



## La inversión de roles y sus factores curativos<sup>1</sup>

Franco Borgogno<sup>2</sup>

Torino, Italia

Dentro de un marco de referencia histórico-clínico, en el que se destaca el binomio conflictivo “cura por la actuación – cura por la palabra”, el autor se centra en la “inversión de roles”: un proceso primitivo inter-intra-psíquico en primera fila de nuestra práctica, pero todavía no suficientemente teorizado en nuestra literatura. El fenómeno de la “inversión de roles” es presentado clínicamente y discutido en sus dos aspectos principales (la identificación inconsciente con los padres y con su cultura psíquica y, en consecuencia, la disociación concomitante de la parte infantil del self) mediante la presentación de material analítico de una paciente esquizoide-deprivada. El autor, además, considera algunas de las razones de por qué los analistas no exploran esta forma particular de repetición, que de forma regular se reactiva en la dinámica de la transferencia-contratransferencia en el análisis de pacientes que han experimentado en el pasado un trauma acumulativo, y los principales factores curativos en el tratamiento de este tipo de pacientes.

**Palabras clave:** Inversión de roles, Dinámica Transferencia-Contratransferencia, Pacientes deprivado-esquizoides, Factores curativos, Cura Activa, Cura por la palabra.

Within a historical-clinical framework, in which the often conflicting binomial “acting cure-talking cure” is underlined, the Author focuses on “role-reversal”: a primitive inter-intra-psychic process, at the forefront in our practice, but not adequately theorized in our literature. The phenomenon of “role-reversal” is clinically presented and discussed in its two main aspects (the unconscious identification with the parents and with their psychic culture, and, therefore, the concomitant dissociation of the infant part of the self) through the presentation of analytical material regarding a schizoid-deprived patient. Furthermore, the Author considers some of the reasons why analysts didn’t explore this particular form of repetition, which is regularly re-enacted in the transference-countertransference dynamics in the analysis of patients who have experienced in their past a cumulative trauma, and the principal curative factors in the treatment of this kind of patients.

**Key Words:** Role-reversal, transference-countertransference dynamics, schizoid-deprived patients, curative factors, acting cure-talking cure.

**English Title:** Role-reversal and its curative factors.

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Borgogno, F. (2008). La inversión de roles y sus factores curativos. *Clinica e Investigación Relacional*, 2 (1): 84-93. [ISSN 1988-2939]

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/autorizacion/es-ES/Default.aspx>]

En este artículo intento ofrecer una contribución para la exploración de aquellos pacientes que en el análisis parecen funcionar a través de una forma particular de repetición, la “inversión de roles”: se trata de una forma particular de repetición, construida esencialmente mediante una dinámica intrapsíquica por la que los pacientes se identifican inconscientemente con el agresor (en este caso, a menudo, se trata de un cuidador deprivado y deprivador) mientras que el analista personifica a su self infantil completamente disociado, y no a las frecuentes y tradicionales *imago*s parentales a las que nos solemos referir. Para este tipo de paciente – y este será el foco central de mi reflexión – la interpretación “mutativa” del analista no es la clásica, sino más bien la acción global de vivir e interpretar literalmente “en lugar del paciente” una parte de la vida psíquica que, o bien simplemente le es desconocida o bien que la ha expulsado por el dolor que lleva asociado (Borgogno, 1999; Borgogno y Vigna-Taglianti, 2007). Un gran dolor mental – debo precisar- que en su pasado los padres mismos (como cuidadores no apropiados) no han sido capaces de tolerar y que tampoco fueron capaces de reconocer o de hacerle frente, al carecer de las herramientas afectivas y cognitivas necesarias.

Me gustaría decir que, en otras palabras, en el tratamiento analítico estos pacientes necesitan encontrar un o una analista que dé testimonio en su cuerpo de los sentimientos y ansiedades que ellos vivieron cuando niños, sin denegar sus sufrimientos ni sus experiencias catastróficas; y, más aún, un analista que sobreviva y se mantenga en vida (Winnicott) – capaz de sentir (Ferenczi) y pensar (Bion) – dentro de un ambiente analítico que en muchos sentidos y de forma ineluctable se vuelva muy semejante al propio ambiente que ellos experimentaron en su infancia (Ferenczi, 1929, 1931, 1932ab, 1920-32; Winnicott, 1963-74, 1967; Borgogno, 2005).

