



EL GRUPO DE ANORÉXICAS:

Una alternativa nutritiva

PILAR PUERTAS TEJEDOR

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

EL GRUPO DE ANORÉXICAS:

Una alternativa nutritiva

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Ediciones SEYPNA
Paseo de la Castellana 114, 4º Pta. 3
28046 Madrid

© Ediciones SEYPNA
© Pilar Puertas Tejedor

www.seypna.com
publicaciones@seypna.com

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en la leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro sin autorización previa por escrito de Ediciones SEYPNA.

1ª Edición, 2020
Depósito legal: M-11422-2020
ISBN: 978-84-120719-3-1

Imprime: Lankopi, S.A.L.
Impreso en España · Printed in Spain

Dedico este libro a mis hijos
Valeria y Diego

ÍNDICE

PRESENTACIÓN A ESTA EDICIÓN	13
PRÓLOGO	15
PRIMERA PARTE:	
EL GRUPO DE ANORÉXICAS: UNA ALTERNATIVA NUTRITIVA	21
INTRODUCCIÓN	23
CAPÍTULO I	25
<i>Estructura anoréxica</i>	<i>25</i>
CAPÍTULO II	37
<i>El grupo bulímico: un intento de parasitación psíquica</i>	<i>37</i>
<i>El grupo parasitario: Un intento de adaptación técnica</i>	<i>43</i>
CAPÍTULO III	53
<i>El grupo anoréxico: Una convocatoria de Muerte</i>	<i>53</i>
<i>La anorexia de grupo: Un intento de adaptación técnica</i>	<i>61</i>
CAPÍTULO IV	65
<i>El grupo alimenticio: La nutrición afectiva</i>	<i>65</i>
<i>El grupo alimenticio: Un intento de adaptación técnica</i>	<i>75</i>
CAPÍTULO V	77
<i>¿Por qué en grupo?</i>	<i>77</i>
CAPÍTULO VI	83
<i>El grupo de padres: su proceso</i>	<i>83</i>
CAPÍTULO VII	95
<i>El grupo de padres y el grupo pequeño:</i>	
<i>La piel de la experiencia</i>	<i>95</i>

EPÍLOGO	99
ANEXO	101
BIBLIOGRAFÍA	103
EPÍLOGO	107

SEGUNDA PARTE:

LA ADICCIÓN Y EL FETICHISMO: DOS CARAS DEL TRASTORNO

ALIMENTARIO 109

INTRODUCCIÓN	111
LA CRISIS ADOLESCENTE: UN DUELO VERSÁTIL	113
EL TRASTORNO ALIMENTARIO Y SUS MANIFESTACIONES COMO TESTIMONIO DE UN DUELO ADOLESCENTE FRACASADO	117
LA SOLUCIÓN ADICTIVA: LA BULIMIA	123
LA SOLUCIÓN FETICHISTA: LA ANOREXIA	129
ABORDAJE CLÍNICO DEL TRASTORNO ALIMENTARIO	137
BIBLIOGRAFÍA	139

PRESENTACIÓN A ESTA EDICIÓN

Han transcurrido 18 años desde que salió a la luz la primera edición de este libro. A lo largo de este tiempo mis referentes teóricos han ido cambiando, no obstante la experiencia que refiere este texto sigue teniendo a mi modo de ver el valor de la reflexión de un proceso grupal que da cuenta de los elementos clínicos que se juegan en el trastorno alimentario. Es por ello que la versión inicial sigue siendo un referente, una guía de viaje para esta especial singladura.

Aprovecho esta ocasión para agradecer a Altxa por haber realizado la primera edición¹ de esta obra y a SEPYPNA por hacer la reedición e incluirla dentro de su colección de libros técnicos.

Hemos decidido en el contexto de nuestros contactos ofrecer junto con el texto original mi último artículo referido al trastorno alimentario y publicado en el año 2019 con el título: La Adicción y el Fetichismo: dos caras del trastorno alimentario. En: Mentalización. Revista de Psicoanálisis y psicoterapia, 12; abril 2019 para dar fe de la evolución de la comprensión de esta enigmática enfermedad a lo largo de estos años.

1 N. Editor: El grupo de anoréxicas: una alternativa nutricia, fue publicado en el año por 2002 por Ediciones Altxa.

PRÓLOGO

En los tiempos actuales el culto al cuerpo parece haberse convertido en una nueva religión. La búsqueda del ideal estético en una imagen corporal perfecta, la lucha incesante que persigue el apoderarse del control del cuerpo, y la obligación de conseguirlo, - sea a través de la disciplina del ejercicio físico, del ayuno y la abstinencia en la dieta, o hasta de la amputación quirúrgica -, lleva camino de convertirse en un sacrificio, en una penitencia ampliamente extendida y socialmente aceptada. Sin embargo el sentimiento de culpa y transgresión que siempre acompañó a los excesos carnales, del cuerpo y del sexo, parece haberse transformado ahora en sentimiento de dominio y triunfo. La humanidad parece sublevarse a las limitaciones corporales que la biología impone al ser humano. La fealdad, la decrepitud, y hasta la obligada e inevitable pertenencia biológica a un, y solo un, sexo, ya no se soporta en la pasividad y en la resignación. Cada cual quiere dotarse del sexo y del cuerpo que su deseo reivindica y exige. La arruga y la prominencia inconvenientes se suprimen o modifican a la carta, y el bisturí se impone al cuchillo de sierra en el fino corte de la carne "en su punto". Aún más; lo que fue rasgo definidor y diferenciador, los atributos anatómicos de uno y otro sexo, parece diluirse. Se ha vuelto no sólo legítimo, sino hasta prudente, dudar de la verdadera naturaleza que se esconde bajo la apariencia del partenaire deseado. La arroba viene con su duplicidad, que suprime y ahorra la doble referencia masculino-femenina, a materializar en el papel escrito, la ambigüedad, políticamente correcta, que nos invade. ¿Quién se atreve a declarar públicamente su preferencia por la clara diferenciación, que no discriminación, de sexos? ¿Quién osará hablar de identidad sexual en vez de identidad de género? Por cierto hablando de géneros: ¿quién, hombre, mujer o neutr@, es capaz de reconocerse en sus limitaciones, dicho más claro, en su castración?. El pudor se ha transformado en exhibición, la intimidad en espectáculo, la humildad en exhuberancia. La culpa y la vergüenza, que acudía al confesionario y al diván, se transforma y cacarea en alarde desinhibido en el plató televisivo y en la revista del corazón.

¿Por qué comenzar así el prólogo de un libro dedicado a una larga, y silenciosa, experiencia terapéutica con un grupo de adolescentes anoréxicas? ¿Cuál y cuanta es la influencia de este contexto psico-social en la

expresión clínica o en la génesis de este trastorno, y en nuestra práctica y decisiones profesionales?. Tratemos de aproximarnos a la cuestión.

En un relativo paralelismo con este panorama, donde todo se publica y se vende al día, aunque luego a la larga hasta en los medios científicos puede pasar que lo que se dió por cierto resulta ser falso, también la respuesta sanitaria tiene exigencias de imagen pública y de inmediatez. Los ritmos que la gestión sanitaria actual, por los costes que genera, impone, obligan a la intervención "protocolizada", universalizada y sobre todo económica, es decir, rápida y tan breve como se pueda. La discreción y la reflexión pausada parecen anticuallas destinadas al baúl de los recuerdos. El consejo inmediato y la pauta de actuación "de demostrada eficacia y eficiencia" barren la prudencia, y la incertidumbre que solo la experiencia permite descubrir en la complejidad de los hechos clínicos, de la retorcida naturaleza humana.

Este libro, en cambio, y con él su autora, el servicio y el hospital que amparan el trabajo en que se basa y que promocionan esta publicación, - el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto -, se sitúan a contracorriente. Primero, porque se nos propone frente a la comprensión y la acción directa, "el tiempo largo" que, como ciertos historiadores modernos postulan, es el único que permite el despliegue y el análisis de "macrosecuencias". Señalemos que estamos hablando de modificar el funcionamiento psíquico rígidamente consolidado de adolescentes particularmente obstinadas. Segundo, porque se nos propone pensar desde el silencio y la escucha, para elaborar lenta y pacientemente. Es decir el polo opuesto del hacer inmediato, en respuesta a la presión social, si es posible con mucho ruido y mejor en la línea de lo que se quiere oír.

Este libro describe, con valentía y sin reparos lo que piensa una terapeuta, que nos (se) muestra y nos (se) expone, en un exhaustivo recorrido intelectual en compañía de los autores que han fecundado su elaboración, las ideas que han sostenido su larga y difícil experiencia. Solo quienes han convivido en semejante situación comprenderán el mérito de mantenerla y además dedicar un esfuerzo suplementario a elaborarla mentalmente. Conviene decirlo porque probablemente habrá quien piense que el relato se descompensa hacia lo intelectual, hipertrofiando la comprensión desde la teoría psicoanalítica. Seguramente los lectores curiosos, entre los que

me cuento, lamentarán que, sea por discreción, o porque la autora reserva energías para hacerlo posteriormente, se nos cuente muy poco de lo que se dijo e hizo, tanto en el grupo de pacientes como en el de padres. A no dudar que muchos profesionales que enfrentan el desafío de tratar la anorexia lo agradecerían.

Volviendo y matizando el contexto actual, recordemos que corren vientos que dicen que habría que culpar a la moda y a su exigencia estética, y a su canonización como norma de éxito social, de una responsabilidad causal en la enfermedad. Se trataría pues de un trastorno causado por la sociedad.

¿Trastorno, - víctima pasiva-, o enfermedad –construida activamente-? ¿Y qué tipo de enfermedad?. Terreno resbaladizo en el que los profesionales de la salud mental están condenados a entenderse con los padres. Sostengo que sin colaboración, y elaboración, por parte de la familia, no hay salida posible a la enfermedad. Y puesto que con esta palabra me mojo, también me explico.

Entre las muchas adolescentes que se imponen dietas y ayuno, solo a algunas las calificamos, con criterios médicos, tanto somáticos como psicopatológicos, de anoréxicas. En esta restricción diagnóstica reside sin duda la confusión de cifras que con intereses diversos se divulgan. Y mientras los medios de difusión hablan de una imparable y maléfica epidemia de los tiempos modernos, los medios sanitarios tratan de imponer cierta cordura...hasta donde la presión mediática se lo permite. Recordemos que recientemente ha sido la presión de las asociaciones de familiares, la que, a través de la prensa y de las interpelaciones parlamentarias, ha conseguido una movilización de las autoridades sanitarias que los profesionales, pese a sus múltiples esfuerzos, intentos e informes técnicos, no habían conseguido.

Quienes pensamos que una anoréxica está enferma, y está psíquicamente enferma, necesitamos hablarlo con ellas y con sus familias. La gravedad de la situación somática y la amenaza de muerte inmediata que a veces conlleva obliga a acciones vitales urgentes e indispensables. Pero no se puede perder de vista que esa urgencia corporal y ese cuerpo caquético es el resultado de un largo y complicado camino, de un recorrido

doloroso y difícil de rectificar, porque está sostenido por una determinación enfermiza, que los que la comparten, fundamentalmente los padres, reconocen, aunque lógicamente les duela el calificativo de sufrimiento... mental. Y aún mucho más si sustituimos el sustantivo, sufrimiento, por el de enfermedad. Y sin embargo....

¿Que quiere una anoréxica? Imponerse a su cuerpo. Determinar absolutamente que solo necesite lo que ella decida. Por ejemplo, que no crezca, sobre todo a lo ancho, es decir que no se desarrolle...sexualmente. Que su cuerpo no crezca a su aire desobedeciéndole, que no se someta a su voluntad. Todo el mundo sabe que cuando una anoréxica es capaz de establecer una relación de pareja sexuada, y más aún cuando accede a la maternidad, aunque sólo sea en la fantasía, su destino cambia definitivamente. Pero nadie se resiste más que ellas a aceptarlo. Su gravísima (no) transformación corporal, el imposible frenazo antibiológico que pretenden imponer a su cuerpo, como si este no fuera parte de sí mismas, tiene un escudo muy sólido: "mi problema es que mi cuerpo no tiene apetito", "yo sí quiero pero mi cuerpo no puede". Y en esta lucha insufrible es donde quienes las quieren y protegen, sus padres, quedan atrapados en un dilema imposible. Paradoja que trató de resolver drásticamente un planteamiento hospitalario clásico, el consistente en imponer la separación radical de la familia.

Y que ha tenido que ser revisado cuando se ha entendido la tarea agotadora de los padres, que no provocan pero que sí responden, reforzándolo, al empecinamiento que la anoréxica mantiene, porque su supervivencia psíquica le exige hacerlo, a pesar del riesgo de muerte corporal.

Si obedecen y respetan la autonomía que su hija exige, asisten impotentes a su ruina progresiva. Si con dolor deciden salir de la pasividad, imponiéndole la obligación de cuidar su cuerpo y exigirle que se alimente, se encuentran con una oposición feroz y la acusación de intrusión y violencia. "Ni contigo ni sin ti tienen mis males arreglo" y es así porque, una de las características, de la psicopatología, de este comportamiento es la necesidad de mantener y de imponer una situación de dependencia. "Si no os ocupáis permanentemente de mí me muero" es el mensaje de una conducta de la que nadie puede escapar. Y menos si ese alguien quiere a la persona que se lo impone, y que tampoco ayuda al hacerlo diciendo querer lo contrario: "dejadme en paz porque ya sé yo lo que tengo que hacer".

De este apasionado dilema y de cómo hay que pensar para tratar de resolverlo trata este libro. Nos ha parecido una excelente razón para prologarlo y editarlo. Y más cuando además procede de profesionales a los que nos une la amistad y el haber compartido nuestras responsabilidades terapéuticas en eso que llamamos la psiquiatría pública. Espacio en el que esperamos que lo que este libro sugiere facilite encuentros productivos entre pacientes, familiares y profesionales.

Alberto Lasa Zulueta

*Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco
Bilbao 2002*

PRIMERA PARTE

EL GRUPO DE ANORÉXICAS: UNA ALTERNATIVA NUTRITIVA

INTRODUCCIÓN

Este libro pretende ser un pequeño relato que surge de las reflexiones que se fueron gestando en torno a una experiencia de psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, con pacientes que sufrían de una sintomatología grave de trastornos de alimentación (tanto en su vertiente anoréxica como bulímica).

El grupo se diseñó como un grupo cerrado en un marco institucional (Hospital de Basurto de Bilbao), durante 5 años y medio, a razón de dos sesiones semanales de 75 minutos y una convocatoria mensual en un grupo grande multifamiliar.

Las dificultades que fueron surgiendo en el manejo grupal por la peculiaridad de sus manifestaciones, nos obligó a tratar de ir perfilando adaptaciones técnicas para no obstaculizar el proceso grupal; todas ellas dentro del marco de referencia psicoanalítico.

Pretendemos transmitir el enriquecimiento que nos proporcionó esta experiencia, tanto por la comprensión de estos fenómenos clínicos como a nivel personal. En efecto, el reto contratransferencial exige en estos casos una puesta a prueba de los propios recursos narcisistas y vinculares. El grupo de anoréxicas plantea un páramo afectivo generado por el protagonismo de las defensas narcisistas y el compromiso tanático que implican.

Es por ello que hemos dedicado la mitad de cada capítulo al manejo de estas peculiaridades contratransferenciales cuyo objetivo en este difícil contexto humano sería el mantener una presencia viva que no sucumba a una red proyectiva tentadoramente mortífera.

La otra mitad, pretende seguir un proceso de grupo que va renaciendo de la indiferencia autista a una objetalización titubeante caracterizada por la emergencia de una transferencia negativa expresada con singular crudeza y la nominación invasiva de los afectos depresivos. Será el acceso a la ambivalencia el que permita que el silencio vaya siendo sustituido por un proceso comunicativo que corra paralelo a la remisión sintomática.

Nuestro grupo tuvo que finalizar a los 5 años y medio de su inicio, por una modificación de mi contrato laboral con la institución, cuando dicho proceso comenzaba a iniciarse.

Finalmente hemos dedicado la segunda parte del texto a las reflexiones que surgieron del espacio dedicado a la atención de las familias de nuestras pacientes. Dicho espacio posibilitó una vertebración triangular que a modo de una presencia paterna fue alentado y sosteniendo un tejido relacional caracterizado durante años por la densidad afectiva y la anoxia mental del universo dual.

CAPÍTULO I

ESTRUCTURA ANORÉXICA

La comprensión de la enfermedad que nos ocupa, fue gestándose al hilo de lo que nos iba testimoniando la vida grupal. En este capítulo, vamos a tratar de transmitir, lo que a la luz de nuestra experiencia constituye una estructura psíquica, sabiamente organizada para mantener un precario equilibrio narcisista y afectivo.

La llamada estructura anoréxica, a diferencia de otras estructuras que participan de una sintomatología similar (la anorexia histérica), se fragua en una convivencia de diferentes aspectos clínicos que distan mucho de participar en una organización neurótica. Nos referimos a una fragilidad narcisista, un déficit simbólico y una depresión latente amentalizada. Bychowsky habla ya de la estructura anoréxica en el año 1958 en su artículo sobre depresiones crónicas y latentes que lee en el congreso de la Sociedad Psicoanalítica Internacional en Budapest. El autor asocia esta estructura con las depresiones latentes.

El núcleo depresivo atrincherado, en un principio, tras una muralla defensiva muy particular fue pudiendo significarse tras un largo y difícil trabajo. La suya, es una depresión en cautiverio, ciega para el observador y para ellas mismas. Es la cosecha de una adolescencia errada y errática. Una isla desdichada defendida por un foso donde circulan las defensas más feroces para el acceso a ella, defensas como la función desobjetalizante, las escisiones y las defensas maníacas, como el triunfo, la arrogancia y el desprecio objetal.

La conquista de esta isla fue perfilándose como el principal objetivo psicoterapéutico.

En el origen de esta situación, está un acceso a la Alteridad fracasada que no pudo gestar un Yo, capaz de generar un suficiente tejido simbólico para hacer frente a las distintas situaciones de pérdida que la vida, inevitablemente, plantea. El momento de fijación estaría en torno al Objeto

Transicional, que se quedó “en tránsito”, no habiendo logrado la internalización de un objeto-función materna autocalmante que permita contener en lo psíquico, los momentos de tensión emocional y a su vez mantener la homeostasis narcisista. Es por ello, que la solución adictiva es la salida menos arriesgada. Su déficit simbólico les imposibilita para la tramitación y elaboración de las intensas ansiedades que surgen del núcleo depresivo a través de cauces de expresión simbólica o mentalizada. Todo esto da lugar a un intento de autocuración a través de una organización adictiva, dicha organización elige la comida como sustancia autocalmante.

En nuestro planteamiento de la estructura anoréxica, como ya lo hicieron otros autores (Brusset, 1991) consideramos ésta y la Bulimia, como dos manifestaciones clínicas de la misma enfermedad. En ambas, la comida ocupa el centro de la esfera psíquica, se vive para y por la comida, para ingerirla o para eludirla. La diferencia entre ambas manifestaciones reside en que la Anorexia vence su tendencia bulímica en aras de salvaguardar un narcisismo que se erige y vertebrata en la lucha contra una necesidad compulsiva a comer (equivalente inconsciente a la apatencia afectiva).

La solución adictiva, decíamos, es para ellas la salida menos arriesgada en el plano afectivo, ya que sustituye el alimento afectivo por la comida, eludiendo así el compromiso que implica el reconocimiento de la necesidad, mantiene las emociones escindidas supliéndolas por las sensaciones; permite recrear la ilusión del control mágico omnipotente del objeto sin tener que soportar su ausencia, y recrea un paraíso oral en donde queda negada la sexualidad.

El objeto fetiche, en este caso la comida, se erige así como un talismán que reniega la separación y la diferencia sexual pretendiendo colmar el hambre afectiva a través de la ingesta alimentaria.

La escisión que padecen por la precariedad del desarrollo yoico, obliga a manipular la ingesta como a ese objeto, ora bueno, ora malo, que se acaricia, anhela, ansia o se desecha, teme, desprecia, descrito por Winnicott en la alternancia emocional suscitada por los objetos transicionales. Joyce McDougall, ya había definido los objetos adictivos como objetos transicionales patológicos:

“Los objetos adictivos no crean un cambio duradero en la estructura psíquica, (a diferencia de los objetos transicionales) y por ello deben buscarse incessantemente en el exterior, como sustitutos simbólicos de la madre de la Infancia”²

Su Yo inmaduro no les ha permitido generar una organización simbólica que les permita tramitar y transformar los impactos emocionales en vivencias tolerables, les obliga pues, a recurrir a la comida de forma insistente, siendo este un talismán ineficaz para ir organizando su andadura existencial.

Tampoco les ha capacitado para albergarse de una territorialidad psíquica, carecen de esa tercera dimensión en el espacio interno que permite el acceso a la subjetividad, a esa “autorreflexión intencional” que Ogden define como grados de autoconciencia que partiendo de esa autorreflexión intencional llega al sentido de la Yo-idad, (Ogden 1989).

Este conjunto de dificultades hacen que interiormente detrás de su arrogancia se vivan acosadas por el temor a caer en su abismo depresivo o entregarse al desprecio e indiferencia de los seres que les rodean

Su adicción les protege así del vacío y de la posibilidad de ser rechazadas si enseñan su hambre de objetos.

Lo expuesto hasta ahora, puede ser fácilmente asimilable a las manifestaciones bulímicas de esta enfermedad. Para entender la manifestación anoréxica hemos de adentrarnos en el narcisismo negativo y la función desobjetalizante.

Pero antes, veamos a qué nos referimos cuando hablamos de Narcisismo. Freud, en 1914, lo asocia a un vínculo satisfactorio con los padres, que una vez internalizado sustenta al individuo otorgándole un valor y un merecimiento del aprecio externo. El narcisismo implica una relación entre el investimento yoico y su investimento parental. La vivencia del narcisismo satisfecho tiene su origen en los padres.

2 J.McDougall (1987). *Teatros de la Mente*. Madrid: Tecnipublicaciones. Pág. 69.

El narcisismo es esa posición de amor y valoración a uno mismo que habiendo sido internalizado a través del vínculo con los padres y principalmente en la primera infancia, reside en el interior permitiendo sobrellevar los difíciles avatares que la vida va a ir, inevitablemente, proporcionando. Esta provisión de Autoconfianza y Afecto será la atalaya interna que posibilita la navegación por la aventura vital sin que las fluctuaciones en las relaciones de objeto originen vivencias abismales de pérdida de integración del self y de la propia identidad. Cuando esta provisión ha sido adecuadamente establecida, el objeto no posee el poder del propio reconocimiento, la mirada interna al sí mismo no se hace necesariamente a través de la mirada del otro

Killingmo lo expresa así:

“A través de la internalización de aspectos del objeto y de su “transmutación” en estructuras despersionalizadas, duraderas, el individuo obtiene una independencia relativa de la presencia y gratificación directas del objeto. Así la dependencia compulsiva de la aprobación del objeto disminuirá en la medida que se estructuren las funciones afirmativas del objeto. Si la internalización de las representaciones del objeto y de sus funciones no ha sido completada, el individuo se mantendrá, más o menos dentro de una relación preestructural (funcional) con el objeto. Esa es la esencia de la transferencia que se origina en el déficit.(...) Desde un punto de vista terapéutico, podemos decir que el paciente con una transferencia de déficit es una persona que necesita un objeto capaz de suministrarle las condiciones apropiadas para corregir las representaciones objetales distorsionadas y para internalizar las funciones de objeto³”.

