

## SOBRE LA IMAGINACIÓN

Donald Meltzer

**Sulla immaginazione**  
*Quaderni di psicoterapia infantile*  
Borla, Roma, 1984, 132-169  
Traducción: Carlos Tabbia

Al finalizar la conferencia de Perugia he usado la palabra *imaginación*. Quiero ver ahora qué rol desempeña la imaginación en la teoría mental que usamos, qué significa para nosotros.

Si recorremos la historia del psicoanálisis, en su evolución a través de la uni, bi, tridimensionalidad (y quizás también tetra-dimensionalidad) vemos que, como toda teoría científica, se desarrolla siguiendo su lógica. Médicos, científicos y biólogos han sido, sobre todo, quienes se ocuparon del psicoanálisis, entonces en sus comienzos éste siguió el desarrollo de las ciencias biológicas –cuya lógica interna parte de hipótesis simples-, como si los hombres pudieran ser considerados seres simples. Pero los que provenían de otras disciplinas –psicólogos, sociólogos, antropólogos- no estuvieron de acuerdo con esta línea de desarrollo del psicoanálisis considerando que las teorías de tipo naturalista no correspondían con lo que se ocupaba el psicoanálisis.

Creo, pues, que es importante estudiar las primeras teorías psicoanalíticas, por ejemplo la de la libido, no sólo por su interés histórico, sino también porque describen, de modo bastante preciso, determinados niveles de la vida mental. La historia del psicoanálisis es interesante no sólo porque nos muestra el modo en que ha sido construido –por así decirlo- “ladrillo sobre ladrillo”, sino también porque el desarrollo mental se estructura de modo análogo; es necesario, pues, estudiar todos los elementos con los cuales es “construida” la mente. En efecto, si en la investigación arqueológica, por ejemplo, encontramos unas ciudades construidas sobre las ruinas de otras, cuando nos ocupamos de biología (de embriología) y estudiamos la estructura del individuo, nos damos cuenta que la nueva estructura no pisa las viejas, superponiéndose a algo muerto, sino que la estructura, y particularmente las funciones se desarrollan las unas sobre las otras.

Confirmando esto, Bion dice que en la historia de la evolución no se ha perdido nada de los seres humanos más primitivos: desde los unicelulares en adelante, todas las estructuras se encuentran, de algún modo, en el hombre. Esto supone que la mente humana se ha construido según el mismo modelo del cuerpo: así como las estructuras fundamentales del cuerpo han permanecido y se han desarrollado, también las estructuras más primitivas de la mente continúan permaneciendo y desarrollando sus funciones. Encontramos pacientes que viven en un nivel unidimensional en quienes son visibles –como si fueran las únicas a operar- ciertas funciones del tropismo: la búsqueda de la comida, la expulsión de los excrementos,

la reproducción.

Examinando algunas teorías de Freud se puede ver cómo había estudiado la manera en que la imaginación había interferido en el desarrollo de los instintos y en su funcionamiento. Eso sucede claramente en las funciones reproductivas y en las sexuales, pero podemos reencontrarlo también en otras funciones: hay personas, por ejemplo, en las que la función de protegerse de los peligros padece interferencias por problemas emotivos que le impiden desenvolverse de manera correcta; hay personas cuyo instinto de nutrición no funciona, de tal modo que pueden arriesgarse a morir de hambre.

Pensando en la mente como una estructura realmente estratificada, cuando con los pacientes enfrentamos problemas de nivel estético o de relaciones emotivas íntimas podemos ver, poco a poco, como éstas están ligadas con las estructuras más primitivas, casi como si fuera un pliegue que abriéndose muestra todo el paso desde las estructuras superiores a las inferiores. Hay, pues, personas que habiendo tenido un “defecto” fundamental en su desarrollo han crecido casi normalmente pero con tal “defecto”, en cierto modo, siempre listo a resurgir.

Ahora les hablaré de un niño que no tuve en análisis pero del que conozco bastante exactamente la historia porque primero el padre y luego la madre han sido pacientes míos. Tercer hijo, nacido diez años más tarde del primogénito, no fue deseado por la madre que intentó abortarlo de varias maneras, en cambio el marido insistió para que el embarazo llegara a término. Cuando nació tenía un aspecto muy demacrado, como si en los últimos dos o tres meses la placenta no hubiera funcionado. Unos dieciocho meses más tarde le nació un hermanito. Su desarrollo parecía satisfactorio, pero daba la impresión de que había algo, un “agujero” en su personalidad. Era extremadamente pesimista. Era muy pequeño para su edad; en su desarrollo óseo tenía, a los trece años, un retraso de dos años, con relación a la norma. A pesar de tener energía, se cansaba muy fácilmente. Siempre tuvo problemas con la alimentación; su madre tenía pechos más bien grandes y con muchísima leche pero él se prendía un poco, después de lo cual o comenzaba a vomitar o miraba para otro lado rechazando succionar. Lo mismo sucedió luego con el alimento sólido: necesitaba que se le pusiera en el plato una cantidad mínima, la comía, luego se le podía agregar otra. Del mismo modo se comportaba con respecto al aprendizaje: aunque era muy inteligente, aprendía poco por vez, tenía necesidad de estudiar un poco, luego ir a jugar, hacer luego una tarea escolar, mirar la televisión, etc., como si no pudiera dedicar mucho tiempo al estudio.

