

LA PROBLEMÁTICA DEL VACÍO MENTAL EN UN CASO DE COLITIS ULCEROSA

Lic. Moira Alquézar, Carolina Di Martino, Pablo Kersner y Dr. Damián Pobihuska

*Nada orgánico carece de sentido,
nada psíquico carece de cuerpo.
Weizsaecker*

Rosalía es una paciente de 45 años. Fue internada en el hospital hace dos meses aproximadamente por un cuadro de colitis ulcerosa. Su médico solicitó una interconsulta con Salud Mental, y allí se estableció la primera entrevista con Psicología, pues se trataría de una enfermedad con componentes psicosomáticos que requeriría un tratamiento psicoterapéutico. Esta es la condición que el médico establece para continuar tratándola por su enfermedad. A partir de esto comienzan a desarrollarse las entrevistas de psicodiagnóstico por consultorio externo.

Rosalía es soltera, vive con sus padres y sus tres hermanos varones de 40, 34 y 31 años, también solteros. Su madre tiene 67 años y 72 su padre. Viven todos en la ciudad de Necochea. Su padre tiene campo y su madre es ama de casa. Trabaja hace 23 años en una empresa en la cual desarrolla todo tipo de tareas administrativas. Se desenvuelve con mucha eficiencia y dice que «defiende a la empresa como si fuera propia» generándole a veces conflictos con sus compañeros. Hace 6 años que está de novia con Federico, de 54 años, divorciado, quien tiene un hijo de 17 años. Dice que nunca pensó en vivir con él, ni formar una familia porque «en mi casa estoy bien».

A partir del caso clínico que presentamos, encontramos que la problemática psicosomática nos plantea el desafío de situarnos en las fronteras entre el cuerpo (como base del yo) y el organismo, entre el psicoanálisis y la medicina, y entre Eros y Tánatos. Hemos pensado desarrollar tres ejes que nos parecen, a la hora de trabajar con el paciente, decisivos para lograr el proceso terapéutico.

Estos ejes son la demanda del paciente, la contra-transferencia del terapeuta y los aspectos psicodinámicos en el paciente con vacío mental.

Desde el comienzo del proceso psicodiagnóstico nos encontramos con una paciente que nos pregunta para qué viene. Esto significa que nosotros en tanto terapeutas debemos darle una respuesta. La primera respuesta con que contamos es la gravedad de su síntoma (colitis ulcerosa por lo cual requirió su primer internación). Cuando le preguntamos por qué cree que ella viene, nos

responde: «porque me manda el doctor». Se trata de una paciente que **nos** pregunta para qué viene y no que **se** pregunta para qué viene.

Entendemos que aquí radica una diferencia sustancial. Una señal de evolución a la largo del proceso terapéutico será que la paciente pudiese lograr este cambio (de sujeto) en la pregunta que nos formula.

Nos preguntamos como terapeutas si es posible que la paciente construya una demanda. La ausencia de la pregunta («me pregunto para qué vengo») implicaría de algún modo el iceberg de una hipotética demanda de tratamiento. Alentamos a que la paciente construya una demanda. Sabemos que sin demanda no hay tratamiento psicoterapéutico. Tal vez sí haya consulta médica, pero esto, como sabemos, es otra cosa.

Cómo favorecer la construcción de la demanda en la paciente que tiene como respuesta única que está aquí porque la mandó el médico y que en caso de que no concurriese, el médico optaría por derivarla a otro especialista.

A esto debemos agregar la cuestión de los tiempos con que contamos para tal construcción frente a la gravedad del cuadro.

Nuestra experiencia hospitalaria nos ha demostrado que los pacientes que atendemos en su gran mayoría poseen una fuerte transferencia con la institución. Al tratarse de una institución médica y quirúrgica, la paciente escuchará con atención a su médico cirujano. Cumplirá a rajatabla con lo que éste le indique. Pero también advertimos que con esto no es suficiente para la construcción de la demanda. Tiene que haber por parte del paciente una pregunta y un deseo que aliente a esa pregunta a abrirse paso.

Pensamos en la transferencia que la paciente tiene con la institución y con su médico y no la descartamos para nuestro trabajo clínico. Por el contrario, nos servimos de ella para emplear una estrategia distinta a la habitual. Anclamos con un pie en el discurso médico para que la paciente nos escuche y pueda comenzar a pensar algo nuevo. Por ejemplo, «...con el Dr. X hemos pensado que lo mejor para Ud. sería...», «... la estadística médica explica que los pacientes con tal problemática son favorecidos con una psicoterapia de apoyo...». La urgencia del cuadro nos llevó a elaborar acciones terapéuticas con el fin de lograr, en primer medida, que

la paciente no corra riesgo de muerte (preocupación compartida con el médico).

