Historias que sólo el cuerpo puede contar

Dr. Adrian Sutton

El enfoque particular de mi presentación de hoy, es la importancia de reconocer como el impacto de un paciente en un profesional puede tomar una forma física, puede experimentarse como una sensación física o un cambio en el funcionamiento físico. Esto cae dentro del amplio rango de lo que se llama *"la contratransferencia somática",* un término usado a menudo no sólo para describir manifestaciones que encajan con la descripción clásica de Freud de la transferencia y la contratransferencia, sino también aquellos aspectos del impacto en el profesional que emergen de estados más primitivos de funcionamiento mental, y que se explican mejor mediante mecanismos como la identificación proyectiva (1). La consideración clave es identificar aquellas experiencias físicas que emergen en el profesional a través de su relación con el paciente. Esto requiere lo que Rieck (2022) (2) ha descrito como “atención somática uniforme”, una preparación para tomar nota de los eventos físicos personales, así como de los fenómenos cognitivos y emocionales en respuesta al proceso del encuentro analítico. Esencial para esto, también, es el lugar del análisis personal, la reflexión, la supervisión y el compartir experiencia clínica con colegas, para diferenciar cuáles de estas experiencias nos dicen más sobre nosotros mismos que sobre nuestros pacientes. A través de estos procesos podemos llegar a comprender al paciente más completamente, ampliando nuestro conocimiento no sólo de un paciente en particular sino también de otras personas con problemas similares.

El material que presentaré se relaciona principalmente con pacientes para quienes los problemas de salud física eran un tema central. Luego me concentraré más en los pacientes para quienes la constelación conocida como Síntomas Médicamente Inexplicables [S.U.M.] era una preocupación principal. Ilustraré cómo reconocer mi contratransferencia somática fue fundamental para desarrollar una mayor comprensión de su vida mental y cómo necesitaba adaptar mis respuestas a sus necesidades. Pero primero, quiero ofrecer una breve perspectiva de desarrollo derivada del trabajo de Anna Freud, para diferenciar los síntomas médicamente inexplicables de otro grupo que también se presenta en la clínica con síntomas físicos: los trastornos de conversión.

Síntomas físicos y desarrollo

Individualmente, los síntomas y signos pueden ser inespecíficos: para apreciar su significado necesitamos identificar el vínculo entre lo que Anna Freud llamó “síntomas de la superficie” y los procesos mentales inconscientes. El objetivo de Anna Freud era garantizar una comprensión integral del estado actual de salud del niño en el contexto de su salud psicológica más amplia para "*apartar las contribuciones del evaluador de la patología [superficial] del niño y [volver] a una evaluación de su estado del desarrollo y la imagen de su personalidad total”.* Al utilizar una aproximación dual que vincula los síntomas manifiestos e identificar los mecanismos mentales subyacentes del desarrollo que están operando, significa que el médico puede comprender mejor por qué pueden estar ocurriendo los síntomas inmediatos en este niño en particular, en este momento de su vida y desarrollo en particular. Nos proporciona una herramienta que puede guiarnos sobre si nuestra terapia realmente está ayudando a pesar de que el niño continúa experimentando síntomas y tal vez experimente síntomas diferentes.

Para ilustrar esto, me gustaría presentar un episodio del tratamiento de una niña con quien trabajé durante su adolescencia. Inicialmente me pidieron que viera a Vanessa porque tenía síntomas médicamente inexplicables. Durante su adolescencia, los síntomas físicos de Vanessa disminuyeron y su rango emocional se amplió.

A los dieciocho años, Vanessa experimentó síntomas depresivos que ella misma relacionó con los mismos procesos subyacentes que sus síntomas físicos anteriores. Esto no fue simplemente un proceso gradual o repentino de disminución de los síntomas físicos. Hubo un episodio intermedio de síntomas físicos que tomó una forma diferente y que ilustra la formulación de Anna Freud.

Ejemplo Clínico 1

Cuando Vanessa tenía 16 años, mientras estaba de viaje con su madre y su abuela, de repente experimentó un mareo aterradoramente intenso. Esto dio lugar a evaluaciones neurológicas que no proporcionaron explicación. Durante unas pocas semanas, pude desentrañar las respuestas a las preguntas: "¿Por qué ahora?" y '¿Por qué estos síntomas?' y proporcionar una explicación plausible de lo que podría estar sucediendo.

La abuela de Vanessa había experimentado recientemente un trauma psicológico agudo. En el viaje, la abuela regresaba, por primera vez, a un lugar que tenía asociaciones particulares con ese evento traumático. Vanessa había perdido momentáneamente de vista a su abuela y fue en ese momento cuando aparecieron sus síntomas físicos. Los síntomas específicos se relacionaban tanto con la naturaleza del trauma de su abuela como con la situación inmediata en la que se encontraban.

Reuní una descripción muy detallada del episodio de Vanessa. Analizamos el episodio, además de contextualizarlo en el proceso global de su terapia. En el momento de experimentar los síntomas, Vanessa no era consciente de ningún vínculo entre los acontecimientos inmediatos y pasados, ni era consciente del significado para ella directamente o para su abuela. Los síntomas de Vanessa eran mareos y temor a caerse al subir escaleras con un desnivel profundo al otro lado de las barandillas de protección: en la última visita de su abuela a este edificio, había presenciado cómo alguien se suicidaba arrojándose desde lo alto de una estas escaleras. Nuestro examen cuidadoso ahora dio sentido a por qué Vanessa había experimentado **estos** síntomas específicos en **este** punto particular de su desarrollo y de la vida familiar: como resultado, hubo un progreso identificable.

