

DES-MENTALIZACIÓN EN LAS DEPRESIONES SOMATIZADAS.

José Antonio Lorén Camarero (*)

Con ocasión de los Encuentros Bion en Puerto Alegre, Brasil, 2011, presenté el material clínico de una paciente veinteañera con obesidad mórbida (145 Kg.) que por razones de confidencialidad no se publicó. Sin embargo, me permitió adentrarme en la investigación de lo que llamo “depresiones somatizadas”, de las que empiezo a tener cierta casuística. Después de algunas consideraciones teóricas,. resumiré dos casos clínicos.

Mi interés por lo psicósomático, desde el vértice psicoanalítico, es antiguo, anterior a mi formación analítica y, seguro que con conexiones de mi genética y epigenética. Trabajando en el Hospital Psiquiátrico Universitario de Cery (Prof. Christian Müller) de Lausana (Suiza), país en el que, durante los 10 años de permanencia, me especialicé en Psiquiatría y Psicoterapia y en el que inicié mi formación psicoanalítica (análisis personal y primeros seminarios) , siempre recordaré una paciente que oscilaba entre dicho hospital , por crisis depresivas, y el Hospital General por " status asmáticus". Por aquel entonces Bion debía estar trabajando sus conceptos sobre lo proto-mental somato-psicótico, pero yo estaba en otra onda... - La relación mente/cuerpo siempre me pareció evidente e indisoluble y sigo pensándolo hoy. La cuestión es el cómo se ve dicha relación y el vértice que interese al investigador. Por mi parte tengo publicados suficientes trabajos sobre el tema como para haber recibido el Premio Jaime Tomás de la Revista de Psicoterapia y Psicósomática de Madrid, en 2005, por el conjunto de ellos. Jaime Tomás, bien conocido de ustedes , fue presidente durante muchos años del IEPPM , después de su llegada de Argentina.

Dada mi formación en la Suiza francesa, mis primeras referencias teóricas estuvieron ligadas al modelo de la Escuela de Psicósomática de Paris, creada por P. Marty. Tuve el placer de conocerlo personalmente por un doble motivo: 1º – Me entrevistó para mi acceso a Candidato en el aquel entonces Grupo de Psicoanálisis de Madrid (principio de los años de 1970), y 2º- Discutí con él, en unos encuentros en Bilbao , 1986 , mi trabajo “ Vértices psicoanalíticos de la investigación psicósomática. Una aproximación desde Bion al pensamiento operatorio” (Lorén. Promolibro. Valencia. 1994. cap.. 1). Él y su escuela (De M´ Uzan , David, etc) estaban inmersos en su “Investigación psicósomática” (1963) y sus desarrollos: “El pensamiento operatorio”(1963), “ El orden psicósomático.” (1980) , etc. etc.

Pero yo había conocido a Bion a partir de dos Seminarios y dos Supervisiones con León Grinberg en Madrid durante los ochenta. Además, me interesé por el trabajo de David Liberman y sus colaboradores: "Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicosomática" (1986, 2ª edición), al que también tuve el placer de conocer en Valencia y pedirle su opinión sobre mi trabajo para ser Miembro Asociado de la APM.

. Desde entonces mi praxis, y mis investigaciones teóricas, se han asentado fundamentalmente en el modelo bioniano y postbioniano sobre el que quiero escribir algunas palabras , a modo de síntesis, para apoyar el título de este trabajo. Espero que me perdonen aquellos de ustedes para los que sus conceptos les sean bien conocidos.

Sostiene Bion que el **desarrollo** y **uso** de la mente humana, individual y grupal, se lleva a cabo a través del "Aprendizaje por la experiencia" (1962) de una serie de **factores y funciones** de la personalidad en una **relación vincular continente-contenido** que están sostenidas por los " Elementos del psicoanálisis" (1963): **Amor, Odio, Conocimiento**, o sus equivalentes negativos: -- **A.-O.-C.** en patología (de los que siempre habló pero nunca representó en esa figuración de su teoría que es la **Tabla** (1977). En "Atención e interpretación" (1970) resumirá , tomándolo de la biología, que el vínculo (para él es más importante que las partes) adquiere una forma parasitaria, simbiótica o comensal , según que el continente destruya al contenido, o viceversa; ambos se enriquezcan , con exclusión de terceros; o lo hagan incluyendo a terceros. No puedo resumir más un modelo aparentemente tan complejo y sin embargo tan simple.

Quisiera ahora introducir brevemente el **instrumento de notación (La Tabla)** de los acontecimientos que ocurren en una sesión analítica , y que hay que recoger fuera de la misma. Con ella Bion intentó acercarse al **ideal de un psicoanálisis científico**, es decir, un método de observación que **registra hechos**, los repite una y otra vez, y espera de encontrar el " hecho seleccionado" (Poincaré) que reúna elementos dispersos que han adquirido significado; o, a partir de M. Klein (1946), en la alternancia permanente de posiciones SP--D.de los elementos psicoanalíticos en juego durante el trabajo analítico. La contrastación con otros colegas de los resultados de una determinada experiencia , por ejemplo una sesión clínica, siguiendo este sistema de notación , podría llevar a un mayor al "sentido común abstracto" entre nosotros, y porque no con otras disciplinas: neurociencias, genética, epigenética, física cuántica, matemáticas , etc. En su libro : "Entrelazamiento. Un ensayo psicoanalítico" (2011), L. Stitzman va por este camino.