El hermanito más pequeño, un niño más bien robusto, le hacía de “esclavito”: lo admiraba mucho y lo seguía por todas partes. Esta admiración le servía de gran soporte; pero hace un año, el hermanito

comenzó a hacerse amigos con los que salía, no siguiendo más al mayor. Esa “independencia” coincidió con el hecho de que el niño, de quien estamos hablando, pasó a otro ciclo escolar, superior, por lo que ya no asistía a la escuela del hermano. Parecía odiar a la nueva escuela pero tanto los padres como yo pensábamos que la cosa se ajustaría cuando el hermano, al curso siguiente, concurriera a la misma escuela. Inicialmente sucedió así y durante un tiempo la situación mejoró pero el hermano se hizo de un nuevo grupo de amigos y nuestro niño recomenzó a tener problemas de relación con la escuela, a estar mal, a llorar. Realicé dos entrevistas con él y en cada una contó un sueño. En el primer sueño *está jugando a la pelota con los amigos y con el hermano. Al final del juego le pide al hermano que lleve a casa la pelota mientras él se va en bicicleta. El hermano rechaza y se aleja dirigiéndose a una calle que él no consigue seguir, impedido también por el hecho de que está andando en bicicleta con la pelota en la mano. Aunque el campo de foot-ball está cerca de la casa, en el sueño el camino es muy largo y hay una serie de peligros: los niños, primero, y los hombres, después, que lo amenazan. Intenta llegar a su casa y cada tanto se le aparece el hermanito que le dice: ‘Dale, ve rápido que mamá te espera’, pero no consigue llegar”.*

En el segundo sueño *está marchando de la escuela por las vacaciones de Navidad y mientras sale la maestra lo llama y le da una gran cantidad de tareas escolares para la casa. Estalla a llorar, desesperado, pensando que, con todos esos deberes, no tendrá tiempo para hacer otra cosa.*

Me parece que lo anterior puede relacionarse con lo que Bion decía a propósito del nacimiento al que consideraba una *experiencia* pero *no el inicio de la vida mental*. En estos sueños vemos un elemento que deviene, de repente, un peso insostenible: la pelota, primero, las tareas escolares después, que el niño podría hacer según su costumbre, un poco por vez, pero que le parece un peso enorme, si le es dado todo junto por la maestra. Tenemos la impresión de que el niño no ha tenido una buena experiencia de un objeto que nutre y sostiene: primero la placenta de la madre que, de algún modo, no lo ha nutrido adecuadamente, después la madre misma que al nacer no estuvo en condiciones para realizar sus indispensables funciones porque tenía crisis depresivas.

Si pensamos en la mente como algo estratificado y en el desarrollo de la vida como algo que sucede a través de todas las dimensiones, debemos interrogarnos sobre la naturaleza del *método psicoanalítico* y su modalidad de funcionamiento: él operaría sobretodo a nivel de transferencia (que es el nivel de las relaciones íntimas, estéticas). ¿Puede, entonces, el método psicoanalítico hacer algo por el tipo de disturbio que presenta este niño? Por otra parte, el método psicoanalítico no comporta solo la transferencia, sino también el hecho de que hay dos seres humanos que están juntos, hora tras hora, día tras día, por años teniendo una relación que presumiblemente

también deriva de todos esos diversos niveles. Los pacientes, por ejemplo, a menudo vienen al análisis desde muy lejos, y eso se relaciona con el tropismo porque deben encontrar el camino para llegar a la sesión, no perderla. Para dar otro ejemplo, un paciente mío que casi se había dejado morir de hambre, al principio no parecía encontrar atracción alguna por el análisis, como si le fuera algo extraño, sin embargo venía regularmente a la sesión atravesando Oxford en bicicleta y nunca llegaba tarde. Un día, apenas llegó, se durmió un instante durante el cual se le presentaron a la mente una serie de imágenes. Una de las más interesantes fue la siguiente: *su coche, que está en la calle, es golpeado por un gran mazo de críquet, entonces comienza a moverse, circulando por la ciudad, hasta llegar delante de la puerta de mi consulta.* No parecía atraído por el análisis sino que venía empujado, de modo violento, por un golpe. Examinando este problema emergió que en realidad venía al análisis sólo porque los padres se lo pagaban y él no se podía permitir el lujo de perder sesiones. El análisis, en relación con lo dicho, opera también en un nivel contractual: se acuerda con el paciente sobre las horas en las que acudirá y cuánto pagará. Además hay elementos ligados a la relación de grupo; cuando un paciente comienza el análisis entra a formar parte del grupo de los que hacen análisis, no sólo con su analista, sino con todos los analistas del mundo, y se puede hacer una idea de cómo deberá comportarse un analizando, conformándose con tal imagen. Además existen las bien conocidas dificultades del paciente que, por ejemplo, tiene un amigo también en análisis. Los dos pueden comenzar a hablar de sus terapias y descubrir entonces que los analistas se comportan de modo diverso; uno cuenta que su analista al final de la sesión le da la mano, el otro analista no da la mano y entonces su paciente puede escandalizarse diciendo al amigo de que se trata de un comportamiento sexual, o también puede enfadarse con su analista porque no le da la mano. En el nivel de las relaciones íntimas se encuentran otros tipos de dificultades porque, por ejemplo, las relaciones íntimas comportan contacto corporal y entonces el paciente puede lamentarse del hecho de que el analista no lo toca o que ni siquiera puede verlo desde el diván. El último estadio, en la relación analítica, quizás es propiamente aquel en el que se entiende que la intimidad es “de mente a mente” y que una relación íntima que comporte contacto físico lo utiliza como un medio particular para alcanzar el contacto entre mentes.

La paciente de la que hablé en el seminario de Peruggia (que lloraba contemplando una hermosa puesta de sol y al enterarse que el hermano había tenido un hijo) llegó un jueves a la sesión diciendo que se había despertado con un gran dolor de cabeza, cosa bastante rara en ella. Dijo que se sentía muy melancólica, pensaba en las dificultades escolares de su hijo, en los exámenes que su hija debía hacer, en los problemas para encontrar casa (recién se había divorciado). En cierto momento, se sintió

muy bien y le parecía que todo se había iluminado; esa felicidad la había experimentado cuando, viniendo a la sesión, vio la puesta del sol. Era la segunda puesta del sol de la que hablaba en el análisis; mirándola tuvo la sensación que el analista estaba dentro de su mente, allí con ella, y que experimentaba, al ver tal espectáculo, la misma sensación de belleza y de felicidad. El resto de la sesión fue particularmente bella porque la paciente pudo evocar mucho material ligado a la puesta del sol y con otras cosas. Pero al otro día me miró como si fuera un perfecto desconocido y habló de varios temas prácticos (cómo encontrar casa, acompañar a su hija a la escuela). Le pregunté, entonces, qué había pasado con la sesión anterior y dijo no recordar nada. Intentamos reconstruirla juntos, trocito a trocito, pero no llegaba a reconstruirla por sí misma. Cuando se pudieron recorrer todas las etapas de la sesión, la paciente comenzó a llorar, y ante mi pregunta respondió: “debo haber herido sus sentimientos”. Conectando este llanto con el de la primera vez en la cual, viendo la puesta del sol, estalló en lágrimas porque el sol había desaparecido y con el llanto por la noticia del nacimiento del sobrino (interpretado como celos) pudimos intuir cómo bajo tal comportamiento había un problema de separación. El problema es que el objeto aparece también dentro de ella, luego es expulsado por los celos y completamente olvidado. Todo esto podría ser un ejemplo de la función de la imaginación: la paciente parece pasar desde un vértice de felicidad a un vértice de celos, en el sentido de Bion.