Si la posición narcisista es frágil, el objeto tendrá el poder de vida o de muerte, de “ser” o “no ser”. En la estructura que nos ocupa, la fragilidad de sus recursos narcisistas originan una serie de estrategias defensivas en torno a la relación de objeto con el fin de preservarlos. Se trataría de eludir la entrega y la vinculación para que el otro no asuma el poder de aniquila-

3 Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70: 6579.

ción cuando su "mirada" no es la que se necesita: aquella que otorga una envoltura de Calor y Reconocimiento y posibilita la Vivencia de "ser".

Con este pequeño preámbulo, vamos a entender mejor el Narcisismo Negativo y la Función Desobjetalizante; Green nos da la pista en el artículo leído en el primer Simposium de la Federación Europea de Psicoanálisis dedicado a la pulsión de muerte en Marsella en el año 1984. El autor, define la función desobjetalizante como un agente de Thanatos, es decir un intento de preservar un nivel tensional "ad minimum" a costa de no invertir el objeto; la desinversión daría cuenta de una forma de relación sin implicación emocional. Opone esta función propia de cuadros clínicos graves a la función objetalizante, aquella que derivada de Eros, asegura el anclaje afectivo a objetos significativos, permitiendo la nutrición afectiva y el desarrollo yoico mediante la labor introyectiva y sus derivados: las identificaciones.

Veamos cómo él mismo lo expone:

"La perspectiva de la pulsión de muerte es cumplir en todo lo que sea posible una función desobjetalizante por la Desligazón. Esta cualificación permite comprender que no es solamente la relación con el objeto lo que se ve atacado, sino también las restituciones de éste: el yo, por ejemplo y el hecho mismo del investimento, en tanto que ha sufrido el proceso de objetalización. La mayor parte del tiempo, asistimos, en efecto, sólo al funcionamiento consciente de actividades en relación con los dos grupos de pulsiones. Pero la manifestación propia de la Destructividad de la pulsión de muerte es el desinvestimiento.

La función desobjetalizante será dominante en otros cuadros clínicos, además de la melancolía, como en el Autismo Infantil, o en las formas paranoides de Psicosis Crónicas, en la Anorexia Mental y en diversas expresiones de la Patología Somática del Lactante⁴.

4 A. Green y otros (1989) *La Pulsión de Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu. Págs. 73 y 75

Cuando decíamos que en la Anorexia el narcisismo se vertebra en torno a la negación de la necesidad de comer, esta defensa se puede ampliar a la necesidad de “invertir”. Somos fagocitadores de objetos, de experiencias que van generando precipitados psíquicos disponibles para la experiencia vivencial individual. La función desobjetalizante mantiene atrincherado un núcleo autista que impide el desarrollo afectivo y yoico. En estas pacientes esta especial defensa narcisista las mantiene cautivas de una desnutrición afectiva y alimentaria, desoyendo así el anhelo de objeto que surge del núcleo depresivo. El comer como el invertir les conecta con la necesidad de objetos, de afectos y la Anorexia con la negación de esa necesidad por los riesgos afectivos que cualquier vinculación y su correlato de dependencia implican.

La predominancia de las manifestaciones anoréxicas en este tipo de enfermedades dan cuenta de una defensa narcisista que va ganando terreno hasta convertirse en ocasiones en un auténtico agente mortífero. No sólo es un pulso de poder con el entorno como habitualmente se entiende, sino que más bien lo que les lleva al rechazo alimentario sería mantener una homeostasis psíquica en un funcionamiento mental, que vive como amenazante cualquier movimiento vital. La pasividad muscular obligada en las curas de urgencia de estados críticos, simboliza dramáticamente la parálisis vital a la que se ven abocadas para no arriesgar su precario equilibrio personal.

La labor del trabajo terapéutico, veremos que irá tejiendo pacientemente en un espacio vacío de representaciones, un hilo que a modo de una telaraña irá aprisionando el síntoma hasta convertirlo en algo inservible. Un hilo que tejerá una metaforización insistente en torno al alimento. Esto va a constituir una atalaya interna que les permitirá con el tiempo asomarse al vacío depresivo que las habita. De ahí surgirá la posibilidad de elaborar aquellos duelos pendientes de la adolescencia ya que, parafraseando de nuevo a Green: “la función desobjetalizante lejos de confundirse con el duelo, es el procedimiento más radical para oponerse al trabajo de duelo que está en el centro de los procesos de transformación característicos de la función objetalizante⁵”.

Nuestra telaraña también, irá rehabilitando unos vínculos que a modo de red serán aquellos que les salvaguarde del vértigo afectivo. El de-

5 A.Green y otros (1989) *La Pulsión de Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu. Pág 74.

poner la defensa desobjetalizante y restablecer el cauce objetal será la función central del trabajo terapéutico.

La red irá extendiéndose hacia fuera, sacándoles del aislamiento afectivo y hacia adentro retejiendo sus "cimientos psíquicos" (Korman), sus asentamientos identificatorios y objetales.

Esta capacidad para establecer vínculos intrapsíquicos con las propias emociones, la expresaba muy bien una de nuestras pacientes hacia el final de la experiencia; decía así: "cuánto más he ido llorando, menos he ido comiendo... en mi caso ha sido así"

Para finalizar este apartado nos detendremos a tratar de comprender por qué la Adolescencia es el momento de decantación de la enfermedad.

Hemos ido viendo cómo el momento de fractura psíquica y decantación sintomática surge ante lo inabordable del reto que constituye la Adolescencia con su insoslayable convocatoria de duelos; carecen como veíamos de unas atalayas internas que les puedan proporcionar unos recursos psíquicos suficientes, tanto en el plano narcisista como simbólico, para abordarlos.

La tensión existente a esta edad, entre las necesidades narcisistas y de salvaguarda de la propia identidad y las necesidades objetales de provisión afectiva se hace en estas estructuras tan insoportable que se convierten en necesidades incompatibles; en la anorexia vemos claramente el drama de esta incompatibilidad, lo que más necesitan para saciar su hambre afectiva lo viven como un ataque a su autoestima, a su poder y fuerza. Este drama no vivido en la esfera psíquica se lleva a la esfera alimentaria, y el no comer tiene para ellas una función protectora de su identidad (Jeammet, 1989). Se confirma el protagonismo de la pulsión de muerte para proporcionar una "protección" de una imagen de sí mismas, aceptable que se erige en la negación de las necesidades vitales... Carecen de aquello que constituye la esencia de la experiencia emocional, de la identidad señalada por Grinberg (1971): "la capacidad de seguir sintiéndose ellas mismas, en la sucesión de cambios".

Volviendo a los duelos Adolescentes, estos estarían centrados en torno a 3 ejes (A. Aberasturi, 1986)

- 1) Duelo por el cuerpo infantil y las Fantasías de Bisexualidad
- 2) Duelo por la Identidad y el Rol Infantil, y
- 3) Duelos por los padres de la Infancia.

Dichos duelos exigen, como decíamos, un laborioso trabajo de elaboración simbólica, en donde "una clave esencial será el poder simbolizarse como extraño, apoyándose en su extrañamiento corporal e ir resignificándose. Resignificación que involucra el trabajoso camino a recorrer desde el Yo Ideal Narcisista omnipotente, al Ideal del yo⁶".

El Ideal del Yo, proporcionará proyectado hacia el futuro un horizonte de esperanza que permita sobrellevar la crisis y la vivencia confusional que arrastra esta edad.

Ellas carecen de la posibilidad de efectuar este difícil trabajo psíquico. No hay un sostén identificador interno que permita soportar la crisis de identidad y la Desidentificación con la Identidad Infantil para acceder a la adulta. Por otro lado, los núcleos simbióticos infantiles que siguen predominando en la relación con los padres, también les impiden resignificarlos como adultos queribles no idealizados. Resignificación imprescindible para una adecuada reelaboración de las tendencias incestuosas y para acceder al investimento exogámico, que implica desear lo ajeno al mundo y entorno familiar.

La erotización del Alimento constituye así, una vía de escape, de desahogo pulsional regresivo que trata de soslayar unas tendencias incestuosas reactivadas también por la emergencia de una sexualidad activada por el desarrollo puberal.

6 Teresa Olmos (1989). Teoría Psicoanalítica de la Adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría Infantil y Psicoterapia*, 8.

Se quedaron en ese “no quiso ser” que tan bien expresa el poema de Miguel Hernández:

“No quiso ser

no conoció el encuentro del hombre y la mujer.

El amoroso vello

no pudo florecer.

Detuvo los sentidos

negándose a saber

y descendieron diáfanos

ante el amanecer.

Vio turbio su mañana

y se quedó en el ayer

No quiso ser”.

Hemos tratado de describir los factores esenciales que concurren para generar una enfermedad como la que nos ocupa. Todos ellos crean entre sí, una desdichada alianza que dificulta enormemente el trabajo psicológico.

El relato que prosigue, trata de describir de modo pormenorizado las dificultades con los que el clínico puede encontrarse a la hora de tratar de abordar estos cuadros.

EL GRUPO BULÍMICO: UN INTENTO DE PARASITACIÓN PSÍQUICA PROCESO GRUPAL

Sin un esquema previo, sin saber lo que nos íbamos a encontrar iniciamos nuestra pequeña aventura con la confianza básica en nuestro método y una experiencia previa de años de trabajo en grupos con pacientes neuróticos, que confería al proyecto un punto de partida proclive a ser además de un proyecto terapéutico, un proyecto de investigación.

Nos guiábamos por el esquema Bioniano de sin memoria y sin deseo, como a una brújula que nos acompañaría en el desconcierto y la incertidumbre que fue tiñendo durante años la experiencia. Ateniéndonos fielmente a este esquema no contábamos con una documentación previa, tratábamos de no tomar notas, ni nos acompañábamos de escalas que fueran guiando nuestra andadura. Contábamos con una capacidad de espera y la certeza de que estábamos ante una situación privilegiada para la comprensión en profundidad de esta enfermedad.

Hablo en plural, porque durante el trayecto fui acompañada por una observadora que constituyó una ayuda inestimable para apoyar un narcisismo asolado por la fantasía de haber caído en la omnipotencia de un proyecto a todas luces imposible: reunir a ocho pacientes de estas características y hacerlas evolucionar en grupo. Paradójicamente a lo largo de estos años, hemos llegado al convencimiento de que el grupo terapéutico de orientación psicoanalítica ofrece un abordaje que facilita el trabajo con ellas.

Es por esto, que tras abordar el relato del Proceso Grupal vamos a exponer un intento de reflexión sobre la idoneidad de un abordaje psicoterapéutico grupal para este tipo de pacientes.

CAPÍTULO II

EL GRUPO BULÍMICO: UN INTENTO DE PARASITACIÓN PSÍQUICA

El material verbal que fue invadiendo el escenario grupal durante el primer año, fue la comida. Sólo se evacuaba a través de la palabra el anhelo envuelto en queja del alimento, era el objeto venerado y temido.

La “sustancia autocalmante” que las acompañaba en el exterior aparecía nominada para ofrecer en el grupo un material de relleno que cumplía la misión, también allí, de eludir las tensiones generadas en las relaciones intragrupalas. Del mismo modo, se erigía como un elemento de unión creando la ficción de compartir algo. En realidad se traía la comida para evitar cualquier acercamiento que pudiera darse entre ellas. El objeto adictivo emergía en cada sesión para mantenerse unas a otras a distancia, y facilitaba la puesta en marcha de un control omnipotente de cualquier movimiento de autenticidad que pudiera surgir. Se repasaban exhaustivamente los alimentos ingeridos en el día o el número de vómitos. La persecución familiar también era un tema recurrente.

Fuimos viendo que se hablaba de aquello, para no caer en la cuenta de una transferencia vacía y desobjetalizada. Con este aparente apetitoso material, el núcleo autístico que las habitaba permanecía intacto e incuestionable. La comida evitaba el comer “simbólicamente del grupo-madre” como en su vida evitaba la apertura a los vínculos, pretendiendo suplantar la satisfacción y necesidad afectiva, por la satisfacción culinaria. Las emociones, por las sensaciones.

Comprobamos que no había diferencia entre aquellas pacientes que incurrieran en su vida más en una sintomatología bulímica y aquellas atrincheradas en la anorexia. Se unían en el culto a la diosa comida como en un pacto secreto con el fetiche que recreaba su ilusión omnipotente y la negación de la necesidad.

En esta primerísima fase, perdimos dos miembros. Aquellos que no soportaron la decepción de no encontrar “la solución a sus síntomas” en un

plazo corto. Posiblemente eran también aquellas que intuían que nuestra actitud marcaba una trayectoria enigmática al no ir cayendo en la trampa que el grupo astutamente nos tendía: la de hacer del “comer” otro fetiche: la curación mágica.

Tratando de entender los fenómenos grupales que se desplegaban ante nuestra capacidad de observación, fuimos encontrando un cierto paralelismo entre su sintomatología y la organización del grupo. En esta primera fase el grupo padecía de una cierta manifestación bulímica. En efecto, se comía-hablaba para no decir nada, era una pura evacuación compulsiva de tensiones internas, de momento, innominables; un vómito recurrente que erigía una barrera muy resistente a ser penetrada por nuestras aportaciones.

La suya, era una comida de desecho sin valor nutritivo, la nuestra se convertía en lo mismo.

¿Qué estaba ocurriendo en la transferencia? ¿Cómo se estaba tramitando lo adictivo en el terreno intersubjetivo? Siguiendo la pista que nos tendía el desaliento ante lo inservible de nuestras intervenciones, fuimos viendo que existía una voluntad contumaz en deshacerse de ellas, ¿por qué? Esto nos llevó a percibir que existía un paralelismo entre este tipo de funcionamiento y lo descrito en el Parasitismo Psíquico.

Cleopatre Athanassiou en su artículo sobre este tema lo asocia con la posibilidad de “desentenderse” del propio Yo. Dice la autora:

“el objeto llena las funciones del Yo es el Yo el que da sentido a todo el sufrimiento psíquico y el parásito habiendo perdido su Yo, ha perdido por esto la significación de toda vida emocional”⁷.

Se trataría pues, de parasitar un objeto que evite la asunción del dolor, propia del Yo, la autora lo adscribe a una patología profunda del Narcisismo. Es interesante la distinción que ella hace de esta modalidad de

7 Cleopatre Athanassiou (1992). Le Parasitisme: une defense contre la souffrance et croissance psychique. In.: Douleur et Souffrance Psychiques. *Rev. Francesa de Psicoanálisis*, 2, 1006.

relación de objeto con los momentos regresivos-dependientes que todo tratamiento tiene que atravesar: “la regresión que engancha el self al objeto hace que a este se le inste a jugar el rol de una figura parental de la infancia, esto conlleva una esperanza de reconstrucción gracias a las capacidades integrativas, que permanecen siempre activas vamos a ver que esto no tiene nada que ver con el parasitismo, en donde el analista es un enemigo ya que conlleva el riesgo de poner en peligro el enganche del parásito a su objeto para poner de manifiesto una economía psíquica en dónde el parasitismo ocupa un lugar destinado a colmar una brecha primitiva en el interior de un núcleo narcisista primario⁸”.

Fuimos viendo claro que estábamos ante esta segunda modalidad de relación de objeto, la regresión y pasividad que observábamos no parecía ser transitoria, ni posibilitadora de un proceso caminando hacia la autonomía. Se fue perfilando la evidencia del desentendimiento flagrante que su actitud tenía de cualquier atisbo de crecimiento y, por ende, del sufrimiento que conlleva.

Ya lo decía el poeta Rubén Darío en su obra “Lo Fatal”:

“Dichoso el árbol que es apenas sensitivo,

y más la piedra dura, porque esa ya no siente

pues no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo

ni mayor pesadumbre que la vida consciente.

Ser y no saber nada, y ser sin rumbo cierto,

y el temor de haber sido y un futuro terror.

y el espanto seguro de estar mañana muerto”.

8 Cleopatre Athanassiou (1992). Le Parasitisme: une defense contre la souffrance et croissance psychique. In.: Douleur et Souffrance Psychiques. *Rev. Française de Psychanalyse*, 2, 1007.

El grupo era un gran parásito que se escondía tras una jerga insertible o tras unos silencios que servían para acorazar, de nuevo, las defensas narcisistas; el objeto parasitado, nuestra capacidad de pensar. En efecto, nuestras palabras eran como la comida en su vida, una estimulación sensorial que trataba de rellenar el espacio vacío por el desencuentro afectivo.

En cada sesión se renovaba la falacia de venir al tratamiento, ellas no venían a tratarse sino a oír y a ver una situación que en algún sitio les permitía sostener la necesidad de sentirse vivas. El contenido de lo dicho, era lo de menos, el significado de las palabras carecía de valor, no había ningún interés en asomarse a su realidad psíquica, venían a la psicoterapia como a un festín que deglutían y evacuaban inmediatamente a la salida. El grupo en su ausencia, en el escenario psíquico de cada una, se convertía en algo innominable, incontenible que se expulsaba no quedando nada, al parecer, de lo aportado en las sesiones.

Recordábamos aquello que Bion decía, “un pecho ausente es un pecho persecutorio⁹”, para recrear la ausencia de nuestra convivencia en su interior, tendría que transcurrir aún mucho tiempo.

La comida, o la obsesión por no comer, venían a recrear la fantasía del control omnipotente sobre el objeto ausente. La jerga alimentaria que desplegaban en cada sesión también venía a ser la manifestación de cómo se habían organizado en ausencia del objeto grupal, de una sesión a otra. El self, desconcertado ante la ausencia se había entretenido comiendo o no comiendo, o vomitando; las emociones carecían de ubicación, de residencia y de testimonio hablado.

Así fueron transcurriendo alrededor de dos años de sesiones interminables hechas de un relato de la nada, el estómago parecía hablar ocupando el espacio de lo psíquico; nos veíamos corriendo detrás, tratando de transmitir la existencia de un algo más allá de lo aparente. Ese algo era el sufrimiento que, sin sentirlo, se evacuaba en el tubo digestivo, nuestras intervenciones despertaban una cierta sorpresa que rápidamente era desechada con una actitud de desdén e indiferencia.

9 Bion, Wilfred R. (1965). Una teoría del pensamiento. Revista de Psicoanálisis, XXII, 1-2, Págs. 1 y ss.

La responsabilidad por la propia realidad psíquica, (como diría Meltzer), se delegaba en mí. Dicha responsabilidad que el autor ubica en los albores de la Posición Depresiva estaba muy lejos de ser un colaborador eficaz en el proceso terapéutico.

La Defensa Maníaca se había apoderado del grupo secuestrando su convivencia en un clima de fatuidad y vacío, con una insolencia que instigaba en la sombra para demoler nuestra esperanza

¿Cómo fuimos saliendo de esta situación? Trataremos, a continuación de desglosar en términos técnicos, cuál fue el tipo de abordaje que tuvimos que utilizar para que la situación descrita fuera evolucionando.

EL GRUPO PARASITARIO: UN INTENTO DE ADAPTACIÓN TÉCNICA

Dentro de un marco conceptual psicoanalítico hemos ido tratando de realizar adaptaciones técnicas que tengan en cuenta la insuficiencia de recursos simbólicos, y a la vez la coraza defensiva que hace del “pensar” un enemigo que les va a llevar a hacerse cargo de una realidad psíquica cargada de sufrimiento.

En estos casos, el déficit es el mejor aliado resistencial, y ahí reside la particular dificultad en el abordaje psicoterapéutico de estas pacientes. Con un déficit hecho de una voluntad contumaz de resistirse a sentir dolor, la evolución tenía que atravesar ese saber acerca del sufrir que ellas querían evitar.

Vamos pues, a desarrollar la técnica que tuvimos que ir gestando de acuerdo a dos coordenadas. La primera sería desde el déficit simbólico, la segunda desde la defensa parasitaria y la calidad específica de la transferencia que se establece. Dicho de otro modo, desde lo representacional y desde lo afectivo.

Desde el déficit simbólico: La teoría de la técnica psicoanalítica se está ocupando últimamente, de ir estableciendo criterios técnicos adaptados a aquellas estructuras que padecen una insuficiencia de tejido simbólico que imposibilita un abordaje clásico en dónde la interpretación presupone una capacidad de asimilar un pensamiento más elaborado y abstracto.

O. Kernberg, en 1975 trata de buscar un criterio unificado para definir estas estructuras:

“son estructuras defectuosas del Sí mismo, hay falta de constancia del objeto, un síndrome de difusión de la identidad, escisiones masivas y falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos.”¹⁰

10 Kernberg, O. (1975) *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*, Buenos Aires: Paidós.

Participan de estas características un amplio especto psicopatológico en dónde se incluyen aquellas patologías que sufren una insuficiencia narcisista.

Se supone que el Yo ha sido dañado en un momento en el que su capacidad para representar el Sí mismo como centro estratégico no ha sido aún desarrollado, es por ello que la diferencia entre el Sí mismo y los objetos no está del todo perfilada, (Killingmo, 1989).

Las angustias narcisistas imponen una modalidad defensiva (escisiones) que impiden el trabajo de ligazón necesario, para establecer un sustento afectivo y representativo que desde dentro permita el apuntalamiento psíquico necesario para sentir el ser y el tener, como condiciones de vida inviolables por las frustraciones que el devenir existencial va a imponer de forma inevitable.

Para entender en profundidad el daño en el Yo al que hacíamos alusión, tenemos que irnos a Bion (1966) para el cual, es por mediación de la función materna: "la función de reverie", como él la denomina, que el niño va transformando las experiencias somáticas en experiencias emocionales. "la cualidad psíquica" está pues conferida al afecto por la mediación maternal. Por su acción, ella potencia la instauración de un proceso de transformación interna. Dicho proceso está alimentado por el intercambio entre afecto y pre-representación. Es la representación (contenido concreto de un pensamiento) lo que da "sentido al afecto", el afecto, por otro lado, da vida a la representación.

Para Susan Isaacs: "estos aspectos de la experiencia psíquica que describimos como sensaciones, sentimientos, no pueden ser distinguidos ni separados al principio. Los fantasmas (testimonios de los rudimentos precoces de la actividad mental) más primitivos y rudimentarios están ligados a la experiencia sensorial y son interpretaciones afectivas de las sensaciones corporales¹¹".