. Que yo sepa Bion no ha tenido demasiado éxito en la aplicación de su Tabla entre colegas. No es mi caso .Es práctica , y resume "en una ojeada " su modelo teórico sobre la

construcción del pensamiento (podemos llamarle "mentalización", acceso al pensamiento simbólico, o abstracción) y su uso .

Se trata de en un sistema de coordenadas cartesianas en el que en el eje vertical , o genético, Bion va dando cuenta del desarrollo del aparato para pensar los pensamientos , preexistentes al pensador, según él , y en el eje horizontal el uso que la personalidad , siempre en evolución (positiva o negativa) hace de dicho aparato.

En el **eje vertical** , los elementos psicoanalíticos han sido nominados con **letras** del alfabeto, **de A a H**; en el **eje horizontal**, de usos, por **números, del 1 a ...n..** En el vértice de las coordenadas ,**el O**, la casilla está vacía, para significar que dicho O es irrepresentable e incognoscible.. Aparecen después: **A** (los **elementos beta**: senso-percepciones originarias sin sentido ni significado, como pensamientos y sentimientos en busca de un pensador que lo piense y un sentidor que los sienta; , al igual que " Personajes en busca de un autor" de Pirandello).. Luego **B**, los **elementos alfa**, derivados de la función alfa del objeto primario que transforma las senso-percepciones B en elementos que vinculan emocionalmente al bebe con su objeto primario, cargándolo de un significante emocional pero sin representaciones asociadas, o muy parcialmente asociadas. A medida en la que las emociones adquieren **figurabilidad** (y esta es **la tesis de este trabajo, en el sentido negativo**) se construye la barrera de elementos alfa (el preconscious freudiano) que permite la construcción de un relato, en el espacio-tiempo, de las experiencias vividas, y su manifestación en forma de **pensamientos oníricos, sueños o mitos: (columna C)** . Con ello entramos en el terreno de lo neurótico y el inicio del pensamiento simbólico. Con C establecemos **pre-concepciones (columna D)** de la realidad, que están ya más cercanas al principio del placer freudiano , pero que aún necesitan de un apareamiento **positivo** entre la preconcepción y su realización en el mundo externo, es decir, gratificaciones en presencia del objeto, para crear **concepciones (columna E)**. Si la realización a sido negativa, es decir en ausencia del objeto y con tolerancia a la frustración que ello implica, las concepciones se convierten en **conceptos (Columna F)** y el principio del pensamiento simbólico propiamente dicho .Los conceptos asociados lógicamente devienen **sistemas deductivo-científicos (columna G)** y éstos en el pensamiento más abstracto , el **cálculo algebraico (columna H)**..

Si pasamos ahora **al eje horizontal , o de usos**, de la Tabla, nos encontramos 1º con la **columna 1, hipótesis definitoria**, significante de hechos que se encuentran en conjunción constante, con significación pero sin significado , excluyendo todas las otras conjunciones previamente registradas; ejemplo, "usted esta leyendo ahora este trabajo". Como observa

López Corvo (2010) en su “Diccionario de la obra de W.R.Bion “, página 321, el contenido de una sesión analítica constituye una hipótesis definitoria que, a su vez, representa la **Transformación** (Bion.1965) **de una experiencia emocional O, en un producto final** (T-beta, paciente) , el cual es presentado en la sesión y cuya comprensión permite la **interpretación como Transformación del analista** (T-beta analista). **La columna 2** es usada para notar afirmaciones falsas que sirven al paciente para crear sus propias teorías acerca de sí mismo y de la realidad que le rodea; es el concepto clásico de **resistencia**, **aunque en esta columna Bion incluye todo tipo de patología**. **La 3ª**, tiene que ver con la **memoria** que anota registros o enunciados que se unen en una conjunción constante con otros, previamente registrados. **La columna 4** tiene que ver con lo que Freud llamó “**atención flotante**”, y que en mis desarrollos de la Tabla he puesto anterior a la memoria, en el sentido que en una sesión primero hay que estar con “**todos los sentidos en atención flotante**” para luego trabajar, por lo menos al principio , sin memoria, deseo o conocimiento , como nos propone Bion, para hacer un trabajo creativo. **La columna 5** está relacionada con la **indagación**. , para ampliar el conocimiento con nuevos aportes a los hechos antes de alcanzar , **la acción interpretativa** (**Columna 6**) que puede tener **n... derivadas** (**Columna 7**). En mi revisión de la Tabla introduzco (Anexo 3., Desarrollo 2) la **discriminación y la previsión** entre la indagación y la interpretación para significar que el analista está en posición depresiva antes de efectuar ésta..

En **2006** publiqué en la Revista de Psicoterapia y Psicopatología de Madrid un trabajo titulado “ **Desarrollos de lo psicopatológico en la tabla de Bion**”.. Está relacionado con el tema que nos ocupa y es secuencial a mi libro “**Del sinsentido a la abstracción**” (Lorén. **2003**) y mi trabajo “ **Desarrollos de la tabla de Bion**” Lorén **2006** , subtítulo del anterior. Resumiré lo más brevemente que sepa las ideas que nos interesan aquí, pues tienen que ver con mis desarrollos de la **Tabla negativa o de cuatro cuadrantes**, como yo la llamo, y la inscripción en la misma de los fenómenos psicopatológicos de las depresiones mal o no elaboradas.

Retomaré los capítulos 1º, 2º y 6º del libro ya que tratan más directamente del tema. Al primero lo llamo “ Lo imaginario y la psicosis” , el 2º habla de “**Acción y actuación**”, el 6º del “ **Sentido , significado y uso de los sueños**”.