Ahora podemos preguntarnos en qué se diferencia la *imaginación* de la *fantasía* tal como ha sido descrita por Klein. Durante todo el tiempo que he trabajado con Klein he pensado que la imaginación era la fantasía y la fantasía la imaginación. Esta sería una teoría particularmente satisfactoria de la imaginación, si se la combina con la de los procesos de *splitting* que nos permite pensar la mente como dividida en varias partes que experimentan las mismas situaciones pero de modo diverso. Pero hay algo que no funciona en tal teoría porque implicaría que cuanto más *splitting* se lograra más imaginación se tendría, mientras que la experiencia clínica nos muestra lo contrario, es decir, que sólo se puede tener mucha imaginación si se está bien integrado. Por eso me parece que la teoría de los vértices de Bion ofrece una aproximación más satisfactoria al problema de la imaginación. Recientemente, pocos meses antes de su muerte, tuvimos una serie de seminarios con Bion (ocho en un mes) en el cual pudimos ver su imaginación en acción. El modo de trabajar de Bion cansaba mucho al auditorio porque era extremadamente difícil seguir el funcionamiento de su imaginación. En sus escritos hay una cita: “*la respuesta es la desgracia de la pregunta*”; nosotros en general estamos habituados que al formular una pregunta, esperamos una respuesta. Una cosa que siempre irritaba a todos era que Bion nunca respondía a la pregunta. He notado que él hacía justamente lo contrario: cambiaba la pregunta formulada por una

multiplicidad de preguntas; le daba vuelta y la traducía en muchísimas otras, como buscando verla por una miríada de puntos de vista diversos. A veces en todo este giro que él hacía, teníamos la impresión de que se había olvidado de la pregunta y que había perdido el hilo del tema.

Uno de los cambios más importantes que introdujo Bion en la técnica analítica es aquello de no preguntarse más *qué cosa significa el material* traído por el paciente, sino *qué quiere decir el paciente*. Eso implica que lo que no es claro no es el material sino el paciente. En primer lugar no es claro si no sabemos cuál es el significado que el paciente atribuye a las palabras que está pronunciando. Una vez aclarado con él cuál es el significado de las palabras que ha usado, el segundo paso será buscar entender qué cosa quería decir con aquellas palabras (es necesario hacer eso aunque parezca que ya se ha entendido). Aclarado lo que el paciente quería decir con la pregunta formulada o con la fantasía verbalizada, se puede pasar al método de Bion de fraccionar la pregunta en una multiplicidad de otras preguntas: así de la pregunta inicial surgen materiales nuevos del mismo modo que cuando se fracciona el petróleo surgen varios subproductos. Para imaginar esos diversos puntos de vista en torno a la pregunta es necesario tener mucha fantasía: es necesario salir de nosotros mismos y buscar ver el mundo con ojos distintos a los que solemos usar para mirar. Si el paciente describe cierta situación debemos ser capaces de verla a través de una multiplicidad de puntos de vista, así como pudo haberla visto el paciente, su mujer, sus hijos, su perro. En general creemos que podemos hacerlo a través del proceso que llamamos *identificación*, pero tenemos bastante experiencia para saber que hay muchos riesgos al usar la identificación con el paciente. Si utilizamos una modalidad de identificación adhesiva, por ejemplo, nos identificaremos sólo con aquella parte del paciente relacionada con su posición social, su clase, su modo de vida; en cambio, si usamos la identificación proyectiva corremos el riesgo de engañarnos, porque creyendo ver “a través de los ojos del paciente” estaremos en realidad mirando sólo “desde una ventana”. Tomemos, por ejemplo, el paciente al que aludimos antes, aquel que se había dejado morir de hambre. En el cuarto mes de análisis, cuando todavía estaba “atrapado” dentro del objeto, estaba en su habitación y, desde la ventana, miraba el Magdalen College, que es uno de los College más hermosos de Oxford. Era primavera y los estudiantes estaban preparando una obra de teatro de Sartre (que no recuerdo) y mi paciente, a través de la ventana, miraba con mucho desprecio lo que los estudiantes estaban haciendo. Dos meses más tarde tuvo dos experiencias: una noche no podía dormir, estaba pensando que debía retomar los estudios para superar el examen de admisión a la universidad pero no conseguía pensar en cómo hacerlo. A las tres de la noche salió al jardín y, extremadamente infeliz, se sentó allí, al frío. El College estaba todo iluminado; el paciente

se dirigió al portón y vio el parque con los ciervos que dormían. Pensó, con gran nostalgia, cómo le hubiera gustado ser un alumno de ese College. Dos días más tarde relató su segunda experiencia: estaba trabajando y repentinamente le vino un gran deseo de regresar a su casa para ver en la televisión una telenovela: “Orgullo y prejuicio”. Detestaba a la persona que había hecho la adaptación a la televisión, una mujer a la que consideraba “una chapucera” y quería ver la telenovela para estar en condiciones de criticar el trabajo, ridiculizándolo. Entonces, mirando la novela, a pesar de criticarlo aparentemente, poco a poco comenzó a gustarle el espectáculo pero sentía que le molestaba mucho admirarlo. Relacionando ambas experiencias descritas y aproximando el vidrio de la ventana al de la televisión pudimos hipotetizar que mirar la televisión correspondería, para el paciente, a dos situaciones: una, es el mirar *dentro del objeto*, la otra es el mirar *a través de los ojos del objeto*. Este material parece mostrarnos que imaginar qué sucede en la mente de otra persona requiere la capacidad de “mirar dentro”, capacidad relacionada con la muy primitiva experiencia del niño que mira dentro del pecho y del cuerpo de la madre.