11 Isaacs, Susan (1978). *La naturaleza y la función de la fantasía*. En Obras Completas de Melanie Klein, Buenos Aires: Paidós, Vol. III

Lo que está obstaculizado en estas estructuras es esta capacidad de dar una significación a la experiencia vivencial, los afectos no se pueden discriminar, nominar, contener. Se quedan en sensaciones cuasi corporales que en la medida en que no han sido transformadas por esa función materna internalizada (función Alfa) son el terror sin-nombre Bioniano, la cosa sentida que aterriza por su carácter innominado, desconocido. Odio, Amor, Envidia, Impotencia, Tristeza, se disuelven en una tensión intolerable e indecible que se muta en descarga (acting-out o manifestación psicósomática, principalmente) La falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos a la que antes aludíamos, da cuenta de este núcleo afectivo, que por temido tiene que permanecer disociado en el interior.

La técnica utilizada, pues, tendrá como uno de sus objetivos primordiales la integración de este mundo afectivo y fantasmático dándole un sentido, en principio nominando las emociones, discriminándoles, estas nominaciones se apoyan ante todo en la comunicación no verbal, los actings en las sesiones o fuera de la sesión. Esta será la senda a recorrer para rastrear el afecto agazapado detrás. En estos casos, los actings alimentarios serán el cauce princeps para ir buscando la significación día a día, significación distinta en cada momento, ya que pueden corresponder a una descarga de tensión rabiosa, a una demanda, a un asentamiento de la propia identidad, etc...

Es un trabajo de metaforización permanente en dónde el terapeuta está conminado a identificarse con la parte que siente el paciente y su capacidad de elaboración psíquica puede nominar lo sentido para reanalizarlo a través de un cauce simbólico. La disposición a intervenir tendrá que ser muy activa retejiendo permanentemente la significación de lo no dicho en cada sesión.

Killingmo llama a esto, el establecimiento de la calidad de significación a lo experimentado y lo diferencia del objetivo técnico en las estructuras con predominancia de factores neuróticos en donde dicho objetivo será la revelación del significado.

Por otro lado, el ir realizando también señalamientos que tengan en cuenta la vinculación entre la causa y el efecto, irá devolviendo la evidencia de que existe una realidad psíquica y lo observable de ellas en la realidad externa, tiene unas causas ocultas que vamos a ir tratando

de comprender, aunque de momento no sea esta comprensión fácilmente accesible a nuestra capacidad de pensar.

El peligro existente en esta situación, dado el dramatismo sintomático que están sufriendo, puede enconar la vía de intervención, a través de la permanente nominación de los afectos, digamos, negativos. Esto puede producir una vivencia de acusación y humillación narcisista que va a fortalecer las defensas más arcaicas. Estaríamos con Kohut cuando dice que “el hacer consciente lo inconsciente queda subordinado durante buena parte del tratamiento al objetivo básico de narcisizar al paciente, no en la conciencia sino en el inconsciente, a través de un vínculo que le transmita una representación del Sí mismo, válido y aceptado”. Entendemos que cuando Kohut habla de la renarcisización está diciendo que lo importante es el asentamiento de una identidad que es y que siente.

El reto a la propia omnipotencia, por contraidentificación proyectiva que surge a veces inevitablemente, en estas situaciones clínicas, puede dar lugar a una reacción contratransferencial sádica, a través de la cual la identidad que se otorga al paciente, es algo tan indeseable que el paciente no quiere asumir.

Esta labor exhaustiva de señalamiento de afectos y causalidad irá asentando “el ser que vivencia”, el núcleo del Sí mismo, y es este asentamiento el que podrá ir perfilando la frontera entre el Self y los objetos, la difusión de la identidad que sufren va a ir rehabilitándose a través del reconocimiento del mundo afectivo que las habita.

La adaptación de estas particularidades técnicas al grupo se va haciendo tratando, como decíamos, de asentar la experiencia vivencial que se produce en la sesión, orientando las intervenciones en la línea de dar una significación a los actings a través de la palabra que en esta fase se irán produciendo. También se irá subrayando el precario material simbólico que las pacientes van a ir aportando. Esta labor está precisada por Cleopatre Athanassiou cuando dice:

“los elementos que su Yo, más bien que el borde de su propio reconsiente pudiera estar ensamblando, sin que el vínculo entre dichos elementos estuviera aún trazado, de forma precisa, se ponía de manifiesto haciendo así la función de espejo, de ensamblamiento, devolviendo al paciente la responsabilidad de tomar en

cuenta el significado que su discurso tenía en potencia. El parásito así, se siente conminado por un Yo (el del terapeuta) que en lugar de cubrirle y de estar a su servicio, le ha descubierto y ha solicitado su actividad. De esta forma se va estableciendo la existencia de una distancia entre el Self del paciente y el objeto-terapeuta. En lugar de funcionar como un objeto-terapeuta que se responsabiliza del Yo del paciente, ya que así se hubiera incurrido en ser cómplice del paciente¹²”.

Para concluir con este apartado dedicado al Déficit simbólico, dedicaremos unas líneas a hablar de la importancia de nuestra técnica, para ir estableciendo lo que se llama la tridimensionalidad psíquica.

Será nuestra propia capacidad y deseo de pensar-simbolizar en sus afectos, la que erigiéndose como un tercero, tratará de poner distancia a la querencia fusional adhesiva del grupo.

La narcisización es el paso previo al proceso identificatorio. M. Fain, con su concepto de la “censura de la amante” nos dice como la madre que cuida su bebé, lo amamanta, lo cambia, lo acaricia, lo arrulla, va a sentir (si las cosas pueden ir bien) el deseo sexual hacia su pareja. Esto conlleva un cierto desinvertimiento de su bebé que así va a “saber” que hay otro deseado por la madre. Aquí se abre la Y¹³ de la investidura y de la identificación. El ser y el hacer winnicottiano. De la identificación con aquel deseado por la madre saldrá también la actividad simbolizadora, representacional.

Dana Birksted Breen (1995), lo expresa de otra manera:

“ser el agregado de la tercera posición hace un mundo tridimensional y crea una perspectiva con respecto a sí mismo y las acciones propias. Promueve la capacidad de dialogar consigo mismo, de permitir que los pensamientos se junten y disminuye la compulsión a actuar”.

12 Cleopatre Athanassiou (1992). Le Parasitisme: une defense contre la souffrance et croissance psychique. In.: Douleur et Souffrance Psychiques. Rev. Française de Psychanalyse, 2, 1009.

13 N.T. Término introducido por M. Fain.

Invitamos de este modo al grupo a pensar sobre lo que habita la mente, como a un tercero también, a ser observado. Nuestro pensamiento va a ofrecerse no como un falo, que niega la incompletud y la duda sino como una formulación llena de interrogantes sin cerrar lo enigmático a una causa única. La tolerancia a lo no sabido abre el camino a la tolerancia edípica o dicho de otro modo, al vivirse excluido sin odio. El objeto omnipotente transferido al terapeuta, en este caso depositado en su pensamiento, va dando poco a poco testimonio de su propia castración, su "no saber" de entrada y "no tener la fórmula" da cuenta de su impotencia para ser el depositario de una función fetiche. Lo que no se sabe "como obstáculo" es aquello que acerca a la realidad frustrante y permite tolerarla. En nuestro modo de acercarnos al grupo, vamos caminando interrogándonos permanentemente acerca de lo que ocurre, nuestra mente así, se ofrece como modelo de funcionamiento en tres dimensiones, que está permanentemente expuesto a la frustración de no saber. De este modo se va rompiendo la falacia del "saber cómo combatir los síntomas" sin pensar acerca de su significado.

La conquista de la tridimensionalidad psíquica constituye uno de los objetivos del tratamiento de estas pacientes. Sin vivencia de Espacio Interno no hay posibilidad de vivir una ubicuidad del mundo emocional. El espacio bidimensional, que les alberga, no posee profundidad, es un espacio chato, sin residencia para las fantasías, emociones, subjetividad. En estas condiciones, el estómago se elige como órgano significado para contener los afectos, cuya presencia interna sólo se puede captar a través de sensaciones. Consideramos que este es otro motivo por el cual la elección sintomática se erige en torno al aparato digestivo.

Situándonos ahora desde el plano afectivo y teniendo ya en cuenta, las modalidades de intervención pertinentes a su incapacidad simbólica, el reto en esta primera fase grupal, sería no brindarse a ser parasitada por un grupo-vampiro que trata de hacer de la relación terapéutica, no una relación que favorece el cambio, sino un nuevo vínculo a parasitar.

La rabia que produce el no entrar en su trampa, se tramita en forma de reactivación sintomática. Aquí está el pulso: "si no quieres pensar-sentir por mí, yo moriré de inanición o de desgarró esofágico". Es este reto el que nos coloca ante la necesidad de asumir nuestra propia castración, es decir,

asumir el riesgo que conllevan estos casos, evitando el sentirlos como una puesta a prueba de nuestra propia omnipotencia.

Hemos encontrado especialmente útil, el depositar el cuidado del cuerpo real en otro espacio en donde sí sería lícito formular la comida en términos reales, habida cuenta del riesgo orgánico que conlleva. De tal forma, que el daño real que están provocando en su cuerpo es contenido por otro especialista con el que trata este tema. En el grupo sólo intervenimos hablando de la comida en términos metafóricos. Es decir, hablando del significado que ellas le otorgan, no su carácter real. El mantener este encuadre mental les ayuda a favorecer el doble registro que conlleva el alimento: uno, el simbólico, tratado en el grupo; otro, el real tratado por el médico. Estos dos niveles se mezclan continuamente en la mente de ellas y esta confusión proyectada en el terapeuta puede dar lugar a intervenciones fuera del encuadre mental psicoanalítico que les confunde aún más.

Por otro lado, habida cuenta que: "la tarea más importante del terapeuta que trabaja con un grupo, consiste en interpretar las perturbaciones de la comunicación y de la interacción entre sus miembros" (Grotjahn, 1979). En esta fase, nuestra tarea consistió en nominar y señalar el intento de eludir por parte de ellas, la responsabilidad acerca de su mundo emocional y de la satisfacción de sus necesidades reales, es decir, sus necesidades afectivas, colocando a la comida, como aquello que colma y evita el riesgo de afrontar cualquier vínculo comunicativo real que implicara dependencia afectiva.

El continuo rosario de quejas en lo orgánico que traían, se ponía en relación a esta irresponsabilidad. El vómito, a lo poco depositado en las sesiones, entre unas y otras. Las quejas acerca de su figura, el hacer de esta un valor absoluto que deslumbra y fomenta el ser idealizadas para no ser vistas en sus contenidos auténticos y reales ya que estos están fecalizados por ellas.

La transferencia negativa se abordaba a través de la indiferencia hacia el sentir entre unas y otras. Denunciábamos continuamente una pseudo comunicación en donde el otro, no existe más que como una es-cucha anónima de una evacuación de tensiones internas a través de las palabras.

El uso que hacían de nuestras intervenciones y de la convivencia entre ellas en cada sesión, evacuadas al instante, era un dato que invitaba a la reflexión de los contenidos paranoides depositados en cualquier acercamiento que les invitara a testimoniar el ser auténtico que, en el fondo, las habitaba.

En este grupo, la resistencia que sabemos: "que en el grupo se dirige contra la comunicación libre, y no contra el inconsciente individual" (Grothjan, 1979) se atrincheraba detrás de una desesperación sintomática que sólo pretendía eludir la auténtica convocatoria grupal: la convocatoria a comunicarse. Día tras día, ésta se dejaba de lado. El parásito se escondía tras la amenaza orgánica. El reto constransferencial era no hacerse cargo ni de su capacidad de pensar, ni del cuidado de su cuerpo. ¿La tendencia? caer en la trampa de una palabra omnipotente que le salvara de la muerte, ya que tras la amenaza de no comer o vomitar se escondía la amenaza de matarse si no nos brindábamos a ser vampirizadas.

Intuíamos que debíamos encauzar aquel exiguo material, y digo exiguo por la escasez de contenidos simbólicos, debíamos encauzarlo, decía, hacia un saber a cerca de ellas, un poder "pensarse". La alusión constante a aquella subjetividad desoída en su interior, iría abriendo el cauce a la escucha de sus necesidades reales y a la objetalización que ello implica, tardaríamos años en conseguirlo, pero ese era el camino, no el salir al paso de una llamada de socorro a través del cuerpo, que sólo pretendía una vivencia fusional, anulando la dependencia implícita en los vínculos.

Nuestras intervenciones se fueron organizando principalmente en torno a dos ejes. El primero, en torno al establecimiento de la calidad de significación del self que las habitaba, entendiendo desde aquí los síntomas como ese rudimento de lenguaje en clave a través del cual ese self asustado y agonizante se escondía. El otro eje, se erigió contumazmente en un trabajo sistemático de reobjetalización, señalando los obstáculos que ellas depositaban en este cometido, obstáculos que implicaban la denuncia de las defensas narcisistas más feroces como era la idealización, la desafectivización (función desobjetalizante) o el manejo perverso del parásito que todas compartían y se dirigía, principalmente a desactivar el impacto emocional que mis intervenciones podían ocasionar. Así, yo sentía que, trataban de arrinconarme con una cruel indiferencia que testimoniaba la voluntad terca de no ingerir el alimento grupal que se les brindaba.

Descubierto el vampiro, el grupo fue atrincherándose en otro modo de organización que constituyó una fase media, de singular dureza. Fase que abordaremos a continuación.



CAPÍTULO III

EL GRUPO ANORÉXICO: UNA CONVOCATORIA DE MUERTE

Poco a poco fuimos entrando en un territorio distinto. Detrás de la pseudocomunicación que caracterizó la primera fase, emergió una NADA tensa y dramática que invadía cada sesión. Asistíamos atónitas a una realidad vincular nunca experimentada en los grupos que habíamos llevado hasta entonces. Cada una de ellas se atrincheraba detrás de un silencio contumaz, para exhibir tercamente su deseo de no dar y de no recibir y su absoluta indiferencia objetal.

Fuimos viendo el paralelismo entre esta modalidad de relación objetal y la relación alimentaria. La indiferencia grupal era equiparable a la indiferencia de su necesidad de incorporar alimentos.

Estábamos asistiendo al flagrante testimonio de aquello que se escondía en cada una tras la tendencia adictiva: el repudio a la apetencia objetal.

Una característica de este silencio era la invitación a mecerse en la tibieza de la nada, en un estado atensional sin angustia, sin deseo, era como un estado de sopor que testimoniaba el coqueteo con lo mortífero. El principio de nirvana freudiano se desplegaba inevitable, como un halo en todas las sesiones. La función desobjetalizante greeniana extendía sus garras arañando cualquier emergencia afectiva, cualquier demanda.

El grupo jugaba a morir, meciéndose en el silencio. En esta fase grupal fue especialmente útil, el encuadre que había concertado desde el principio. Un encuadre draconiano que impedía la inasistencia, ya que esta era sancionada con la expulsión, si sobrepasaba unos límites razonables (más de 3 faltas por trimestre en donde la media de sesiones era de 22 aproximadamente). Dicho encuadre se convino dentro de un pacto contractual, cuyos términos concretos quedan expuestos a en el Anexo 1.

El encuadre fue el tercero, el padre que marcaba una ley firme, impidiendo que la transferencia o contratransferencia negativas actuasen

en forma de acabar con el grupo como reacción desesperada de huida dada la asfixia vital que provocaban las sesiones. Constituyó un referente que amparaba la vida grupal, relativizando la angustia de muerte que nos invadía. El grupo con su encuadre sobrevivía, sus miembros acudían y eso marcaba una trayectoria esperanzadora que relativizaba la agonía y la impotencia que sentíamos.

El coqueteo con la muerte que implicaban sus síntomas se reflejaba en el grupo con un coqueteo insistente en tratar de hacerlo morir provocando una reacción de impotencia tal que diese por terminada la experiencia. Eso hubiera constituido su triunfo narcisista y a la vez una amenaza aterradora desde el deseo que vivir que permanecía en su interior.

El pulso ahora, se jugaba en el territorio de la muerte. “¿No te dejaste vampirizar? Este es el resultado.”. Esta era nuestra lectura desde el reto objetal, a otro nivel sabíamos que se defendían del acorralamiento que el grupo implicaba, para sus defensas narcisistas; el grupo les conminaba a vincularse y los vínculos suponían el riesgo de sufrir. Su escasa consistencia narcisista no se lo permitía.

¿Qué era aquel silencio?, lo sentíamos como la muralla que expresa el poema de Paul Simon, con el que se identifica una paciente aquejada de anorexia de F. Tustin.¹⁴

“Levanté murallas

una fortaleza empinada y fuerte

que nadie penetrará.

No necesito amigos.

La amistad trae dolor.

Desdeño la risa y el amor.

14 Tustin, Frances (1987) Barreras autistas en pacientes neuróticos. Buenos Aires: Amorrortu. Pág. 254.

Soy una roca

Una isla soy.

Tengo mis libros

y mi poesía que me protege.

Metido en mi armadura

Escondido en mi habitación

A salvo en mi útero.

No toco a nadie y nadie me toca

Soy una roca

Una isla soy

Y una roca no siente dolor y una isla no llora”.

El silencio les servía para recrear la fantasía de que lo externo se iba a ajustar exactamente a sus deseos. Desde ahí, la palabra, podría ser vivida como un desgarró, como una apertura en la “fortaleza”, que iba a abrir la posibilidad de ser invadidas. El grupo era un testimonio de la realidad que desmentiría la falacia de su omnipotencia narcisista. La palabra podía ser una apertura a una verdad que no estaban en condiciones de asimilar: la verdad de que lo externo se escapaba a su control omnipotente e iba a poner en entredicho el frágil asentamiento identificadorio que las sostenía. Estaban preservándose de una “hemorragia narcisista”.

El silencio también era un grito desesperado para ser comprendidas desde el "infants" que las habitaba. El bebé que aún no habla y es entendido por la madre sin el esfuerzo de comunicarse, era una expresión de "la comunicación primitiva" señalada por Joyce Mc. Dougall.

Dice la autora:

"El objetivo secreto de este tipo de comunicación, consistía en compartir un dolor que no podía expresarse por medio del lenguaje, y acerca del cual no se puede pensar. La exigencia es ser oído antes que escuchado; una necesidad de comunicación, antes que comunicar"¹⁵

Oíamos el grito del silencio y nos encontrábamos con la muralla terca que negaba toda necesidad de ayuda.

En la misma línea, Bion señala, que

"el estar obligado a hablar para ser comprendido y satisfacer los deseos, es una permanente herida narcisista en el inconsciente de todos"¹⁶

Su narcisismo enfermo y vulnerable no podía soportar esta herida. El silencio era pues un atrincheramiento en la negación de la alteridad.

Cuando observábamos el sopor de las sesiones, nos asaltaba, a veces, la fantasía de estar todas envueltas en una nana dormitando, dejando que el mundo se mueva afuera y esperando que pase la vida, pase la sesión, sin que pase nada.

El silencio garantizaba también el bloqueo del odio de un odio sordo, retroalimentado en cada sesión, en la medida en que esta no se ajustaba ni a sus deseos ni a sus previsiones. El grupo testimoniaba la realidad

15 McDougall, Joyce (1993). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós. pag.252.

16 Bion, W. R. (1970). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé.

en sus aspectos imprevisibles y sorprendentes, y desde la lógica narcisista sabemos que toda aquella respuesta del medio que no se ajusta a los deseos es vivida como un ataque, un acto violento y sádico que genera rabia y frustración. Lo imprevisible, pues, vivido como una injuria narcisista iba generando una tiranía escondida tras el silencio, tiranía que quería imponerse estrangulando al grupo en su movimiento vital, afectivo y comunicativo, anestesiarlo también con un silencio soporífero como un narcótico alienante.

El silencio era la viva expresión de la llamada analidad primaria; dice Green:

“La tonalidad anal de estos sujetos, difiere de la analidad clásica en el hecho de que la fijación parece marcada de manera predominante por el narcisismo. El narcisismo de estos sujetos está dañado, destrozado. La herida narcisista, cuyo origen se remonta, claro está a la infancia, no ha cicatrizado. La llaga puede reabrirse en la menor ocasión. Parece literalmente intratable y cualquier abordaje demasiado directo provoca un agudo dolor psíquico. El Yo padece los contragolpes de una economía narcisista caótica, más que precaria, sin fronteras probadas. De ahí la sensación de hallarse ante “desollados vivos” (...) En realidad el narcisismo anal da a estos sujetos un eje interno, verdadera prótesis invisible que no se mantiene sino gracias a la erotización inconsciente de toda situación conflictiva que afecte al narcisismo (...). La oposición da al yo la oportunidad de sentirse vivo”¹⁷.

El silencio era, en definitiva, el señuelo de un marcaje territorial que estaba soportando una delimitación identitaria; el hablar desde esta óptica se vivía como el sometimiento a la voluntad del otro y por ende, albergaba el peligro de caer en una relación fusional, dónde se iban a perder los límites del propio yo.

17 Green, André.(1993) *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu. Págs. 393-394

El mismo autor lo expresa muy acertadamente de la siguiente manera:

“Es tan poderoso el deseo inconsciente de retención oposicional, porque es un soporte de una delimitación identitaria entre la tentación de la regresión fusional y la destrucción del otro como única prueba de afirmación de sí¹⁸”.

Hemos tratado de ir señalando, las diferentes acepciones que aquel silencio nos iba sugiriendo.

Encontré una resonancia entre la tintura afectiva que envolvía la atmósfera grupal y la rima LVI de Bécquer dice así:

“Hoy como ayer, mañana como hoy,

y ¡siempre igual!

un cielo gris, mi horizonte eterno,

y ¡anda... anda!

Moviéndose a compás, como una estúpida

máquina, el corazón,

La torpe inteligencia del cerebro

dormida en un rincón.

18 Green, André. (1993) *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu. Págs. 402.

*El alma que ambiciona un paraíso
buscándolo sin fe;
fatiga sin objeto, ola que rueda
ignorando por qué.*

*Voz incesante con el mismo tono
canta el mismo cantar;
gota de agua monótona que cae
y cae sin cesar.*

*Así van deslizándose los días,
unos de otros en pos,
hoy lo mismo que ayer... y todos ellos
sin goce ni dolor.*

*¡Ay! a veces me acuerdo suspirando
del antiguo sufrir
amargo es el dolor pero siquiera
¡padecer es vivir!*

El poeta expresa aquí, magistralmente la vivencia subjetiva de un estado mental en donde se trata de sobrevivir "con el menor riesgo posible". En esta situación, como nos diría Winnicott, el ser humano se convierte en un superviviente no un ser vivo.

Es posible, que la ubicación del grupo en un marco institucional en donde no existe el dinero, como referente de la realidad; (que, además, testimonia en lo concreto, su deseo de estar y lo que ellas nos dan a cambio de la asistencia terapéutica), no existiendo todo esto, los aspectos resistenciales a través de las defensas narcisistas estuvieran más enconados. No perdiendo dinero, ellas apuntalaban la fantasía de que con su silencio y su acorazamiento autista no perdían nada. La institución se prestaba así a ser la depositaria de una madre omnipotente que da todo a cambio de nada. Esta característica de los grupos institucionales, nos obliga a investir la presencia como una parte fundamental del encuadre no existiendo el intercambio monetario, la presencia es lo único que testimonia su deseo de estar y lo que ellas dan.