En el 1º establezco la correlación entre las manifestaciones psicóticas y psicopatológicas de las que ya les hice mención al principio cuando les hablaba de aquella

paciente que oscilada entre hospitalizaciones psiquiátricas por estados depresivos y hospitalizaciones por estados asmáticos graves. Me cito:” En “Del sinsentido a la abstracción” , pagina 19, capítulo 1º , digo: En el “mundo operatorio” y en el “ pensamiento operatorio” descritos por P. Marty y M. De M’Uzan (1962) no hay espacio para lo imaginario, la ilusión. La personalidad con este tipo de pensamiento y acción establece unos vínculos con su realidad interna y/o externa parecidos a los que la Biblia describe entre Santo Tomás y su Dios: no creerá en su resurrección (la persistencia internalizada del objeto ausente y la expectativa confiada en su vuelta) si no lo ve con sus ojos y mete sus manos en las llagas de sus heridas. Esta dependencia de lo sensorial (lo proto-mental en mi Tabla. Anexo 7. Desarrollo 6) implica , generalmente, un uso defensivo de dicha sensorialidad frente a la posición depresiva , mediante mecanismos SP, controles maníaco omnipotentes, negación, identificación proyectiva excesiva, etc. Sin ellos el paciente está abocado a la desorganización psicótica , versus somática, pero prefieren esta última más manejable para ellos. El psicósomático, o bien no ha podido construir un imaginario (hilera C de la Tabla ; el preconsciente freudiano , aplanado según los psicomatólogos de la escuela de P. Marty), o bien se encuentra en un estado de regresión o de desorganización mental progresiva, que lo inunda de ansiedad, temor, o “terror sin nombre” (Bion) y no le permite usar lo imaginario , sinónimo para él de locura. Para el psicósomático , los sentidos, el sentir en el ámbito corporal , sostiene su identidad momentánea o permanentemente , es un continente que le da seguridad, pero que, por su rigidez, puede abocarlos a la muerte por estrés o agotamiento defensivo.

A diferencia del psicósomático , si de algo exagera el psicótico es de un exceso de imaginario, pero de un imaginario iluso, ya que no es el resultado de la construcción de una “barrera de elementos alfa” (hilera C de la Tabla) que separa consciente de inconsciente accediendo a la función simbólica , sino que los elementos mentales dispersos por el terror sin nombre de la crisis psicótica se contienen con una “pantalla de elementos beta” que, como aglomerados de restos del ello, yo, superyo y realidad construirán un “objeto bizarro” (Bion) de alucinaciones y delirios. Reorganización defensiva asentada en la identificación proyectiva excesiva y omnipotente.”

Darío Arce presentó en el reciente Congreso de Praga de la IPA, un trabajo muy interesante relacionando la formación del objeto bizarro con la reversión de la función alfa. A leer cuando lo publique..

En el capítulo 2º enfoco la diferencia entre el una acción eficaz y la actuación . Para la Escuela de Paris la actuación se manifiesta por el “pensamiento operatorio” , un estado-comportamiento des-mentalizado que aparece en las neurosis de carácter y sobre todo de comportamiento. En la clínica se presenta primero lo que P. Marty llama “depresión esencial” (1966), para instalarse luego la “vida-operatoria” (1962). La acción adecuada y eficaz sería propia de la salud mental, y parte de las organizaciones neuróticas clásicas freudianas.

Bion da una definición a mi entender muy completa e interesante de la acción (Desarrollo 3 de la Tabla. Anexo 4) . Nos dice en “Atención e interpretación” (1970) que **un acto** es la resultante de un pensamiento capaz de contener y expresar el “**lenguaje de realización**” . Acto verbal o no, que posee “la capacidad negativa de expresar los hechos desde la tolerancia a la duda , la incertidumbre , sin un ansia exagerada de llegar a los mismos a través de la razón”. Integra sensaciones, sentimientos , conjeturas imaginativas, concepciones, conceptos . es decir, un desarrollo del eje vertical de la Tabla . Hechos que han pasado el suficiente número de veces por aquellos estados de atención, memoria, indagación , discriminación y previsión necesarios, antes de ser formulados como ..n : ..Bn..Cn..Dn..Fn (eje horizontal). Significativamente Bion no incluye en ella Gn ni Hn, dejando vacías las casillas correspondientes a los sistemas deductivo-científicos y al cálculo algebraico. Supongo que porque necesitan una mayor elaboración dentro del pensamiento analítico.

En mi desarrollo 3 de la Tabla, considero que el lenguaje de realización bioniano implica el deseo y la voluntad conscientes o inconscientes de que las acciones (la interpretación analítica, por ejemplo), estén impregnadas de ética, estética, verdad, libertad, legalidad y creatividad. Algo que se acercaría a lo que podemos llamar “salud mental”.

En cuanto a la **actuación** , podríamos considerarla como un fracaso , por carencia, fijación o regresión del conjunto o parte de los elementos anteriormente definidos. Esto implica un cortocircuito, y/o aislamiento, por fracaso de los procesos represivos del preconscious, con predominio de defensas pregenitales preedípicas: identificación proyectiva excesiva, desestimación, desmentida, negación, etc .En la clínica veremos aparecer descargas motoras tales como los tics, angustia inespecífica, más o menos somatizada, preocupaciones (no previsiones anticipatorias) de contenido más o menos paranoide , hipocondría , etc

El capítulo sexto de mi libro, que trata del “**Sentido y significado de los sueños**” ,I viene a colación aquí por la ausencia de los mismos en las depresiones somatizadas. Su aparición es un buen síntoma respecto de la evolución del trabajo analítico.