Creo que esto es precisamente lo que dijo Bion en *Cogitaciones*, cuando subrayaba “No creo que dicho paciente acepte nunca una interpretación, por muy correcta que sea, a menos que sienta que el analista ha pasado por esta crisis emocional como parte del acto de ofrecer la interpretación” (Bion, 1992, p. 291); y – 60 años antes que Bion – lo que Ferenczi llamó el “contraste” necesario que el paciente tiene que experimentar una y otra vez, durante el análisis, cuando logra recordar el pasado y, finalmente, cambiarlo en el presente y en el futuro, en lugar de repetir sin descanso su dolorosa historia pasada. El contraste del que hablaba Ferenczi se daba esencialmente en el hecho de que, sesión tras sesión en un buen análisis, todo paciente debe encontrar una historia diferente: una madre diferente, un padre diferente y un niño diferente... y, en resumidas cuentas, un tipo diferente de relación. Todo esto, en estos casos, puede constituir el punto de partida para un aprendizaje nuevo y alternativo del intercambio emocional entre los individuos y, en consecuencia, una capacidad nueva y alternativa para aprehender la realidad psíquica (Ferenczi, 1929, 1932ab).

Aquí me gustaría destacar que, en mi opinión, y especialmente en estas situaciones clínicas, el analista al final es un objeto nuevo (sería más correcto decir un “sujeto nuevo”) debido a que se pone a la disposición del paciente, “haciendo donación de su alma” para transformarse lentamente en los diferentes personajes implicados en la historia infantil del paciente. En consecuencia, ofrece a estos personajes una figurabilidad y un nombre, después de haber actuado y encarnado primero de forma concreta las “presentaciones” del paciente, “con su cuerpo y dentro de su cuerpo” y, después, “con su mente y dentro de su

mente”. Debo advertir que una “presentación repetida muchas veces y de muchas formas” debe ser elaborada (*worked through*) y transformada por el analista en “representaciones” sólo a largo plazo, y no rápidamente como nuestro pensamiento deseante preferiría.

\* \* \*

Pero pasemos ahora a M<sup>3</sup>, la paciente que me llevó a pensar de esta manera (Borgogno, 1994-1995, 2003, 2004). M es una joven que vino al análisis nada más haberse roto la pelvis al caerse de un caballo: en las entrevistas iniciales me contó que a partir del momento del accidente “una sombra o agujero negro había invadido su vida” de una forma macabra, bloqueándola. En verdad, después de haberse visto confinada en cama durante varios meses, todo se había detenido: sus estudios universitarios, por ejemplo, que ya habían ido con lentitud antes del accidente, pero también su vida social y de relaciones, que habitualmente consistía en ver a algunos amigos cada cierto tiempo, con los que realizaba actos de caridad, ayudando a personas ciegas o con discapacidades motóricas serias.

Debido a una serie de accidentes que habían afectado a varios miembros de su familia y a otras personas de su entorno social más cercano, vivenció el accidente como un signo fatal del destino (un signo y no un símbolo – desearía resaltar – teniendo en cuenta que M no lo conectaba con nada relacionado con “los acontecimientos de su vida real” ni con su psicología). El signo se refería a una catástrofe inminente, que dañaría la existencia de toda su familia. Una especie de rotura de “hueso”, como ella lo definía de forma vaga, que había implicado, en todos los casos a los que ella aludía, “roturas físicas y fracturas” que habían determinado un giro en la vida de los afectados, quienes literalmente ya no habían sido capaces de “levantarse y continuar con sus vidas”. Un colapso, una crisis (*derrumbe*) casi en un sentido “estructural”, que de hecho había sucedido en el pasado (Winnicott, 1963) – que, como sospeché en un principio, recibiendo la confirmación mucho más tarde – era de una naturaleza más psicológica que física: M en realidad había sido una hija que no se esperaba que naciera, puesto que en su familia, tanto en la rama materna como en la paterna, los últimos hijos nacidos eran un preaviso de la inminente muerte de los padres.

Estas expectativas sobre un acontecimiento futuro fatal – completando así mis consideraciones sobre el contexto de hechos y emociones que habían provocado la solicitud de análisis por parte de M – eran en consecuencia, dicho brevemente, el “mal signo” que marcó el nacimiento de M y la acompañó en su desarrollo. Cuando nació sus padres ya no eran jóvenes y estaban atravesando un período de inestabilidad financiera. A parte de esto, la madre, debido a la repetición de este destino fatal en la historia familiar, había intentado abortar varias veces y, después del nacimiento de M, cayó en una especie de depresión profunda y críptica que se caracterizaba por unas quejas continuas y angustia por un dolor físico cuyo origen se mantuvo desconocido y, por tanto, imposible de ser curado. Esta depresión acaso era compartida de forma silenciosa por el padre, que pasaba mucho tiempo solo, aislado y retraído en sus propios pensamientos, absorto en la preocupación por la supervivencia financiera de la familia.