Día a día, la presencia de aquella convivencia vacía y anónima era el testimonio más evidente de la vacuidad de su mundo interno y de su sentimiento de futilidad. Ellas no aportaban nada porque evitaban la entrega, a su vez, no sentían que tenían nada valioso que aportar; ambos sentimientos las colocaba en una situación de parálisis afectiva y comunicativa.

La fase descrita fue la más larga y dura, que nos obligó a trabajar en un estado de precariedad que trataremos de reflejar más adelante y que sobrevivió a base de reclutar codiciosamente los pequeños atisbos de vida, de vinculación que emergían en este particular páramo afectivo.

LA ANOREXIA DE GRUPO: UN INTENTO DE ADAPTACIÓN TÉCNICA

Así como en la fase previa nuestra labor fue ir señalando el elemento adictivo en un trabajo de metaforización insistente para favorecer un encuentro más comunicativo entre ellas. En esta segunda fase (cuando el grupo decide que si no se vincula-come como quiere, no lo hace de ninguna manera), nuestra incidencia se organizaba sobre todo en torno a una continua metaforización del silencio como aquel emergente que testimoniaba, entre otras cosas, su desprecio a la vida grupal: a su comida. En definitiva, su anorexia de grupo.

Hablando de desprecio recordábamos aquello que señala Kafka en su "Metamorfosis", cuando habla del Artista del hambre, su "ayunador" un personaje cuya única meta vital era ayunar antes de morir de inanición dice:

"no me es forzoso ayunar, porque no pude encontrar comida que me gustara; si la hubiera encontrado, puedes creerlo, no habría hecho mejor cumplido, y me habría hartado como tú y como todos"¹⁹.

El trabajo simbólico aquí, consistía en ir retejiendo las múltiples significaciones que tenía esa peculiar forma de convivir. Nos veíamos tejiendo ideas en el silencio, un silencio que invitaba a romper todo tipo de unión, de tejido.

Desde el plano afectivo el embate contratransferencial, lo constituía el sobrevivir con un peso proyectivo en donde se nos conminaba a no pensar, no ser, no sentir, para participar con nuestro silencio en una orgía de la nada. Los aspectos más impotentes, más vacíos, se nos apoderaban y la lucha titánica era sobrevivir en el silencio: pensando, siendo y dando.

19 Kafka, F (1998). *La Metamorfosis*. Madrid: Alianza Editorial.

La actividad interna nos permitía agarrarnos a una atalaya que evitaba el hundimiento en el sopor de la inermidad narcisista. Nos apoyábamos en nuestra capacidad de figuración simbólica aportando imágenes como la de aquellos que sobreviven en el hielo luchando contra la necesidad de dormir para no dejarse morir. Luchábamos allí contra el sopor mortífero, o contra nuestras defensas maníacas que trataban de negar la densidad de lo transferido, y podían invitar a una participación afectivamente falsa.

Fuera estaba el hielo; dentro, el peligro de dejarse ir en ese estar presente, estando ausente, el dejarse ir a un limbo dónde era muy difícil encontrar asideros representativos que pudiéramos ofertar como vehículos de transmisión de una comprensión de lo que estaba pasando.

Contratransferencialmente nos encontrábamos en una situación, lo más parecido a un ser agonizante que no sabe si el próximo día va a seguir viviendo o no.

Nuestro setting interno, estaba siendo incesantemente puesto a prueba, nuestra capacidad de contención, esa contención tan necesaria sobre todo en estos momentos del proceso estaba al límite. Creemos que fue poco a poco sobreviviendo a los ataques internos, provenientes de nuestras defensas, y a los ataques externos, provenientes de los suyos. Queríamos conseguir, aquello que expresa tan certeramente Speziale-Bagliaca, cuando dice:

“sólo consiguiendo interiorizar, día tras día un analista no omnisciente, un analista que para pensar a veces necesita tiempos largos, además de una relativa serenidad, con otras palabras, sólo percatándose de la función continente de este analista, el paciente, podrá enfocar lo que es útil cambiar en sí mismo, se dará cuenta de que para “ser consciente”, para dejar de reprimir, de proyectar, de renegar, es necesario ponerse en condiciones de observar, comprender y pensar los propios sufrimientos, antes de intentar resolverlos. Y comprenderá también, que cuanto más violentas son las emociones que entran en juego, más se necesita tener paciencia y tolerancia hacia los propios límites.

A través de este cambio complejo y lento, si el proceso analítico tiene éxito, el paciente acabará por descubrir la calidad profunda más importante y al mismo tiempo, más difícil de reconquistar por el adulto: la espontaneidad²⁰.

El autor describe con especial maestría, la importancia de esa capacidad de contención que como reedición de la función de reverie bioniana, va posibilitando el desarrollo de una función en la mente del paciente. Nos referimos a la función de no sólo dar sentido a las emociones, como apuntábamos en el capítulo previo, sino la de contenerlas.

Será la identificación con esa capacidad del analista o terapeuta la que consiga imprimir un giro en el tratamiento de las vivencias emocionales internas. En este caso, del terror al vacío y a la insuficiencia, terror por lo violento e innominado de estas vivencias, girar hacia sentir las tolerables por percibir que son emociones que se pueden transformar e ir generando un habitáculo interno más vivo y capacitado para hacer frente a los avatares de la vida.

Sabíamos que la batalla se estaba librando en nuestra propia capacidad de hacer frente a este especial embate transfero-contra-transferencial, ellas podrían irse asomando a sus propios abismos en la medida en que buceando en el nuestro, pudiéramos no ahogarnos y emerger con una disponibilidad para pensar o sentir. Él núcleo depresivo depositado en el grupo y en mí, podría así ser rescatado poniéndolo a disposición de una comunicación intrapsíquica que haría inservibles las defensas más amputantes como eran las defensas narcisistas y las escisiones internas.

Nos íbamos moviendo con nuestras intervenciones en un margen muy estrecho, ofreciendo desde aquella "comunicación primitiva" a la que antes hemos aludido, una función continente que permitiera recrear la ilusión de una vivencia fusional, no tratando de imponer demasiado prematuramente un tipo de comunicación para el que aún no estaban preparadas. Sabíamos también, que un exceso a este nivel, no les permitiría el acceso

20 Roberto Speziale-Bagliaca(1980) : "La capacidad de Contener. Apuntes sobre su funcionamiento en el cambio Psíquico". Génova. pag.55

a una frustración necesaria para gestionar aquello que decía Winnicott “la desilusión progresiva” que les llevaría a acatar la realidad del Otro como alguien distinto. Una vivencia del Otro que inauguraría una posibilidad transferencial más neurótica. Ya que en la situación en la que estábamos:

“los Otros eran utilizados como pares del propio Si-mismo, como objetos transicionales destinados a desempeñar un papel protector, o como filtros de impulsos hostiles inconscientes”²¹.

La estrechez de nuestro margen nos hacía sentir una impotencia hábilmente descrita por Green, de nuevo, en su artículo sobre la Analidad Primaria:

“El analista siente compasión por el sujeto pero sucumbe igualmente, a lo que Winnicott, llamó con cierto acierto, odio en la contratransferencia. El deseo de ir en ayuda del paciente choca con la obstinación de su no-comunicación, que periódicamente hace desear de poner fin a una relación sentida como inamovible, estéril y parasitaria, pero el desamparo del sujeto es de tal magnitud, que el analista acaba por decirse que la interrupción constituiría un trauma insuperable.”²²

El grupo fue navegando, día tras día, en medio de esa niebla, con algún destello de luz proporcionado por ellas o por mis intervenciones. Esa luz era Eros que sobrevivía a ese mar de penumbra. La pulsión de vida que seguía apostando por nuestro proyecto: “el de rescatar su aprecio por la convocatoria vital, la del grupo o la de la vida exterior”. Fuimos navegando entre la desolación y la esperanza, durante aproximadamente tres años hasta que como Colón empezamos a atisbar un territorio nuevo. Empezamos a asistir a un cierto renacimiento, testimoniado sobre todo por la capacidad de investirse unas a otras.

21 J. Mc Dougall (1987). *Teatros de la Mente*. Madrid: Tecnipublicaciones. Pág. 260

22 A. Green y otros (1989). *La Pulsión de Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu. Pág.400

CAPÍTULO IV

EL GRUPO ALIMENTICIO: LA NUTRICIÓN AFECTIVA

Siguiendo con el paralelismo, con los síntomas la característica de esta fase fue la emergente y tímida capacidad de irse alimentando unas a otras, que en lo concreto se reflejaba por el desarrollo de un interés y de una curiosidad, acerca de sus estados emocionales. Esta apertura a los vínculos, ahora desde un plano menos narcisista, corrió en paralelo a una paulatina remisión de los síntomas que padecían. Se fue configurando un interés de aprecio por la oferta comensal que el grupo en su conjunto ofrecía. Parecían que ellas habían salido del destino terrible del "ayunador" de Kafka, podían apreciar la comida-vínculos y esto les estaba rescatando de la inanición. La comida concreta y real no necesitaba ser, pues, utilizada para suplir sus carencias y vacíos afectivos, la comunicación y la capacidad de vincularse estaba arrinconando la función que a ésta se le había otorgado, la de colmar el vacío digestivo pretendiendo así, colmar el vacío afectivo.

El silencio que nos seguía acompañando como un fiel compañero funesto estaba siendo tratado de otra manera. El grupo se fue responsabilizando de él, salían culpabilizadas y rabiosas si en una sesión había asistido como protagonista. Se culpabilizaban de no haber dado nada, y se enfadaban por no haber recibido. Se evidenciaba así la lucha activa que mantenían en su interior contra las defensas narcisistas.

De este modo en la medida en que iba remitiendo el protagonismo de la esfera narcisista en la convivencia grupal, se fue instalando la apertura a nuevas introyecciones. Así: "la identificación introyectiva entraba en juego para desprender la vida mental de la esfera del narcisismo" (Meltzer, 1980). Esta apertura novedosa al mundo de las relaciones grupales fue proporcionando unos anclajes internos más benéficos y tolerantes que las primitivas imagos parentales introyectadas. Esto determinó un giro importante en el equilibrio de sus propias relaciones internas entre el Self y los Objetos. En ellas, como en toda patología narcisista, se había impuesto un proyecto ideal arcaico como sustento de su propio narcisismo, dicho proyecto se tramitaba con la expectativa de realizaciones

fantásticas en la realidad que les llevaba a una parálisis en sus proyectos personales y por la adquisición de un cuerpo ideal que se confundía en su mente con el proyecto mismo. Así el cuerpo ideal era el Estado Ideal, y la consumación del proyecto ideal. Estaban sometidas a una ecuación simbólica que hacía que cualquier defecto en la adquisición de dicho proyecto, testimoniado por la adquisición de un cuerpo que se alejaba del cuerpo ideal que las habitaba era cruelmente castigado en su interior, con el ayuno suicida, o con los vómitos.

Las nuevas introyecciones fueron posibilitando un cambio en la línea de ir deponiendo un proyecto narcisista defensivo e ir instalando un proyecto humano y realista de sus posibilidades. Es por esto que en esta fase del proceso se fue saliendo del impasse vital que mantenían en el exterior con un relanzamiento de sus propios proyectos de vida, desde retomar estudios abandonados o abordar nuevas relaciones de pareja, todas ellas encaminando la vida hacia la realización de la propia autonomía.

Por otro lado, y ahora desde otra perspectiva, la apertura al grupo y a su alimento corría en paralelo a la apertura a una nueva dimensionalidad psíquica.

La superficialidad de su mundo en cuanto a la aprehensión de lo externo, como lo interno, fue abriéndose a un nuevo espacio. Se estaban alejando de aquello que describe Melzter cuando alude a la bidimensionalidad psíquica:

“Cuando la significación de los objetos, es experimentada como inseparable de las cualidades sensoriales que se pueden percibir en sus superficies, la concepción del self está necesariamente limitada. El Self será experimentado como una superficie sensible a su vez. Esta superficie sensible puede ser maravillosamente inteligente en la apreciación de las cualidades superficiales de los objetos, pero sus fines estarán necesariamente truncados por una imaginación empobrecida porque no tendrá los medios para construir en pensamientos objetos o acontecimientos

diferentes de los que ha experimentado. En el lenguaje Bioniano, no tendrá los medios para distinguir entre un buen objeto ausente y la presencia de un objeto-ausente persecutorio. La razón de esta limitación del pensamiento residirá en la ausencia de un espacio interno en el interior del psiquismo en el que pueda tener lugar el fantasma como acción de ensayo, y consecuentemente el pensamiento experimental.

Por otro lado, el self que vive en un mundo bidimensional estará discapacado a la vez en la memoria, el deseo y la capacidad de previsión. Sus experiencias no podrán desembocar en la introyección de objetos o en la modificación de sus objetos ya existentes²³.

Estos párrafos merecen que nos detengamos unos instantes, ya que arrojan una capacidad de comprensión más nítida en cuanto al padecimiento que hemos venido describiendo hasta ahora. Cuando el autor nos habla de la apreciación de sí mismas y del mundo externo, en cuanto a las cualidades sensoriales y perceptivas, está describiendo magistralmente la esclavitud a la forma, la figura, lo que se ve, lo que entra a través de los sentidos. Hay una carencia de recursos psíquicos, para la aprehensión de lo que no se ve, de lo oculto, de lo intangible. Esto explica que para ellas lo estético sea un valor absoluto, se viven apreciadas desde lo que se percibe de ellas, lo que se percibe en la superficie, el ser humano que las habita no tiene un lugar de representación ni dentro, ni fuera de ellas. La bondad de lo ausente no está aún en la esfera psíquica, todo lo desconocido o inaprehensible, es por ello en sí mismo, malo.

Este mundo chato para la ilusión, la confianza y la esperanza, esclavo de lo inmediato, es el magma mental idóneo para el cultivo de esta enfermedad. Volviendo a nuestro grupo decíamos que se estaban abriendo a un nuevo espacio. Melzter nos lo describe así:

23 Meltzer et Al (1980). *Explorations dans le monde de l'Autisme*. Paris: Payot. Pág. 234

“En el espacio tridimensional... la representación del mundo por entero pasa a un nuevo grado de complejidad; la representación tridimensional de los objetos y del ser conteniendo ambos espacios potenciales... el sentimiento de haber sido adecuadamente contenido es una condición previa a la experiencia de ser un continente-contenido²⁴”.

Aquella función continente tan duramente puesta a prueba en la fase previa había podido ir estableciendo una identificación tanto con esta función, como con el modelo tridimensional de nuestra mente, nuestro propio espacio potencial fue posibilitando que ellas pudieran albergar el suyo dentro de su mente y el propio grupo, admitiendo aquí lo imprevisible y misterioso del encuentro. Aceptando también que el grupo, como metáfora de un continente, depende también del contenido-ellas para establecer un proceso creativo y generativo. El grupo-continente dejó de ser la madre omnipotente que da de forma incondicional., Depende de ellas para generar nuevos cauces mentales que sostengan su propio bienestar.

Ilustraremos esto con una pequeña viñeta clínica:

En el quinto año del proceso, después de un largo silencio posterior a una sesión enteramente silenciosa, una de nuestras pacientes se expresaba así:

“Esto va por el mismo camino que el otro día, y yo no lo aguanto... estoy enfadada con P. porque no ha venido. El otro día creo que me fui muy mal, aunque hice como antiguamente, desconecté. Pero he estado estos dos días mal, con muchas ganas de darme atracones aunque no lo he hecho. Creo que tiene que ver con lo del otro día. Igual no es casual, que el día previo habláramos de las envidias, aquí parece que nadie tenía problemas... y al día siguiente toda la sesión así”.

24 Meltzer et Al (1980). *Explorations dans le monde de l'Autisme*. Paris: Payot.

Esta intervención recoge el largo trabajo que habíamos hecho hasta entonces, vemos como la paciente se responsabiliza del silencio, reconoce su enfado ante la ausencia de una compañera, asocia el malestar psíquico con los atracones y contrasta su antiguo funcionamiento, la desconexión con el nuevo que es pensar acerca de lo que le está ocurriendo, tratando de encontrar en su interior los motivos de su conducta.

Se había generado:

*“Ese espacio entre el símbolo y simboliza-
do con la mediación de un self que interpreta, es el
espacio en que la creatividad se hace posible, y es el
espacio en el que estamos vivos en nuestra calidad de
seres humanos, en oposición de ser seres reflexiva-
mente reactivos”. Ese es el Espacio Potencial de Win-
nicott (Ogden citando a Winnicott)²⁵*

Es esa capacidad de pensar acerca del propio malestar, asociando ideas y emociones, que se comunican entre sí y que se transmiten al exterior la que testimonia la apertura al nuevo espacio al que aludimos nuevamente. La paciente se ha convertido en intérprete de su propia conducta. Hay en estas manifestaciones una subjetividad incipiente. La defensa desobjetalizante tiene aquí un protagonismo escaso; nuestra paciente, se queja de la incomunicación, expresa el deseo de comunicarse y de aportar al grupo sus reflexiones acerca del malestar que le crea la convivencia que se genera entre ellas, hay un deseo de dar y de recibir y un sufrimiento asociado a la incomunicación. Lo antiguo era la desconexión-incomunicación, lo nuevo es lo conexión-comunicación. El vínculo con el grupo permanece fuera de la sesión, es algo que le ha creado malestar, la ausencia ya no es una ausencia aterradora, es por ello que nuestra paciente contiene el vínculo y contiene las emociones que el vínculo le crea. Hay un deseo de borrar ese vínculo comiendo y estableciendo una sustitución afectiva con la comida, como antiguamente hacía, pero no lo hace, el pensamiento, lo simbólico ha ganado el terreno a la actuación. El objeto ausente en este caso el grupo, sobrevive en su interior a pesar de la ausencia, el vínculo no se rompe, ella dice que no desconecta. Sigue conectada a pesar del malestar que ella percibe, los afectos, los vínculos, la conexión ganan el terreno a la desobjetalización y la ruptura. Eros a Thanatos.

25 Meltzer et Al (1980). *Explorations dans le monde de l'Autisme*. Paris: Payot. Pág. 234

Para Janine Chasseguet-Smirgel:

*“La continuidad de la relación fusional impediría toda actividad de autoobservación, la posibilidad de autoobservación implica un yo (por lo tanto una separación del objeto) y una posibilidad de clivaje del yo que se escinde en dos partes; una que observa y otra que es observada”.*²⁶

La autora nos señala que cuando el yo inaugura esa capacidad de autoobservación es cuando una parte del yo se identifica con aquella parte que mira al tercero, y la otra con la que es mirada por éste. Este tercero es el padre que mediatiza la relación fusional entre el niño y la madre. La conquista de la Alteridad y la aceptación de ese tercero junto a la madre, permite la conquista de un área tercera en el interior del Psiquismo, que es observada-contemplada, con benevolencia. Un área que puede sorprender y relanza la posibilidad de niveles de introyección y descubrimiento internos.

Pensamos que un contexto grupal en dónde anida este tipo de intervenciones ha conseguido cambiar y crecer psíquicamente. Aquí estaríamos de acuerdo con E.T. Bianchedi, para ella.

*“El crecimiento mental es el crecimiento de las capacidades para pensar acerca de las experiencias emocionales, permitiendo el desarrollo de ideas nuevas y la elaboración creativa de nuevos significados. Este desarrollo es, a su vez, un devenir, que se realiza a través de sucesos o saltos cualitativos de descubrimiento y un aprender conjetural y creativo acerca de los descubrimientos”*²⁷.

Comprobamos también que la memoria del objeto no se borra, sigue presente aunque sea para sufrirlo. Estamos en una posición cercana a la ambivalencia, a la posición depresiva. El eje central de este testimonio

26 Chasseguet-Smirgel, Janine (1989) Conferencia leída en la Sesión Plenaria del Congreso de la Asociación Psicoanalítica Americana. S. Francisco.

27 E.T. de Bianchedi (1990): “Cambio Psíquico” APDEBA, 23, XII, 16

grupal nos parece que gira a la tolerancia al dolor y aquí es obligada una cita de Bion:

“Existen personas que toleran tan poco el dolor y la frustración, (o para las cuales el dolor y la frustración son tan intolerables) que sienten el dolor pero no desean sufrirlo y por eso no puede decirse que lo descubren (...) el paciente que no quiere sufrir dolor, deja de sufrir “el placer”²⁸.

Va a ser esta capacidad de sentir dolor, de contenerlo y de sufrirlo la mayor salvaguarda contra la emergencia sintomática. La vivencia de dolor a su vez, es la consecuencia de un reconocimiento más elaborado de la alteridad. Betty Joseph sugiere que el dolor, no es solo ansiedad ni es sólo depresión.

Dice así:

“Debo indicar que está vinculado con una conciencia mayor del self y de la realidad de las otras personas, de manera que está relacionado con una sensación de separación (...) es sólo cuando el paciente tiene estos aspectos mejor integrados y cuando hay un fortalecimiento del Yo, cuando puede sentir este deseo y este interés activo con respecto a lo que ocurre externa e internamente. Es entonces, cuando, desde mi punto de vista se experimenta el dolor psíquico como tal, y siempre que el paciente no se retraiga de este dolor aumentara su capacidad para sufrirlo”²⁹.

Volviendo ahora a nuestra temática grupal, fue precisamente la aceptación de la alteridad en el seno de nuestra convivencia la que fue permitiendo la elaboración de los duelos pendientes en su interior. Así, se fueron retomando las angustias derivadas de las separaciones del entorno familiar convocadas por la edad. La niña glotona prendida de un pecho-

28 Bion, W. R. (1970). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé. Págs. 15 y 16

29 Betty Joseph (1989). *Equilibrio Psíquico y Cambio Psíquico*. Madrid: Tecnopublicaciones. Pág. 136

comida va haciendo sitio a la joven llena de miedos por los retos que cualquier acercamiento a la oferta de la vida plantea. Curiosamente, y esto lo vamos a desarrollar con más amplitud en el capítulo que más adelante dedicaremos a los padres, estos se fueron deprimiendo “en cadena” necesitando por ello una asistencia psiquiátrica en paralelo.

Fue la desactivación de las defensas narcisistas entre ellas la función desobjetalizante, lo que permitió el abordaje de un sustrato depresivo que había colisionado con las respectivas crisis adolescentes. Alteridad e identidad fueron a la par originando un trabajo exhaustivo con el duelo como telón de fondo. En este sentido, nos acordábamos de aquello que decía Green:

“la función desobjetalizante, lejos de confundirse con el duelo, es el procedimiento más radical para oponerse al trabajo de duelo que está en el centro de los procesos de transformación, característicos de la función objetalizante”³⁰.

En definitiva, el grupo Alimentario va nutriendo su vacío afectivo gracias a la apertura a los vínculos internos y externos. Es por tanto la fiabilidad del objeto ausente la que rompe el círculo tanático de ausencia-odio-amputación del Yo. Esta conquista grupal relanza la elaboración de los microduelos cotidianos y de los macroduelos existenciales. El duelo va habitando el mundo interno de esos precipitados psíquicos que como dice Hanna Segal son “El símbolo de lo Perdido”.