En Peruggia también relaté otro sueño de la paciente antes citada en el que *ella miraba dentro de una habitación donde algunos obreros estaban trabajando y temía que el techo pudiera derrumbarse*. Este ejemplo parecería un ejemplo de voyeurismo, de intrusión en la “escena primaria”; si lo miramos a la luz de la teoría de Bion sobre continente-contenido y sobre el modo de operar la función alfa, también podría parecernos la representación del intento de mirar dentro de la mente de alguien para ver cómo piensa, cómo maneja los pensamientos y no para saber de qué pensamientos está llena. Parece la imagen de alguien que quiere entrar en la cámara nupcial para descubrir el elemento más íntimo existente, no lo que se hace, sino cómo son pensados los pensamientos. Hay una diferencia esencial entre invadir la privacidad de los genitales de los padres y buscar la oportunidad de mirar dentro del pecho. Me parece que este es el punto que caracteriza un tipo de imaginación libre de esparcirse en la mente de otros y de imaginarse qué cosas están sucediendo. Retornando a la paciente y relacionando el sueño de la habitación cuyo techo podría derrumbarse, con el llanto posterior a la llamada telefónica en la que se enteró del nacimiento del sobrino, podemos pensar que ella todavía no había superado los “celos por los otros niños”. Ya está en el tercer año de análisis y por motivos profesionales conoce muchos pacientes míos con los que se relaciona amistosamente, sin embargo nunca había pensado que yo pudiera tener hijos o nietos; en una sesión reciente, exclamé en relación con el material: “oh niños, oh hijos míos” y ella casi cayéndose del diván por la sorpresa dijo: “nunca se me había pasado por la cabeza que usted pudiera tener hijos”. Ahora bien, creo que el tipo de imaginación verdaderamente libre de espaciarse y mirar dentro de la mente de otro es aquella basada en

la capacidad del niño de mirar de modo amistoso dentro de la madre, de poder ver y entender los niños, los pensamientos, los sentimientos internos, todo lo que sucede sin experimentar celos. Quiero subrayar aún lo difícil que es liberar la propia imaginación porque esto comporta saber mirar en la mente y en la vida de los otros sin invadirlas; significa saber controlar la propia curiosidad para no invadir aquella parte privada de la vida de los otros (como la vida sexual de los padres), elemento presente, en cambio, en el sueño de mi paciente.

Pienso que el *retiro de la imaginación* sea el punto central en la regresión de la tridimensionalidad. En la teoría de Klein no había ninguna posibilidad de concebirla, ni siquiera como problema; sólo con el trabajo de Bion sobre el pensamiento y con su descripción sobre el modo en que el pensamiento puede ser atacado, tenemos los medios teóricos para entender qué significa el retiro de la imaginación. En cierto sentido, el primer paso consiste en el retiro desde la posición depresiva a la esquizo-paranoide; el segundo, en el retiro del objeto total al objeto parcial (es decir, de un objeto con una identidad individual a un objeto con una identidad de clase), el paso siguiente en el retiro es desde la relación objetal al narcisismo (es decir, desde la relación de tipo familiar a la de grupo tipo “banda”); finalmente, es el retiro desde la banda-narcisista al grupo de Supuestos Básicos. Es aquí donde sucede el pasaje desde la tridimensionalidad a la bidimensionalidad. Me parece que en los grupos de Supuestos Básicos la modalidad de identificación es adhesiva, consistiendo en la imitación del comportamiento de los otros miembros del grupo. En las relaciones de tipo narcisista, en cambio, hay una identificación proyectiva (mi hipótesis contrasta con lo que dice Bion cuando afirma que la comunicación en el interior del grupo de Supuestos Básicos está fundada sobre la identificación proyectiva). El paso siguiente es el aislamiento tal como podemos verlo en el niño autista. Luego tenemos el desmantelamiento autista, es decir, la unidimensionalidad del autismo propiamente dicho. En este esquema –que podemos utilizar para describir las regresiones- encontramos en la cumbre: la imaginación, la experiencia estética y las relaciones íntimas.

En este momento debemos preguntarnos cómo ha tenido lugar esta regresión y cómo, una vez iniciada, retrocediendo recorre todas las etapas. Siempre me conmueve el constatar cómo el nacimiento de un hermanito pueda representar un golpe tan fuerte para un niño, porque el embarazo de la madre reclama un enorme esfuerzo en su capacidad imaginativa, pues intensifica su curiosidad por el niño que está dentro de la madre y por la sexualidad de los padres. Una inicial deprivación en un niño que ya hubiera alcanzado un nivel de comunicación íntima y estética puede disparar una regresión desde la posición depresiva (de las relaciones íntimas) a la esquizo-paranoide, a la posición narcisista hasta el nivel de

los grupos de Supuestos Básicos, a la bidimensionalidad.

Ahora quisiera volver un momento a mi paciente porque me parece que ofrece un ejemplo muy interesante del retiro de la imaginación. Intentaré reconstruir su desarrollo: es la primogénita, nacida poco después del casamiento de sus veintenarios padres. Ellos, durante la gestación, eran felices. La niña no solo pasó su primer año y medio de vida en la cama de los padres sino que estaba colocada en el centro, por así decirlo, de su matrimonio: parecía la encarnación de su felicidad conyugal. Cuando fue sacada de la cama matrimonial, de alegre y simpática se tornó llorosa y se lamentaba; la madre reconocía que no podía soportarla más. La relación con la madre se deterioró a tal nivel que la niña comenzó a recurrir al padre. En ese período el matrimonio de los padres entró en crisis. La madre volvió a embarazarse y esto parece haber arruinado también la relación de la niña con el padre. De brillante que era, devino opaca, obtusa, llena de celos por el hermano; así fue durante toda la latencia. Después sobrevino la adolescencia: era particularmente bella, una “jovencita en flor”, muy cortejada, lo que la devolvió al estado mental de la primera infancia. Se casó muy joven y recorrió con su marido las primeras etapas de su feliz infancia: parecía una esposa-niña que vivía, de manera infantil, una experiencia en la cual era esposa e hija al mismo tiempo. Eso fue así mientras tuvo sólo un hijo; con el nacimiento del segundo comenzaron las dificultades y las relaciones con el marido se fueron deteriorando hasta la separación.