Cuando Freud, en el capítulo 6º de la Interpretación de los sueños” (1900-1901) habla del “trabajo del sueño” a través desplazamientos, condensaciones, figurabilidad y elaboraciones secundarias , no atribuye a la figurabilidad una cualidad particularmente creativa. La ve más como una defensa para burlar la censura al estar los “pensamientos del sueño” más directamente ligados al deseo infantil inconsciente reactivado por los estos diurnos. En este sentido , no hay gran diferencia entre el trabajo del sueño y la construcción del síntoma neurótico. Sostengo, sin embargo, en acuerdo con Bion (1962) y Meltzer (1987) (1990) que, el trabajo del sueño, en particular la **figurabilidad** , como actividad mental propia del pensar en imágenes, no sólo puede ser defensiva , por ejemplo, los llamados sueños evacuativos por exceso de identificación proyectiva, sino un paso para empezar a dar sentido y significado a las experiencias emocionales más primarias Se pasa con ella de lo proto-mental a lo pre-mental, gracias al ejercicio de la función de ensoñación de la madre o su sustituto, la función alfa.

Dice Bion en el capítulo 2º de “Aprendiendo de la experiencia: 1- Una experiencia emocional que ocurra durante un sueño...no difiere de otra en estado de vigilia...las percepciones de las mismas tienen que ser elaboradas por la función alfa antes de poder ser usadas por los pensamientos oníricos. 2- La función alfa opera sobre las impresiones sensoriales cualesquiera que sean, y las emociones, cualesquiera que sean las que el paciente acepta. Si opera con éxito produce elementos alfa...a los que considero aquellos que resultan adecuados para ser almacenados y satisfacer los requisitos de los pensamientos oníricos. . Si está perturbada las impresiones sensoriales y las emociones permanecen inmodificadas y son sentidas como lo que llamaré “elementos beta” , no fenómenos (en sentido kantiano de las cualidades primarias y secundarias de las cosas) sino “ cosas-en-si-mismas” .

En la página 13 del libro que resumo, tiene el lector una construcción imaginativa propia en la que la mamá alimenta a su bebé. Me sirve para ilustrar lo anteriormente expuesto, la construcción de la hilera C de la Tabla.. Remito al lector allí para no extenderme demasiado en el texto.

En su libro “La figurabilité psychique” (2001), César y Sara Botella andan por un camino análogo o simétrico al propuesto aquí.. También remito al lector a ellos.

Vuelvo ahora al principio y retomo algunas consideraciones teóricas que expuse en Sao Paulo acerca de las depresiones somatizadas. Las ligo a una modalidad de "**Cambio catastrófico**" (Bion.1970) (Sor y Senet.1988) (Lorén.1994) directamente relacionado con duelos traumáticos, no elaborados ni emocional ni mentalmente, y expresados a través de un cuerpo doliente.

Bion publicó un artículo con el concepto de "Cambio catastrófico" en el Boletín Científico de la Sociedad Psicoanalítica Británica nº 5, 1966, en el que en ningún momento menciona la palabra que le da título, pero lo hará en el capítulo 12º de su libro " Atención e interpretación" (1970) al que llama "Continentes y contenidos transformados". Dice de un paciente en análisis: " ...parece que escucha voces, y ve cosas...ahora en el análisis de muestra hostil y confuso...es difícil decir si cuando habla está delirando o deleitándose en sus fantasías. En cualquier caso se ha producido una catástrofe mental" . Esta transformación en cambio catastrófico la define Bion como constituida por los siguientes **factores: 1- Subversión del orden o sistema de las cosas, 2-Sentimiento de desastre en los participantes. 3- Brusquedad y violencia en el cambio 4- Un elemento invariante.** Añade: " El analista debe ser consciente y demostrar que ciertos hechos , que sólo parecen estar cargados emocionalmente de forma externa son, en realidad, los mismos hechos que aparecieron en la época pre-catastrófica pero bajo nombres distintos: tales como : dolores de rodilla, piernas, abdomen, oídos, etc." (al revés de los pacientes de este trabajo, que transformarán sus síntomas depresivo-melancólicos, en síntomas somáticos.).

En general , hablamos de " cambio catastrófico" cuando se produce una ruptura vincular del sistema continente-contenido preexistente, debido a la aparición de un hecho nuevo, que actuará tanto más traumáticamente cuanto más imprevisto Lo significativo es la enorme energía desorganizada (libre , diría Freud, por defusión de la pulsión de muerte) que ha desmantelado, si no hecho polvo, el continente anterior. Será tarea del analista recomponerlo , si es que algo queda del mismo. Trabajo de reconstrucción-construcción.

Dario Sor y Mª Rosa Senet , en su libro " Cambio catrastrófico. Psicoanálisis del darse cuenta " (1988) , profundizan aún más en los efectos del "-cambio catastrófico" sobre la relación continente-contenido y sus elementos: A.O.C . A los factores que Bion describe en el C.C. **añaden tres más : 4- La aparición de turbulencias en el sistema. 4- La transitoriedad . 5-La modificación del diámetro entre SP----D, más un número no determinado ,n...de otras posibilidades.**

El concepto de **turbulencia** está asociado al de acercamiento. Cuando un hecho nuevo se aproxima a la mente no siempre las cosas resultan fáciles para ser incorporadas , aun en

mentes dispuestas para ello. Estos autores describen tres tipos de turbulencias: 1-Por desviación. 2- Por transición de la mente de un punto de invariancia a otro. 3- Por succión nostálgica.