Fatiga, suspiros, quejas, silencio y depresión estaban en el corazón de la atmósfera infantil en la que M creció. Sufría además de una soledad peculiar y severa pues, aunque la panadería en la que trabajaba su familia era, al mismo tiempo, su pobre entorno doméstico, sus padres estaban ocupados casi siempre, día y noche, horneando pan y vendiéndolo.

Cuando terminaban y volvían a la parte habitada de la casa, por la tarde o por la noche, siempre estaban exhaustos y silenciosos y dispuestos sólo a irse a la cama considerando las pocas horas que restaban para empezar de nuevo: había que preparar el horno, amasar el pan y después venderlo. Una forma de vida que aprendí “en mi propia piel”, atribuyéndole lentamente imágenes y palabras, en vista de que M no hablaba de ella y yo no tenía ni idea de lo que pudiera significar el tener una pequeña panadería de un pueblo rural.

Sin embargo, no es de esta parte de la experiencia analítica con M de la que me gustaría hablar, sino más bien de la atmósfera relacional originaria de la que el sueño que trajo en la primera sesión era un buen cuadro, anticipando una difícil historia analítica que supondría un gran desafío personal en el intento de eliminar la repetición y aportar la transformación psíquica necesaria para cambiar los destinos de las personas. El sueño es el siguiente: “Una persona japonesa de identidad incierta estaba realizando el hara-kiri en un claustro y quería que yo lo viera. Así que empecé a correr pero esta persona me seguía y cada cierto tiempo me alcanzaba, ‘arco tras arco’, derrumbándose en el suelo y con los intestinos que se le salían. Yo me sentía horrorizada y asqueada.”

Este sueño hizo sonar de forma inmediata las alarmas en mi mente. Con terror y horror, basándome en parte en sus muy escasas asociaciones con respecto al sueño (“ambas personas en el sueño eran incapaces de hablar” y “una de sus amigas se había roto recientemente la pelvis por problemas en las caderas y, considerando que estaba embarazada, sólo se podía rezar ‘al santo que ayuda a los niños que se supone que no nacerán’ para que el embarazo termine con éxito”), elaboré la hipótesis de que quizá M era una hija no deseada y que era muy posible que sus padres hubieran intentado el aborto. Por consiguiente, al venir M al análisis me podía estar pidiendo que realizara una tarea casi imposible: dar a luz a alguien que ni debía ni podía nacer y, seguramente, desenredar y elaborar una transferencia muy primitiva, probablemente caracterizada por una debilitación de los pensamientos y emociones infantiles (“las tripas”<sup>4</sup> en el sueño). Los presentimientos que he mencionado más arriba no sólo eran actuados (*enacted*) durante las sesiones, sino que entraban en acción de una forma más violenta incluso de lo que yo habría esperado.

De hecho, poco después de que M había contado el sueño y realizado las escasas asociaciones sobre él, después de que le sugerí que quizá había venido al análisis porque “quería nacer”, sin razón aparente quedó en silencio y se mantuvo casi totalmente muda por unos cuatro años. Este silencio sólo se rompía, de vez en cuando, cuando la paciente pronunciaba unas pocas palabras y, posteriormente, cuando recordaba sueños inesperados, tan densos en imágenes y significado simbólico como el primero, y pasaba su tiempo quejándose, suspirando y sollozando, a menudo tocaba todas las partes de su cuerpo, como si estuviera buscando algo o a alguien. Por mi parte, a consecuencia de esta situación inesperada, me fui encontrando de manera progresiva en una “escena agónica” en la que había alguien que estaba padeciendo un sufrimiento extremo pero que no respondía a ningún tipo de cura y no podía recibir ayuda, y alguien más que estaba sentado al lado de su cama, intentando atenderla en vano y encontrándose totalmente impotente y desesperanzado en la medida en que este tipo de interacción se repetía idéntico, sesión tras sesión, sin que se produjera ningún tipo de cambio o modificación.