**Del Carlo Giannini:** Me parece haber entendido, en el Seminario de Peruggia, que la tridimensionalidad está ligada a la posición depresiva; no he entendido la relación entre la tridimensionalidad y la posición esquizo-paranoide.

**Meltzer:** Lo que quería subrayar hoy es que la posición esquizo-paranoide puede ser entendida, esencialmente, como la primera posición de retiro de la imaginación de aquella situación en la que se ve la belleza del objeto y se experimenta el deseo de conocerlo (lo que Bion llama “momento K”). Leyendo las obras de Klein parece, en cambio, que la posición esquizo-paranoide es considerada como el estadio mental típico de los tres primeros meses de vida. Al describir Bion la relación con el pecho como una relación en la que objeto desarrolla la función alfa para el niño, que luego es introyectado para continuar desarrollando esa función como objeto interno, se deriva que la posición depresiva puede existir desde el comienzo de la vida. Desde esta óptica, lo que Klein describe como “inicio de la posición depresiva” (en el niño de tres meses) no parece eso sino, más bien, la inicial experiencia de retiro de la posición depresiva, con la aparición de angustias depresivas.

Nuestro trabajo con niños autistas nos hace pensar de modo diverso la hipótesis de Klein según la cual la escisión-e-idealización representaría la

primera fase del desarrollo del niño; creemos que el proceso de escisión-e-idealización da origen, más bien, al movimiento que va y viene entre la posición depresiva y posición esquizo-paranoide. Según esta hipótesis, por tanto, la posición depresiva se iniciaría con la experiencia que el niño tiene con el pecho como objeto pensante; a continuación estaría la escisión-e-idealización que pondría en movimiento fuerzas destructivas de la personalidad dando paso al retiro de la posición depresiva (que produce angustias de tipo depresivo). Me parece que todo esto está ejemplificado en el caso de mi paciente, quien ha tenido una sesión muy bella para olvidarla completamente al día siguiente.

Siguiendo esta hipótesis la posición depresiva podría ser definida –en los términos de Bion- “posición estética en la relación con el objeto” y se podría utilizar la palabra “depresiva” o “angustias depresivas” para indicar el retiro de la posición estética.

**Del Carlo Giannini:** ¿Eso es lo que Bion ha definido patología de la identificación proyectiva?

**Meltzer:** Al describir la diferenciación de la parte psicótica de la personalidad de la no psicótica, Bion describía, en realidad, la diferenciación de la parte esquizofrénica de la personalidad, con su uso particular de la identificación proyectiva. Bion ha colocado la identificación proyectiva en un espectro que va desde un uso fisiológico a un uso sádico, patológico. Encontramos un uso constructivo de la identificación proyectiva, por ejemplo, en la primitiva modalidad de comunicación entre madre e hijo y su uso patológico cuando está al servicio de una curiosidad de tipo destructivo (más o menos lo que Klein describe como inicio del instinto epistemofílico). Hoy he intentado describir la imaginación como algo opuesto al voyeurismo intrusivo: la imaginación es el deseo de entrar en el objeto para conocerlo, es decir, con la función K.

**Brutti:** Querría discutir con el Dr. Meltzer el problema de la regresión; me parece que en el pasado se había subrayado bastante que sería importante estudiar el hecho a partir del cual el niño comienza a regresar.

**Meltzer:** Estoy de acuerdo; creo sin embargo que tal hecho es extremadamente difícil de coger: puede ser el primer punto de interés pero el último que sea posible observar.

**Brutti:** ¿Quiere decir que sólo se lo puede conocer a posteriori, a partir de los efectos?

**Meltzer:** Sí, aunque es importante tener siempre en mente que es apropiadamente allí a donde es necesario llegar, pero sin mucha prisa.

**Brutti:** Sin embargo nosotros en la historia de muchos niños autistas hemos constatado que ha habido una evolución “normal” hasta el momento en que se ha iniciado una regresión hacia estados más primitivos. ¿Se puede pensar que antes de “volver atrás” habían alcanzado, en algún modo,

la tridimensionalidad?

**Meltzer:** Una cosa que nos ha impresionado notablemente y que hemos afrontado también en *Exploraciones en autismo* es el hecho que los niños autistas por “temperamento” tienen una intensa capacidad estética.

**Brutti:** ¿Se podría, por tanto, decir que se ha verificado como una “caída” respecto de un objeto que gratificaba aquellas instancias estéticas desarrolladas en esos niños? ¿Ellos regresarían hasta un estado unidimensional en el que no se podrían experimentar más sentimientos estéticos ni ningún otro tipo de experiencias que presupongan un mundo interno?

**Meltzer:** Pienso que sí. Para retomar el tema: los niños autistas tienen una capacidad estética particularmente intensa; en cierto punto se encuentran muy prematuramente con el dolor depresivo (el temor de dañar al objeto estético) entonces se retiran del objeto privándose de la experiencia estética. De tal privación, luego, son como empujados hacia atrás hasta el punto de llegar a destruir su propia capacidad mental. Un niño autista, que sigo a través de la supervisión desde hace cuatro años, repite continuamente la misma acción: intenta construir un objeto estético pero privado de cualidades humanas (por ejemplo un objeto musical) caracterizado de modo muy preciso; debe ser un objeto que él pueda poseerlo, construido por él mismo, indestructible, un objeto –en otros términos- respecto al cual no deba experimentar la separación y que no le cueste nada en el plano emotivo. Durante la sesión, si la cualidad descrita respecto a tal objeto es correlacionada con el terapeuta –es decir, con un ser humano- el niño se comporta, inmediatamente, de modo autista: comienza a caminar por la habitación, dibujando grandes círculos, golpeando la cabeza contra las paredes, etc.

**Martha Harris:** Parece que el objeto antes descrito fuera construido más desde la fantasía que desde la imaginación; construir un objeto con la imaginación significa permitir que tenga una parte misteriosa, que no se sepa todo sobre él.

**Meltzer:** El niño construye tales objetos con trocitos de varios metales, encontrados por la calle como si buscara hacer un objeto por medio del cual pueda haber, de algún modo, una experiencia estética sin que su imaginación sea sacudida al experimentar el misterio del mismo objeto. Su terapeuta, muy bonita, relata que el niño –durante el primer año de análisis- entraba en la habitación, la miraba con admiración y le decía: “¡que muñeca!”.

