

AMPLIANDO NUESTRO APARATO PARA PENSAR LA CLÍNICA ACTUAL

Lic. María Lucila Lusnich

Presentación de una viñeta clínica

W. Bion nos ofrece su aparato para pensar situaciones clínicas que muchas veces nos sorprenden pero que nos ayudan a resignificar algunas otras cuestiones y armar hipótesis sobre nuestros pacientes. Es el caso de un joven llamado B que relata en sesión una sensación rara que no lo dejaba en paz:

“es como si viera un cuchillo afilado acá en la sien, la impresión que te da un cuchillo cuando lo ves afilado. Se me viene acá en el medio de la frente (señala con los dedos) y me da una impresión. No sé qué es ni con que tiene que ver pero me molesta mucho”.

Al preguntarle por asociaciones respecto a ese elemento que se reitera, menciona que recuerda a su madre cortando carne y él mirando eso. Luego recuerda que de niño su tío entró a la habitación en donde estaban durmiendo con su tía y tomó un arma del armario, una pistola. Su tía y él fueron amenazados por este hombre con no decir nunca a nadie esto. Refiere que nunca se habló del tema a posteriori, que ni siquiera sabe si su tía lo vio.

A la sesión siguiente B comenta que tuvo un sueño horri-

ble pero antes de contarlo me avisa que teme ser juzgado por mí: "... al final mataba a mi mamá que estaba como endemoniada y no me quedaba otra que matarla con un cuchillo" (Llanto desgarrador).

Para comenzar comentaré que fue sorprendente escuchar a B relatando esta sensación que se le empezó a reiterar. ¿Está surgiendo su parte psicótica de la personalidad? ¿Es psicótica? ¿Llegamos a un punto oculto que hasta ahora estaba velado? ¿Habrá podido confiar en la analista para poder apalabrar esta sensación? ¿De dónde viene esto? ¿Qué sentido le está dando? ¿El sueño que dice tener es realmente un sueño?

¿Cómo escuchamos a través de los aportes de Bion a este paciente? ¿Cómo podría ayudarnos a pensar lo que le está pasando?

El autor nos introduce la conceptualización de la función alfa. La define como transformadora y esencial para el desarrollo del pensar. Se trata de tomar emociones, experiencias e impresiones sensoriales para transformarlas en elementos alfa, adecuados para ser almacenados y producir pensamientos tanto conscientes como inconscientes que serán utilizados luego para crear pensamientos oníricos, recuerdos, sueños.

Podemos pensar que algo de la función alfa en B se encuentra perturbada. La impresión en la sien, la sensación filosa del cuchillo podemos interpretarla como la aparición de una sensorialidad no procesada, como un elemento beta vivido como una cosa en sí misma (de hecho no logra asociarlo con nada al comienzo), no digerido, no pudiendo ser pensado ni integrado y es utilizado para ser evacuado a través de la iden-

tificación proyectiva. Bion nos dice que el paciente se siente incapaz de saber cuál es el significado de eso que le sucede. En *Volviendo a pensar* agrega que “*Como esos objetos expelidos por identificación proyectiva se vuelven infinitamente peores después de la expulsión que lo que eran cuando fueron originariamente expelidos, el paciente se siente forzado, asaltado, y torturado por este reingreso, aun deseado por él*”.¹

¿Lo que reingresa tendría que ver con el odio hacia su madre? ¿está surgiendo aquí el terror a morir? ¿Un temor a destruirla o dañarse? ¿No tolera amarla y odiarla? ¿Habrá un temor a la retaliación?

Gracias a la función alfa acumulamos experiencias emocionales, aprendemos de ellas y tanto las emociones como los pensamientos que al principio fueron conscientes (mientras que la madre cortaba la carne) se convierten en inconscientes gracias a la barrera de contacto. La función alfa en B es necesaria para enviar a lo inconsciente su pensar, cuando necesita liberar a la conciencia de la carga del pensamiento pero en su caso está dañada. El paciente siempre se queja de lo agotado que está de pensar y agrega que la sensación en la sien se había incrementado antes de dormir, cuando no podía conciliar el sueño. “*El sueño constituye una barrera contra los fenómenos mentales que pueden abrumar al paciente*”.² Hipotetizamos que no podía dormir por la saturación de elementos beta impidiéndole soñar, no pudiendo quedarse dormido. Sin el aparato para pensar, no podemos dormir.