Aunque yo podía observar cómo la niña M se había convertido en la madre de sí misma, haciéndose cargo de su sí-misma niña a través de su propio cuerpo (el ella-misma-bebé), el único objeto al que M prestaba atención (yo seguía el trabajo de Anna Freud con los niños supervivientes de Theresienstadt {Anna Freud, 1951}), poco a poco se mostraba que yo estaba personificando la parte de M-bebé, enfrentándome con su madre deprimida e

hipocondríaca, y siguiendo con ella, paso a paso con nuestros roles invertidos, siguiendo el camino de lo que podía haber sido su recorrido infantil como cuidadora de una madre “sin entusiasmo por la vida”, o como hija-invitada en una casa-panadería en la que sus padres tenían una presencia física habitual pero absortos en un “otro lugar misterioso y enigmático”, sin otorgarte nunca una mirada real. Si bien estos eran los modelos predominantes que inspiraron mi identificación imaginaria, también consideré la posibilidad de ser su silencioso y retraído padre, en aquellos momentos en los que no sabía qué decir. Si, por el contrario, yo tenía algo que decir, yo podía ser una forma de madre demandante que quería que ella fuera una buena hija-paciente, dedicada a las costumbres y necesidades maternas, considerando, no obstante, su peculiar oposicionismo y formas negativistas de autoafirmación, por muy enfermo o loco que esto me pueda parecer.

No puedo decir aquí en pocas palabras cómo y de dónde saqué las fuerzas para continuar con mi trabajo interpretativo diario que, en apariencia, estaba siendo totalmente ineficaz sobre todo porque no estaba recibiendo ningún tipo de consentimiento verbal por parte de la paciente sobre lo que le estaba diciendo. Me gustaría, no obstante, mencionar brevemente, sin dedicarle un examen en profundidad, el primer giro en nuestro análisis. Un giro que compartí – por así decir – con la paciente, de modo que – de ahí en adelante – ella empezó de forma mágica a hablar con continuidad en cada sesión con lo que el análisis se activó de nuevo, asumiendo una estructura más clásica. Le dije de una manera vivaz, y como si yo lo hubiera descubierto precisamente en ese momento – como se deriva del enésimo sueño histórico que se refiere a una cruel tragedia medieval del pasado – que ella estaba en análisis conmigo “no sólo para nacer, sino para ser alguien y recuperar su propio nombre, su genealogía personal y su propia historia”. Y así, pocas sesiones después, de nuevo a través de un sueño, apareció un nuevo personaje entre nosotros, llamado “Nadie”: una M a la que se había dado un nombre al igual que, gracias al trabajo analítico, al menos parcialmente había recuperado la posesión de su propio cuerpo y también parecía haber recuperado ahora con claridad una vida mental y afectiva más intensa. A continuación, de hecho, los acontecimientos que previamente habían sido trazados en sus sueños ya no fueron situados en diferentes períodos históricos o en diferentes planetas sino en nuestra relación. En consecuencia, se mostró con claridad que estábamos envueltos en una brutal pelea entre la vida y la muerte, pero que nuestros papeles respectivos, de aquí en adelante, se habían vuelto menos estereotipados y más movibles e intercambiables, del mismo modo que la estructura interna de la personalidad de M se había desarrollado con una mayor movilidad y flexibilidad.

Después de año y medio, esta “luna de miel” analítica – la llamo así sólo para diferenciarla de su período anterior, puesto que ciertamente no fue “maravillosa” y su análisis siguió siendo muy difícil – terminó de modo tan abrupto como su ‘discurso’ inicial al comienzo. De forma inesperada, M volvió de nuevo a un estado de mutismo absoluto y un silencio ensordecedor dominó nuestras sesiones, en la medida en que M rechazaba darme ningún tipo de confirmación ante todas las hipótesis que yo elaboraba para explicar por qué nuestro progreso se había detenido: un silencio que parecía haber eliminado cualquier signo de vida, puesto que la vida se había vuelto no sólo una mera alteración en la existencia del otro, sino una auténtica amenaza mortal que debía ser extinguida y eliminada. Y fue precisamente en este momento cuando, sintiéndome exhausto y destruido – después de recordar una película de Bergman (*El Huevo de la Serpiente*, 1977) sobre una madre que mata a su bebé porque no quiere dejar de llorar y después comete suicidio lanzándose por una ventana – exploté en una “interpretación sorda”, “un paternal y sanguíneo rapapolvo”: cuyo resultado fue su sentimiento de ser querida y estar viva y entonces entró en el área

edípica con la progresiva integración de su propia vida según había surgido a través del tiempo en el análisis. Simultáneamente esto impulsó un proceso de des-identificación del “objeto privado y deprivador” que durante tanto tiempo había caracterizado su “identidad negativa”.