La **agitación por "desviación"** se produce cuando lo novedoso no se articula con lo evidente, en tanto que conocido En la sesión esta desviación turbulenta puede producirse tanto por una interpretación prematura o inadecuada del analista, como por la excesiva rigidez defensiva del paciente. Peor si ambas confluyen . La relación puede estancarse durante años...

Si en el trabajo analítico el analista trabaja a la vez con la "atención" flotante de Freud y "sin memoria, deseo, conocimiento", de Bion, para registrar y acercarse a lo desconocido (las **"Transformaciones en O de Bion"**), la transferencia se presentará a su mente como un contenido a contener y transformar , durante el espacio-tiempo TRANSICIONAL que debería ser el trabajo analítico, hasta que el paciente pueda hacerse cargo de su autoanálisis. " En el apasionado desorden de la entropía negativa alcanza con mayor fuerza a los viajeros que transiten por la zona TRANS. con menor equipaje", dicen Sor y Senet" (Ibid, página 145).

Sor y Senet se preguntan:¿ Cuál es la cesura que requiere ser atravesada para TRANSformar el síntoma de un conocimiento privado del analizando en un conocimiento compartido con el analista , mediante la TRANSferencia? . Tres parecen ser los factores que configuran el estado de cesura en el tránsito mental de SP a D. 1- La necesidad de tomar una decisión (paso del pensamiento omnipotente al de la potencia, por ejemplo). 2- La ruptura de una secuencia emocional previa, el llamado por los geómetras, punto de inflexión 3- La necesidad de que la personalidad se arme de un instrumento para atravesar la cesura. Este instrumento debería poseer las características de ser: precario, pragmático, y altamente adaptativo; además de ser: vital , confiado, optimista, bondadoso e impregnado de paciencia frente a la inseguridad de lo desconocido y a la presión de ya conocido. Por ello, **estos autores modifican símbolo SP<---> D en SP<-----c---D**, en el que c no es la cesura sino el cambio catastrófico como salto físico, emocional y mental que hay que dar para atravesar el espacio-tiempo TRANS de la cesura que se produce cada vez que cambiamos de un estado mental a otro: despierto/dormido, alegre/triste, bebé/niño, niño/púber, púber/adolescente, adolescente/joven adulto, joven/adulto, adulto/viejo.

El tercer tipo de turbulencias, las TURBULENCIAS por **SUCCIÓN NOSTÁLGICA**, son el que más nos interesan en este trabajo. Esto no quiere decir que las otras no se den en un momento dado, como en el funcionamiento grupal en " supuesto básico" : dependencia,

ataque/fuga, apareamiento en el que , si una está más activa, las otras esperan manifestarse por estar también ahí en estado latente.

Este tipo de turbulencias se producen cada vez que situados en D, las D', D'', D''' etc, no incluidas en D (el elemento negativo de toda nominación o vivencia) reclama su existencia. Es como si dijeran a la posición D : " Por favor, no nos olvides" Cuando esta demanda se convierte en exigencia, impuesta por la omnipotencia de lo sensorial, el deseo, o el pensamiento, el resultado es la psicosis o la somatosis.

Paso ahora a ofrecerles sucintamente, por cuestiones de confidencialidad, unas **viñetas clínicas** en las intentaré centrarme en los "hechos seleccionados" que las unen.

1°.- **A**, es está en los sesenta., Consulta a primeros de este año por lo que ella misma define como un estado depresivo crónico, alcoholismo y tabaquismo. Estos dos últimos síntomas (defensas de tipo maníaco que sitúo en el cuadrante 2 de mi Tabla), la culpabilizan mucho pero no puede renunciar a ellos. En otra época sí pudo renunciar a la heroína, que la enganchó durante 6 meses, facilitado por su trabajo en la Salud Pública. Inmediatamente después relata que su padre murió hace años (más de 20) , del cirrosis hepática o cáncer , no sabe muy bien y que lo lloró mucho pues era la "niña de sus ojos"; a diferencia de la madre que no veía más que a su hermana dos años mayor que ella, alta, rubia, con ojos azules como el padre. Ella, como la madre en de tamaño medio, morena, y con una estructura corporal hombruna. Siempre se sintió fea, "aunque me casé con un hombre tan guapo como mi padre", añade. "De poco me ha servido, pues desde que mis hijas crecieron estoy "depre" ya no tengo ganas de ningún tipo de actividad sexual" . Los elementos de rivalidad edípica son evidentes y muestran la parte neurótica de su personalidad, que a lo largo de nuestro trabajo , se presentará como una neurosis de carácter fóbico Pero, rápidamente vuelve a los motivos de su consulta más allá de los síntomas descritos y que conectan con lo somato-psicótico. Dice: " , Mi madre murió hace dos años de cáncer de colon, mi hermana hace un año de cáncer de pulmón , y mi mejor amiga (ex)paciente mía que le había aconsejado hace tiempo un tratamiento conmigo) hace medio año también de otro cáncer ." A mi madre y hermana no pude llorarlas, a ésta sí. (llora)". Añade que padece de colon irritable, que está pendiente de una rectoscopia, y que por una artrosis reumatoide tiene un pié en garra que casi no la deja andar. Sus manos siguen la misma línea. Pero lo que más la preocupa es la falta de ganas de vivir , su aislamiento social, el trabajo rutinario que hace sin ninguna motivación. No es consciente de las identificaciones con la madre y