**Harris:** Construcciones del tipo antes descrita parecen la antítesis de la actividad creativa, la cual comporta el uso de la imaginación; usar la imaginación puede parecer peligroso a estos niños en cuanto les llevaría, por ejemplo, a experimentar contradicciones en el objeto y, además, a conocer al objeto. Con los objetos construidos por medio de lo que defino

*fantasía* parece, en cambio, que el niño no deba usar el mecanismo de aprender de la experiencia.

**Meltzer:** Para muchos el producto más alto del arte de Miguel Ángel sería *Los prisioneros* en los que no hay nada incompleto: están completos en su incompletud.

**Cerletti:** Me parece que lo dicho por Meltzer sobre las últimas ideas de Bion acerca de la posición depresiva inicial da un golpe mortal al punto de vista genético en psicoanálisis. ¿Cómo se encaja, entonces, el problema de la regresión tal como la ha presentado Meltzer? ¿Se puede hablar de diferenciaciones de una función en el sentido de Goldstein, por ejemplo?

**Meltzer:** Uno de los puntos fuertes de la metapsicología freudiana es el hecho de que miraba a la personalidad desde, al menos, cuatro puntos de vista diversos; su debilidad, por el contrario, es que después Freud buscó traducirlo todo en una sola teoría. Forma parte de esa teoría la llamada *prueba de realidad*, es decir, la necesidad de validar la teoría con los hechos observados en el mundo externo; una consecuencia es la “prueba de la terapia” por la cual la validez de la teoría vendría verificada por los resultados producidos por la terapia. Todo esto se basa en una filosofía de la ciencia (esencialmente la del ochocientos) una ciencia experimental que en su base teórica puede remontarse a Bacon. Según esta teoría *la mente es el cerebro*, es decir, un aparato mecánico bastante complicado que permite al animal o al hombre seleccionar la información para adaptarse a su propio ambiente vital. La teoría de la libido o la implícita en el *Proyecto* escrito a Fliess es esencialmente una teoría de tipo biológico-unidimensional.

En otro extremo tenemos la hipótesis de Bion para el que la *mente está fenomenológicamente separada del cerebro*; dependería, en cierto modo, del funcionamiento del cerebro pero desde el punto de vista fenomenológico funcionaría en un nivel distinto. Siguiendo tal modalidad de aproximación a los fenómenos mentales, no existe la posibilidad de concebir una función definible [como] *prueba de realidad*: las explicaciones o las pruebas no interesan, son sustituidas por la comprensión. El comprender se basa sobre observaciones y sobre el pensamiento; reclama precisión en la observación y cuidado, complejidad y riqueza de pensamiento. Bion sugería que la prueba de realidad de las teorías causales fuera sustituida por los *múltiples vértices* en la ciencia descriptiva y comprensiva; se trata, pues, de mirar los datos de la observación desde el mayor número de vértices posibles. En mis reflexiones antes esbozadas intentaba ver la personalidad desde el vértice de la imaginación; mirándola desde este punto de vista, personalidad, posición depresiva y regresión se acoplan en un modo particular; desde el punto de vista de la adaptación, por ejemplo, las cosas se presentarían de otro modo y aún [se presentarían] diversamente si las mirásemos desde el

punto de vista del aprendizaje, etc. Esto también vale para el trabajo clínico.

Según la óptica de Bion, en análisis, la riqueza es más importante que el cuidado, la precisión o el acercamiento sistemático; según la óptica de Klein, lo más importante es el proceso, la sistemática del proceso; en la óptica freudiana, probablemente, es la reconstrucción de la historia del paciente. Pero el análisis reúne todas esas posibilidades: hay reconstrucción, proceso, también hay una riquísima experiencia que brota, precisamente, del examinar las cosas desde todos los puntos de vista posibles desde nuestra imaginación y desde la del paciente.

Bion dice una cosa muy útil para el trabajo terapéutico: cada vez que se abre la boca con el paciente debe ser para decir algo interesante. Es necesario, por tanto, saber antes de hablar si tenemos algo interesante para decir; esta preocupación sustituye aquella que se tenía antes sobre el *timing* para hacer una interpretación. Existen grandes diferencias entre los analistas: hay algunos que hablan mucho porque creen tener cosas muy interesantes para decir, hay otros que hablan muy poco. Sucede entonces que lo que ocurre en el curso de la terapia deviene algo cada vez más individualizado, por lo que el *training* –en tanto pretensión de enseñar “cómo actuar”- es una cosa imposible, mientras tanto, cada vez más está deviniendo un proceso humano de aprendizaje de un modo particular de obrar sobre la base de las características de la propia personalidad.

Regresemos al problema de la *aproximación genética* en metapsicología. El significado del punto de vista genético ha ido poco a poco cambiando: originalmente era, simplemente, la migración de la libido a través de las varias zonas erógenas; luego devino una aproximación más estructural hasta la teoría de Klein sobre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva; se ha llegado después al estudio de la génesis de las relaciones objetales (que es muy diferente, en el significado, de la inicial aproximación de Freud). Lo que ha permanecido de la metapsicología es la descripción de lo que sucede “dentro de la piel” –por así decirlo- de la persona. Eso representa la debilidad del psicoanálisis que considerando al individuo como fenómeno aislado queda como una psicología individual. Tal modo de proceder fue legítimo mientras sirvió para estudiar los fenómenos mentales bien delimitados y cristalizados, como neurosis y psicosis, en los que se tomaban en consideración fenómenos ya interiorizados y que actuaban “por su cuenta” en personas que vivían prácticamente aisladas. Pero actualmente este tipo de trastorno se encuentra raramente en análisis, en cambio vemos personas que viven, se desarrollan e interactúan con otros. En el mismo ámbito analítico podemos constatar cómo la vida que el paciente lleva con otras personas influencia la situación analítica, del mismo modo como la situación analítica influencia su vida externa; el análisis entonces forma parte del espacio vital del paciente. Así, la idea de

que en análisis se desarrolla una neurosis de transferencia y que eso es estudiado, aislándola del resto de la vida del paciente, hoy no es muy útil porque, aunque permanezca válido como método, limita mucho la comprensión del material presentado por el paciente. Ya sea en la historia del desarrollo del psicoanálisis como en la historia del desarrollo de cada psicoanalista, en cierto momento se llega a comprender que ya no basta estudiar la neurosis de transferencia o la transferencia, como si fuera la única cosa importante que sucede en la consulta.