Resumiendo los diferentes pasos de nuestro análisis y de su posible historia vital a través de las numerosas imágenes oníricas en las que ella había trabajado, le dije con una profunda implicación emotiva y con dolor (con muchas pausas en mi discurso, como si estuviera pensando en voz alta frente a ella) que la situación en la que nos habíamos sumergido parecía conducirnos de forma necesaria a una resignación fatal, es decir, invitándome a abandonar mis armas y matándola a ella como paciente y a mi como analista, y añadí que “si yo estaba haciendo algo equivocado, ella me tenía que ayudar y echarme una mano”, y que “si ella se había identificado realmente con su madre quien, como ella sabía, odiaba la vida, mientras que yo era su niña-sí-misma que debía seguir intentando cambiar a su madre y ayudarla a ella a recuperarse, debía admitir con toda honestidad que esto no era posible en absoluto, puesto que el análisis, y yo mismo, sólo podíamos ayudarla a abandonar esta conducta insalubre comprendiéndola como una lucha dramática que tenía que resolver en su interior”. Después de esto, una M visiblemente conmovida continuó: “Si tu descubres que tienes un efecto en otras personas, te sientes real; tu sientes que existes: por tanto, los otros también existen para ti y son reales. Esto es lo que me has dado. No es un ruido confuso o irritante, que no sabes exactamente qué es o de dónde viene. No es un rugido que te atormenta porque no puedes luchar contra él ni hacer nada para pararlo; tampoco es un eco que te repite. Es algo que viene gimiendo desde tu interior, que no está ni vivo ni muerto, algo que te hace sentir renacido”, a lo que hay que añadir que nunca nadie en casa le había prestado atención, ni a su enfermedad ni a su silencio y retraimiento, en la infancia o en la adolescencia, viendo que ella para sus padres era la hija modelo y sin problemas que ellos querían, por lo que ella no se sintió capaz de provocar ningún sentimiento en otras personas a parte de irritación y fastidio, de los que, sin embargo, ella nunca había sentido que era la fuente.

William James (citado en Menninger, 1968) ofrece, en mi opinión, las palabras más adecuadas para enfocar estos acontecimientos analíticos y el tipo de “gran dolor mental” que M y yo tuvimos que atravesar y sufrir juntos: “No se puede imaginar tortura más diabólica que cuando tu hablas, nadie responde, cuando tu haces un gesto, nadie te atiende, todo el mundo te ignore por completo. Pronto surge dentro de ti una hostilidad tal que atacas a todos aquellos que te ignoran y, si con eso no se consigue ser reconocido, vuelves la hostilidad hacia tu interior, en un esfuerzo por demostrar que realmente existes”.

\* \* \*

¿Pero por qué he elegido este asunto para compartir con vosotros, y no cualquier otro? Debido a que, al consultar la literatura psicoanalítica podemos observar, con toda evidencia, que la tendencia identificatoria que más se manifiesta y describe en nuestras obras se dirige principalmente a la identificación con las figuras parentales: en primer lugar y en especial a los padres buenos y adecuados, posteriormente – según aumenta nuestra experiencia clínica – a los padres malos e ineptos, del mismo modo en que son transformados por las fantasías persecutorias y depresivas y por lo que hemos llamado el alma o el psiquismo infantil.

Sin embargo, ya desde los orígenes del psicoanálisis hemos debido atravesar, en nuestro proceso de crecimiento, un obstáculo que ha supuesto unas dificultades considerables cuando, por ejemplo teniendo en cuenta a Ferenczi, y dejando a parte las fantasías inconscientes, hemos debido considerar que tanto los padres como nosotros, en cuanto adultos, de ningún modo somos siempre “buenos padres” y “buenos adultos”. Debemos aceptar, más bien, que es un deseo infantil el de encontrar un “padre fisiológicamente bueno”, incluso cuando el padre no lo es, por el deseo de transformarnos – gracias seguramente a la colusión con este deseo – en objetos complacientes con respecto a su imposibilidad (la de los niños) de acceder a una percepción correcta sin ninguna ayuda, y en objetos que se adaptan a su necesidad de negar la inadecuación de sus cuidadores. El deseo que estoy subrayando es un deseo infantil que puede llevar al bebé, y al bebé dentro del adulto (Ferenczi, 1931), a perdonar una y otra vez nuestros errores y a idealizarnos en la fantasía, con la esperanza de defenderse mejor de la desgracia que arrojó la sombra sobre sus vidas y la sigue arrojando.