Los vínculos internos proporcionan un suelo psíquico. El abismo interno ya no aterriza, hay un suelo. El suelo-vínculo permite el asentamiento afectivo necesario para navegar por la mente, para asomarse a sentir, pensar y crear. En estas condiciones, los síntomas dejan de tener su sentido en la economía psíquica. El espacio afectivo asegurado permite que la comida ocupe el suyo, el de la realidad sin el trámite fetichista.

30 A. Green (1993). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu, Pág. 74

La experiencia vivida internalizada apuntalaría la edificación del espíritu, espíritu que según Winnicott (1958) es la interiorización de la envoltura materna.

Iría a proporcionar algo que se acercase a ese habitante-habitáculo interno que tan bien expresa aquí el poeta:

*“Apágame lo ojos, puedo verte:
ciérrame las orejas: puedo oírte,
y sin pies puedo andar hacia ti,
y aún sin mi boca puedo invocarte.*

*Arráncame los brazos y te asiré
con el corazón como con una mano,
detén mi corazón y latirá mi cerebro,
y si incendias mi cerebro
te llevaré en mi sangre.*

*Rilke
“El libro de horas” (1900)*

EL GRUPO ALIMENTICIO: UN INTENTO DE ADAPTACIÓN TÉCNICA

Esta fase como hemos descrito, se caracteriza en lo epistémico por la posibilidad de un uso de lo simbólico, más elaborado; la palabra deja de ser la cosa temida o ansiada y va ocupando el lugar de ser un vehículo de transmisión de una comunicación aún tambaleante. Nuestra técnica pudo ir virando hacia intervenciones más propias de un registro neurótico. La comprensión de los conflictos dinámicos hacían posible la formulación de interpretaciones en esta línea. Así pues, el abordaje del conflicto pudo irse dando con las ansiedades depresivas como eje. La conflictiva edípica no pudo desplegarse del todo ya que nuestro grupo hubo de finalizar prematuramente. No obstante, como veremos la ubicación en lo triangular nos fue permitiendo un sosiego ya que el clima grupal dejó de tener la densidad afectiva viscosa y aterradora de lo innominado. Las sesiones eran más relajadas, se hablase o no. El silencio no invadía como el halo mortífero, nuestra capacidad de pensar, más preservada, permitía un nivel de intervenciones menos activas hacia dentro y hacia fuera. No teníamos la sensación de ir las rescatando del naufragio mental. La transferencia negativa se pudo ir abordando con menos dramatismo. Eros les -y nos- rescataba de los embates tanáticos. Estábamos finalmente, y tras 5 años, ante un escenario grupal que nos permitía ceder más el protagonismo a sus participaciones espontáneas. El grupo empezaba a caminar sólo y la responsabilidad de ese caminar estaba asumida por ellas.

Éramos más el observador benevolente de una escena que no nos obligaba a intervenir para sostenerla, sino para encauzarla. Eran los albores de una triangulación edípica mental y grupal. El tercero puede observar sin irrumpir tolerando su exclusión. El mantener esta posición de tercero excluido era el reto contratransferencial en este momento. Britton nos inspiraba cuando dice:

“La capacidad para representar una relación parental benigna, influye sobre el desarrollo de un espacio externo al self, susceptible de ser observado y pensado, el cual proporciona la base para creencia en un mundo seguro y estable...”³¹

31 Britton, R. (1997). Complejo de Edipo, hoy. Implicaciones Clínicas. Valencia. Promolibro. Pág. 89

Nuestro posicionamiento contratransferencial corría, pues, en paralelo a un posicionamiento interno y grupal que abría la posibilidad de observar y dejarse sorprender por lo externo al self. En ese dejarse sorprender, interna y externamente, reside la apertura a lo enigmático e inaprensible. Es el cabalgar sobre la incertidumbre como baluarte mental lo que va a permitir el “aprender de la experiencia” Bioniana. El mismo autor ya indicó en 1959 que “el fracaso en la contención materna provoca en algunas personas el desarrollo interno de un superyo envidioso y destructivo que les impide aprender o mantener relaciones provechosas con cualquier objeto”.

El grupo parece que había superado esa situación. La transferencia de un objeto envidioso, sádico y destructivo, no invadía con su presencia insidiosa el escenario grupal, provocando el reclutamiento autista. Del mismo modo, mis palabras ya no sentidas desde ahí, no eran evacuadas como un alimento venenoso, se iban asimilando, y la calidad, llamémosla benigna de lo superyoico permitía una elasticidad mental que favorecía la agilidad de los intercambios grupales.

Nuestra tarea ahora, la sentíamos como dejarles caminar, con un paso muy titubeante aún, a veces incluso haciendo incursiones en la fase previa, pero testimoniando con nuestro silencio la necesidad de que ellas se hicieran cargo de la vida grupal. Sentíamos que ahora sí podían hacerlo.

Se había abierto el espacio a poder pensar:

“El Pensar es lo que hace resistir y lo que, nos lleva; lo que nos protege del vacío y nos recarga, lo que nos hace respirar soplo, voz y texto”³²

Ese Pensar era lo que se llevaban, herencia de la experiencia, cosecha inagotable, alimento mental que nutriría sus vacíos.

El grupo alimentándose ya, alimentaba nuestra convicción de que íbamos por buen camino. Los síntomas, agonizando nos lo testimoniaban. Y en esta situación tuvimos que dar por finalizada nuestra andadura grupal.

32 Anzieu, D. (1995). El Pensar, del Yo Piel al Yo Pensante. Madrid: Biblioteca Nueva. Pág. 13.

CAPÍTULO V

¿POR QUÉ EN GRUPO?

Contando ahora con una visión retrospectiva y global de la experiencia, llegamos a la conclusión de que el abordaje psicoterapéutico en grupo, constituye un medio privilegiado para el trabajo psíquico con estas pacientes.

El interrogante que surge, inevitablemente, sería: ¿Qué aspectos diferenciales hacen que el grupo permita un acceso más eficaz a estas estructuras?

Trataremos de responder desde dos ángulos diferentes, constituyendo cada uno, uno de los aspectos patognomónicos de estas pacientes.

Desde el sustrato depresivo

Desde el sustrato depresivo que, como hemos dicho, consideramos que es esencial para la comprensión de esta enfermedad, el grupo, por su conformación espacial proporciona un albergue, una morada, que a modo de refugio matricial (Rosolatto), satisface una vivencia de amparo regresiva que activa inconscientemente la apertura hacia la transferencia positiva.

“En la depresión domina la aspiración a retirarse a la matriz protectora: el refugio matricial. Toda pertenencia (sobre todo pasiva) a un grupo, evoca el refugio y la nidación de la vida intrauterina”³³.

Efectivamente, la vivencia de ser acogidas-recogidas por un territorio, metáfora uterina, que envuelve y anida, favorece, como decíamos la apertura hacia la rehabilitación de una transferencia de base (Phyllis Gree-

33 Rosolatto, G. (1975). L'axe narcissique des dépressions, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1, Figures du vide, Gallimard, 16.

nacee, 1954) con el grupo como objeto materno. Transferencia que establece la reubicación en una esfera narcisista, ahora más posibilitadora.

La vivencia de estar en un grupo-útero-madre-familia-tribu alivia el desamparo que invade, como protagonista ingrato la vivencia de cualquier situación depresiva.

Pensamos que el asiento territorial del grupo es más favorable que la relación dual para la activación de una fantasmática regresiva en torno a la necesidad de ser contenidas por un continente ofreciendo así, una experiencia re-paradora y re-narcisizante.

La necesidad de experimentar esa vivencia pasiva, de ser envueltas por un continente-madre-activo es favorecida por un grupo en dónde la alternancia entre pasividad y actividad se vive por su propia metodología con mayor tolerancia. El paciente en grupo, en efecto, puede mantenerse en silencio disfrutando así de esta necesidad experiencial sin verse tan conminado a hablar como en un tratamiento individual.

Desde el punto de vista defensivo

Desde las defensas narcisistas, la inaccesibilidad que ha erigido el núcleo autista que les aísla de lo vincular, se encuentra en el contexto grupal permanentemente retado y puesto en evidencia. La vida grupal, en efecto, constituye una oferta a comunicarse difícil de obviar, oferta siempre sostenida por la multiplicidad de relaciones que se establecen en su seno. El plano intersubjetivo y transubjetivo, se extienden como una red que aprisiona y constriñe la tendencia al aislamiento de la función desobjetalizante hasta desactivarla.

El grupo como agente de Eros, convoca sesión tras sesión a la vida, Thanatos así acorralado, va cediendo su protagonismo, tanto en el plano intrapsíquico, como en el externo.

El terapeuta que trabaja en individual, con estas pacientes no cuenta con una alianza terapéutica tan poderosa como la que provee el grupo;

alianza que va gravitando de un miembro a otro. El desaliento encuentra aquí, un eficaz antídoto, siempre hay algo-alguien que rescatar. El grupo siempre sorprende por su voluntad inconsciente de sobrevivir, de no morir en el intento de unirse para lograr su objetivo: el crecimiento psíquico.

Fuimos asistiendo, en esta singular experiencia, a la sorpresa de ser rescatadas en nuestra función por el mismo grupo. Nunca antes pudimos comprobar el enorme potencial terapéutico que un grupo humano encierra.

Del mismo modo, y siguiendo con las defensas narcisistas, la complejidad de planos en lo relacional que un grupo genera, favorece la apertura hacia lo intrapsíquico, fortalece ese yo observador por la multiplicidad identificatoria, abanico de señuelos dónde agilizar una activación de las identificaciones introyectivas. Identificaciones que van dinamitando el muro que fue erigido por el exceso de las identificaciones proyectivas, preparando así al self para ese aprender de la experiencia posibilitador de una apertura al decurso vivencial más enriquecedor.

El grupo como metáfora materna es el continente idóneo para experimentar ese estar solo en presencia de alguien (Winnicott). El contexto relacional estimula la rehabilitación de ese diálogo íntimo, de ese estado de autorreflexión que se puede dar cuando hay un continente, metáfora materna, que ampara y custodia el viaje interno hacia parajes ignotos que necesitan ser descubiertos por el yo observador.

El grupo, como dice el poeta, les empuja a amar las horas oscuras de su ser.

“Amo las horas oscuras de mi ser,
en las que se ahondan mis sentidos;
en ellas, como en viejas cartas,
hallo mi vida cotidiana ya vivida
y lejana y olvidada como una leyenda.

Gracias a ellas sé que tengo espacio
para vivir otra ancha vida intemporal.
Y a veces soy como el árbol
que sobre una tumba, maduro y rumoroso,
cumple aquel sueño que el niño que se fue
(al que abraza con sus raíces tibias)
perdió en tristezas y canciones”

Rilke

“El Libro de Horas” (1900)

Para decirlo con más precisión, los diferentes planos transferenciales que un grupo convoca; a saber: el Grupo como un todo, el terapeuta, y las transferencias colaterales; activan un abanico de investiduras objetales desde las más arcaicas a las más evolucionadas, posibilitando el acceso a diferentes planos fantasmáticos que socavan con particular eficacia el atrincheramiento defensivo desobjetalizado que esta patología conlleva. El núcleo autista acorralado, va así cediendo a la función de reverie ejercida también desde estos diferentes planos transferenciales que van significando las vivencias que concurren y el grupo se convierte en un vientre pensante; un objeto combinado paterno-materno, continente idóneo por la fuerza de su activación fantasmática. Objeto combinado que ejerce las funciones de un padre que ayuda a pensar, pensar como testimonio de la ley que interrumpe la querencia adhesiva y fusional a una madre arcaica también representada por la función de holding del gran vientre grupal.

Este continente es un contexto privilegiado para potenciar el crecimiento psíquico de un abanico de patologías en dónde la vivencia del pensar y ser en presencia de un continente terapéutico está dificultado por la escasez de recursos simbólicos y narcisistas.

Foulkes introdujo el término de "matriz" para conceptualizar el contexto grupal y la experiencia vivencial que genera:

"Los individuos de todo grupo, actúan teniendo por fondo un campo al que se denomina la "matriz" o red de comunicaciones o transferencias. La matriz es un fenómeno grupal específico, constituido por todas las relaciones potenciales manifiestas y latentes que tienen lugar entre los miembros, transferidas o reales. En su conjunto, esas relaciones constituyen la matriz del grupo, en cuyo contexto tiene lugar el proceso grupal. (...) Es precisamente la transformación de la comunicación individual en diálogo transpersonal, lo que constituye el proceso terapéutico de la terapia grupal"³⁴.

El grupo se constituye, por esto en una experiencia emocional polifacética, generadora de un input de exuberante riqueza y posibilidades psicoterapéuticas.

El cambio catastrófico, como vivencia aterradora, que implica el acceso a los cambios internos, no se encuentra en el grupo con un encuadre tan proclive, como es el dual, para activar una transferencia negativa, irrescatable desde el plano verbal. Bion decía que.

"cuando que una emoción da nacimiento a una nueva idea, se pone en marcha un cambio catastrófico, anunciado por una ansiedad catastrófica...Esta ansiedad reactiva lo resistencial a través de las defensas narcisistas que encuentran un obstáculo particularmente eficaz en la experiencia emocional que un grupo psicoterapéutico proporciona"³⁵

34 Grotjahn, Martín (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Buenos Aires: Paidós.

35 Bion, W. R. (1970). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé.

CAPÍTULO VI

EL GRUPO DE PADRES: SU PROCESO

Características Familiares

Antes de abordar la descripción del proceso de transformación que se dio en los vínculos familiares a través de la experiencia grupal, trataremos de reflejar lo patognomónico de dichos vínculos, que en nuestra experiencia, se organizan en torno a dos áreas de conflicto, ambas consecuencia de sus características fusionales de dichos vínculos.

La primera, se define por las dificultades de elaboración de lo depresivo en donde según dice Jeammet:

“el hijo es utilizado como objeto de taponamiento de los conflictos parentales no conflictualizables, es decir, que no pueden constituirse en objeto de trabajo, de elaboración sobre representaciones accesibles al Yo. El hijo es el objeto de un “actuar psíquico” parental, para retomar la afortunada expresión de Racamier, pero tomada aquí en una acepción más ligera, más a distancia, más respetuosa de la identidad del hijo que en los casos de psicosis descritos por ese autor”³⁶.

En efecto la crisis adolescente con su exigencia de trabajo de duelo, tanto en ellos como en los padres, fracasa aquí por una dificultad mutua. Los padres tampoco pueden

“dejar crecer a una hija requerida fusionalmente para evitar el dolor y el abismo que genera la separación propia de la edad”. En este sentido, los síntomas además del cometido en la economía intrapsíquica, sirven para denunciar y someterse a estas particularidades objetales. Sirven para decir que algo no está funcionando bien, algo “sabido no pensado”³⁷

36 Jeammet, Ph. (1989). Psicopatología de los Trastornos de las Conductas Alimentarias durante la Adolescencia. Valor Heurístico del concepto Dependencia *Confrontations Psychiatriques*, 31, 26.

37 Bollas, Ch. (1987). La sombra del objeto Psicoanálisis de lo sabido no pensado. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991

Ellas, se ofrecen con su obsesión alimentaria a ser ese tapón que niega la separación adolescente; ignoran su propio deseo de crecer para que los padres no lo sufran: provocan sus angustias y desvelos y así se sienten más unidos que nunca en torno al ritual alimentario, como una ceremonia que recrea la ficción de un tiempo circular, cultivo de la pulsión de muerte, donde todo movimiento provoca el terror de una separación vivida como un desgarró.

Dicho ritual, como un conjuro mágico, organizado en torno a las mismas conducta días tras día, sirve para recrear un ambiente familiar en donde se trata de renegar la realidad de un tiempo lineal que marcaría una trayectoria futura donde está convocada una ineludible separación.

Por otro lado, y ahora desde un "saberse legitimadas" para conquistar su propia autonomía sin que ello sea vivido como una afrenta o una traición a los pactos familiares, sus síntomas son una queja un grito a través del estómago que quiere testimoniar la denuncia de un tejido relacional en donde esta yugulada la posibilidad de hacerse con un derecho a ser adultas

Los síntomas, pues, son un mensaje en clave hacia los padres: "no quiero ser vuestro bebé, y quiero serlo". Un mensaje que no cuenta con los cauces internos y externos para ser transmitido simbólicamente, psíquicamente. Este mensaje se ve obligado a actuarse en la sintomatología que las aqueja. Lo "aberrante" de sus comportamientos y el riesgo orgánico que conllevan fuerza a las familias a movilizarse y a aceptar la convocatoria terapéutica que se les hace.

Otra de las áreas de conflicto, a las que antes aludíamos, gira en torno al reconocimiento de la identidad de la hija. En efecto, el magma simbiótico que impregna estos vínculos, dificulta el reconocimiento y la aceptación de "aquello otro" que se erige fuera de la órbita narcisista. Los hijos son así requeridos a participar en un funcionamiento familiar en dónde los elementos diferenciales son renegados o bien aglutinados en un rol que cosifica. En este sentido, nos resultó particularmente útil el concepto de "introyección extractiva" propuesto por Bollas en 1987. El autor dice así:

“una introyección extractiva se produce cuando una persona sustrae un elemento de la vida psíquica de otro individuo, por un cierto lapso de tiempo (que puede durar desde unos segundos o minutos, hasta una vida entera). Esta violencia intersubjetiva ocurre cuando el violentador presupone de manera automática que el violentado no tiene experiencia interna del elemento psíquico que el violentador representa. En el momento en que opera esta presuposición, sobreviene un acto de latrocinio, y el violentado puede quedar temporariamente anestesiado e incapaz de recuperar “la parte sustraída del self”. Si esta extracción es perpetrada por un progenitor en un hijo, pueden transcurrir años de análisis antes de que dicho hijo consiga recuperar la parte sustraída del self.”³⁸

Pensamos que los elementos sustraídos en estos casos son los necesarios para el tránsito a la identidad adulta y sexuada. Se sienten así vacías de aquellos elementos identitarios en dónde puedan integrar una representación de sí mismas autónoma y sexuada.

Jacqueline Cosnier lo expresa así:

“(en estos casos...) se concibe que en las relaciones entre el yo y las instancias ideales (Yo Ideal, Ideal del Yo, Superyo así condensadas), el Yo escindido de las identificaciones con los padres sexuados y las representaciones fantasmáticas, dejan el campo libre a la pulsión de muerte, el narcisismo letal..

Si el Superyo es la instancia que evalúa al Yo en su conformidad con el Ideal, resulta tanto más cruel que ese ideal se fije en una imagen “pura” de toda realidad psíquica y corpora”³⁹

38 Bollas, Ch. (1987). La sombra del objeto Psicoanálisis de lo sabido no pensado. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991

39 Cosnier, J. (1992) Los destinos de la Feminidad. Ed. Julien Yébenes. Pág. 164 - 165

La autora nos recuerda aquí, que las representaciones internas que pretenden acercarse a un Ideal de sí mismas, una autoimagen que pueda recrear la vivencia narcisista satisfactoria está desgajada de lo pulsional. Es esa pureza fría y cruel la que las obliga a renunciar a Eros y que regresivamente tampoco les deja encontrar una satisfacción en las primitivas pulsiones orales.

Para satisfacer ese ideal hay que renunciar a la vida, aquí estaría el pacto con la muerte. ¿El origen?: el insuficiente apuntalamiento interno de un bagaje identificatorio en dónde puedan integrarse las representaciones de los padres idealizados con la sexualidad.

La sintomatología estaría denunciando esta extracción y tratando de recuperar una identidad perdida en el constreñimiento familiar, la adolescencia es el mejor momento para hacerlo ya que en sí misma es un intento de apuntalamiento de la identidad adulta sexuada.

La incidencia en la patología que nos ocupaba de este particular contexto familiar, nos obligó a tratar de intervenir en él sabiendo que contábamos con un encuadre muy limitado y pretendiendo sólo tratar de que "acompañasen" el proceso de ellas, obstaculizándolo lo menos posible. Lo que ocurrió en el espacio dedicado a los padres, constituyó una sorpresa dado que nuestros objetivos iniciales fueron ampliamente superados.

La trayectoria del grupo de padres se fue encauzando desde el caos confusional y persecutorio hacia organizarse en torno a un orden regido por la aceptación de la alteridad y la diferencia generacional. Ese orden iría a albergar como un continente nuevo, los duelos que quedaron pendientes tanto en los padres, aceptando más la separación que inevitablemente convoca el cambio de edad, como en ellas en dónde se pudo empezar a proyectar una vivencia de futuro abierta y esperanzadora.

El grupo de padres fue transmitiéndonos a lo largo de todo el proceso, su necesidad de tratar de descifrar ese enigmático mensaje en clave que era la sintomatología en el seno familiar, mensaje de múltiples caras que en la medida en que se pudo ir canalizando en el terreno de lo dicho y lo nominado y se dejó de regir por la urgencia de la evacuación actuada, alivió ostensiblemente la tensión y la angustia que impregnaba, en los inicios, el clima familiar.

El viraje que se efectuó en el seno de las relaciones intrafamiliares nos permitió trabajar sin interferencias, y con un suficiente nivel de fiabilidad y tolerancia por parte de ellos. Nos extenderemos más en la particular alianza terapéutica que se estableció entre los dos espacios de trabajo: el grupo de ellas y el de padres, en el apartado que le dedicaremos más adelante.

El contenido de esta experiencia se desarrolló en un proceso que dividiremos en tres fases, que como decíamos corrían en paralelo al proceso del grupo pequeño.

Primera Fase: La Ley del Talión y su agente: la comida

Esta primera fase se caracterizó por el protagonismo desdichado de un alto nivel de culpa persecutoria, que confería a la calidad vincular un apremiante matiz sadomasoquista. La voluntad inconsciente tanto de agredir como de sufrir un castigo retaliativo, provocaba una activación sintomática, que se añadía a la generada por el intento de homeostasis intrapsíquica.

La culpa circulaba libre e inconsciente desplegando un halo mortífero que obstaculizaba cualquier apertura a relaciones más nutritivas, desde el plano afectivo. El vacío que proporcionaba esta calidad vincular se trataba de suplir con la adicción alimentaria, cerrando así un círculo vicioso que se retroalimentaba en la hostilidad, vacío y provocación, para satisfacer la necesidad de castigarse.

Nuestro caballo de batalla iba ser en este momento, la desactivación de este sentimiento. Veamos lo que dice Grinberg al respecto:

“La culpa persecutoria determina inevitablemente una limitación muy seria de las principales funciones yoicas, conduce a actitudes masoquistas extremas o a la violencia descontrolada. Esto se explica, porque en tales condiciones hay una inhibición total de las tendencias reparatorias”⁴⁰.

40 Grinberg, L. (1994). Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico. Alianza Universidad. Textos 1994. pag. 251

¿Cómo habían llegado ahí?. ¿Qué fraguó este caos relacional?: a un nivel superficial, lo arriesgado de la sintomatología en el plano corporal enconaba una angustia de muerte y una culpa en ambas direcciones evidente, pero a otro nivel, pensamos que fueron los duelos abortados también en ambas direcciones los que produjeron esta ingrata cosecha.