El segundo eje que hace a la contra-transferencia del terapeuta se articula con el desarrollo que estuvimos exponiendo. Consideramos que el terapeuta que trabaje con estos pacientes debe, más que nunca, trabajar el tema de la frustración. Debe aprender a frustrarse, aspecto que compromete el narcisismo del terapeuta. ¿Por qué decimos esto? Porque estos pacientes nos cuestionan permanentemente en nuestra función. Al ser pacientes que no presentan un conflicto psíquico no encontramos margen para intervenir, por ejemplo, desde la interpretación.

Son pacientes que cuentan con un déficit estructural del psiquismo que impide el trabajo de las asociaciones.

Si bien hoy contamos con autores desde el psicoanálisis que vienen desarrollando teorías acerca de esta problemática, los orígenes del psicoanálisis y su fundación nos remite a un paciente con una estructura psíquica radicalmente distinta a la actual.

En esa frontera de la que hablamos en un principio entre cuerpo y organismo, entre psicoanálisis y hospital, y entre Eros y Tánatos, nos situamos para llevar adelante un tratamiento donde a primera vista son más los obstáculos que las ventajas para el trabajo.

Al decir de Benjamín Uzorskis, «el trabajo de la interconsulta nos pone a jugar siempre en un terreno de visitantes». Entendemos que debemos trabajar permanentemente la contra-transferencia para enriquecer y darle creatividad al trabajo terapéutico con estos pacientes. Sabemos que la teoría es importante, pero tiene que dejar pensar. Pensar a estos pacientes para favorecer la construcción de un paciente allí donde no lo hay. En caso contrario, repetiremos en el espacio terapéutico, la consulta médica con el fin de aplacar nuestra angustia frente a la frustración de no poder hacer nada.

Piera Aulagnier se referirá a la «teorización flotante». Sostendrá que la mente del terapeuta, más que en blanco, debe ser una mente libre. Para pensar la contra-transferencia debemos revisar la transferencia. En estos pacientes no hay posibilidad de establecer una neurosis de transferencia porque no hay re-edición, al no haberse dado previamente una edición. Se piensa que lo que se establece es una depresión de transferencia (planteado por la Escuela Psicósomática de París), ya que lo que está en juego es una «depresión esencial». La falta de edición se diagnostica en el terreno de la transferencia. Notamos que prevalece la pulsión de muerte que hace el trabajo mudo de descomplejizar, de desligar con tendencia a cero.

Sostiene Green que el narcisismo negativo se explica del siguiente modo: cuando el bebé ha esperado mucho tiempo al objeto, al sentirse desamparado en ese momento, lo negativo se vuelve lo único real; por lo tanto, cuando en el tratamiento el paciente observe los primeros logros, no se hará esperar como respuesta la re-

acción terapéutica negativa.

La paciente destruye todo portando su condición de «huérfano mental», al decir Lutemberg «no tiene padres psíquicos». Por lo tanto, no podemos, en nuestra función de terapeutas, trabajar pensando en hacer consciente lo inconsciente o de interpretar los contenidos, sino que debemos apuntar a fabricar el continente (Bion). Esto es, ayudar a construir las funciones yoicas.

Entender la «abstinencia interpretativa» en determinadas circunstancias nos favorecerá a trabajar con menos frustración y mayor creatividad. La «orfandad mental» no se interpreta, se la diagnostica para entenderla y para prestarle pensamientos. Debemos entender la «orfandad mental» como lo opuesto a la «orfandad histórica» (situaciones traumáticas que debió afrontar el paciente en su vida infantil).

En el tercer eje nos propusimos revisar algunas cuestiones que hacen al psiquismo de estos pacientes.

Por ejemplo, llama la atención en Rosalía la ausencia de conflicto psíquico. La falta de un proyecto autónomo, cierta toxicidad endogámica (ninguno de sus hermanos pudo construir su propio proyecto exogámico). Mantiene una relación de pareja con escaso compromiso afectivo que la beneficia en el síntoma de no mover nada. Vive y se desvive por la empresa, al decir de la paciente, su «segunda familia». Digamos: vive para la empresa y se desangra por ella. Empresa y familia se confunden en el relato de Rosalía. Cuando grafica a la familia, hace a cada integrante realizando una actividad diferente, como si fuesen operarios de una empresa. Otra probable lectura de esta producción gráfica y de los restantes test proyectivos es que todo aquello que remita al mundo de lo afectivo queda anulado. Por ejemplo, cada uno de la familia aparece trabajando sin conectarse con los otros.