En los años cincuenta-sesenta habíamos aprendido, en los análisis kleinianos, otra “lección”: que no solo la tendencia del paciente a desarrollar una neurosis de transferencia sino también la tendencia a focalizarse exclusivamente en ella tiende a encapsular el análisis, a separarlo de toda la vida relacional del paciente tornándolo un proceso interminable. Al principio se pensaba que era mejor que el análisis durase bastante pensando que así se iba más al fondo, que sería más completo. Poco a poco, sin embargo, descubriendo que algunos análisis duraban quince, veinte años, nos dimos cuenta que en esa hipótesis algo no funcionaba. Este problema estalló de modo asombroso cuando apareció un artículo, en la revista de la Sociedad Británica de Psicoanálisis, que hablaba de un paciente que en siete años de análisis nunca había abierto la boca. Uno de los méritos de Bion ha sido aquello de recordar, en uno de sus primeros trabajos sobre grupos y en otros posteriores, que los pacientes viven también fuera del análisis y que se arriesga –si se prolonga mucho– hacer del análisis un refugio tanto para el paciente como para el analista.

Según la línea que va desde Freud a Klein, a Bion, vemos que la dimensión genética deviene la dimensión del tiempo lineal, lo que no significa el tiempo como desarrollo individual. En nuestra clínica –como supongo sucede aquí en Novara– buscamos estudiar al niño-en-la-familia-en-la-comunidad, utilizando este modelo, que se ocupa del espacio vital del paciente, sin pretender saber tanto. Tal aproximación es más fácil, por ejemplo, en Novara, u Oxford que en Londres; en un lugar más pequeño podemos conocer mejor el ambiente vital del paciente, qué calles transita, el barrio en el que vive; saber en qué tipo de familia vive y tener una serie de informaciones sobre su espacio vital.

**Brutti:** Retornando al problema del autismo, quiero preguntarle a Meltzer si podría ayudarnos a comprender mejor las expresiones “derrumbe autista” y “retiro autista”. Se piensa que se puede hacer una distinción entre derrumbe y retiro autista, entendiendo por “derrumbe autista” la situación en la que el niño está como si hubiera sido abandonado por el objeto y por tanto cae en el autismo, y por “retiro autista”, cuando describía el caso clínico, como un retirarse del niño al entrar en contacto con un objeto humano. Mi pregunta, por tanto, es si el “derrumbe autista” deriva de un abandono por parte del objeto, mientras que en el caso del

“retiro autista”, paradójicamente, se trataría de una defensa del niño, con respecto al objeto, como si el niño pensase “no puedo entrar en contacto con el objeto humano, me retiro”. Querría finalmente saber cómo piensa que esta situación pueda correlacionarse con aquellos casos de autismo, que consideramos tal en razón de acontecimientos externos muy traumáticos (por ejemplo, niños que en el inicio de la vida permanecen durante mucho tiempo en incubadora). Me parece que en estas situaciones sea improbable hipotetizar que pueda haberse dado una relación primaria encuadrable en la posición depresiva, tal como Meltzer lo ha propuesto.

**Meltzer:** Pienso que el autismo propiamente dicho es realmente un desmantelamiento del aparato mental autoinducido. Se trata de un proceso especial defensivo muy peculiar, análogo a la esquizofrenia que no es una posición del desarrollo sino un preciso proceso patológico. Desde este particular punto de vista, me parece que existe una diferencia entre el niño autista y el niño que ha tenido una detención del desarrollo por circunstancias varias: trauma precoz, enfermedad o cualquier otro tipo de privación. Esto no significa que estos hechos no puedan hacer que el niño se precipite en una situación autística.

Me parece que estos dos tipos de autismo se encuentran en lo que definimos *bidimensionalidad*: el niño autista ha abandonado la tridimensionalidad y ya no parece capaz de recuperarla; el niño que ha tenido una detención precoz del desarrollo (por privación materna, por una grave enfermedad, porque ha estado en la incubadora, o en la inclusa) nunca llega a la tridimensionalidad. Estos niños, además, no llegarán nunca a lo que Bion llamó “la capacidad de aprender de la experiencia”: podrán aprender de modo imitativo, ser condicionados, adquirir cierto nivel de adaptación pero nunca tendrán una vida emotiva. Me parece que ellos tienen una posibilidad de recuperación a través de la terapia, si se realiza precozmente, mucho mayor que los niños que se han “retirado” del dolor de la tridimensionalidad.

**Cerletti:** Esto parece estar en contradicción con lo que dijo antes acerca de la imposibilidad de los niños con detención del desarrollo de alcanzar la tridimensionalidad.

**Meltzer:** No, porque entiendo que no podrán alcanzarla por sí mismos, sin desarrollar una relación íntima de tipo materno. Los niños que llegan a terapia desde la inclusa, que a menudo presentan una típica bidimensionalidad, evolucionan muy bien: tienen un “violento” proceso de recuperación, angustias de separación muy intensas.

**Brutti:** Quiero volver al problema del niño que en el contacto con el objeto humano se retira en el autismo; me parece importante hablar de la técnica.

**Meltzer:** Este es el punto central de la terapia del autismo: cómo mantenerse en contacto con estos niños. El problema con los niños con

detención del desarrollo, en cambio, consiste en ayudarlos, poco a poco, a superar la separación del objeto. Desde el punto de vista técnico parecen dos problemas opuestos. Para el niño de la inclusa el problema es el de separarlo del analista: querría entrar dentro de él, vivir con él veinticuatro horas al día, ser uno de sus niños. En lo que concierne al problema técnico de mantenerse en contacto con el niño autista, las soluciones son muy individuales, ligadas a la personalidad del terapeuta; cada uno tiene cierto “talento” que puede desarrollar estando con el niño de diversas maneras: así algunos terapeutas cantan, otros hablan continuamente, otros usan el contacto físico.