En efecto, sabemos que: “en el duelo normal opera la culpa depresiva tendiente a lograr la reparación de los objetos, mientras que en el duelo patológico predomina la culpa persecutoria que transforma los objetos en persecutorios, impidiendo su restauración” (Grinberg, L, 1994).

Y más específicamente, el mismo autor conecta ahora el duelo patológico y la alteración de la conducta alimentaria, dice así:

“Ya he mencionado que las tendencias orales tienen una participación muy importante en todos los estados melancólicos y de duelo patológico. Debo recordar, de paso, que los melancólicos hacen una regresión a la etapa oral-canibalista, como fue señalado por Abraham, por lo que quedan con la vivencia de haber devorado el objeto. Algunos pacientes reaccionan con anorexia, o sea, con el rechazo absoluto de alimentos, como una forma de librarse del objeto muerto, considerado perseguidor en su fantasía inconsciente y equiparado con los alimentos. Otros, por el contrario, padecen de bulimia, que consiste en la ingestión excesiva de toda clase de alimentos; responden, de este modo al intento de incorporar al muerto dentro de su cuerpo, como una forma de control. Ha habido bastantes trabajos psicoanalíticos que se ocuparon de desentrañar los psicodinamismos profundos que intervienen en el proceso de comer neurótico. Muchas de las conclusiones señaladas coincidieron en mostrar su relación con los procesos depresivos. El alimento representaría, en un plano un objeto de amor, el equivalente del pecho materno, y la compulsión a comer tendría como significado básico el de reactualización de la relación primitiva con la madre,

utilizando la técnica regresiva oral para asegurarse su incorporación. Este contenido parecería, predominantemente, después de las vivencias de frustración o abandono, y como una tentativa de superar la depresión mediante la recuperación del objeto perdido.

Por otra parte, se demostró también que el comer estaba vinculado a la necesidad de reforzar la debilidad del yo, recurriendo a la ingestión de los alimentos para recibir poderío y fuerza, no sólo en el plano material sino, y muy especialmente, en el psíquico, por el monto de energías emocionalmente activas, asignadas a los mismos.

Se señala, además, el valor defensivo del alimento frente a las ansiedades paranoides. En estos casos tendría el significado de un objeto bueno idealizado, que resultaría eficaz para contrarrestar no sólo la vivencia de vacío en un nivel paranoide, sino también las amenazas de aquellos peligros que se ciernen sobre el yo⁴¹.

Estábamos ante la flagrante dramatización de los duelos patológicos, duelos que quedaron pendientes en el interior de los padres y que se estaban reeditando con la separación adolescente, duelos de los aspectos infantiles de ellas, que harían un viraje de matiz persecutorio al no contar con un equipaje psíquico suficientemente sólido como para poder abocarlos.

Estaba claro que nuestra tarea iba a consistir en tratar de reencauzar esos duelos, incidiendo en la ansiedad persecutoria a través de la resignificación continua de los síntomas en la comunicación intrafamiliar.

El clima paranoide de las sesiones provocaba crudos enfrentamientos que tratábamos de contener sin inhibir, ya que tenían el valor inestimable de empezar a poner palabras a aquella guerra solapada que libraba su combate en la clandestinidad de lo actuado; en el ataque a la nevera, en los vómitos o en el plato vacío que presidía las comidas familiares.

41 Grinberg, L. (1994). Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico. Alianza Universidad. Textos 1994. pag.156.

Nuestro objetivo en esta primera fase, se ciñó a tratar de establecer un cauce comunicativo desactivando la expresión afectiva a través de la actuación, favorecíamos el que se fuese hablando desde los padres, de su impotencia y sufrimiento; desde ellas de sus quejas y su incapacidad de controlar los síntomas con la voluntad; en este sentido resultó particularmente útil que fueran reconociendo el hecho de que los síntomas eran el emergente de una enfermedad y no una voluntad caprichosa de herir y herirse.

La búsqueda de una solución mágica inmediata, una clave de cómo hacer, nos conminaba a erigirnos en la terapeuta-omnipotente que sabía como poner fin a ese caos de forma inmediata. Nuestro reto en esta fase era no identificarnos con la densidad proyectiva que en esta línea se estaba depositando. Nuestras intervenciones caminaban muy cerca del contenido manifiesto, prestando nuestra capacidad asociativa para integrar las intervenciones que se iban reclutando. Queríamos ser un testimonio no-fálico, no-omnipotente. De ese modo ofrecíamos un modelo castrado pero no impotente para ayudarles. Tratábamos también de introducir la idea de proceso curativo, de tipo lineal propio de la secundarización y del psiquismo tridimensional, para poner fin a la circularidad asfixiante del tiempo que organizaba su chato contexto mental. Un tiempo, como decíamos circular, que se proyectaba en una repetición sin salida, de la conminación tanática. La idea de proceso desmentía la falacia de un acto mágico-voluntario curativo que se trataba de encontrar en ellas, en los padres, o en nuestra mente.

De este modo, fuimos caminando hasta que pareció atisbarse otra calidad en el clima vivencial de los encuentros, y así fuimos entrando en la segunda fase, aproximadamente al año de iniciar la experiencia.

Segunda Fase: Un Foro impotente; los padres se deprimen

La verificación de la inexistencia de una causa-solución mágica para salvar, tanto la familia como a ellas, fue provocando paulatinamente un sentimiento de impotencia que se iba confundiendo con la imposibilidad de dar una salida saludable a la situación que teníamos delante. Fuimos asistiendo, no sin cierto asombro, a la aparición de descompensaciones depresivas en los padres que ocasionaban la necesidad de ir visitando a su médico psiquiatra para dar una contención medicamentosa a su estado mental.

Sabíamos que este era el testimonio de que el equilibrio mórbido previo, también se había descompensado y eso nos alentaba en la idea de que estábamos en el buen camino.

Creemos que fue la desidentificación con aquellos objetos “muertos” en el interior de los padres, objetos no disponibles para ser rescatados en el trabajo de duelo, lo que pudo provocar una necesidad por parte de ellos de hacerse cargo de sus propias vivencias depresivas.

Las hijas habían dejado de ser el tapón que había evitado esas vivencias depresivas. Caminábamos hacia la conquista de una parentalidad posibilitadora.

Teresa Olmos lo describe así:

“Desde la función parental, es fundamental poder tolerar el cuestionamiento e imaginar un hijo desprendido y autónomo haciendo su camino, que le permitirá al Yo del adolescente consolidar identificaciones y continuar su tarea de construcción de su propia identidad. Así mismo para que el Complejo de Edipo pueda elaborarse y los adolescentes puedan desalojar a los padres del lugar omnipotente y omnisciente, necesitará de unos padres que se dejen sustituir”⁴²

Estábamos asistiendo, pues a la conquista de la función parental y desde ellas se estaba abriendo el “proceso adolescente” proceso que implica un trabajo doloroso de elaboración mental que quedó abortado en su día.

Nuestro objetivo en esta fase fue proporcionar una contención al clima, ahora depresivo que invadía nuestra convocatoria mensual. Tratábamos de evitar que se produjesen regresiones a la situación previa, tendencia que apuntaban algunas familias por la dificultad que conllevaba la asunción de la nueva situación. La apertura a los afectos depresivos provocaba un autocuestionamiento acerca de la función paterna. Cuestionamiento que

42 Olmos, Teresa (1989). Teoría psicoanalítica de la adolescencia”. *Cuadernos de Psiquiatría Infantil y Psicoterapia*. 8, 99.

antes estaba obstaculizado por la calidad amenazante de la culpa que presidía, como hemos visto, la fase previa.

Con un setting muy limitado para profundizar y sacar mayor partido al enorme potencial terapéutico que se abría a nuestros ojos, nuestra humilde tarea consistía en favorecer en las familias los mayores niveles de contención de los afectos depresivos más simbolizados ahora.

En esta fase, el alivio de la situación lo fue constituyendo el restablecimiento de la comunicación hablada intrafamiliar, sustituyendo esta comunicación a la agonía persecutoria que provocaba el lenguaje sintomático, en su oculto cometido de transmitir un mensaje afectivo. Estábamos desactivando, así una parte del objetivo inconsciente de la sintomatología: el de ser un mensaje en clave para los padres; un mensaje de múltiples caras y en diferentes direcciones afectivas que ahora estaba siendo canalizando a través del lenguaje verbal.

Las depresiones ahora manifiestas en la otra generación provocaban también una movilización de los afectos ambivalentes hacia los padres, deponiendo así la idealización y la depositación en ellos de lo omnipotente, la vivencia de su sufrimiento dio un viraje decisivo a las relaciones, allí donde vivía lo persecutorio se empezó a instalar lo compasivo y el socorro "mutuo", de esta forma se fue atemperando el clima familiar.

La depresión grupal era también la expresión dramatizada del duelo colectivo que quedó abortado en su día. En la medida en que el grupo mejoraba, se acercaba a la evidencia de tener que afrontar la separación adolescente. El desgarró esofágico era sustituido por un desgarró afectivo. El dolor de este momento vital iba encontrando un cauce más simbólico para expresarse. (Solo en uno de nuestros casos no pudo darse este giro, por una franca patología familiar, curiosamente fue aquel que no pudo aliviar ostensiblemente su sintomatología al finalizar la experiencia).

En esta situación el grupo fue caminando hacia su fase final, que a nuestro entender, quedó interrumpida por lo prematuro del final. Al año de finalizar nuestra experiencia se acercaban a la tercera fase.

Tercera Fase: La Reconciliación con la comida; un duelo encauzado. El grupo finaliza

En esta tercera fase fuimos asistiendo al alivio progresivo de los padres por la desactivación lenta pero alentadora de la sintomatología, esto corría en paralelo a un clima grupal en donde se iban organizando en una saludable colaboración intergeneracional.

La salida de las hijas de casa, las relaciones heterosexuales a las que iban accediendo y su incidencia en el equilibrio familiar eran los temas recurrentes que ocupaban nuestro espacio. Los restos de presencia sintomática eran significados ahora, como el testimonio de "no querer crecer con la connivencia de los aspectos simbióticos parentales". Podíamos emplear ya un lenguaje más cercano a lo interpretativo. La mente del grupo podría asimilar aquello a lo que aludíamos en los primeros capítulos: "una desvelación del significado, más que un asentamiento del significado".

Estábamos asistiendo a un encuentro humano en dónde el protagonismo de lo narcisista palidecía ante un orden que aceptaba lo ignoto, la tercera dimensión en la mente, que no siendo retada por la inmediatez de la falicidad, "se dejaba ir sabiendo, siendo penetrada por una experiencia transformadora y misteriosa".

La calidad de este magma intersubjetivo se ofrecía como un modelo identificatorio edípico que aceptaba el orden tramitado en la alteridad, la diferencia generacional y sexual.

Nuestra labor en esta última fase se fue vertebrando a la aceptación final de la experiencia, que como metáfora de la muerte trataba de ir organizando un duelo posibilitador de un potencial identificatorio que lo hiciera asimilable. Esta iba a ser la cosecha definitiva de la experiencia: El grupo internalizado como un acompañante interno, referente simbólico y afectivo dónde ir entretejiendo las experiencias que la vida les fuera proporcionando.

CAPÍTULO VII

EL GRUPO DE PADRES Y EL GRUPO PEQUEÑO: LA PIEL DE LA EXPERIENCIA

Trataremos ahora de reflexionar en torno a la integración de los dos espacios; el del grupo pequeño y el de padres como una envoltura psíquica, una piel (E. Bick) que permitió que la experiencia global contase con un continente en dónde se pudieran depositar y albergar, las vivencias de fragmentación y de escisión que nos fueron acompañando

“Mantener unida la personalidad y preservarla de partirse en fragmentos es algo que al comienzo, se experimenta pasivamente como una función que se cumple desde afuera: (...) en su forma más primitiva, las partes de la personalidad se perciben desprovistas de una fuerza que las ligue, y por lo tanto es preciso mantenerlas unidas de una manera que ellas experimentan pasivamente por el funcionamiento de la piel como un límite”⁴³

La continuidad de la permanencia de este trabajo conjunto permitió quizás una elaboración inconsciente en torno a un referente materno que “sobrevive a los ataques” (Winnicott) y el alivio de las fantasías omnipotentes que circulaban alrededor de los sentimientos agresivos que el proceso generaba.

Hacia el final de la experiencia y a través de un acting contratransferencial pudimos comprender mejor la naturaleza del fenómeno que se había ido gestando con el encuadre conjunto. Pudimos comprender, entonces que padres e hijas se habían unido para generar un contexto terapéutico de gran ayuda para activar una experiencia vivencial en dónde se podía integrar la contención y la satisfacción de la necesidad afectiva. Los dos espacios se habían unido para proporcionar el alimento necesario que fuera a proporcionar una alternativa eficaz al poder inconsciente que se había otorgado a los síntomas.

43 Hinshelwood. (1968). Diccionario de Pensamiento Kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu. Pág. 498.

Estando yo interviniendo en el grupo de padres, y desarrollando prolijamente dicha intervención perdí el hilo de la idea central que estaba tratando de transmitir. En la siguiente sesión de grupo, ahora con ellas, me vi sorprendida cuando de nuevo interviniendo retomé aquel cabo que quedó suelto, provocando con ello mi hilaridad y la del grupo. ¿Qué había ocurrido en mi mente? La memoria que unía el “entonces” con el “ahora” estaba acaso testimoniando una continuidad en la vivencia experiencial?. ¿Era acaso un testimonio de la permanencia de un proceso elaborativo que ya puede mantenerse a pesar de la ausencia? ¿Era esta memoria perdida y retomada el vínculo entre un grupo y otro? ¿Era el testigo de un contexto experiencial en dónde se podía unir lo ausente y lo presente, lo que se pensó entonces y lo que se piensa ahora, el grupo pequeño y el grupo grande, padres e hijas? ¿Habríamos logrado que se fuera internalizando esa función continente que une?

“Esta función interna de contención de las partes del self depende, inicialmente, de la introyección de un objeto externo que se experimente como susceptible de cumplir esta función (...) el concepto de un espacio en el interior del self no puede surgir hasta que las funciones de contención no hayan sido introyectadas”⁴⁴.

¿El objeto externo al que alude la autora había sido el conjunto de la experiencia?.

Lo cierto es, que los dos grupos como dos espacios experienciales; el uno dedicado, sobre todo, a los padres; y el otro a ellas, se unían en una idea que había surgido espontáneamente en mi interpretación tanto en un grupo, como en el otro. Nos preguntábamos si este también el emergente de una unión de las dos generaciones rompiendo así la confusión que preside la densidad proyectiva de los vínculos fusionales.

La labor conjunta había conquistado nuevo aquí, una matriz interrelacional de enorme complejidad que iba tejiendo una memoria que so-cavaba eficazmente el universo simple y chato de una mente que se mueve dentro de una lógica narcisista.

44 Hinshelwood (1968). Diccionario de Pensamiento Kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu. Pág. 484.

Los padres se acercaban a la comprensión de su hija a través de los otros padres y ellas a ellos a través de sus compañeras.

Las familias se ofrecían como ese intermediario que aplaca la agonia afectiva del universo dual. Además de esto, el grupo de padres en su conjunto se ofrecía, también como elemento de reflexión en el grupo pequeño, el conflicto con los padres se podía ver con una cierta perspectiva desde la óptica de las compañeras, las proyecciones en las relaciones familiares de un mundo objetal arcaico y omnipotente era hábilmente desactivada a través del entramado relacional que se iba generando.

Lo especular, a distancia resultaba el mejor antídoto contra la incomunicación. Por otra parte, los padres fueron tolerando lo ignoto e inaprensible de "aquello que ocurría" en ese otro espacio, dónde la hija era confiada para ser atendida. Todo esto iba generando la elaboración de una exclusión que, ahora, se podía vivir sin ser una injuria narcisista, ni una traición afectiva; se iban así acercando a aceptar la exclusión de un protagonismo afectivo obligada para los padres en el acceso a la adolescencia de sus hijas.

El conjunto experiencial era una red que terciaba inevitablemente los vínculos, esa tercerización empujaba hacia una resignificación de las experiencias emocionales más evolucionada.

Los dos grupos en conjunto habían servido, quizás, para activar la fantasmática de un gran útero que alberga la vida, proporcionando ese contacto social que apuntala y rehabilita la función de apego y la propia identidad.

"Turket (1974) ha apuntado que la posibilidad para un participante de emerger como sujeto fuera de la situación del individuo anónimo y aislado, pasa por el establecimiento de un contacto "visual, gestual o verbal" con sus vecinos o con los vecinos más inmediatos; así se constituye lo que Turket llama "la frontera relacional de mí mismo, con la piel de mi vecino.(...) Aunque Turket no haga referencia a ella, su descripción apoya la teoría de Bowlby demostrando cómo opera la pulsión de apego en los humanos: por la búsqueda de

*un contacto (en el doble sentido, corporal y social, del término) que asegure una doble protección contra los peligros exteriores y contra el estado psíquico interno de desamparo, y que hace posible los intercambios de signos y una comunicación recíproca en la que cada compañero se siente reconocido por el otro*⁴⁵.

La inclusión de los padres en el proceso y la oferta de un espacio multifamiliar donde se convocaba a aquellos miembros de la familia que estuvieras "afectados" por la enfermedad, ofrecía un "imput" social que facilitaba, como dice el autor, la agilidad en los procesos de separación e individuación y la delimitación de una ubicuidad identitaria en el afuera social y en el adentro subjetivo.

Creemos que fue especialmente la vivencia de contención en la experiencia del grupo de padres lo que permitió que éste se brindase como un aliado terapéutico en el proceso de las hijas. Los padres se unieron ofreciendo una confianza que se fue edificando al hilo de vivirse contenidos.

Y así la experiencia global fue también hilvanándose en un tejido de fiabilidad que a modo de piel, y una vez internalizado, permitió sobrellevar la desconfianza que generaba la permanencia de los síntomas.

La piel iba ejerciendo una poderosa influencia sobre el protagonismo de los mecanismos de escisión que padecían tanto en sus vínculos como en el territorio intrapsíquico.

Nuestro lapsus fue, finalmente creemos, el testimonio de una comunicación emergente que:

*"no se compone sólo de palabras sino también de alientos y de resonancia..."*⁴⁶

45 D. Anzieu (1994) *El Yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva. Pág. 41

46 S. Resnick: (1991). *Espacio Mental, 7 lecciones en la Sorbona*. Madrid: Tecnopublicaciones. Pág. 45

EPÍLOGO

Hemos tratado de relatar el proceso de un grupo que nos impactó por el descubrimiento que la experiencia nos fue desvelando.

Fue un viaje hacia lo desconocido, cuya misión fue ampliamente satisfecha por el hecho de llegar a puerto sin perdersnos por el camino.

Las dificultades que nos fuimos encontrando en el trayecto fueron del todo compensadas por la satisfacción que nos proporcionó la tarea. Tarea que fuimos improvisando, permitiendo así que el grupo desplegara su enigmático funcionamiento que ponía a prueba, constantemente, nuestros recursos personales y profesionales.

Habíamos caminado también contratransferencialmente con un paralelismo con el grupo. Desde la búsqueda de una solución fetiche inmediata que pusiera fin a la dificultad que nos ofrecía la tarea, hacia el hambre que proporcionó la indiferencia del grupo en su fase anoréxica hasta lograr que este, pudiera transmitirnos un reconocimiento por el esfuerzo que estábamos haciendo, reconocimiento que también fue nuestro alimento.

El texto expuesto se empezó a realizar cuatro meses antes de finalizar la experiencia, esto nos permitió acercarnos con una visión retrospectiva e integradora que pudo dar sentido en un "a posteriori" a lo vivido, y no caer así, en la confusión que nos fue asaltando muy frecuentemente a lo largo de la vida grupal.

Nunca dejaré de agradecer a mis pacientes y a sus padres lo mucho que nos enseñaron -como diría Winnicott- y lo mucho que me obligaron a crecer para sostener el compromiso terapéutico hasta el final.

Sirva este relato para ellas como testimonio de esa gratitud, gratitud que hago extensiva a la Institución, que como una segunda piel albergó la experiencia, depositando en ella la confianza y ofreciéndose así como un referente socio-paterno que sostuvo nuestro viaje hasta el final.

Dicha confianza fue como un faro que alentó nuestro esfuerzo en la niebla de la incertidumbre que nos fue acompañando. Un faro que nos fue devolviendo a lo largo de todo el proceso la convicción de que debíamos seguir.

ANEXO



Cuando acepto integrarme en el Grupo de Psicoterapia que actualmente se me ofrece, me comprometo a respetar la siguiente normativa

Asistencia:

- No se puede hacer más de tres faltas por trimestre.
- En caso de no poder evitar la 4ª falta, sólo se admitirán 2 faltas en el siguiente trimestre, volviéndose a la normativa actual a partir de 3º trimestre.
- Solo se admite un trimestre con 4 faltas en un año.
- Dos sesiones consecutivas sin avisar implican un abandono de la terapia.
- En caso de abandonar la terapia, avisar con 3 meses de antelación.

El llegar con más de 20 minutos de retraso, se considerará como falta (así como el marcharse 20 minutos antes de finalizar la sesión).

Es necesaria la presencia de al menos 4 personas para iniciar la sesión. De no ser así, se esperarán 20 minutos. Al cabo de dicho tiempo se anulará la sesión.

No se computarán las faltas de asistencia debido a:

- Hospitalización.
- Luna de miel (1 mes máximo).
- Inmovilización total en casa por enfermedad, accidente, etc. (con justificación médica escrita).
- Tampoco se computarán las faltas el mes de julio.

Confidencialidad:

Todos los miembros del grupo se comprometen firmemente a no comunicar a terceros información recogida en la sesión sobre personas o sucesos acaecidos en ésta.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberasturi, A.(1986). La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidos.
- Anzieu, D. (1995). El Pensar, del Yo Piel al Yo Pensante. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. (1994). El Yo piel. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Athanassiou, C. (1992). Le Parasitisme: une defense contre la souffrance et croissance psychique. In.: Douleur et Souffrance Psychiques. Rev. Française de Psychanalyse, 2, 1009.
- Bianchedi, E.T.; "Cambio Psíquico" APDEBA 16.
- Bion, W. R.(1965). Una teoría del pensamiento. Revista de Psicoanálisis, XXII, 1-2,1 y ss. (Orig. 1962).
- Bion, W. R. (1966). Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidos (Orig.1963).
- Bion, W. R. (1970). Volviendo a pensar. Buenos Aires: Hormé.
- Bollas, Ch. (1987) *La sombra del objeto Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991
- Britton, R. (1997). *Complejo de Edipo, hoy. Implicaciones Clínicas*. Valencia. Promolibro.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1989). Conferencia leída en la Sesión Plenaria del Congreso de la Asociación Psicoanalítica Americana. San Francisco.
- Cosnier, J. (1992). *Los destinos de la Feminidad*. Madrid: Tecnopublicaciones.
- De Rosolatto, (1975). L'axe narcissique des dépressions, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*,1, Figures du vide, Gallimard, 16.