Originalmente, en sus enfermedades, había presente una experiencia difícil de describir de "peligrosidad" asociada con sus síntomas físicos. Esta nueva constelación de síntomas era muy diferente de la forma en que se habían presentado los problemas anteriormente. En contraste con el patrón de síntomas difusos en sus presentaciones psicosomáticas anteriores, este fue un episodio de enfermedad disociativa (conversión) según lo catalogado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10: F44).

Las estructuras psíquicas subyacentes y los mecanismos de defensa necesarios para producir una experiencia difusa en lugar de un episodio disociativo son muy diferentes. En el primer caso, los mecanismos borran la experiencia, mientras que en el segundo son manifestaciones de la formación de compromiso inconsciente que "gestiona" el conflicto interno, negociando las demandas tanto de la realidad externa como de la fantasía inconsciente interna. Desde el punto de vista del desarrollo, el primero pertenece a una etapa anterior de la vida. Entendí el cambio como evidencia del progreso del desarrollo de Vanessa: había logrado la capacidad de tener una neurosis.

Durante todo el periodo de su adolescencia, los problemas de Vanessa podrían describirse psiquiátricamente como un paso de los síntomas medicamente inexplicables, pasando por el trastorno disociativo (de conversión), hasta la depresión. Si hacemos uso del trabajo de Anna Freud, a esta perspectiva del desarrollo puede “encarnar lo psicodinámico”

Anna Freud(3) definió un par complementario de sistemas clasificatorios de patrones infantiles de presentación de síntomas. Ella los llamó “Sintomatología propiamente dicha” y “Otros signos de perturbación”.

* *Sintomatología propiamente dicha* se refiere a las constelaciones intrapsíquicas subyacentes que producen problemas manifiestos.
* *Otros signos de perturbación* son descritos por Anna Freud como una clasificación para aproximarse viajando en la dirección inversa. El profesionalnota el comportamiento observable y luego viaja "... desde [estos] signos de superficie...a cualquier trastorno, implicación o fracaso que pueda ser responsable de ellos".

Bajo *"Otros signos de perturbación"*, Freud agrupó: *"... Molestias y dolores (psicosomáticos, histéricos, hipocondríacos)"* para indicar su similitud superficial tal como los perciben los demás y como los experimenta conscientemente el propio individuo.

Dentro de la clase de *“Sintomatología propiamente dicha”,* describió un total de seis grupos, pero sólo en dos de ellos es probable que dominen los síntomas físicos. El grupo uno incluye *"Síntomas resultantes de la no diferenciación inicial entre procesos somáticos y psicológicos [es decir,] presentaciones psicosomáticas*": el grupo dos de Freud incluye síntomas físicos que se presentan como una neurosis de conversión que requiere una mayor madurez del desarrollo del yo que lleva a la formación de síntomas que emergen como un "compromiso" entre el ello. y funcionamiento del ego.

Vanessa ilustra la progresión del desarrollo de acuerdo con el sistema clasificatorio de Freud. En términos de "*Sintomatología propiamente dicha*", Vanessa pasó del Grupo 1 de Freud (una presentación psicosomática) al Grupo 2 (neurosis de conversión histérica). Posteriormente presentó un estado de ánimo deprimido en ausencia de síntomas físicos, descritos en el Grupo Cuatro de Freud donde los síntomas resultan[…] de cambios en la economía libidinal o la dirección de la catexis.

La contratransferencia somática

Ahora deseo centrarme en las ocasiones en las que el impacto del paciente en el terapeuta evoca experiencias físicas, en contraste con aquellas ocasiones en las que toma la forma de pensamientos y asociaciones o hace que los terapeutas sientan que están relacionados con ellos, inconscientemente, no como ellos mismos. , sino como si fuera alguien de una relación anterior en la vida del paciente.

Ejemplo clínico 2: Generar impacto.

Lesley se encontraba en su adolescencia temprana cuando la conocí. Me pidieron que la viera porque estaba experimentando síntomas depresivos con pensamientos suicidas y había expresado confusión sobre su orientación sexual.

Lesley había sido percibida como mujer al nacer, pero se había reconocido una anomalía genital en la primera infancia. Sin embargo, no se había realizado una evaluación y un tratamiento integrales. Cuando llegó a la adolescencia, su voz había comenzado a cambiar y hacerse más profunda, sus rasgos faciales se volvieron toscos y la forma de su cuerpo cambió con el aumento de masa muscular. Fue remitida para evaluación y se realizó el diagnóstico de Feminización Testicular Incompleta (4), también conocida como Insensibilidad Parcial a los Andrógenos. En esta condición, los cromosomas sexuales de la persona son XY, pero en el útero y más allá, el cuerpo no responde completamente a las hormonas masculinizantes de la manera habitual para formar características sexuales masculinas secundarias. Al nacer, las características sexuales secundarias pueden parecer claramente femeninas, pero la anatomía reproductiva femenina interna no está presente.