1 W. Bion: “Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas” (1957), en *Volviendo a pensar*, Buenos Aires: Hormé, 1972.

2 W. Bion: *Aprendiendo de la experiencia*, Cap. VII, p. 44. 1ª ed., Buenos Aires: Paidós, 2015.

Sobre los elementos beta Bion menciona: *“si existen solo elementos beta que no pueden ser hechos inconscientes, no puede haber represión, supresión o aprendizaje. Esto da la impresión de que el paciente es incapaz de discriminar. No puede dejar de captar cada estímulo sensorial; sin embargo tal hipersensibilidad no significa un contacto con la realidad.”*³

Es interesante leer esto ya que se resignificaron los comentarios en voz alta del paciente, ya que cada vez que oía un ruido dentro de mi espacio o en el de él exclamaba: “¡Ay! Pasó una moto”, “¡Ay! Pasó una ambulancia” (haciendo un gesto facial de incomodidad casi de dolor en sus oídos o de risita). Bion menciona en *Aprendiendo de la experiencia* que estos pacientes nos invitan a decir: ¿y con eso qué? ya que no tienen la capacidad de sugerir una línea de pensamiento.

El autor nos hace pensar en cómo vivencia estos estímulos auditivos y cómo se desembaraza de los mismos, ¿Por qué necesita mencionarlo en voz alta? *“Una sonrisa o una frase dicha debe interpretarse como un movimiento muscular de evacuación y no como una comunicación de sentimientos”*⁴

Asimismo, nos preguntamos cómo escucha las interpretaciones o señalamientos. Un detalle a observar es la cara que pone cuando escucha: frunce el ceño, achica los ojos, realiza una mueca. ¿Estará vivenciándolo como si fuera un objeto que se le viene encima y la dañará?

Con todo esto que fuimos desarrollando, articulando la teoría con la clínica, llegamos a un nuevo pensamiento.

3 W. Bion: *Aprendiendo de la experiencia*, Cap. VII, p. 36. 1ª ed., Buenos Aires: Paidós, 2015.

4 W. Bion: *Aprendiendo de la experiencia*, Cap. VII, p. 42. 1ª ed., Buenos Aires: Paidós, 2015.

El sueño que B dice haber tenido podemos pensarlo como una transformación en alucinosis. Es difícil de distinguir porque estos pacientes lo llamarán “sueño”, pero podemos inferir que se trató de un fenómeno oniroide incluso por la reacción de llanto desgarrador al contarlo. Oculta que su aparato para pensar en realidad es ensoñación. La alucinosis es una forma de transformación de los elementos beta; vía la identificación proyectiva, procesa los elementos beta.

¿Cómo sucede esto? ¿Cómo lo podemos contener?

Primero diremos que la transformación en alucinosis abarca una gama de fenómenos que se desarrollan en el área psicótica de la personalidad. Este fenómeno que surgió en B es un equivalente a un sueño o recuerdo que puede traer una personalidad neurótica.

Podemos pensarla como una transformación de O (puede haber más sanas o más patológicas). Hipotetizamos que el origen fue una catástrofe primitiva, influenciada por una madre que no ha podido funcionar adecuadamente, que probablemente no haya podido contener los terrores y angustias del paciente sumado a una poca capacidad de tolerar la frustración de bebé B.

La parte psicótica de la personalidad de este paciente que utiliza la transformación en alucinosis considera que sus “creaciones” son el resultado de su capacidad de rodearse de un universo generado por él mismo y que le otorga un método “infalible” para no tener que sufrir el dolor de la frustración. El paciente “cree” que todo lo suyo creado es superior y niega la existencia de una realidad externa que la amenaza con el sufrimiento del dolor psíquico. La única “realidad” en la que cree es aquella generada por sí mismo a través de la alucinosis.

Esto se observa mucho en el paciente en el vínculo con su pareja y madre con las eternas peleas y discusiones porque no hacen lo que él haría, no comprende cómo pueden ser tan ignorantes, que no ven lo obvio, que lo necesitan para todo, que queja de que él tiene que hacer todo.

Respecto a la actitud analítica que podemos tomar, Bion nos sugiere que podríamos funcionar sin moral, bajo la empatía y capacidad de *rêverie* que su madre no ha podido tener, primero pensando nosotros ya que el pensamiento primero viene de afuera y a la vez, recibiendo y conteniendo sus angustias psicóticas, sin devolverlas de modo prematuro con interpretaciones precipitadas o teóricas que podrían ser tomadas como ataques.