Green A. y otros (1989). *La Pulsión de Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Green, A.(1993). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Grinberg, L. y Grinberg, R. (1980). *Identidad y cambio*. Barcelona: Paidos (Orig. 1971).

Grinberg, L (1994). *Culpa y Depresión, Estudio Psicoanalítico*. Alianza Universidad

Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Buenos Aires: Paidos.

Hinshelwood, R.D. (1968). *Diccionario de Pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jeammet, Ph. (1989). Psicopatología de los Trastornos de las Conductas Alimentarias durante la Adolescencia. Valor Heurístico del concepto Dependencia *Confrontationes Psychiatriques*, 31, 26.

Joseph, B (1989). *Equilibrio Psíquico y Cambio Psíquico*. Madrid: Tecnopublicaciones.

Kafka, F (1998). *La Metamorfosis* Madrid: Alianza Editorial

Kernberg, O. (1975). *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*, Buenos Aires: Paidos

Killingmo B.: (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70: 6579.

Korman, V (1977). *Y antes de la droga ¿qué?*. Barcelona, Grup Igia, 1997

McDougall, J. (1987). *Teatros de la Mente*. Madrid: Tecnipublicaciones.

McDougall, J. (1993). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidos.

Meltzer et Al (1980). *Explorations dans le monde de l'Autisme*. Paris: Payot.

Ogden, Th (1989). *La Matriz de la Mente*. Madrid: Tecnipublicaciones

Olmos T. (1989). Teoría Psicoanalítica de la Adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría Infantil y Psicoterapia*, 8, .

Resnick, S (1991). *Espacio Mental. 7 lecciones en la Sorbona*. Madrid: Tecnipublicaciones.

Speziale-Bagliaca R. (1980) *La capacidad de Contener. Apuntes sobre su funcionamiento en el cambio Psíquico*. Génova .

Isaacs, S. (1978). *La naturaleza y la función de la fantasía*. en Obras Completas de Melanie Klein, Buenos Aires: Paidós, Vol. III.

Tustin, F. (1987) *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Buenos Aires: Amorrortu

Urman, F (1990): "Anorexias Neuróticas y Normadas". *Revista de APDEBA*, 23, XII, 427. 1 449.

EPÍLOGO

Hemos tratado de relatar el proceso de un grupo que nos impactó por el descubrimiento que la experiencia nos fue desvelando.

Fue un viaje hacia lo desconocido, cuya misión fue ampliamente satisfecha por el hecho de llegar a puerto sin perdernos por el camino.

Las dificultades que nos fuimos encontrando en el trayecto fueron del todo compensadas por la satisfacción que nos proporcionó la tarea. Tarea que fuimos improvisando, permitiendo así que el grupo desplegara su enigmático funcionamiento que ponía a prueba, constantemente, nuestros recursos personales y profesionales.

Habíamos caminado también desde el camino de la contratransferencia con un paralelismo con el grupo. Desde la búsqueda de una solución fetiche inmediata que pusiera fin a la dificultad que nos ofrecía la tarea, hacia el hambre que proporcionó la indiferencia del grupo en su fase anoréxica hasta lograr que este, pudiera transmitirnos un reconocimiento por el esfuerzo que estábamos haciendo, reconocimiento que también fue nuestro alimento.

El texto expuesto se empezó a realizar cuatro meses antes de finalizar la experiencia, esto nos permitió acercarnos con una visión retrospectiva e integradora que pudo dar sentido en un "a posteriori" a lo vivido, y no caer así, en la confusión que nos fue asaltando muy frecuentemente a lo largo de la vida grupal.

Nunca dejaré de agradecer a mis pacientes y a sus padres lo mucho que nos enseñaron -como diría Winnicott- y lo mucho que me obligaron a crecer para sostener el compromiso terapéutico hasta el final.

Sirva este relato para ellas como testimonio de esa gratitud, gratitud que hago extensiva a la Institución, que como una segunda piel albergó la experiencia, depositando en ella la confianza y ofreciéndose así como un referente socio-paterno que sostuvo nuestro viaje hasta el final.

Dicha confianza fue como un faro que alentó nuestro esfuerzo en la niebla de la incertidumbre que nos fue acompañando. Un faro que nos fue devolviendo a lo largo de todo el proceso la convicción de que debíamos seguir.

SEGUNDA PARTE

LA ADICCIÓN Y EL FETICHISMO: DOS CARAS DEL TRASTORNO ALIMENTARIO

INTRODUCCIÓN

El trastorno alimentario con sus enigmáticas manifestaciones sintomáticas, la difícil remisión de dichas manifestaciones y el aumento de su casuística en las últimas décadas, nos obliga a seguir reflexionando sobre los factores psíquicos que propician tanto la aparición de esta enfermedad como su renuencia a desaparecer.

El abordaje clínico que se sostiene con la ecuación mental comer=curación en el caso de la anorexia o no-comer=curación en el caso de la bulimia, impide una incidencia clínica con el rigor y conocimientos que se requieren para vehiculizar e integrar la dinámica intrapsíquica que subyace, por cauces que favorezcan la resolución sintomática.

Hoy en día como en otras ocasiones⁴⁷, sigo sosteniendo que el substrato depresivo no mentalizado subyacente ha de ser tratado (con una vía mentalizada inicialmente) para que se garantice que la sintomatología alimentaria ya sea vía bulímica o anoréxica remita.

La comprensión de esta enfermedad obliga al clínico a profundizar en la problemática adolescente, en los duelos patológicos, en la clínica de lo traumático con sus manifestaciones psíquicas no representadas (que infieren estados de angustia no signada), en la defensa adictiva y en la patología narcisista.

Este trabajo pretende abrir algunas reflexiones sobre la complejidad psicopatológica que subyace en estas manifestaciones clínicas, recorriendo uno a uno estos aspectos mencionados.

Empezaré por lo tanto hablando del duelo adolescente y sus características.

47 N. de Editor: Hace especial referencia al libro publicado por Ediciones Altxa reeditado en esta edición

LA CRISIS ADOLESCENTE: UN DUELO VERSÁTIL

Decíamos que va a ser en la adolescencia, cuando surge habitualmente este tipo de conflictiva, obligándonos por lo tanto a tratar de reflexionar sobre el trastorno alimentario en el contexto de la llamada crisis adolescente.

La llamada crisis adolescente se nomina así porque el psiquismo tiene que hacer frente al cambio que se va insinuando a través de la transformación en lo visible del cuerpo infantil, y en lo invisible por la emergencia de una sexualidad que convoca a una transformación de la relación con el entorno, tanto en el plano homo como heterosexual. El cuerpo infantil pierde sus formas y plantea al Yo los cambios que tiene que procesar. La sexualidad también reta a las investiduras objetales y narcisistas para que integrándola ahora, puedan circular en otro modo. El Yo por lo tanto esta conminado a un trabajo de duelo en diferentes planos tanto objetales como narcisistas. Voy a tratar estos duelos separadamente

En el plano objetal: El adolescente vive la reactivación de las investiduras incestuosas paterno maternas debido al desarrollo sexual que la pubertad impele. Esta reactivación junto con la capacidad orgásmica, le sitúa en un plano paritario con la capacidad efectiva de realización de los deseos edípicos. El Yo confrontado a lo prohibido, activa una serie de defensas y la reedición de la renuncia edípica.

El reto de esta renuncia va orientando los deseos hacia lo exogámico con nuevos horizontes afectivos donde la realización de los deseos si es factible. La satisfacción en el plano simbólico que supuso una salida en la latencia tiene que dejar paso a la realización efectiva. Ambos planos de satisfacción establecerán un pacto para que su alianza contribuya a una moderación de la actuación y la posibilidad de hacer elecciones adecuadas, ya que la demora se hace posible por el plano de la satisfacción simbólica en connivencia con la satisfacción efectiva.

Por otro lado, el adolescente tiene que acometer la renuncia al universo endogámico infantil, renuncia que le llevará a investir el mundo

social en expansión creciente. Las pandillas van a ser la bisagra entre lo familiar conocido y lo social desconocido, se erigen como un área transicional que permite ir hacia afuera con el amparo de lo conocido.

Desde el plano narcisista: decíamos que el adolescente está retado a habitar un cuerpo cuyas transformaciones no controla, un cuerpo que dejó de ser conocido/infantil para situarlo en un plano desconocido/ adulto, sexualizado. La vivencia identitaria tiene pues que realojarse en un cuerpo que puede resultar extraño enigmático. Teresa Olmos lo expresa así.

Es un momento a partir del cual se resignificarán las experiencias sexuales infantiles que imponen un trabajo de simbolización; en el que una clave esencial será el poder simbolizarse como extraño, apoyándose en un extrañamiento corporal” 48

Este trabajo requiere un buen asentamiento narcisista previo con una integración de la vivencia corporal adecuada. El trabajo narcisista de la analidad y la travesía fálica tuvieron que haber cosechado un núcleo identitario sólido y flexible para integrar los cambios.

Los duelos narcisistas tienen también una consecuencia en la consolidación del Ideal del Yo. El duelo de los padres ideales asumiéndolos ahora como adultos con sus defectos, generan el mantenimiento de la visión idealizada en lo intrapsíquico en dialéctica también con el límite y la castración viniendo a consolidar el Ideal del YO. Va a ser en la adolescencia cuando el Ideal del Yo asociado íntimamente al trabajo identitario tome su forma adulta desprendido de metas infantiles y omnipotentes, asociadas al Yo ideal. La relación dialéctica entre ambos referentes narcisistas está ahora especialmente retada en esta coyuntura evolutiva. Así lo expresa Penot

“Me parece pertinente considerar el ideal del yo como operador simbólico que mantiene una relación de contigüidad dinámica y dialéctica con las figuras narcisistas proyectadas por el Yo ideal” 49.

48 Olmos T. (2016). La potencialidad psicótica y el encuentro con la adolescencia. Revista APM 78-2016. Pág. 200

49 Penot C. (2001). Reprimer, idealiser sublimier RFP 2001 La Repression. Tomo LXV. Pág. 73

En las salidas de la crisis adolescente favorables El ideal del Yo mantiene sus objetivos atravesado por los logros fálicos no confundiendo la potencia con la omnipotencia.

Este duelo exige por lo tanto suficiente elasticidad en el funcionamiento previo (tanto en la vivencia identitaria como en la dinámica de las instancias y las investiduras objetales) también exige que el encuadre ambiental (familiar, social, académico) mantenga una estabilidad. En caso contrario se puede propiciar la ecuación: cambio=perdida, activando el pánico a lo desconocido y la regresión a posiciones previas y/o la descompensación sintomática.

Todos estos duelos van a requerir por lo tanto, una consistencia en la salud de base para contar con un narcisismo primario y secundario sólidos así como un Yo con capacidad de procesar las pérdidas generando ámbitos representativos y conquistas sublimatorias que las compensen.

Cuando el trabajo de duelo va circulando convenientemente, el adolescente lo expresa con cierta desestabilidad en su equilibrio previo sin llegar a producirse síntomas. Estos van a ser el testimonio del fracaso de este trabajo psíquico como vamos a ver.

EL TRASTORNO ALIMENTARIO Y SUS MANIFESTACIONES COMO TESTIMONIO DE UN DUELO ADOLESCENTE FRACASADO

El origen del fracaso de este duelo está asociado como ya lo hemos advertido a la densidad del trabajo que el yo tiene que acometer, requiriendo para ello un funcionamiento previo con un nivel de salud psíquica que lo haga viable y con una coyuntura ambiental estable asistida por unas funciones paterno maternas que custodien convenientemente los movimientos exogámicos y la pérdida del niño/a.

En estos casos, la incapacidad elaborativa puede ser debida a una fragilidad del equipamiento narcisista de base que dificulta el trabajo de duelo, o bien a la coincidencia de este momento con situaciones ambientales de pérdida que adquieren un valor traumático.

En el primero de los casos parece ser que el periodo de latencia no pudo generar la provisión de recursos simbólicos que puedan hacer viable un trabajo adolescente en condiciones. Penot lo advierte:

*“Para el devenir de un adolescente en crisis, hay que evaluar en qué medida algunas aptitudes psíquicas del periodo de latencia, van poder sostener su acción en la vida adulta, en lugar de encontrarse barridas por la erupción sexual puberal. A través de la tormenta de este cambio de régimen, que caracteriza el paso a la pubertad, se podrá apreciar après coup en qué medida se trataba de soluciones sublimatoria auténticas, o sólo formaciones reactivas defensivas y de contrainvestidura con carácter supresivo superyoico.”*⁵⁰

50 Penot C (2001). Reprimer, idealiser sublimer RFP 2001 La Repression. tomo LXV Pág. 75

El fracaso de este duelo se manifiesta en esta clínica por la erupción repentina de los síntomas sin que se haya dado un proceso visible previo del estado de descompensación psíquica que está teniendo lugar. No hay expresión de sufrimiento o dolor, el estado emocional va siguiendo un curso silencioso, en negativo. Esta situación sugiere lo descrito en las descompensaciones somáticas consecuentes a un estado de desorganización psíquica. En la clínica que nos ocupa, la desorganización viene dada por la vivencia traumática del cambio que el Yo está impelido a procesar. A diferencia de la solución somática, el cuerpo no llega a enfermar, mantiene una cierta función mensajera del contenido pulsional.

Aun así es una situación cercana a la denominada clínica del silencio descrita por Smadja

“Entiendo por la clínica del silencio un conjunto de fenómenos que estructuran el discurso del paciente al hilo del trabajo analítico y que se caracterizan por la falta en la autfiguración psíquica, se sitúan en el orden del afecto de los fantasmas y las representaciones, también a las percepciones corporales..... La clínica del silencio es una clínica de lo negativo(.....) el silencio es el producto de una relación de fuerzas psíquicas, está sostenido por una compulsión interna (...) procede de una situación nodal primaria ligada a la economía del afecto”⁵¹.

La situación nodal, la asocia el autor a traumatismos primarios que han interferido en la organización narcisista de base, padeciendo una escisión dentro del yo. Este desgarramiento precoz primario va a obstaculizar los procesos de duelo posteriores.

A mi modo de ver, las características del cambio impelido en la pubertad tienen también en sí mismas, un potencial traumatógeno como para desencadenar el fracaso en este duelo.

51 Smadja (2005). El lugar del afecto en la economía psicosomática. Monographies de psychanalyse. L' affect PUF Paris. Pág. 174

Duelo que genera la incapacidad de asimilar los cambios tomando una forma no neurótica, arrepresentada, silenciosa y actuadora. De ahí surge la dificultad para el clínico a la hora de poder captar el estado depresivo de base ya que éste se sale del cauce visible, doliente .

Es un duelo cercano a lo que H. Deustch describe en su artículo de 1937 sobre La ausencia de dolor. La autora describe una serie de casos en donde el yo con un desarrollo insuficiente no ha podido soportar la tensión del trabajo de duelo y utiliza un mecanismo de autoprotección narcisista para sustraerse al proceso, siendo la expresión más extrema de este mecanismo la falta de afecto.

Nuestra hipótesis, en definitiva, gravita en torno a pensar que la crisis adolescente reta al yo a un trabajo elaborativo donde sus recursos pueden hallarse al límite de su capacidad. El duelo adolescente en estos casos reviste un carácter traumático. Lo traumático es una palabra clave para entender las manifestaciones sintomáticas en torno al trastorno alimentario.

Por ello voy a dedicar unas líneas para describir lo traumático.... Roussillon lo describe así

“Una situación traumática es aquella que no puede ser metabolizada por un sujeto dado, en un momento dado de su desarrollo o de su historia(.....) el traumatismo es lo que produce un parón en la vida psíquica y de la elaboración de la experiencia”⁵²

Una de las características de lo traumático es la consecuencia del desdibujamiento del trabajo simbólico con el afecto, perdiendo éste su connotación subjetiva y manifestándose por lo tanto en negativo, sin un trabajo representativo donde el yo pueda reconocerse autoafectado de un estado de malestar significado. Este tipo de angustia se presenta de forma difusa invasiva y efractante acosando desde dentro y generando el pánico de la pérdida de la cohesión narcisista. Es de índole depresivo-despersonalizada. Cualitativamente se presenta al Yo sin contenido simbólico, sin fantasías, sin representaciones. Freud habló de ella proponiendo dos

52 Roussillon R y Golse B (2010). La naissance de l'objet. Paris PUF. Pág. 236

tipos de angustia⁵³: la llamada angustia automática (que es una angustia de desbordamiento de naturaleza traumática) y una angustia señal de alarma (que permite protegerse por adelantado de la aparición de situaciones de angustia, generando en el Yo mecanismos de defensa que protegen su estabilidad). Entre una y otra se debe intercalar un trabajo que el Yo debe hacer para constituir la experiencia anterior traumática en señal de alarma.

La angustia que se vive por lo tanto en este registro es una angustia impensable que se siente como una efracción, un desasosiego invasivo, que amenaza desde dentro la vivencia de continuidad del ser, de continuidad en su apuntalamiento narcisista y yoico. El contener esta Angustia es imprescindible ya que supone una amenaza en los cimientos identitarios, en los cimientos de la vivencia de sí mismo. La cualidad de este tipo de angustia es lo que Winnicott ha denominada agonías primitivas y Bion el terror sin nombre.

El envite de estos emergentes de vivencias de tintura depresivo-despersonalizada sin que el sujeto pueda asignarles un significado asaltan al Yo que emplea maniobras de sostén narcisista ante el riesgo de la pérdida de coherencia de anclaje identitario. Al carecer de recursos mentalizados es decir, un tejido representativo que pueda procesarla, el sujeto recurre a defensas como la adicción o el fetichismo.

Los enclaves en negativo dentro del psiquismo son territorios psíquicos habitados por un malestar anónimo sin fin, que conviven con vivencias representadas. El funcionamiento neurótico se ve interrumpido por una vivencia de desamparo angustioso (Smadja), desamparo que todo lo invade y que no cuenta con una asistencia interna autocalmante en permanencia. Lo que está en juego es la vivencia de continuidad identitaria. Es esto lo que va a provocar el acting autocalmante fuera por vía de la motricidad. En el caso de la Bulimia a través de la ingesta, en el de la Anorexia a través de la mirada reaseguradora al cuerpo delgado o el ejercicio y movimiento, tratando de este modo de organizar un asidero que ponga fin la vértigo interior creado por el desconcierto identitario.

53 Freud S (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Biblioteca Nueva 8: 2830-2904

El mundo interno está pues colonizado por territorios invadidos por un malestar agónico impensable, experiencias de tensión sin representación, sin salida, sin recursos internos para hacerlas frente (debido a la desorganización psíquica consecuencia de la elaboración psíquica fracasada). Estados más allá que llevan a una desesperación existencial.

Estos enclaves están escindidos y blindados por defensas narcisistas antiobjetales, defensas que incapacitan al sujeto para encontrar un alivio en lo relacional.

La clínica del trastorno alimentario presenta elementos comunes como es el duelo patológico y la desorganización psíquica que impacta la configuración identitaria adquirida, interrumpiéndose la dialéctica continuidad/discontinuidad en el seno de dicha configuración.

Johann Jung recientemente, reflexionando sobre la constitución identitaria, aporta contenidos que aluden a esta dinámica ...

“Presente en numerosas definiciones de la identidad, la problemática de la continuidad/discontinuidad constituye el eje sobre el que se apoyan las nociones de permanencia y de cambio (...) su dialéctica apela a la forma en la que un sujeto construye el sentimiento de permanencia de sí mismo a pesar de los cambios que afectan su organización psíquica”⁵⁴

El yo desarrolla en estos casos dos salidas defensivas para enfrentar esta dificultad: la Adictiva /Bulímica y la Fetichista /Anoréxica. Ambas soluciones se suelen dar combinadas en el trastorno alimentario, aunque según sea la organización psíquica de base la tendencia se manifiesta más en un sentido o en el otro.

54 Johann Jung (2015) Le sujet et son double Dunod. Paris. Pág. 21

LA SOLUCIÓN ADICTIVA: LA BULIMIA

Lo adictivo se presenta como una defensa narcisista que comparten diferentes funcionamientos psíquicos, puede ser usado puntualmente en una configuración neurótica (recordemos que Fain sostiene la hipótesis de la existencia de un núcleo traumático en la base de diferentes estructuras neuróticas). Su uso aquí sería el indicador de un momento evolutivo donde hay un reto particularmente difícil para el equilibrio psíquico, como puede ser la adolescencia.

La defensa en lo adictivo se va a organizar como un enganche a lo externo, a lo perceptivo, para evitar la invasión de la angustia difusa y agónica amenazando la cohesión narcisista. Por lo tanto, los elementos adictivos son estabilizadores del equilibrio psíquico.

Roussillon lo expresa así ...

“Algunas dependencias puramente subjetivas participan de la identidad misma del sujeto, aparecen como la condición sine qua non del sentimiento de ser o de la continuidad de ser. Aquel otro, aquel objeto, aquella droga, aquel comportamiento, parecen haberse convertido componentes esenciales de la identidad del sujeto, componentes esenciales de su organización, incluso de su cohesión narcisista a las que estas están alienadas. Es el dominio de lo que hoy en día se llama la adicción”⁵⁵.

En estos casos, la defensa silenciadora del narcisismo negativo liderada por la pulsión de muerte no ha logrado acallar el ruido de la angustia. Los emergentes de ésta, son sofocados por la utilización del elemento adictivo que tiene una función económica en la estabilización psíquica de base. La adicción marca el fracaso del Principio del Placer como recurso

55 Roussillon R (2008). Le jeu et l'entre je(u). Paris: PUF. Pág. 108

psíquico para tratar el malestar. La Compulsión a la Repetición emerge testimoniando los enclaves de angustia no simbolizada que padece el sujeto. El acting bulímico daría cuenta de un procesamiento psíquico fracasando en el plano representativo para tratar la angustia.

En el cuadro Bulímico, el llenado de estómago da cuenta del vacío psíquico, vacío testimoniando la falta de un correlato representativo en este plano. La sensación de repleción estomacal apuntala engañosamente el intento de llenado cuando ha fracasado la función simbólica del objeto interno.

Es una defensa cercana los llamados procedimientos autocalmantes del yo .A diferencia de los autoerotismos, no dan la satisfacción, ya que estos llevan la marca del objeto y son un entretenimiento paraexcitante en su espera Los procedimientos autocalmantes se generaron por imposibilidad de encontrar la satisfacción en el placer erótico, por lo tanto, por la ausencia de desarrollo de autoerotismos, también por la imposibilidad de utilizar la satisfacción alucinatoria, remplazándola por la búsqueda de sensaciones corporales en una actividad mecánica programada y deslibidinizada.

El psiquismo en su constante dinámica progresivo/regresiva quedó amputado en poder sostener lo regresivo libidinalmente, vía representativa. Queda pues expuesto a lo regresivo vía comportamental. La vía comportamental se va a erigir pues como una vía de evacuación tensional obliterando e interfiriendo el trabajo simbólico y la mentalización.