hermana muertas (“la sombra del objeto cayendo sobre el yo”. Freud) y del hecho que con sus defensas basadas en la negación y la identificación proyectiva excesiva, se está cavando la propia tumba, aparte de los aspectos genéticos cancerosos en la familia materna. Parece que no puede reivindicar su supervivencia a los objetos perdidos, desde su identificación narcisista a los mismos y el temor a entrar en contacto con los elementos de rivalidad violentos pre-edípicos y edípicos. En el tratamiento, dos veces por semana, empieza siempre la sesión renegando de su presencia en el mismo, el sentimiento de que “ esto no sirve para nada”, ¡”de que sirve saber el porque de las cosas si nada cambia”!, etc, etc. , Pero termina por hablar de sus sentimientos de abandono infantiles (los padres, industriales, dejaron a las niñas con la abuela materna , para ocuparse de la empresa y no volvieron hasta que ella tenía 13 años (¡ A buenas horas..! , dirá). Los elementos de su rivalidad celosa con la hermana y madre parecen evidentes y muestran la parte neurótica de su personalidad de estructura fundamentalmente fóbica, que es la que, por ahora, aparece en la transferencia . De momento estoy en una posición continente en el sentido de función alfa, recordando lo que antes les decía acerca de que la personalidad del analista , si quiere ayudar a su paciente a atravesar la cesura en el cambio catastrófico que ambos viven: ser precario, pragmático, adaptativo, vital, optimista, bondadoso, e impregnado de paciencia realista Estado difícil de mantener en una paciente como ésta. Procuro constantemente analizar mi estado contratransferencial y de contraidentificación proyectiva (L.Grinberg) , durante la sesión, para alcanzar parte de dichos objetivos. Se fue este verano muy contenta de poner tierra de por medio recurriendo a la sus consabida defensa maníaca:” seguro que sola saldré adelante”.¡ Si vuelve, nos queda mucho trabajo por hacer! De momento no ha aportado ningún sueño.

2.- B, pasa de los cincuenta. Desde los 23 años está en manos de médicos, psiquiatras, fisioterapeutas. Además, los 5 últimos , en tratamiento psicoterapéutico con una psiquiatra de orientación psicoanalítica. . Es esta última quien me la envía con el sentimiento “ de no puede hacer más por ella” . Aunque se que es una buena profesional, parece que la paciente ha sabido inocularle proyectivamente sus sentimientos de impotencia, desvitalización y venganza esterilizante. .

En efecto, parece que su problema es desesperante..

Cuando veo por primer a vez, empieza por decirme que “ lo suyo no tiene solución y que nadie puede hacer nada por ella”. Pasa , en seguida, a relatarme su historia de enfermedades somáticas como lo haría con cualquier médico o psiquiatra centrado en lo

somático. Es " como sí" el trabajo psicoterapéutico anterior no le sirviese se nada, cosa incierta, como veremos. En estos momentos llevamos año y medio de tratamiento , dos veces por semana.

Como la paciente anterior se considera una depresiva crónica desde que fracasó en la preparación para oposiciones a judicatura, recordando las exigencias superyóicas y del yo ideal de su preparador , que le remiten a su padre, un profesor universitario tan ligado a su trabajo y a su madre, y viceversa, " que no dejaban había espacio para los hijos", dice. . Este padre , de carácter ciclotímico y explosivo, murió de secuelas de in infarto cerebral, con frecuentes hospitalizaciones a lo largo de 10 años " Sin que yo pudiera ocuparme de él, que para eso tenía bastante con mi madre". ." Es la mediana de 5 ." Los dos primeros y los dos últimos formaban pareja, y yo en medio , sin poder apoyarme en nadie. La rara, por ser la única en enfrentarme a papá" , De hecho, es la única que no seguirá la profesión del padre, madre, y hermanos, aunque todos hayan desarrollado una carrera universitaria. Me cuenta que a raíz del fracaso citado entró en una depresión que la llevó a ser tratada durante 10 años con Litio..Dicho tratamiento la llevó a ser operada del tiroides , con la consiguiente extirpación y tratamiento médico actual, repetidas bajas del trabajo, hasta el presente que le han concedido una incapacidad laboral total transitoria y tiene una pensión de invalidez. Luego aparecieron otras enfermedades físicas: Extirpación del útero hace 7 años por un mioma y una endometriosis , que la dejó estéril, Casada, no tenía ni puede tener hijos. . Padece de megacolon, por estreñimiento crónico, y un de un rectocele. También de lumbalgias crónicas por aplastamiento de discos intervertebrales de la columna lumbar. Insomnios y pesadillas alrededor de "algo o alguien que me persigue y me quiere matar de manera sistemática". Sueños no soñados (Bion) que no puede representar visualmente.. Se pasa el tiempo en manos de médicos y psiquiatras y está hipermedicada.. Decido tomarla en tratamiento a razón de dos veces por semana.. Acude regularmente lo que implica, para mí que el tratamiento psicoterapéutico anterior sí que tuvo algún efecto , por lo menos como continente mental estable.