Consideramos que lo endogámico está marcado a fuego, a tal punto que cuando le toca dibujar a la familia kinética prospectiva, realiza en una hoja a su grupo familiar y le agrega a cada hermano uno o dos hijos sin dibujar a sus cuñadas, como si esos niños nacieran del grupo familiar al que pertenece la paciente. Observamos que en esta empresa familiar nadie puede salir como tampoco entrar. El lazo sanguíneo prevalece sobre el vínculo exogámico. En las entrevistas repite que nunca pensó en irse a vivir sola, que nunca pensó en irse a vivir con su pareja, que nunca pensó en tener un hijo, que nunca pensó en hacer terapia, que nunca pensó en sus estados de ánimo. Consideramos que esto no obedece al efecto de la represión (neurosis) sino a un vacío mental estructural (Lutemberg).

Dirá este autor: «por lo general, el vacío mental se presenta como una estructura primaria de base que, secundariamente, es compensada por otras estructuras psicopatológicas, las que al mismo tiempo que la neutralizan, la ocultan».

La colitis ulcerosa y ciertos rasgos obsesivos pueden leerse como una entidad secundaria que viene a

compensar el vacío mental de nuestra paciente. Los vínculos simbióticos que establece con su madre o con su jefe en el trabajo constituyen una forma de tapar o «encubrir» el vacío mental. Recordemos que la paciente desencadena los primeros síntomas de la colitis ulcerosa en el año '99, luego que la madre es internada por un cuadro cardíaco. También notamos que cuando los compañeros de la empresa llevan al terreno de la discusión determinadas problemáticas del trabajo, ella se enfurece, no acepta ninguna crítica (como si ella fuese la única responsable de la empresa) y vive las críticas como un ataque al yo, poniendo de alguna manera en jaque el estado de simbiosis. Vacío mental que se encubre con un «sacrificarse por la familia» o «poniéndose la camiseta de la empresa». Predominio del polo sincrético-fusional sobre el polo de lo simbólico, de la palabra, de la alteridad.

Hay un punto que consideramos sumamente valioso para la comprensión de esta problemática descrita por Lutemberg, y reside en que todo intento evolutivo de «ser» un individuo lo arroja en el abismo vivencial del terror. «La angustia es una señal de peligro que el yo emite ante la amenaza de su desintegración. El terror corresponde a la misma vivencia de desintegración».

Notamos a tal punto dicha observación que, cuando la paciente dibuja a la familia kinética prospectiva (test en el que la paciente debe imaginar a su grupo familiar en 5 años), no se dibuja a sí misma, sino que dibuja un avión y dice que ella estaría allí dentro.

Por lo tanto, aparece la figura de un objeto en lugar de ella. El psicodiagnóstico nos enseña los distintos mecanismos que utiliza la paciente para neutralizar el deseo, para neutralizar aquello que la puede conducir

al abismo vivencial del terror. Aparece de modo significativo la omnipotencia (prevalencia del yo omnipotente infantil), la hiperactividad, la sobreadaptación, la sobrevaloración por el éxito laboral, y la seudopreocupación por el resto del grupo familiar.

A modo de conclusión podemos decir que, en la medida que trabajábamos en la monografía, teníamos en el equipo la sensación de que nos faltaban datos de la paciente y de su grupo familiar. Esto generaba cierta sensación de extrañeza, de no llegar a conocer a la paciente.

Pensamos que la imposibilidad de «hacer historia» en la paciente nos conducía a esa sensación de extrañeza, de tener enfrente a un desconocido no sólo para nosotros sino para el paciente mismo.

Sabemos que cuando no opera la represión no hay retorno desde la escena psíquica, sino desde lo no simbolizado y lo que vuelve desde acá se presenta como alucinaciones, *acting out* o somatizaciones.

La colitis ulcerosa de Rosalía y su pronóstico reservado es una fiel prueba de lo dicho líneas arriba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lutemberg, J.
 - *Simbiosis defensivas e identificaciones estructurantes* (Rev. Esc.Arg.Psic. N° 21 1995)
 - *Clínica del vacío. El vacío mental y la angustia* (Revista Zona Erógena N° 26 1995)
 - *El vacío mental* (Revista Zona Erógena N° 44 1999)
 - *La ilusión vaciada. Reflexiones acerca de las experiencias reales y virtuales.* (Colección Infinito 1999)
2. Hornstein, L. : *La historia en (y del) psicoanálisis* (Revista Zona Erógena N° 44 1999)
3. Freud, S.
 - *Introducción al Narcisismo* Vol.14 Editorial Amorrortu.
 - *Inhibición, sintoma y angustia* Vol.20 Editorial Amorrortu.



Caballito. Centro geográfico de Buenos Aires. QP