Pero a partir de aquí – y siguiendo siempre a Ferenczi – nos vimos obligados a llegar a un punto, a nuestro entender, más relevante incluso: a la dificultad de poder asumir y pensar dentro de nosotros, mediante los acontecimientos analíticos, la experiencia de los niños que padecen un gran sufrimiento, de los niños deprivados por causa de la falta de cuidados y por la crueldad de los adultos... Me explico: es también como si también aquellos de nosotros que hemos sido criados en un entorno con frecuencia algo menos que excelente, hubiéramos rechazado y negado que nuestros padres y analistas fueran algo menos que excelentes, haciéndonos nosotros mismos responsables y, debido a ello, esforzándonos mucho para admitir esta realidad, y más todavía para identificarnos con estos niños que han experimentado esas condiciones tan penosas y debilitantes. En este sentido, la ilustración de Ferenczi sobre la “identificación con el agresor” es ejemplar (Ferenczi, 1929, 1931, 1932 a b). Más aún, era de este mismo terreno del que surgía la sincera llamada de Ferenczi para que nos identificáramos más con los niños y recuperáramos nuestra propia infancia, debido a que, de inicio, nunca es el niño el que se debe adaptar a los padres sino, bien al contrario, son los padres los que se deben adaptar a él (Ferenczi, 1927).

Todo esto (esta última comprensión de lo que estaba exponiendo) suena todavía más extraño si tenemos en cuenta el modo en que los niños en sus juegos (especialmente los que juegan en la consulta) continúan pidiendo a los adultos durante mucho tiempo, y siempre muy deseosos, - por razones que no sólo tienen que ver con su omnipotencia – que desempeñen los roles de niños desatendidos e incapaces, mientras que ellos personifican, con mucho gusto, a adultos poderosos, con una confianza total en sí mismos y, por tanto, envidiables. Sin embargo, el juego al que aquí me refiero es aquel en el que la mayor parte del tiempo el “como si” termina, rápidamente, en la asunción de roles que son congruentes con las demandas de la realidad. El problema, no obstante, es que esto no siempre sucede y que el juego no consiste, en absoluto, en jugar, como una pretensión temporal, un “como si” provisional que ayude a elaborar las frustraciones y las limitaciones, preparando, al mismo tiempo, para la actividad madura y las identificaciones del adulto, sino que es – bien al contrario – la realidad concreta, toda la realidad está ahí. Por otra parte, cuando esto ocurre el niño se ha vuelto de forma “real” (insisto en ello) en el progenitor, y lo ha hecho para sobrevivir... identificándose totalmente, en un nivel inconsciente, con el progenitor gravemente deficiente e inadecuado, para no perderlo por completo; asimismo, a causa de esta identificación masiva, el niño pierde todo contacto con el niño interior y tiene que expulsarlo de sí... debido al dolor excesivo y porque en ese hogar particular ese niño

concreto carece de un lugar y no puede recibir ningún reconocimiento de los sentimientos, necesidades y ansiedades que experimenta como niño en busca de un adulto sensible.

El caso de M, del que he tratado en esta breve reseña, encaja en este grupo que, incluso de adultos, reclamarán indudablemente – de forma secreta (secreta porque el paciente no tiene en absoluto conciencia de ello) y durante un tiempo bastante prolongado – que sus analistas sean, en el análisis, los niños que ellos nunca han sido o que han rechazado por el mucho dolor. Una tarea que – subrayo – el “analista suficientemente bueno” deberá llevar necesariamente delante de forma que, en el futuro, ellos puedan salir de su “auto-cura” volviendo a existir como niños (niños dependientes y vulnerables), en lugar de identificarse con sus padres patógenos, para así poder transformar su existencia traumática y negativa, que ha sido traída gradualmente de nuevo a la vida en el análisis. De hecho, precisamente a partir de este nuevo impacto relacional – es decir, a partir de la adquisición lenta y gradual de una nueva sensibilidad – brotará su nueva capacidad para enfrentarse con las experiencias dolorosas e infelices que tuvieron en la etapa de crecimiento, y para enfrentarse a ellas sin perder la fe y la esperanza en la capacidad para, en el futuro, llevar una vida que valga la pena.