En la consulta psiquiátrica, Lesley se presentó de manera muy abierta; ella era una persona muy atractiva. Sin embargo, su condición la hacía sentirse sola y aislada a veces, aunque tenía amistades y hablaba de sus altibajos con una calidad e intensidad que se parecía mucho a las preocupaciones de la mayoría de las adolescentes femeninas. En contraste, al mirarla -su físico, el comienzo del endurecimiento de sus rasgos faciales- y escucharla -el crujido de su voz entre alto y bajo-, vi y oí a un adolescente masculino.

El momento de la consulta en el que esta imagen mental completamente formada de la chica en la relación se unió con la imagen visual y auditiva de un chico, lo sentí como una experiencia física: un martillazo en la cabeza, y quedé momentáneamente desorientado y sorprendido.

Nadie me había golpeado nunca en la cabeza con un martillo, ni lo han hecho en los 35 años transcurridos desde entonces. Pero sentí un impacto físico como nunca antes había sentido y las únicas palabras que alguna vez me parecieron adecuadas para capturar la experiencia fueron "un martillazo en la cabeza". Entonces, ¿de dónde surgió la experiencia? ¿Qué dice de mí? ¿Nos dice algo sobre Lesley?

Lo único que pude saber definitivamente es que fue una experiencia única que surgió al estar con Lesley. Las limitaciones de tiempo significan que sólo puedo remitirles a la historia del caso publicada para ver cómo se desarrolló mi pensamiento sobre los orígenes de esta experiencia durante la psicoterapia de Lesley y a través de mi contacto con ella más allá de esto. Baste decir que, reflexionando, resultó muy útil considerar el posible papel de la transferencia y los mecanismos proyectivos para formar de esta experiencia de estar con Lesley (5)(6).

Ejemplo clínico 3: Una cuestión de gusto personal

Este primer ejemplo involucró una experiencia que se localizó en un área específica de mi cuerpo. Quiero pasar a considerar experiencias que se manifiestan no sólo como sensaciones, sino también a través de un efecto fisiológico. Mi propuesta es que los cambios en nuestro propio funcionamiento corporal deben considerarse como fuentes potenciales de información que pueden guiar de manera útil nuestras respuestas a nuestros pacientes y pueden brindarnos más conocimientos sobre su vida mental.

El siguiente ejemplo es de la psicoterapia de Elizabeth, quien tenía doce años.

*El desarrollo de Elizabeth se había visto gravemente perturbado en todos los aspectos, pero sólo durante la psicoterapia como parte de su tratamiento en una unidad residencial se hizo evidente que experimentaba alucinaciones auditivas que contribuían a su comportamiento anormal y que probablemente también experimentaba otras formas de alucinaciones. Por ejemplo, había ocasiones regulares en las que agitaba ambas manos y chillaba muy fuerte. Finalmente pudo decirme que estaba tratando de alejar al "Maldito chico caca", que siempre le decía cosas horribles.*

*Al estar con Elizabeth descubrí que a veces era muy importante confirmar la realidad de una situación. Por ejemplo, decir que había escuchado un ruido fuera de la habitación la ayudó a diferenciarlo de otros ruidos dentro de la habitación y dentro de su mundo alucinatorio*.

*En una sesión, ella consumía una gran cantidad de trozos de papel, saboreaba cada uno y me decía que eran caramelos. Me senté mirándola con la boca cada vez más seca hasta que casi sentí náuseas y vómitos. Después de un tiempo le expresé mi idea de que ella creía que sólo ella podía crear alimentos buenos para comer. Esto no produjo respuesta. Comentarios comparables derivados de ideas teóricas fueron igualmente improductivos.*

*Finalmente dije sencilla y espontáneamente: "No pueden muy buen sabor".*

*Ella se rió, dijo "no" y el "dulce" quedó olvidado*.

El impacto de Elizabeth en mí en ese momento influyó en el funcionamiento de mis glándulas salivales de una manera que habría sido mensurable. Mi intento de gestionar esto intelectualmente fue improductivo. Sin embargo, darle sentido a esto interactuando con mis sensaciones y traduciendo algo de esto a Elizabeth, la devolvió a sus sentidos. Eso no significaba que mis intentos de comprensión interpretativa fueran incorrectos, sino que no le servían de nada. Más tarde reflexioné sobre la idea de que al ser sensato también estaba siendo sensible: por ejemplo, ¿podría haber estado abordando implícitamente una fantasía representada por Elizabeth de que ella me tenía como un bebé privado, envidioso y hambriento que debía observar a una egoísta y autocomplaciente madre indulgente atiborrándose de deliciosa comida. Mi falta de envidia implícitamente expresada por su placer alucinatorio ayudó devolverla a sus sentidos.

Alcanzar la comprensión y tolerar la no comprensión

El trabajo que ahora voy a presentar con más detalle se llevó a cabo en mi rol de trabajar con personal médico y de enfermería pediátrica, dedicado a niños que padecían síntomas físicos para los cuales no se podía establecer un diagnóstico físico. Estos síntomas médicamente inexplicables pueden producir enfermedades que van desde ser molestas pero no muy debilitantes hasta poner en peligro la vida debido a efectos secundarios.