Gerard Szweg lo expresa así:

*“El infierno de los procedimientos autocalmantes, es una necesidad que está impuesta por el desamparo y no por la angustia objetal. Es un infierno que es exigido por una sobreexcitación no integrable, una neurosis traumática subyacente que puede, por otra parte, no comprometer sino a un sector de la actividad psíquica. Esta es el resultado del desfallecimiento de la constitución de un sistema psíquico de defensa contra el desamparo y el fracaso de la función materna para atenuar la angustia del niño”*⁵⁶

56 Szweg G (1998). Les galériens volontaires. París: PUF. Los Galeotes Voluntarios. Madrid: ed Ediciones (2014). Pág. 823

Los Procedimientos autocalmantes estarían sosteniendo la organización defensiva de algunas formaciones patológicas que tienen una tendencia a hacer uso de la motricidad como paliativo de un déficit simbólico.

Una pequeña viñeta clínica servirá para ilustrar estos contenidos. Se trata de una paciente que atiendo individualmente hace algún tiempo. Presentaba una sintomatología bulímica masiva que remitió, pero sigue persistiendo en momentos puntuales.....

P "De repente me lanzo a la comida antes de dormir, cojo un paquete de galletas para picar algo y me lo como entero. Es asombroso, en cuestión de segundos y sin un atisbo previo, no puedo parar, sigo y sigo"

A "Quizás eso que le pasa tiene que ver con la dificultad de hacerse cargo de los sentimientos que tiene antes de dormir"

P "Claro! Siempre malos!, pienso que voy a morir y como me las voy a arreglar estando sola. Siempre tengo que comer aunque esté llena, no puedo ir a la cama sin pasar por la cocina"

A "Si! Es como llevar a mamá en el estómago"

Otro caso, el de Ana, ilustra con claridad la aparición del sintoma por la dificultad puntual de elaboración de un duelo .

Ana acude a mi consulta al año de perder a su padre. Llama la atención un tatuaje con el nombre de éste en el brazo y su alianza colgada con una cadena en su cuello. En las primeras entrevistas sólo es capaz de relatar la compulsión a comer que le está asustando por la intensidad y virulencia con que se presenta ocasionando vómitos recurrentes a lo largo del día. No evidencia ningún signo afectivo de pesar o dolor .

Tratando de hacer una cronología de la aparición sintomática e invitándole a que piense sobre algún acontecimiento significativo, relata que su padre

fallece cuando ella está de vacaciones, no se pudo despedir...fue repentino. Al poco tiempo decide irse fuera a trabajar y es en este periodo cuando empiezan a aparecer los síntomas ...Su compañera recibe a sus padres de visita y ella come compulsivamente mientras ellos están fuera de la casa. Este fue el primer episodio. La pérdida del padre ocurre al año de una separación amorosa donde ella sufrió mucho estando meses deprimida y muy abatida.

En el caso de Ana el vacío psíquico dejado por un padre que para ella constituía un asidero narcisista, se ubica en el estómago y la conducta compulsiva viene a llenar de comida lo que la elaboración psíquica no puede llenar a través del rescate del vínculo en un proceso de duelo saludable. Los emergentes sintomáticos eran más frecuentes de noche al despertarse y comprobar el silencio del hogar, silencio que le remite a otro,...al de la ausencia de su padre. Con mucha dificultad Ana va asociando a lo largo de las sesiones la aparición de los síntomas con el fallecimiento de su padre.

Este duelo pasó desapercibido para ella, pasó sin demasiado dolor.....se había agotado su capacidad de sufrir tras la pérdida de su novio un año antes de esta muerte. La depresión no mentalizada en este caso está referida a pérdidas traumáticas acumuladas en poco tiempo que desbordan la capacidad de elaboración de su Yo. La psicoterapia que se pone en marcha fue tratando de rastrear la emergencia de un afecto no subjetivado a través de la bulimia, de este modo va remitiendo el síntoma y un estado depresivo más evidente, en positivo, visible, la va sustituyendo.

Voy a seguir ilustrando estos contenidos con dos escenas de un sueño, de otra paciente a quien llamaré Sara

Sara ha padecido desde su infancia una soledad ocasionada por la inclusión laboral de su madre y la tendencia alcohólica del padre que provocaba que ella soportara mucho tiempo en soledad en su casa. En el piso superior vivían unos tíos que a veces la acogían, pero siempre le persiguió la vivencia de rechazo de ese entorno familiar.

Volviendo al sueño.....

En la primera escena ella se ve rechazada por mujeres de la familia del piso superior, le asalta el miedo a ir sola a su casa, el espacio entre una

casa y otra lo describe como un entorno desapacible: hacia frío había oscuridad, era casi de noche.

En la segunda escena ve en el suelo unas bolitas, "como las cuentas de un collar", luego lo asocia con la cadenita del lavabo que relaciona con sus vómitos, era la cadenita que miraba mientras vomitaba.

Ambas escenas ponen en relación la vivencia depresiva de exclusión familiar y desamparo, (este último representado en la luz de la escalera y el ambiente desapacible que describe), con el vómito y por lo tanto, la bulimia. Los sentimientos depresivos no reconocidos como tales y manifestándose como una angustia difusa llevan a la ingesta para tratar de sofocarlos y la ingesta desemboca en el vómito. El sueño ofrece una oportunidad de elaboración psíquica de estos afectos para poder "sufrirlos" y darles un cauce subjetivable para el yo.

Estos ejemplos vienen a ilustrar como la defensa se activa ante la imposibilidad de tratar la angustia depresiva por un cauce simbólico. Es la defensa adictiva que a través de la ingesta viene a socorrer, aunque de manera muy efímera el pánico interior que se genera ante los emergentes de un afecto no simbolizado, por lo tanto no subjetivado o reconocido por el yo como formando parte de su estado vivencial.

LA SOLUCIÓN FETICHISTA: LA ANOREXIA

Su manifestación sintomática es el testimonio de una complejidad mayor que en la manifestación bulímica en el manejo del sufrimiento depresivo-narcisista subyacente. Dicha complejidad se genera por la afectación de la organización narcisista de base que este duelo conlleva .

El cuadro anoréxico también corresponde a una descompensación depresiva devenida de un duelo patológico que da lugar a la imposibilidad de adecuar la vivencia identitaria, a los cambios que anuncia la coyuntura evolutiva adolescente. La irrupción de la sexualidad tiene aquí también un carácter traumático que reta de forma particular al narcisismo, a la vivencia identitaria. En el trastorno anoréxico la mirada depositada en el cuerpo juega un papel decisivo dado que su visibilidad permite sostener con lo perceptivo el déficit representacional en el plano identitario. J. Jung lo expresa así aludiendo a la búsqueda del doble cuando se ha interrumpido el procesamiento transicional identitario en el devenir del sujeto.

“Entre las formas del doble narcisista idealizado se puede pensar en el doble “fetichista” cuyo reto principal consiste en contener y cicatrizar los aspectos escindidos de la subjetividad fijándolos en una forma ideal en donde se agarra”⁵⁷.

Yo diría que esta mirada persigue dos objetivos

- a) Contrainvestir la sexualidad que se insinúa en los cambios corporales ayudándose de lo perceptivo. La mirada apuntala lo irrepresentable del cuerpo transformado /sexuado reasegurando un cuerpo delgado/infantil y asexuado. El control voluntario de la ingesta ejerce una resistencia muy activa al devenir de un cuerpo cambiante, de este modo se utiliza el cuerpo para recrear el triunfo omnipotente del control desde una posición anal, tratando de contravenir los cambios corporales promovidos por el desarrollo puberal.

57 Johann Jung (2015). Le sujet et son double Dunod. Paris. Pág. 222

- b) Otro de los objetivos, éste más narcisista, consiste en contemplarse en un cuerpo que exhibe la privación como una plus valía narcisista. Un cuerpo que exhibe la voluntad triunfando sobre la necesidad y el deseo... En definitiva, un cuerpo sacrificado (del latín *sacrum facere* equivalente a hacer sagrado) idolatrado para suturar la falta de una representación identitaria, valiosa y consistente. Este objetivo marca el triunfo del Yo ideal regresivo y arcaico sobre las instancias más evolucionadas que perdieron su protagonismo.

Ambos objetivos, entre otros, se distribuyen en mayor o menor proporción según la gravedad del cuadro. En los casos más graves y más renuentes al cambio, la problemática narcisista y el liderazgo del Yo ideal cobra mayor virulencia. En estos casos la elación narcisista se ha pervertido dando la espalda a lo pulsional promoviendo la privación. El hambre, provee además de una forma de llegar a esa perfección exigida por el Yo ideal, un disfrute masoquista .

A diferencia de la manifestación bulímica, los niveles de angustia se han silenciado más al precio de una retorsión de la vivencia de pérdida, transformándola en una pérdida narcisista y ubicándola en el cuerpo. La función de éste en la economía del estado afectivo de base, va a ser fundamental para entender la sintomatología que nos ocupa, ya que va a ser el depositario de la ambivalencia afectiva retirada de lo objetal. Se le va a someter al control omnipotente y a la esclavitud de la restricción alimentaria, al mismo tiempo va a ser el depositario del honor narcisista siempre y cuando evidencia el sacrificio del hambre. Esta forma de elaboración de la pérdida está cercano al modo melancólico.....

“Los mecanismos clave de la melancolía (pérdida de objeto, elección de objeto de tipo narcisista y pérdida de estima de sí, ambivalencia intensa e importancia del odio vuelto contra sí) propuestos por Freud en Duelo y Melancolía (1917), representan los pilares de base de toda aprehensión psicopatológica psicoanalítica de las depresiones sea cual fuere el funcionamiento psíquico subyacente”⁵⁸

58 Carton S. y otros (2011). *Le silence des emotios* Dunod. Paris (E. Moggio, 2010, pág. 53)

Los datos clínicos que nos van a sugerir que un duelo de este tipo se está poniendo en marcha serían: la virulencia del odio dirigido hacia sí (que en estos casos va dirigido en un cuerpo detestado si no se ciñe a los requerimientos del control alimentario), la anestesia afectiva desde el plano depresivo, el estancamiento del tiempo y la regresión de la organización edípica con la pérdida del gobierno de las instancias más evolucionadas para esclavizarse al dominio del Yo Ideal.

Marty ya lo advierte en 1967 en el 25 congreso internacional de psiquiatría.

“En las desorganizaciones, el superyo pierde su función habitual y es remplazado por un YO Ideal arcaico que precipita al paciente a heridas narcisistas desorganizadoras”⁵⁹.

El superyo regresa y cede el testigo al Yo Ideal agudizándose así una conflictiva de tipo narcisista, renegando la pérdida. Lo pasivo se vuelve activo para eludir la indefensión ante lo incontrolable. La elaboración de la pérdida se ha transformado en una problemática de tipo narcisista donde se intenta venir a socorrer esta experiencia intramitable para el Yo convirtiéndola en una opción narcisista que se aviene al control a través de la voluntad y que cubre las expectativas de la omnipotencia infantil.

Por lo tanto, la manifestación anoréxica con la exhibición de la esclavitud a lo restrictivo, su aferramiento a la privación como un baluarte narcisista, es el testimonio del dominio del Yo Ideal y el fracaso del gobierno de las instancias más evolucionadas. Este gobierno inhabilita al yo para el procesamiento después del coup de la vivencia identitaria que los cambios adolescentes requieren.

El uso del cuerpo en esta economía psíquica está cerca del uso fetichista ya que va a ser en este contexto donde el cuerpo delgado incluso famélico va a ser el que se erija como un elemento fetiche que viene a socorrer el acoso del Yo ideal exigiendo dar la espalda a lo pulsional, al deseo y a las necesidades. Es también el elemento mágico protésico que sella el vacío y le impide procesarlo.

59 Cited by Bourdin in Les ideaux

El fetichismo viene siendo estudiado desde Freud, pero son los trabajos más recientes los que le otorgan una función antitraumática en la economía psíquica. Para la comprensión del tema que nos ocupa es muy pertinente lo que apunta E. Kestenberg, la autora subraya que

“Se trata de “desanimar” a un objeto (en este caso el cuerpo) para hacerlo portador del yo ideal, hacerlo inmutable....sin edad, inmortal con el fin de investirlo para que garantice la integridad narcisista y la propia idealidad”⁶⁰.

Para Roussillon:

“El fetiche representa un hueco de la vida psíquica, pero solo lo representa si esta materializado, no puede abstraerse de esta presencia perceptiva..... La organización de un funcionamiento fetichista intenta garantizar la psique contra un derrumbe, contra la vuelta de un pasión inicial del afecto que amenazaría con desorganizar las adquisiciones más evolucionadas”⁶¹.

En la anorexia se combinan dos objetivos para generar la esclavitud a la restricción:

a) la lucha contra la tendencia adictiva de base. Todo el empeño restrictivo viene a tratar de evitar la compulsión bulímica que surge ante los emergentes de angustia. La restricción aparece como contrainvestidura de la defensa adictiva que comparte con la bulimia pero aquí manifestándose de forma negativa.

b) el uso fetichista del cuerpo delgado que testimonia el triunfo del narcisismo ascético descrito por Green

60 Roussillon R - Kestenberg et al. (2012). Le fétichisme. Paris: PUF. Pág. 12

61 Roussillon R - Kestenberg et al. (2012). Le fétichisme. Paris: PUF. Pág. 169

“La estructura patológica del narcisismo que queremos describir está caracterizada por una economía que grava al yo por la victoria de la pulsión de muerte que confiere al principio de Nirvana (el rebajamiento de tensión a cero) una preminencia relativa sobre el principio del placer, y a la renuncia pulsional sobre la satisfacción y la ilusión”⁶²

En patología narcisista, el masoquismo se combina con el Yo ideal para poder eludir la deriva sexual y hacer de la privación una satisfacción. En este sentido, una de mis pacientes, en una reunión de familia le aseguraba a su madre que aunque los macarrones tuvieran cero calorías ella sería incapaz de comerlos (“por el disfrute que conlleva la ingesta”, apunté yo.)

Voy a ilustrar estos contenidos con otra de mis pacientes a quien llamaré Paula. Paula lleva una relación muy restrictiva con la comida desde la ruptura con su primer novio hace ahora tres años. Su férrea disciplina alimentaria la compensa pasando mucho tiempo viendo fotos de comida en su móvil.

Siempre padeció el protagonismo de su única hermana ante la mirada de su madre. Veamos un material reciente

Empieza la sesión contenta con sus notas de exámenes guarda silencio y rompe a llorar desconsolada.

P: Me veo gorda, no lo soporto y es que es verdad porque no me caben las cosas del año pasado .

A: Es importante que podamos diferenciar como te ves y como estás

P: (solloza) es que me siento más si estoy más delgada. Ahora me da vergüenza.....

62 Green A (1983). Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Les Éditions de Minuit Paris. Pág. 182

*A Parece que solo te ves de la piel hacia afuera ...
¿Hacia adentro no hay nada? ¿no puedes ver lo
invisible ...el espíritu? ¿quién eres?*

*P: De pequeña ama y mi hermana eran delgadas
yo grande, siempre he sido más grande.*

*A: Y tú imaginabas que ama no te miraba ni te con-
sideraba porque eras grandedesde entonces ser
delgada es para ti ser querible.*

P: Si, no lo puedo evitar

*A: igual toda la rabia que te produce esa ama que no
te mira la diriges a tu cuerpo ... por eso lo detestas.*

*P: (sonríe....) pues igual ... ya me doy cuenta que ten-
go muchas rabias contra ella....*

Comentario: La paciente inicia la sesión cegada por la adhesión fetichista a la delgadez ...le avergüenza su cuerpo (es muy bella y está delgada) Después de mi intervención hay un movimiento objetalizante, menos narcisista donde trata de elaborar la exclusión de la mirada narcisizante de la madre, termina reencauzando el movimiento agresivo hacia afuera, saliendo de la defensa melancólica.

Otra pequeña viñeta de Paula nos permitirá entender la restricción alimentaria como la vía para obtener la sostenibilidad narcisista a través de un cuerpo delgado/ideal.

*P: Cuando estoy con mi novio, no me importa comer... Sé que
le gusto, mi cuerpo le gusta. Cuando no estoy con él,... si él
no me ve ... yo no me veo y dejo de comer ... Es un terreno
que aún tengo que ganar. Ayer comí un bombón estando sola
y eso es algo nuevo ... me quedé contenta.*

En Paula la elaboración de la Ausencia es como dice ella un "terreno que tiene que ganar".... al derrumbe narcisista diría yo.

Esta conquista psíquica posibilitará no hacer un uso fetichista de su cuerpo y rehabilitar su relación con la comida.



ABORDAJE CLÍNICO DEL TRASTORNO ALIMENTARIO

El trabajo psicoanalítico con el trastorno alimentario nos obliga a contemplar la clínica de lo negativo, es decir, de la expresión afectiva sin un cauce representativo subjetivado que la testimonee. Por lo tanto, tiene que contemplar el trabajo analítico en la simbolización primaria del afecto para llevarlo de la vivencia de sensación anónima y despersonalizada al sentimiento subjetivado. Considero que una prioridad en este tipo de trastornos es la rehabilitación identitaria que se organiza al hilo del trabajo psíquico con el afecto.

El trabajo en la simbolización afectiva también implica analizar las defensas empleadas para silenciar las emociones, defensas narcisistas que atrincheran al sujeto en una tendencia desobjetalizante que dificulta la apertura a la investidura vincular. El posicionamiento objetal de poder investir e investirse que ha sido contemplado como el “estar solo en presencia de” (Winnicott y Roussillon) implica reubicarse identitariamente en el seno de una relación humana participando en la dinámica afectiva sin perderse⁶³ El objetivo psicoterapéutico va a ser romper esta barrera defensiva para devolver al objeto su función antidepresiva y rehabilitadora narcisísticamente, ya que el gran drama de estas situaciones clínicas es la incapacidad de hacer uso del objeto para reparar el vacío afectivo y narcisista.

El clínico que se adentra en este tipo de coyunturas deberá poder navegar por los distintos estados emocionales pudiéndolos captar a través de una sintonía constratransferencial empática. La función reflexiva del Yo en vías de rehabilitación exige la internalización de una mirada en función de doble que vaya sustituyendo la ceguera interior promovida por la prevalencia de referentes narcisistas arcaicos cargados de vergüenza y admonición como es el Yo Ideal regenerando así un espejo interno que permita relanzar el procesamiento identitario

63 Para abundar en estos contenidos: Puertas P. (2018) El trabajo narcisista de la Análisis: construyendo la frontera Mentalización Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia año V n°2 Abril.

El trabajo clínico que aquí se despliega lo expresa muy bien C. Parat cuando dice

*“Es el afecto el que sirve de vehículo entre los dos inconscientes y el que permite abordar conjuntamente el territorio de las representaciones-cosa y de lo reprimido primariamente (...) se trataría más bien de la posibilidad de una relación interhumana que se establece directa y regresivamente sobre un modo preverbal, anteverbal, donde el afecto de uno entra en resonancia con el afecto del otro. Es quizás la única vía que permite el abordaje y la movilización de los elementos, de los sedimentos de lo reprimido primario”.*⁶⁴

El analista es aquí convocado a dejarse ir a un encuentro intersubjetivo que en sintonía con el sentir del aquí y ahora transfere contratransferencial vaya posibilitando la creación de un trabajo simbólico y representativo en un estado vivencial identitario desdibujado, con el fin de rehabilitarlo y posibilitar así nuevas investiduras narcisistas y objetales.

Es por la dificultad implícita en esta clínica, que este trabajo ha tratado de integrar algunas reflexiones surgidas en la cura de estas pacientes. El encuentro analítico constituye la gran oportunidad no sólo de rescatarles del sufrimiento silencioso que padecen sino de reencauzar el duelo adolescente y devolverle su función narcisizante, necesario para el abordaje de la andadura vital que tienen que acometer.

64 Parat C (1995). L'affect partagé. Revue Francaise Psychosomatique 44: 167-182. (2013). Pág. 171

BIBLIOGRAFÍA

- Carton S. y otros (2011). Le silence des emotios Dunod. Paris.
- Emmanuelli - Moggio y otros (2010). Les ideaux-Monographies et debats de la psychanalise. Paris: PUF.
- Freud S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Biblioteca Nueva 8: 2830-2904.
- Green A. (1983). Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Les Éditions de Minuit. Paris.
- H. Deutsch (1937). Ausencia de Dolor Psychoanalytic Quaterly 6, 12 - 22.
- Johann Jung (2015). Le sujet et son double Dunod. Paris.
- Olmos T. (2016). La potencialidad psicótica y el encuentro con la adolescencia. Revista APM 78-2016.
- Parat C. (1995). L'affect partagé. Revue Francaise Psychosomatique 44 : 167-182. (2013).
- Penot C. (2001). Reprimer, idealiser sublimer RFP 2001 La Repression. Tomo LXV.
- Puertas P. (2003). El grupo de anoréxicas una alternativa nutritiva. Altxa Bilbao.
- Puertas P. (2018). El trabajo narcisista de la Analidad: construyendo la frontera Mentalización Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia año V nº2 Abril.
- Roussillon R. (2008). Le jeu et l'entre je(u). Paris: PUF.
- Roussillon R. y Golse B (2010). La naissance de l'objet Paris PUF.
- Roussillon R. - Kestenberg et al. (2012). Le fétichisme. Paris: PUF.

Smadja (2005). El lugar del afecto en la economía psicosomática. Monographies de psychanalyse. L' affect. Paris: PUF.

Szwec G (1998). Les galériens volontaires. Paris: PUF. Los Galeotes Voluntarios. Madrid: Ed. Ediciones (2014).

Chervet, Delourmel et al (2006). La Compulsion a la Repetition. Paris: PUF.

Han transcurrido 17 años desde que salió a la luz la primera edición de este libro. A lo largo de este tiempo, la autora nos indica cómo a pesar de que sus referentes teóricos han ido cambiando, la experiencia aquí relatada sigue teniendo el valor de la reflexión de un proceso grupal que da cuenta de los elementos clínicos que se juegan en el trastorno alimentario. Es por ello que la versión inicial sigue siendo un referente, una guía de viaje para esta especial singladura. Se añade un texto publicado en el 2019 en el que Pilar Puertas aporta nuevas reflexiones al respecto.

Este libro pretende ser un pequeño relato que surge de las reflexiones que se fueron gestando en torno a una experiencia de psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, con pacientes que sufrían de una sintomatología grave de trastornos de alimentación (tanto en su vertiente anoréxica como bulímica).

El grupo se diseñó como un grupo cerrado en un marco institucional (Hospital de Basurto de Bilbao), durante 5 años y medio, a razón de dos sesiones semanales de 75 minutos y una convocatoria mensual en un grupo grande multifamiliar.

Se plantean las dificultades que fueron surgiendo en el manejo grupal por la peculiaridad de sus manifestaciones, y la adaptaciones técnicas realizadas para no obstaculizar el proceso grupal; todas ellas dentro del marco de referencia psicoanalítico.