Estoy seguro de que muchos de nosotros – y me refiero a todas las personas implicadas en el campo de la salud mental y en prestar ayuda a los que padecen de problemas psíquicos – han luchado de un modo parecido cuando estaban creciendo, y también en el análisis, contra la compulsión a repetir su historia de “no-existencia” parcial convirtiéndose, más tarde en su vida adulta, en psicoanalistas y psicoterapeutas especialmente hipervulnerables e hipersensibles al retraimiento esquizoide de otros. Como recientemente he escrito sobre mi *The Vancouver Interview* (Borgogno, 2007) acerca de cómo encontré mi vocación psicoanalítica, yo fui uno de estos niños: un niño parcialmente desatendido en mi especificidad (yo tenía que ser diferente y cambiar en beneficio de mi padre y renunciar a ser yo mismo) y en parte no escuchado en mis necesidades particulares (mi madre a menudo estaba psíquicamente ausente y mi padre se preocupaba sólo de su familia de origen). Yo pienso que ha sido a partir del hecho de ser uno de estos niños – comprendiendo y elaborando la experiencia característica de mi infancia y adolescencia – como he podido extraer los factores terapéuticos personales que me han permitido encontrarme con M y ayudarla a dejar atrás su estado patológico de muerte psíquica y de no existencia. De forma más general, también creo que el compartir de forma profunda y auténtica su experiencia es lo que ha activado la posibilidad de dar una dirección nueva y más favorable al análisis y a su vida.

\* \* \*

Para concluir, sólo cuando la “palabra” (quiero decir la acción) se hizo “carne”, se “encarnó”, podemos llegar a ese trabajo del lenguaje que otorga acceso al “mundo de las representaciones”. Es decir, en ciertos casos la “talking cure” (“curación por la palabra”) debe ser precedida por una “interpsychic acting cure” (“curación de actuación interpsíquica”), que dejará aparte, pero sólo en *après coup*, el análisis clásico que Freud nos invitó a hacer. En lo que se refiere a M, en síntesis, la “interpsychic acting cure” a la que aludo consistía en tener que encarnar lentamente y convertirse en la niña pequeña de la que se había dissociado en el curso de su infancia, logrando al mismo tiempo mantenerse en contacto con dos aspectos fundamentales de nuestro trabajo analítico, que quiero resaltar en mi

conclusión. El primero es la experiencia fisiológica que los niños deben tener con padres suficientemente buenos para crecer y asumir gradualmente su subjetividad como individuos completos, separados y diferentes del entorno en el que han crecido. El segundo es la experiencia del analista – quizá sólo después de haber sido pacientes en uno o más análisis – de lo que realmente significa ser, y estar con, un adulto que es capaz de hacer espacio y dar apoyo a “una mente joven que se está haciendo”: un adulto – subrayo – capaz de ayudar y animar para continuar “a sentir y pensar hasta su auténtico final las experiencias mentales interrumpidas de forma traumática” (Ferenczi, 26-III-1931 en 1920-1932, p. 243) y –evidentemente – a pensar en la experiencia corriente, compleja, emocional y relacional, que la vida nos reserva día tras día.

Pero, además de esto, con pacientes como M, el analista que se mantiene, como bien puede, como un “pensador y un testigo que participa emocionalmente” en todas las vicisitudes en las que el análisis le requiere para acompañar al paciente, ¿no deberá en cierto momento volverse “real”, aunque sea momentáneamente, para traer de nuevo al paciente a la vida y romper el círculo vicioso opresivo y mortal en el que está encerrado? Muchos psicoanalistas de los que critican la escolástica psicoanalítica, aunque en parte desde un segundo plano, estarán de acuerdo en destacar el hecho de que, cuando el paciente ha sufrido “daños y ataques a su integridad sutilmente disfrazados”, necesita la presentación de la realidad “en el momento y la medida correctos” para que sea capaz de “recrearla”, “haciéndola suya” y, por tanto, “viviéndola como una entidad que no puede ser eliminada de la fantasía” (Borgogno, 2006).

Para M, su evidente necesidad de compartir inmediatamente esta revelación de sí misma con el analista en un nivel verbal (véase, en particular, la “salida afuera” de los intestinos en su primer sueño) para que abandonara el mundo de la no existencia, también requería, en mi opinión, que el analista diera “un paso en cierto sentido similar”. Un paso – “mi interpretación rugiente” – que para ella era un acto de libertad y legitimación que la permitió comenzar a desarrollar sus propios recursos y potencial.