Mi aproximación seguía la tradición Winnicottiana de buscar para identificar y movilizar los recursos terapéuticos que estaban presentes en los niños, sus padres y aquellos de nosotros que estábamos relacionados con ellos. El proceso clínico implicó un enfoque pragmático en cuanto a la ubicación de las consultas: a veces eran en mi propia consulta, otras veces, en la habitación del paciente u otras habitaciones disponibles en la sala de pediatría o en la clínica ambulatoria del hospital. La forma de las sesiones varió entre reuniones individuales, consultas con niños y padres, consultas con otro personal y contacto por teléfono o carta. Voy a hablarles de dos de los niños con los que trabajamos mis colegas médicos y de enfermería pediátricos, Heather(9) y Vanessa(10), parte de cuyo trabajo conmigo se describió en conferencias anteriores.

Ejemplo clínico 4: La vida & la muerte importan.

Nuestro equipo se involucró con Heather cuando tenía trece años. Estuve en contacto con ella durante y más allá de su adolescencia. Su tratamiento incluyó algunos períodos de sesiones individuales regulares dos veces por semana mientras estuvo hospitalizada.

A la edad de once años, a Heather le diagnosticaron diabetes mellitus. Nos pidieron verla debido a vómitos persistentes después de una enfermedad gastrointestinal: no se había identificado ninguna causa para la persistencia de los vómitos. La combinación de vómitos profusos y diabetes fue extremadamente complicado de manejar y creó desequilibrios bioquímicos potencialmente mortales. Los vómitos de Heather persistieron casi sin alivio durante todo el tiempo que la conocí, pero nunca se identificó ninguna causa: el pediatra usó el término "vómitos sin esfuerzo" para describirlos.

Heather había estado internada durante algún tiempo cuando la situación puso en peligro su vida. La siguiente viñeta ocurrió en su habitación durante una de sus sesiones conmigo dos veces por semana:

*Heather había estado extremadamente enferma la última vez que la vi. Su ritmo cardíaco se vio afectado por un desequilibrio electrolítico severo y hubo latidos ectópicos. La naturaleza del desequilibrio bioquímico significaba que si el ritmo se convertía en una arritmia más peligrosa, no sería posible resucitarla. Ella moriría.*

*Sentí que para ella era importante que asistiera como de costumbre. Al entrar en la habitación, me encontré con el habitual hedor horrible a vómito y vi a Heather sentada junto a la ventana. Bajo la ventana, justo encima de su cabeza, había un monitor cardíaco. Al mirar el rostro de Heather, simultáneamente observaba su ritmo cardíaco y podía ver en la pantalla cualquier latido anormal a medida que ocurría.*

*Saber con confianza qué era seguro hacer parecía imposible. Nos sentamos en silencio pero hice algunos comentarios. Se trataba de “llenadores de espacio” relativamente “neutrales” (o tal vez intentos de “creadores de espacio”) que pretendían ser reconocimientos de nuestra presencia inmediata juntos y de nuestra continuidad de contacto. Sin embargo, el efecto de incluso el comentario más simple se manifestaba sobre su cabeza mediante un aumento de la frecuencia cardíaca y un mayor número de latidos ectópicos. Más o menos cualquier afirmación de mí mismo en su presencia parecía manifiestamente ser una amenaza potencial para su vida.*

*Heather no dijo nada, así que no pude saber qué estaba pensando o sintiendo, pero su cuerpo contaba una historia. Este proceso clínico no fue una abstracción intelectual de ser experienciado como un "objeto persecutorio"; esta era la realidad de ser una amenaza para la vida de Heather al hacer algo más que simplemente estar en su presencia. Nunca he experimentado de manera más enfática la diferenciación de Winnicott entre la importancia de "ser" y la de "hacer".*

Volveré a Heather más tarde.

De la experiencia a las mejores prácticas.

Escenario clínico 5: ¿Quién apagó las luces?

*Sólo les recordaré los antecedentes de mi trabajo con Vanessa. Me pidieron que la viera cuando tenía once años porque tenía síntomas intermitentes del tracto respiratorio superior que habían persistido durante más de un año y que estaban alterando significativamente su vida. Cuando era más joven, algunos síntomas diferentes habían sido diagnosticados como infecciones del tracto urinario, pero una revisión de los registros pusieron en duda esos diagnósticos. No hubo indicadores emocionales o conductuales de alteración aparte de aquellos que parecían estar asociados con las consecuencias de sus síntomas físicos. Vanessa y su familia vivían a una distancia considerable del hospital, por lo que se acordó que yo los vería juntos para consultas y, de forma intermitente, en conjunto con el pediatra. Después de su evaluación inicial, una gran parte de mi contacto con Vanessa fue por carta (esto fue antes de que Internet estuviera disponible para todos nosotros).*

*Las consultas con Vanessa fueron notables por lo anodinas que eran, aparte del patrón específico que surgió en mí. En repetidas ocasiones tuve mucho sueño durante las consultas y me encontré luchando por mantenerme despierto. La somnolencia me preocupaba e interrumpía mi capacidad para atender a Vanessa.*

