sectors of the apparatus, which attempt to repel each other. Some of these parts are transferred, by mechanisms of projective identification, to the analyst's person, the two confronting each other like islands with a moat between them. Falling into this abyss means encountering deeply feared "collapse".

We need to be aware of exteriorizations of the death drive in the psychoanalytic session, since in certain circumstances splitting is expressed through "acts" which germinate in the patient (in the mode of actual neurosis), involving the analyst. The analyst's interventions need to be cautious and gradual, made only to the extent that they may be compatible with what the patient's psyche is able to integrate (Aulagnier, 1975).

The most adequate therapeutic work conceives of the possibility that Eros may damper the silent but efficient work of Thanatos.

The technical proposal centers on "editing" and "founding" a new psychic inscription in the transference relation so that these patients may feel that they have a right to "be" and to "live".

**KEYWORDS:** VOID / SPLITTING / ANALYTIC SITUATION / EARLY TRAUMA / COLLAPSE

## **Resumo**

### **NAS FRONTEIRAS DO ANALISÁVEL: A EXCISÃO, UM CASO CLÍNICO**

Meu objetivo com o presente trabalho é percorrer o caminho partindo da apresentação de um caso clínico para tentar uma compreensão através de diferentes marcos teóricos relacionados com a problemática do vazio, a patologia do narcisismo, especialmente a excisão.

A partir de um trauma precoce se produz uma fratura no Eu, uma “excisão” patológica onde diferentes setores do mesmo estão em franca contradição, sem que o paciente possa percebê-lo. Recordamos as idéias de Green (2000) sobre a “posição fóbica central”, como uma maneira de manifestação do “negativo” no processo da cura.

O paciente se apresenta povoado de identificações alienantes que o invadem e se apoderam da “própria identidade”, deixando-o imerso em um estado de vazio. Defensivamente se esconde de si mesmo e dos demais detrás de uma casca de um falso “self” negativo que o protege.

O que existe de “excessivo” dentro do vazio? Estão a angústia e a dor, que expressam o medo ao “desmoronamento” (Winnicott, 1963).

Referindo-se ao trauma precoce, Roussillon (2007a, 2007b) diz que, devido à “falta” provocada pela inadequação histórica das “respostas” dos objetos primários, e por efeitos da pulsão, para sobreviver a esta experiência, o sujeito se “retira de si mesmo”. Assim, a elaboração psíquica não encontra lugar e dá lugar às “transferências paradoxais”.

Como ajudar o analisando a sair desta couraça defensiva tanática, para darle ligação em uma representação? Como fazer para que a dor psíquica possa ser tolerável, tanto para o terapeuta como para o paciente? É possível construir o “ser”, se ele não pôde se “conceber” na sua própria história? Como conduzir a escuta para que o paciente possa começar a sentir que tem “direito a viver”? A excisão do Eu provoca um funcionamento fóbico dentro do psiquismo, que impede a comunicação entre os diversos setores do aparato, os quais tentam repelirse entre si. Algumas destas partes são transferidas, por meio de mecanismos de identificação projetiva para a pessoa do analista, ficando ambos enfrentados como ilhas com uma fossa no meio. Cair nesse abismo significa depararse com o tão temível “desmoronamento”.

Devemos estar atentos às exteriorizações da pulsão de morte na sessão psicanalítica, pois em determinadas circunstâncias, a excisão se expressa através

de “atos” que germinam do paciente (neurose atual), onde o analista acaba se envolvendo. As intervenções do analista devem ser cuidadosas, paulatinas, e efetuar-se somente na medida em que possam ser compatíveis com o que o psiquismo do paciente consiga integrar (Aulagnier, 1975).

O trabalho terapêutico mais adequado seria conceber a possibilidade que Eros amenize o silencioso, mas eficiente labor de Tânatos.

A proposta técnica seria “editar”, “fundar” uma nova inscrição psíquica na relação transferencial, para que o paciente possa sentir que tem direito a “ser” e a “viver”.

**PALAVRAS-CHAVE:** VAZIO / EXCISÃO / SITUAÇÃO ANALÍTICA / TRAUMA PRECOCE / DESMORONAMENTO

## **Bibliografía**

**Aulagnier, P.:** (1975): *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977.

**Bion, W. R.** (1967): *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Paidós, 1977.

**Botella, C. y Botella, S.:** (2001): *La figurabilidad psíquica*, Buenos Aires, Amorrortu, 2003.

**Dávila, M.** (2006a): “La repetición del síntoma: ominoso recordatorio en el cuerpo del psicoanalista”. Trabajo presentado en el Encuentro APA-SPP, celebrado en París en febrero de 2006.

— (2006b): “La contratransferencia somática: Regredencia y empatía”. Trabajo presentado en el XXVI Congreso de Psicoanálisis de FEPAL 2006, Lima, 5-8 de octubre de 2006.

— (2007): “La contratransferencia somática: Memoria sin recuerdo en el cuerpo del psicoanalista”. Trabajo presentado en el 45º Congreso de Psicoanálisis de la IPA, “Recordar repetir y reelaborar en el psicoanálisis y

en la cultura de hoy”, Berlín, 24-29 de agosto de 2007. Publicado en Rev. De Psicoanálisis, 2008.

**Dávila, M. y Leguizamón, S.** (2007a): “Avatares de la práctica analítica actual: el uso de la contratransferencia en pacientes ‘ausentes’: entre la intrusión y el abandono”. Comunicaciones Preliminares APA,

— (2007b): “Más allá de las patologías del vacío. El paciente ausente o cuando las palabras no dicen”. Trabajo presentado en el Simposio APA 2007.

**Dolto, F. y Nasio, J.** (1987): *El niño del espejo y el trabajo psicoterapéutico*, Buenos Aires, Gedisa.

**Faimberg, H.** (2006): “Ascoltando tre generazioni. Legami narcisistici e identificazioni alienanti”. Incontro FrancoAngelo, Milán, Italia, 2006.

**Freud, S.** (1900): *La interpretación de los sueños*, A. E., IV.

— (1915): “Trabajos sobre metapsicología”, A. E., XIV.

— (1920): *Más allá del principio de placer*, A. E., XVIII.

— (1923): *El yo y el ello*, A. E., XIX.

— (1926): *Inhibición, síntoma y angustia*, A. E., XX.

— (1938): “La escisión del yo en el proceso defensivo”, A. E., XXIII.

**Green, A.** (1975): *De locuras privadas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1994.

- (1986): *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.
- (1993): *El trabajo de lo negativo*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.
- (2000): “The central phobic position: A new formulation of the free association method”, *International Journal of Psychoanalysis*, 81, págs. 429-451.
- Kaës, R.** (1996): *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu, 1996.
- Pontalis, J.-B.** (1978): *Entre el sueño y el dolor*, Buenos Aires, Sudamericana, 1978.
- Roussillon, R.** (2001): “Agonie et desespoir dans le transfert paradoxal”, Conferencia, 16 de febrero de 2008, en el Centro Psicoanalítico de Bologna, SPI, Italia.
- (2007a): “Configuraciones transferenciales límites”. Conferencia en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, Argentina, 26 de noviembre de 2007.
- (2007b): “Reconstrucción y transicionalidad”. Conferencia en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, Argentina, 27 de noviembre de 2007.
- Winnicott, D. W.** (1963): “El miedo al derrumbe”, en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- (1964): “Elementos positivos y negativos en la enfermedad psicosomática”, en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- (1970): “Sobre las bases del Self en el cuerpo”, en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.

(Este trabajo fue seleccionado para su publicación en Revista de Psicoanálisis de APA el 15 de febrero de 2009.)