Es una mujer inteligente, culta, sensible , pero en el momento de empezar el tratamiento se presentó como un "puro cultivo de pulsión de muerte (Freud), u oscilando entre la somatosis (cuadrante 2 de la tabla negativa), y la psicosis melancólica. (cuadrante 3 o 4 de la misma). Pienso que aceptó a venir a verme porque de alguna manera había entendido en el tratamiento psicoterapéutico que sus problemas físicos están relacionados con sus estados emocionales y su historia personal, pero demasiado disociados. Amén de que se trataba de una terapeuta mujer , con todo su conflicto de rivalidad con lo femenino y los

beneficios secundarios ligados a su venganza inconsciente hacia ello, empezando por sí misma, en una relación cargada de sado-masochismo. Que retomase el trabajo con un terapeuta varón, y leído en mi página web mi interés por lo poético, además de mi currículum profesional, también influyeron, como hemos podido ver a lo largo de un tratamiento que lleva ahora año y medio en curso. Ha establecido fundamentalmente una transferencia idealizada, en relación con la figura paterna, más continente que la materna desde siempre, entiendo que, posiblemente, se produjo un estancamiento defensivo con la psiquiatra-psicoterapeuta anterior, para no dar salida, como en mi paciente A., a la violencia ligada a su "despecho" pregenital narcisista y su rivalidad edípica con madre y hermanas. Su depresión somatizada constituye, en estos momentos, una manera de sobrevivir, además de la expresión de la venganza narcisista pregenital y edípica hacia las figuras femeninas. El acoplamiento transferencial vincular adhesivo-defensivo (Meltzer) en el que nos encontramos en este momento, la protege de las identificaciones masivas de un continente que destruye al contenido o viceversa, pero no la deja entrar en una relación vincular "secante", en la que parte del contenido contiene al continente, y viceversa y, otra parte está libre para otras relaciones triangulares.

Técnicamente intento acercarme a éste último, como el "cuenta cuentos" que pone imágenes sus estados emocionales en el sentido de la figurabilidad de una función alfa, propuesto en la parte teórica. Es así como hemos recuperado, por momentos su parte vital infantil, como hacía ella con sus amiguitas siendo pequeña y ahora con sus sobrinas. "Se siento mejor con los niños que con los adultos", dice. Añadiendo, "salvo con mi fisioterapeuta (¡una mujer!), y a veces con usted, aunque le tengo miedo; no como a mi padre por sus explosiones, sino porque no se corta nada para hablarme de mis verdades, aunque me duelan".

Valencia, agosto de 2013.

PALABRAS CLAVE

Des-mentalización. Regresión o desorganización progresiva. Pensamiento operatorio. Vida operatoria. La Tabla negativa. Fracaso de la función alfa. Figurabilidad Cambio catastrófico. Turbulencias por succión nostálgica. Disociación. Negación. Identificación proyectiva. Somato-psicótico.

BIBLIOGRAFÍA

- BION, R.W. (1962). "Aprendiendo de la experiencia". B.A. Paidós. 1975.
(1963). "Elementos del psicoanálisis". B.A. Hormé. 1972.
(1965). "Transformaciones". Valencia. Promolibro.2001.
(1970). "Atención e interpretación". B.A. Paidós. 1978.
(1977). "Two papers.The Grid and Caesura". London. Karnac.1989.
- BOTELLA (2001)." La figurabilité psychique". Paris. Delachau y Niestle..
. C. y S
- FREUD, S.. Obras Completas Amorrortu. B. A. (1961).
(1900-1). " La interpretación de los sueños" . 4,5: 1-107.
(1917) . "Duelo y melancolía". 14: 241-256.
(1920). " Más allá del principio del placer". 18: 67-136.
- GRINBERG, L.(1971). " Culpa y depresión". B.A. Paidós.
- KLEIN, M. (1946)."Notas sobre algunos mecanismos esquizoides" En:
Envidia y Gratiitud. O.C. Barcelona. Paidós. 1988.
- LIBERMAN, D.(1986). "Del cuerpo al símbolo). B.A. Ed. Trieb.
Y Col..
- LORÉN J.A.(1995). " Creaciones de la mente" . Valencia. Promolibro.

- (2003). " Del sinsentido a la abstracción". Valencia. Promolibro.
- (2006). " Desarrollos de la tabla de Bion". Madrid. Rev. de Psicoa.
- (2006). " Desarrollos de lo psicossomático en la tabla de Bion"
Madrid. Rev. de Psicoterapia y Psicossomática. nº 63, 7-28.

MARTY,P y (1963). " La pensée operatoire" . Rev. Franc. Psychia.27: 345-356.
De.M´Uzan.

MARTY, P. (1966). " La depression essentielle".Rev. Franc. Psicha. 32:595-598.

(1976). Les mouvements individuels de vie et de mort. Paris. P.U.F.

(1980). L´ ordre psychosomatique. Paris. Payot.

(1990). La psychosomatique del adulte . Paris. P.U.F.

MELTZER,D.(1987) ." Vida onírica". Madrid. Tecnipublicaciones.

(1990) . Metapsicología ampliada". B.A. Spatia.

SOR.D y (1988) "Cambio catastrófico" B.A. Kargieman.

SENET, Mª R.

STILTZMAN,L,(2011). Entrelazamiento. Un estudio psicoanalítico.
Valencia.Promolibro