Bion entiende a la capacidad de *rêverie* como la fuente psicológica que satisface las necesidades del niño de amor y comprensión. La piensa como inseparable del contenido, porque uno depende del otro ya que si la madre que alimenta no tiene capacidad de *rêverie* o si el *rêverie* se da pero no es asociado con amor, esto el bebé lo sentirá ya que se le transmitirá la cualidad psíquica. El impacto que reciben de uno sobre el otro es una experiencia emocional susceptible de ser *transformada* por la función alfa.

Ahora, si nos detenemos a pensar un poco en el origen de esto... ¿qué pasó con B, con su aparato para pensar?

Bion nos hace verlo desde dos vértices, es decir, pensar en el vínculo continente-contenido. Del lado de la madre, imaginamos a una mamá con muy poca capacidad de *rêverie*, que no pudo proveer un sentido al cúmulo de sentimientos proyectados por bebé Belén. Pudo haber habido una realización negativa y no ser tolerada, con lo cual los pensamientos

se vieron dificultados a desarrollarse. Pensamos en una mamá que no ordenó el caos, no pudiendo devolverlo de modo más mitigado. ¿Ayudó en la digestión de todos esos contenidos caóticos? Pareciera ser que B tuvo una mamá muy dedicada a las necesidades básicas como comer, dormir y bañarse pero no aparece desde el relato de B como una mamá continente.

Del lado de bebé B podemos pensar en su capacidad de tolerancia a la frustración ¿qué pudo hacer con su no pecho? ¿Modificó-a la realidad frustrante o la evadió-e? El papel de la frustración es fundamental ya que si el bebé tolera la frustración, el no pecho adentro deviene en pensamiento y se desarrolla un aparato para pensar. Un lactante capaz de tolerar frustración puede permitirse tener un sentido de la realidad. Si su intolerancia a la frustración va más allá de cierto límite, comienzan a funcionar los mecanismos omnipotentes como los que muestra B.

Algunas conclusiones...

Lo que se puede considerar en esta viñeta clínica es que las imágenes visuales de B memorizadas y los estímulos auditivos de una sesión viraron en una alucinosis que pudo ser apalabrada. Sin la capacidad de *rêverie*, probablemente transmitida en las sesiones, tanto las impresiones sensoriales como las emociones habrían quedado en estado primitivo como algo no digerido ni pensado. Esta vez pudieron ser toleradas por la analista que contuvo la parte psicótica de la personalidad, ayudó a conectar con algún otro elemento disperso, a integrar un poquito con el fin último de crear un aparato para pensar, empezar a fabricar elementos alfa que le permitan llegar a algo del orden de la abstracción. Esto llevará mucho tiempo y paciencia.

El analista en función *rêverie* implica un estado anímico abierto a recibir cualquier objeto del paciente, capaz de contener las identificaciones proyectivas sentidas como buenas o malas. Fue fundamental primero la contención de la impresión del cuchillo, no tomado como alarma sino para ver juntos de que se trataba. Luego, en un segundo momento, la contención del “sueño”-“alucinosis” porque temía ser juzgado; ese “sueño” para él era una “bomba”, no podía tolerarlo, se sentía muy culpable. Esta capacidad en el analista hace que B pueda mitigar su odio y frustración y empezar a pensar en ese amor y odio que siente por su mamá así como pensar sus partes odiadas.

Por último, podemos pensar que el odio de B ataca la función alfa, no dejándola pensar y no permitiéndole llegar a K. La primera manifestación de K es entre la madre y el lactante, es resultante de Contenido-Conteniente: es una relación comensal de conocimiento, abstracta, de crecimiento en donde ambos sacan provecho, hay beneficio mutuo y logran crecer mentalmente.

El camino analítico con B consistiría entonces en el pasaje de -K a K. ¿A qué me refiero con esto? A que B se muestra muchas veces afirmándose como superior encontrando fallas en todo y en todos. Él es “super” YO, con fantasías de omnisciencia (“yo lo haré, lo lograré, no como mamá que no puede nada”) producto de la intolerancia a la frustración; no logra comprender cómo los demás pueden fallarle o no entender lo que pide o dice. Entonces si pensamos que B viene de -K (-Contenido -Conteniente), tendremos que pensar en la destrucción del aprendizaje y el des-aprender y que probablemente las interpretaciones pueden estar siendo despojadas de sentido o sentidas como misiles.