*Tratar de darle sentido a esto me llevó a pensar en una variedad de posibilidades. ¿Fue este el efecto “ordinario” de trabajar mientras se tienen niños pequeños cuyos patrones de sueño aún no se habían vuelto “apto para los padres”? O tal vez fue el efecto de las presiones laborales generales; ¿O tal vez fue una mezcla de ambos? Pasó algún tiempo antes de que me diera cuenta de que lo que estaba experimentando con Vanessa también estaba ocurriendo específicamente con otros niños con síntomas médicamente inexplicables.*

*Esta comprensión sacó a relucir un entrelazamiento de dos aspectos del impacto sobre mí, el fisiológico y el psicológico. Si me hubieran conectado a una máquina EEG durante el trabajo, estoy seguro de que los trazados habrían demostrado mis cambios funcionales desde estar despierto hasta irme a dormir. E incluso más allá de la inmediatez de la interacción clínica, también se estaba apagando algo más.*

*Una parte importante de mi práctica y enseñanza trata sobre la importancia diagnóstica de reconocer el impacto del paciente en el médico, entonces, ¿por qué no me había sintonizado antes con la posibilidad de la importancia clínica de lo que estaba sucediendo? No sólo me estaban "desconectando" cuando en realidad estaba con Vanessa. Una herramienta que normalmente utilizó en mi práctica clínica reflexiva es la disposición a considerar la posibilidad de la contratransferencia y los procesos proyectivos, dejar de lado el reconocerlos y comprenderlos se había vuelto temporalmente inoperante. Cuando pude considerar que mi funcionamiento podría estar gobernado, sin esfuerzo e inconscientemente, por procesos dentro de Vanessa, dejé de tener sueño con ella. Para usar una formulación de Winnicott, mi lucha pasó de buscar retener una sensación de vitalidad física y recuperé la capacidad de ser capaz de “la elaboración imaginativa de partes, sentimientos y funciones somáticas” que podía usar cuando estaba con Vanessa, y tal vez, en su nombre como una forma de yo auxiliar.*

Al trabajar con Vanessa y otros pacientes jóvenes con síntomas médicamente inexplicables, descubrí que sus síntomas generalmente se centraban en áreas particulares de experiencia corporal o pérdida de funcionamiento (pérdida de sensación o movimiento, dificultades para comer), pero que con el tiempo, estos también pueden cambiar su enfoque, moviéndose a diferentes áreas del cuerpo (tracto respiratorio, sistema digestivo, articulaciones y músculos). A veces pueden expandirse hacia una ausencia más difusa o completa de participación activa con el mundo exterior; una niña la fija en mi mente como “La Bella Durmiente”, un término que otros profesionales también aplicaron posteriormente a niños similares (11). A partir de lo que consideré, en el sentido más general, una experiencia contratransferencial y de mi temprana incapacidad para contenerla, llegué a conceptualizar estas enfermedades como una respuesta de "hibernación", que puede verse como un retiro parcial o generalizado de una perspectiva más amplia. actividades e interacción.

La hibernación es una forma de vida sin la habitual evidencia externa de actividad. Es una respuesta extrema, que puede considerarse como un mecanismo de defensa, inducida por la ausencia de aspectos clave de la provisión ambiental y revertida por cambios externos que permiten el resurgimiento de recursos psicosomáticos internos latentes. Es una manifestación de lo que Winnicott (12) capturó en su formulación de un Verdadero Self primario, que *“proviene de la vitalidad de los tejidos corporales y del trabajo de las funciones corporales, incluidas las acciones del corazón y la respiración”.*

Cabe señalar también que la madre de Vanessa había experimentado depresión y enfermedades físicas durante su infancia y primeros años. Estos afectaron su disponibilidad emocional para Vanessa y su “vivacidad” con ella. Se puede ver cómo esto también podría haber contribuido a mi respuesta hacia ella como una contratransferencia descrita más clásicamente: una recreación de esos primeros momentos con su madre que representé en la contratransferencia, pero de los que me recuperé. ¡Quizás este sea un ejemplo de lo que Winnicott describió como falla, pero una falla de una manera que el paciente necesita que fallemos!

Convertirse en la encarnación del problema

Ahora me gustaría volver a Heather para dar algunos ejemplos más de lo que mi trabajo con ella me enseñó sobre la importancia de reconocer las historias que me cuenta mi cuerpo.

Ejemplo clínico 6: Observando a los detectives.

*Una mañana, después de unos meses de trabajar con Heather, caminaba de regreso por la sala después de su sesión de psicoterapia, cuando me encontré pensando en el detective ficticio de la televisión, Columbo (13). No sólo estaba pensando en él, sino que por un momento me sentí* ***como si fuera él****, caminando de la misma manera encorvada y preocupada.*

*Columbo no era un programa que me hubiera interesado particularmente ni lo había visto más que ocasionalmente, muchos años antes, por lo que tal vez fue más fácil reconocer que algo "se me había metido dentro", es decir, que se relacionaba con mi trabajo clínico con Heather.*