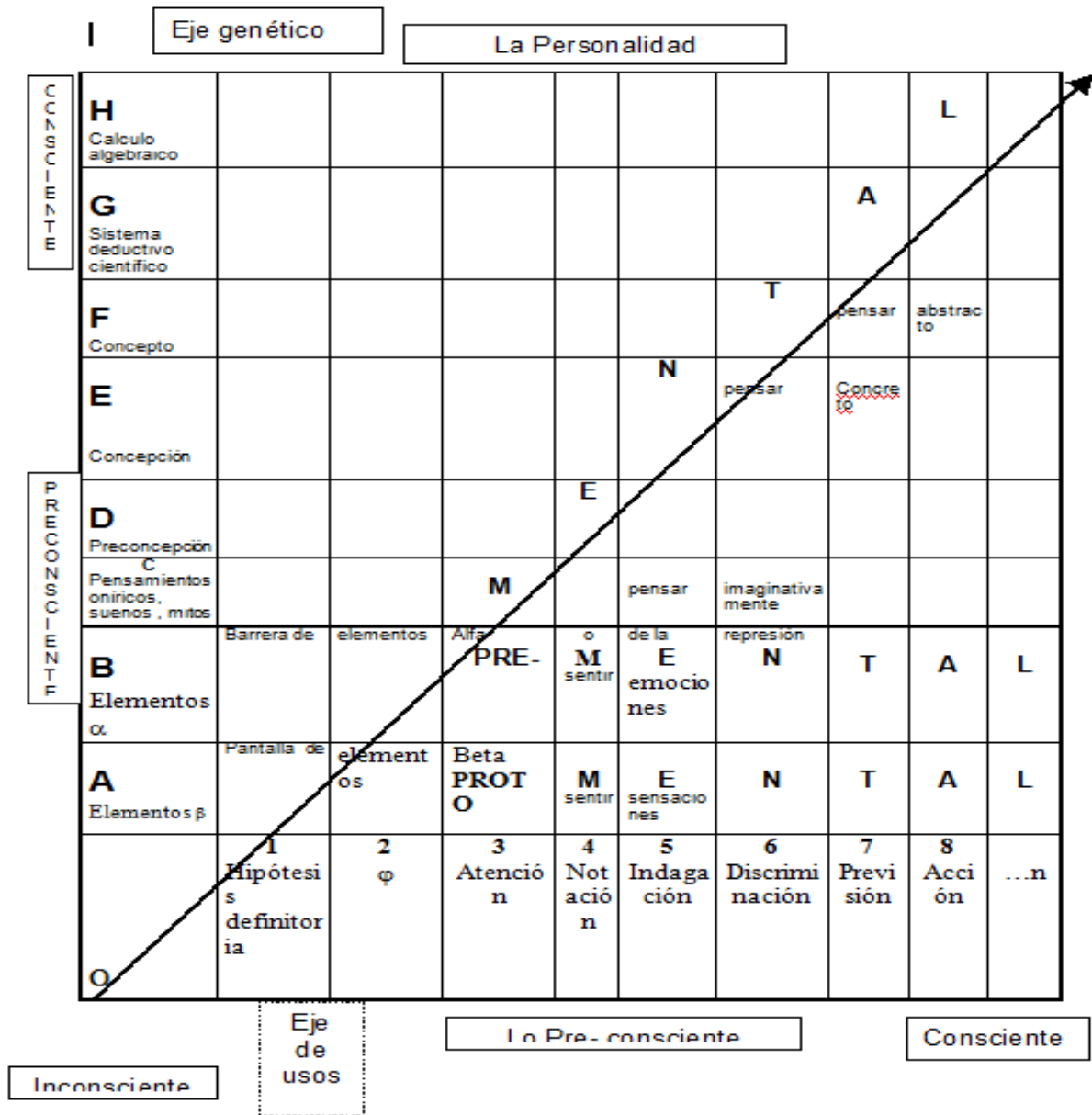
ANEXO I

LA TABLA DE BION

	Hipótesis Definitorias. 1	φ 2	Notación 3	Atención 4	Indagación 5	Acción 6	...n
A Elementos β	A1	A2				A6	
B Elementos α	B1	B2	B3	B4	B5	B6	...Bn
C Pensamientos oníricos, Sueños, mitos	C1	C2	C3	C4	C5	C6	...Cn
D Pre-concepción	D1	D2	D3	D4	D5	D6	...Dn
E Concepción	E1	E2	E3	E4	E5	E6	...En
F Concepto	F1	F2	F3	F4	F5	F6	...Fn
G Sistema deductivo científico		G2					
H Cálculo algebraico							

ANEXO VII

LA TABLA.DESARROLLO 6.



(*) José Antonio Lorén Camarero

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia.

Hizo la especialidad de Psiquiatría y Psicoterapia en la Universidad de Lausana (Suiza), donde inició su formación psicoanalítica.

Actualmente es Miembro Titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (Sociedad componente de la Internacional Psychoanalytical Association)

Director del Centro Psicoanalítico Valenciano (A.P.M.), al que contribuyó a su creación. Ex Director del Instituto Valenciano de Psicoanálisis (A.P.M.), que se encarga de la formación de futuros psicoanalistas.

Desde 1995 es Director científico de la “Colección Psicoanálisis” de la Editorial Promolibro de Valencia, que lleva publicados una cuarentena de títulos.

Tiene publicados medio centenar de trabajos en diversas revistas científicas recogidos, algunos de ellos, en tres libros: “Del diván al círculo” (1985, Tecnipublicaciones, Madrid; reeditado y ampliado en Promolibro, Valencia, 1995) que, en colaboración con Pedro Guillém, aborda la psicoterapia analítica de grupo; “Creaciones de la mente” (Promolibro. Valencia. 1995), que trata de los procesos de la mente en el trabajo creativo; y “Del sinsentido a la abstracción. Desarrollos de la Tabla de Bion” (Promolibro. Valencia. 2003), que amplía la citada tabla en sus aspectos negativos, relacionados con el funcionamiento más primitivo de la psique humana.

Es miembro del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica del que recibió en 2005, el premio “Jaime Tomás” por el conjunto de sus publicaciones en la Revista de Psicoterapia y Psicosomática.

Ejerce su actividad clínica privada, como psiquiatra y psicoanalista en Valencia.