## REFERENCIAS

- Bergman I. (1977). *L'uovo del serpente*. Rialto Film (Germany) / Dino de Laurentis Corporation (USA) [título original: *Das Schlangenei*].
- Bion W.R. (1992). *Cogitations: pensieri*. Armando, Roma 1996.
- Borgogno F. (1994-1995). Dall'ambiente creato alla parola e alla storia: transfert, controtransfert e working through nell'analisi di una paziente schizoide deprivata. Scritto inedito.
- Borgogno F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Borgogno F. (2003). Sopravvivere alla morte psichica: storia analitica con una paziente schizoide deprivata. In: Rinaldi L. (a cura di), *Stati caotici della mente*. R. Cortina, Milano 2003.
- Borgogno F. (2004). On the patient's becoming an individual: The importance of the analyst's personal response to a deprived patient and her dreams. *Psychoanalytic Dialogues*, 14 (4), 475-502.
- Borgogno F. (2005). Ferenczi's clinical and theoretical conception of trauma: A brief introductory map. *The American Journal of Psychoanalysis*, 67 (2), 141-149, 2007.
- Borgogno F. (2006). Ferenczi and Winnicott: Searching for a 'missing link' (of the soul). *The American Journal of Psychoanalysis*, 67 (3), 221-234, 2007.
- Borgogno F. (2007). *The Vancouver Interview. Frammenti di vita e opere d'una vocazione*

*psicoanalítica*. Borla, Roma.

- Borgogno F., Vigna-Taglianti M. (2007). Il rovesciamento dei ruoli e la dissociazione di sé: una 'forma di ricordo' poco illuminata dalla letteratura psicoanalitica. *Richard e Piggle*, 15 (1), 1-21.
- Ferenczi S. (1927). L'adattamento della famiglia al bambino. In: *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. 3. Guaraldi, Rimini 1974.
- Ferenczi S. (1929). Principio di distensione e neocatarsi. In: *Ibidem*.
- Ferenczi S. (1931). Le analisi infantili sugli adulti. In: *Ibidem*.
- Ferenczi S. (1932a). Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino. In: *Opere*, vol. 4. Milano, R. Cortina 2002.
- Ferenczi S. (1932b). *Diario clinico*. R. Cortina, Milano 1988.
- Ferenczi S. (1920-1932). Frammenti e annotazioni. In: *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. 4. Guaraldi, Rimini 1974.
- Freud A. (1951). Un esperimento di educazione di gruppo. In: *Opere*, vol. 2. Boringhieri, Torino 1979.
- Menninger W.W. (1968). Introduction to *The psychiatrist's identity crisis: Alumni association workshop*. *Bull. Menn. Clin.*, 32, 135-137.
- Winnicott D.W. (1963-1974). La paura del crollo. In: *Esplorazioni psicoanalitiche*. R. Cortina, Milano 1995.
- Winnicott D.W. (1967). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In: *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1990.

## NOTAS

<sup>1</sup> Comunicación presentada en el 45º Congreso IPA (Berlín, 24-28 de Julio de 2007) "Remembering, Repeating and Working Through in Psychoanalysis an Culture Today", en el panel "Remembering and repeating in the context of the curative factors in psychoanalysis" (Virginia Ungar y Clara Nemas, Moderadoras; Franco Borgogno, Clara Nemas, José Carlos Calich, Intervinientes). Aparece también publicado en lengua italiana en *Pandora*. Versión castellana de Carlos Rodríguez Sutil.

<sup>2</sup> Psicoanalista, S.I.P., I.P.A. Ejerce en Torino (Italia). Dirección de contacto: Via Cavour 46, 10123-Torino, Italia. E-mail: [borgogno@psych.unito.it](mailto:borgogno@psych.unito.it)

<sup>3</sup> N. de.T.: El caso M. está descrito también, incluyendo otros detalles y reflexiones, en los trabajos: Borgogno, F. (2005). Llegar a ser. La importancia de la respuesta afectiva del psicoanalista a los sueños de una paciente esquizoide deprivada emocionalmente. *Aperturas Psicoanalíticas*, 20. [Orig. Publicado en: *Psicoanálisis APdeBA* – Vol. XXVII – Nº 1/2 -, pp. 281-310, 2005] y también como en el capítulo 5, epígrafe 4 de la obra: Borgogno, F. (1999). *El Psicoanálisis como recorrido*. Madrid: Síntesis, 2001.

<sup>4</sup> En italiano la palabra "viscere" (en inglés, "tripas", "intestinos") también significa "los propios hijos". (N. del T.) En castellano hace unas décadas no era infrecuente referirse a los hijos como "entrañas mías".