No había nada fácilmente identificable en el contenido de la sesión de esa mañana que pareciera haber llevado a que surgiera esta asociación, así que cuando fui a mi siguiente cita, reflexioné más ampliamente. Colombo tiene un estilo particular, se presenta a sí mismo en su comportamiento como descuidado y caótico. Su trato con los potenciales sospechosos es de una perpetua perplejidad y de ser incapaz de encontrarle sentido a nada. Su personalidad es la de alguien a quien sólo le surgen preguntas, nunca respuestas. Sin embargo, a partir de este escenario, de alguna manera, crea una situación en la que los culpables son inducidos a cometer errores que hacen que su culpa sea innegable. En esencia, hace el arte de ser la encarnación del “no-saber y del no-ser-capaz-de-llegar-a-saber”. Como especialista en “no saber”, representa un objeto impotente y denigrado. Esto a su vez intensifica la otra mitad de esta división en el asesino: omnipotencia e invulnerabilidad. El culpable, en poder de estos poderosos procesos, los lleva a cabo y baja la guardia. Inevitablemente ponen en práctica su omnipotencia fantaseada, cometen errores y “se delatan”.

Esto me llevó a formular un aspecto clave de este trabajo: tenía que convertirme en "un especialista en el no saber". El profesional no sólo tiene que evitar la hibernación, sino seguir siendo una persona viva y despierta, que en presencia de ansiedades intensas y primitivas, se resiste a poderosas presiones regresivas en las que estados mentales omnipotentes oscurecen la capacidad de ver sin saberlo y de afrontar la incertidumbre en lugar de la seguridad ilusoria de la certeza: este estado se expresa en un término acuñado por el poeta inglés John Keats, "capacidad negativa"(14). Además, mientras Columbo siempre estaba buscando un culpable, yo necesitaba permanecer abierto a líneas menos lineales de causa y efecto, para apreciar que un cuadro clínico es más a menudo una forma emergente, que cristaliza a partir de una constelación de factores contribuyentes, ninguno de los cuales por si mismo debe ser considerado "El Culpable". A este proceso lo llamo “culpabilidad negativa”, que junto con la capacidad negativa es una base para la práctica psicoanalítica científica.

El particular entorno de trabajo con Heather cuando estaba internada provocó un cambio en el primer punto de encuentro para las sesiones: en lugar de que ella viniera a la clínica y yo la recogiera en la sala de espera, yo iba a verla a su habitación.

Ejemplo clínico 6: Las puertas de la percepción

*Una mañana, después de llamar a la puerta y, pensando que la había oído decir “pasa”, entré. Ella levantó la vista y sonrió, pero su expresión inmediatamente cambió a un ceño fruncido.*

*En respuesta le dije algo. Lo que quise decir fue “Sí, soy yo. Un destino (fate) peor que la muerte." Lo que en realidad dije fue “Sí, soy yo. Un rostro (face) peor que la muerte”. Inmediatamente reconocí mi error y su importancia y me reí, al igual que Heather.*

Pensé que **mi** acto fallido enfatizaba el intenso conflicto y la ambivalencia que experimentó Heather. Ella apreció lo que estaba tratando de hacer y me dio la bienvenida. Al mismo tiempo, mi llegada, como encarnación de un destino peor que la muerte, evocó un miedo intenso. Como siempre, la tarea era respetar su intenso conflicto y, teniendo esto en cuenta, gestionar mi comportamiento, evitando dejarme dominar por su conflicto. Otro componente de esto, una demanda experimentada con mayor fuerza por el personal médico y de enfermería pediátrico, fue la capacidad de lidiar con la ausencia de cualquier declaración de aprecio por lo que estábamos haciendo.

El conflicto implícito para Heather al tener, y beneficiarse de, relaciones posteriormente se volvió más claro en su relación con los caballos. Siempre habían sido especialmente importantes para ella, pero en durante su enfermedad, un caballo en particular adquirió mayor importancia. Cuando estuvo lo suficientemente bien, Heather cuidó meticulosamente a este caballo, cuidándolo y preocupándose intensamente por él. Cuando estuvo con él, también encontró algo de paz y una forma de asilo. Sin embargo, a medida que sus síntomas y su necesidad de consuelo se intensificaron, descubrió que todo esto se volvió demasiado difícil, ya que encontrar consuelo en esta relación evocaba en ella un sentimiento y una creencia consciente de que estaba explotando al caballo. En ese momento de su vida no había situaciones en las que todos salieran ganando. A pesar de que su caballo parecía disfrutar de lo que estaba sucediendo, para Heather, "encontrar consuelo en" esta relación sólo podía ser "consolarse con" su caballo y dejarlo agotado por su relación.

Hacer espacio para el pensamiento y el encuentro de mentes

A medida que el estado físico de Heather se volvió más peligroso, sus sesiones se caracterizaron por una ausencia casi total de espontaneidad en ella. Tolerar el silencio puede ser crucial en la práctica, pero también existe el peligro de que se convierta en una representación por parte del terapeuta del conflicto de tener una vida, pero no atreverse a mostrarla. Tuve que aprender cómo y cuándo demostrarle a Heather que estaba verdaderamente vivo, y no hibernando, con una mente presente y trabajando para ella, sin intensificar aún más sus conflictos acerca de estar conmigo y que uno o ambos sufriéramos un destino peor que muerte.

Ejemplo clínico 7: encontrar inspiración en la desesperación.