¿Hacia dónde vamos...?

Para comprender el funcionamiento de la parte más primitiva de la mente, Bion nos dice que será necesario...

- “Que el analista utilice teorías en las que esta modalidad de transformación, más arcaica y menos lógica, adquiera significado y por lo tanto posibilite su esclarecimiento”⁵ Bion nos dice que es fundamental trabajar “sin memoria y sin deseo”, es decir, por fuera de la sesión podemos pensar, recordar teorías, leer pero en el encuentro con el paciente que la memoria quede en suspenso, el *furor curandis* o el deseo de que le vaya bien al paciente dejarlo de lado. Que todo aquello quede tras nuestra barrera de contacto, trabajándolo en nuestro análisis y supervisión, todo esto para que nos deje vivenciar una experiencia nueva, única e irrepetible que es la sesión. De esa forma construiremos un vínculo de Conocimiento.
- Como analistas, “aplicar el signo O a todo lo desconocido del paciente, o sea, su realidad psíquica que se manifiesta a través de las múltiples transformaciones que efectúa⁶ sus asociaciones, sus gestos y conductas. No solo lo desconocido del paciente es O, sino que “el vértice psicoanalítico es O, lo desconocido, lo nuevo, lo

5 León Grinberg, Darío Sor y Elizabeth T. Bianchedi: *Nueva introducción a las ideas de Bion*. cap: transformaciones, p. 81. Madrid: Tecnopublicaciones, 1991.

6 León Grinberg, Darío Sor y Elizabeth T. Bianchedi: *Nueva introducción a las ideas de Bion*. cap: transformaciones, p. 82. Madrid: Tecnopublicaciones, 1991.

*que aún no ha evolucionado hasta que nuestra intuición lo capta y le da coherencia”.*⁷

- Construir el vínculo K: el conocimiento es producto de un vínculo en donde la confianza es fundamental. El vínculo K implica a un sujeto que busca por introspección conocer la verdad acerca de sí mismo. Representa también la relación psicoanalítica entre un analista y un paciente (continente – contenido): conocer la verdad acerca de uno mismo es una función de la personalidad.

* La transformación K → O. como la que posibilita alcanzar el conocimiento más profundo y vivencial de la realidad psíquica: el «devenir O» pero para ello, habremos de trabajar con mucha paciencia en los avatares de las resistencias tanto nuestras como las del paciente.

- Dar valor al rol de la identificación proyectiva en la parte psicótica de la personalidad como reemplazante de la regresión en la parte neurótica de la personalidad. No rechazaremos la identificación proyectiva. El ataque destructivo del paciente a su yo y la sustitución de la identificación proyectiva por la represión e introyección deben ser elaboradas.
- No olvidar que la parte psicótica de la personalidad, entendida como un estado mental, coexiste con la personalidad no psicótica. El paciente evidenciará,

7 León Grinberg, Darío Sor y Elizabeth T. Bianchedi: *Nueva introducción a las ideas de Bion*. cap: transformaciones, p. 86. Madrid: Tecnopublicaciones, 1991.

según el momento, mayor predominio de una o de otra. En la psicosis, una parte neurótica estará oculta por la psicosis y viceversa, por ende, el área que esté oculta debe ser descubierta y elaborada.

Se seguirá ampliando nuestro aparato para pensar...

Bibliografía

Bion, W. (2000). *Elementos del psicoanálisis*. Cap. I, III y V. Buenos Aires: Lumen.

Bion, W. (2015). *Aprendiendo de la experiencia*. Cap. I, II, III y IV, VI, VII, VIII, XIV, XV, Cap. XII, Cap. XVI al XXII, XXVII, XXVIII. Buenos Aires: Paidós.

Bion, W. (1972), *Volviendo a pensar*. Cap. 5, 6, 7, 8 y 9. Buenos Aires: Hormé.

Bion, W. (1970). *Atención e interpretación*. Cap. 2, 3, 7, 8 y 11. Buenos Aires: Paidós.

Grinberg, L; Tabak de Bianchedi, E.; Sor, D. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Cap 3, 4, 5 y 6, Madrid: Tecnipublicaciones.

Grinberg, L.: Enfoque de las psicosis desde el «Vértice» de Bion.

<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/14708/14584>