*El entorno clínico inusual significó que vi las cosas que ella tenía en la habitación con ella. Noté que estaba leyendo 'El señor de los anillos'. Lo había leído y disfrutado muchos años antes. Lo comenté, pero sin ninguna referencia a mi disfrute. El intercambio sobre el libro no duró mucho, pero el libro se convirtió en un punto de referencia para nosotros.*

*Tomé la posición de que, para ella, leerlo significaba que tendría una experiencia y, en esa experiencia, podríamos hallar un punto de encuentro. Esto, a su vez, podría ayudar a comprenderla en su enfermedad. Heather estaba muy limitada en lo que podía decir sobre la historia, incluso en lo que respecta a describir el contenido, y mucho menos reflexionar sobre él.*

*Esto me puso en la posición de tener que recurrir explícitamente a mis propios recuerdos del libro y decidí introducir gradualmente en nuestra conversación más de lo que había reconstruido sobre su posible significado. Esto significaba que estaba tomando la iniciativa de una manera que normalmente no me parecería correcta en psicoterapia. Sin embargo, me pareció necesario si quería serle útil a Heather*.

Aprendiendo de Gollum

El tema central de 'El señor de los anillos' son los inusuales poderes que el Anillo otorga a su poseedor. Cuando se lleva en el dedo, el anillo hace invisible a quien lo lleva(15). Tiene el potencial de ser una defensa que salve vidas. No sólo alivia el miedo y la ansiedad, sino que evoca en el objeto previamente temido ese estado de terror. La víctima se convierte en depredador y el depredador en presa.

Sin embargo, la capacidad defensiva del Anillo también contiene una influencia destructiva. Toma vida propia. Se convierte en una posesión que posee a quien lo porta, tanto al tenerlo como a través de su uso: en última instancia, este poder corrompe la forma física, la relación y la integridad moral del portador. Tolkien resumió la relación de Gollum con el Anillo: *“Lo odiaba y lo amaba, como se odiaba y amaba a sí mismo. No pudo deshacerse de él. No le quedaba voluntad en el asunto”(16).* Al final Gollum, corrompido física y espiritualmente, murió debido a su deseo de recuperar la propiedad del Anillo.

La defensa del anillo

Mi pensamiento sobre El Anillo como representación de la naturaleza y la influencia de los mecanismos de defensa primitivos, está muy moldeado por la descripción que hace Winnicott del Verdadero Self y el Falso Self, y por la formulación anterior de Groddeck de “The It”(17). In extremis, tales defensas pueden proteger temporalmente contra una amenaza abrumadora de desintegración, preservando al mismo tiempo el potencial de desarrollo. Sin embargo, si persisten, se convierten en una fuerza corruptora de esos procesos de desarrollo. Pueden ser convincentes y adictivos, disipando ansiedades primitivas al tiempo que distorsionan el desarrollo.

La diferencia entre la defensa del Anillo y la respuesta de hibernación está en la forma en que el cuerpo se mantiene como foco principal en las relaciones. En hibernación, la presencia activa del cuerpo permanece a la vista, en los ojos del espectador. La Defensa del Anillo "necesita", y tal vez busca, tener una presencia potencial sin forma física, una presencia invisible, fuera de la vista, pero no fuera de la mente, y muy presente como una amenaza para el "yo" del no espectador.

Para Vanessa y los jóvenes como ella, los síntomas de su enfermedad permanecen circunscritos, encapsulados en áreas o funciones corporales, pero al evadir el diagnóstico, permanecen sin nombre. Se pueden conceptualizar como constelaciones identificables que residen dentro del cuerpo como caracteres semiautónomos que a veces “migran” para producir diferentes efectos. El enfoque que me habían enseñado fue reconocer el hecho de que los médicos no tenían buenos nombres para su enfermedad y ofrecer a los jóvenes la oportunidad de ponerle su propio nombre para que pudiéramos usarlo como diagnóstico. Los síntomas de oído, nariz y garganta de Vanessa, llamados "Bert", desaparecieron cuando sufrió una lesión en el tobillo. Esta lesión ocurrió después de que habíamos estado discutiendo dónde vivía Bert cuando no estaba en sus oídos. Después de que ella sugirió que iba al dedo gordo del pie, el dedo de Vanessa se lastimó, lo que provocó que se resbalara al bajar las escaleras y se lastimara el tobillo. Jugamos con esto como que Bert se instalaba en su tobillo claramente lesionado y encontraba otra manera de afirmar su existencia.

Sin embargo, para otros pacientes, la interacción de sus procesos físicos o psicológicos internos e interpersonales puede disolver la cápsula que lo contiene. En el caso de Heather, si no hubiera tenido diabetes, la enfermedad de los vómitos tal vez habría quedado como un episodio aislado. No obstante, la interacción produjo efectos en cascada que cobraron vida propia y amenazaron su existencia total.

Aprovechar la experiencia y crear un punto de encuentro.

“El Señor de los Anillos” se volvió central en mi pensamiento sobre Heather y la naturaleza de los mecanismos de defensa involucrados en los otros niños y adolescentes con los que me encontré con síntomas graves sin explicación médica, incluidos aquellos con trastornos alimentarios. Usar la historia explícitamente, describir lo que me a mí trajo a la mente en torno a los dilemas y el sufrimiento que ellos podrían estar experimentando, incluso sin que estuvieran familiarizados con ella, pareció crear un punto de encuentro con ellos, ofreciéndoles cierto grado de seguridad, aunque no sin conflicto. Los pacientes parecían ser más capaces de sentirme a su lado y de su lado, en lugar de que nuestra relación fuera una en la que sólo podía haber un resultado: uno u otro de nosotros negado o destruido.

Los complejos compromisos clínicos que he descrito no brindaron la oportunidad de la exploración y comprensión en profundidad que puede brindar un proceso analítico emergente. En consecuencia, uno se queda más explícitamente con sus propias conjeturas sobre la psicodinámica sin la ayuda de más evidencia de los componentes no expresados del mundo interno del paciente. Mi práctica general estuvo significativamente dictada por los recursos de nuestros servicios, pero creo que para estos pacientes con síntomas médicamente inexplicables, donde la capacidad de la psique para funcionar con solidez en la tarea que Winnicott describió como "la elaboración imaginativa de partes somáticas, sentimientos y funciones”(18) están deterioradas, las necesidades de los pacientes exigen respuestas diferentes por parte del terapeuta. A veces tuve que estar preparado espontáneamente para ofrecer más *elaboración imaginativa* de mi propio psique-soma, lo que requería un mejor reconocimiento y comprensión de mis propias experiencias somáticas que surgían del impacto de los pacientes sobre mí.

Mi práctica ha estado más influenciada por las formulaciones teóricas de Anna Freud y Donald Winnicott que enfatizan la integridad psicosomática del ser. Sus modelos se basan y surgen de la realidad del cuidado minuto a minuto de los bebés y los niños. Al describir las etapas de desarrollo oral, anal, genital y edípica, Freud definió la indivisibilidad de la anatomía, la fisiología y la relación. El psicoanálisis, como descripción del desarrollo y la experiencia humanos, y como herramienta para aliviar el sufrimiento, no debe ser simplemente una abstracción intelectual. En el proceso terapéutico, el analista no puede ser despojado por completo de su identidad personal ni desencarnado: nadie puede no tener cuerpo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

See Sutton A. (1998) “Lesley": the struggle of a teenager with an intersex disorder to find an identity- its impact on the "I" of the beholder" Case Study D (237-248) in eds Di Ceglie D & Freedman D, *A Stranger in My Own Body* London, Karnac Books.

Rieck, M. (2022) ‘Evenly hovering somatic attention’ or ‘Living an (embodied) experience together’ The PSA Society of the WAWI 2022-2023 Colloquium: The Embodied Analyst – Focusing Within.

1. Freud A (1970) ‘The Symptomatology of Childhood: a Preliminary attempt at Classification’ Chapter 9 in Ekins R. and Freeman R. (eds) (1998) *Selected Writings by Anna Freud* Harmondsworth: Penguin Books.

Sutton A. & Whitaker J (1998) "Intersex Disorder in Childhood and Adolescence: gender identity, gender role, sex assignment, and general mental health" Chapter 11 (173-184) in eds Di Ceglie D & Freedman D, *A Stranger in My Own Body* London, Karnac Books.

Sutton A. (1998) “Lesley": the struggle of a teenager with an intersex disorder to find an identity- its impact on the "I" of the beholder" Case Study D (237-248) ibid

Sutton A., (2013) *Paediatrics, Psychiatry and Psychoanalysis: through countertransference to case management.* London & New York. Routledge 76-84

Sutton A. (1987) Dangerous building keep out: an account of a psychotic girl’s psychotherapy. *Journal Child* Psychotherapy 13;2, 57-76.

Sutton A. (1988) Doing the splits: Psychotherapy in a residential institution for psychotic children. *Psychoanalytic Psychotherap*y 3: 2 161-174

Further details available in Sutton A., (2013) *Paediatrics, Psychiatry and Psychoanalysis: through countertransference to case management.* London & New York. Routledge. 166-73

Further details available in Sutton A., (2013) *ibid* 144-56 & (2001) “Disrupted Dependence and Dependability: Winnicott in a culture of symptom intolerance” *Psychoanalytic Psychotherapy* **15**:1 1-19

[Resignation syndrome: Sweden's mystery illness - BBC News](https://www.bbc.co.uk/news/magazine-41748485)

Winnicott, D.W. (1960), “Ego Distortion in Terms of True and False Self” in *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, (London, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis 140-152

http://www.columbo-site.freeuk.com/ accessed 3rd March 2012

John Keats (1817) “I mean *Negative Capability*, that is when a man is capable of being in uncertainties, Mysteries, doubts, without any irritable reaching after fact & reason”.

Tolkien, J.R.R , (1954) *The Fellowship of the* Ring Book 1 of *The Lord of the* Rings (edition 1994) London: Harper Collins 53-7 for a full description of the power of the Ring.

Tolkien (1954) ibid 54

Groddeck, G. (1920) On the It. In *The Meaning of Illness* London: Maresfield Library (revised 1977)

1. Winnicott, D.W. (1949, 1992) Mind and its relation to the psyche-soma. In: Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis. London: Karnac Books, pp. 243–254