**Cerletti:** Me pregunto si para los niños considerados de la inclusa no sería más indicado algo que tenga que ver con el maternaje más que con la terapia. Me refiero a un caso que hemos seguido en nuestro Centro de Higiene Mental: un niño de un año y medio con grandes carencias parentales estaba desarrollando un síndrome autista; hemos obtenido que el Tribunal de Menores lo entregase a una familia. Ahora está yendo muy bien, sin ningún tipo de soporte psicoterapéutico. El único aporte del servicio es una observación del niño en la familia y una acción de soporte para la pareja que lo acogió. Me pregunto si esa no sería una línea de aproximación más adecuada, dejando la intervención psicoterapéutica para los casos de autismo propiamente dicho.

**Meltzer:** Es cierto, si se consigue encontrar una familia que durante varios años esté en condiciones de soportar la agresividad, la intrusividad, la aridez y la infidelidad de estos niños. Lo difícil es encontrar estas familias. Por otra parte, con estos niños se consiguen resultados sorprendentes con la psicoterapia: llegan a tolerar ver al analista sólo dos, tres, cuatro veces a la semana, con reglas precisas. Sin embargo, no me parece oportuno mezclar las dos cosas, sino [que me parece más oportuno] iniciar la psicoterapia mientras están todavía en la inclusa y darlos en custodia cuando estén en mejores condiciones, gracias a la terapia, de enfrentar la vida familiar, sin destruirla. Pienso que la terapia, sumando todo, es todavía un método económico: reclama pocas horas a la semana de una persona, ciertamente preparada; el esfuerzo reclamado a la familia es mucho mayor. Pero es muy difícil convencer al Tribunal con relación a esta tesis, aunque el gasto de una psicoterapia cueste alrededor de un tercio del de una institucionalización.

**Parlani:** En nuestra experiencia con niños autistas propiamente dicho hemos visto que a menudo se crean círculos estereotipados entre el niño y la familia, por lo cual parece que los padres tengan una modalidad de relación con el niño que se adhieren a la situación autista y, además, la refuerzan. En las entrevistas con estos padres parece emerger que, a menudo, tales mecanismos están ligados también a una serie de fantasías y de temores en relación con la potencial agresividad del niño. En nuestro

Centro de Higiene Mental intentamos coger en terapia al niño y a los padres; los dos procesos parecer ir adelante paralelamente, aunque no siempre. Surge entonces, desde el punto de vista teórico, el problema de la valoración de la posibilidad que tienen estos niños de transportar, en su vida fuera de la terapia, las eventuales modificaciones ligadas al proceso psicoterapéutico. Por otra parte, si pensamos que esta posibilidad para los niños autistas es muy limitada, debemos plantearnos, con ellos, los tratamientos interminables o valorar el riesgo de “restituir” al niño (que tal vez parecen estar en vías de una evolución) a una familia que puede inscribirlo nuevamente en una situación autista.

**Meltzer:** He observado que la familia de los niños autistas tiende a tratarlos como si fueran subnormales, encerrando al niño en el autismo y sólo considerándolos como enfermos, todo lo cual favorece que se perpetúe la situación autista.

He podido constatar que cuando estos niños en terapia comienzan a salir del autismo hay una reacción contraria de la familia, no tanto contra la agresividad sino contra la depresión que comienza a emerger en el niño, que espanta hasta tal punto a los familiares que mueve a encapsular nuevamente al niño en el autismo; por eso es muy importante preparar a la familia con relación a la depresión para disminuir esa tendencia del niño a re-encapsularse en su enfermedad. Un elemento que hemos notado en las familias, y que puede obrar como un riesgo para la terapia es que muy a menudo la madre se adapta al autismo del hijo; se habitúa a tratarlo no como un niño sino como un feto. No sé describir mejor esta situación sino diciendo que estas madres parecen gratificadas con la idea de tener siempre su niño consigo; a menudo, hasta en un contacto físico constante. Para tal fin encontrarán siempre excusas: “el niño es muy enfermo para poder hacer esto o aquello...” En estas madres, a menudo, existe un cierto delirio: están convencidas de saber qué sucede en la mente del hijo y eso las coloca en una posición muy competitiva con el terapeuta.

**Balconi:** Pero no en los casos de verdadero autismo. Eso sucede más en los casos de esquizofrenia, en ciertos casos de psicosis; en el autismo nunca he encontrado una madre delirante.

**Meltzer:** No es que la madre diga que sabe lo que el niño piensa sino que, en algún modo, piensa que su mente y la del niño están fusionadas juntas. He visto madres de niños autistas que decían estar en contacto muy estrecho con el hijo y decían que sólo ellas los entendían.

**Balconi:** Me parece encontrar una diferencia: las madres descritas por Meltzer no dan un verdadero autismo. Diría que las madres de los niños autistas se aproximan a las madres de los niños con grave mutismo selectivo, son esas madres que se ofrecen al máximo al niño, se entregan y se asustan del hijo cuando comienza a expresar emociones, en particular la depresión, porque se sienten incapaces de contenerla.

**Meltzer:** En mi experiencia, las madres de los niños autistas verdaderos experimentan al hijo como la única compañía de su vida solitaria y aislada. Las mayores interferencias las encontramos, como decía, cuando el niño comienza a salir del autismo, cuando sobreviene la depresión y comienza el lenguaje; estas madres que antes llevaban con mucho gusto al niño a terapia, aún haciendo sacrificios, comienzan entonces a no llevarlo más y reaccionan como si estuvieran por perder al compañero de su vida. En el caso del niño que construía objetos artificiales con los pedacitos de cosas que encontraba en la basura o con piecitas de anticuario que los padres le compraban, ambos padres estaban en colusión con él: gastaban tiempo y dinero para ayudarlo a mantenerse en ese estado en el que él podía tener relación sólo con un objeto inanimado. Ellos tenían otro niño sano, en el que parecían tener mucho menos interés. Todo su esfuerzo en el fondo estaba directamente contra el proceso terapéutico del niño ayudándolo, activamente, a mantenerse en su estado enfermo. La madre de otro niño autista era pintora; había enseñado al niño a pintar flores; él sólo pintaba flores. Por Navidad recibí una postal pintada por esta señora: representaba una Virgen con el niño, cuyas cabezas estaban exactamente superpuestas. Cuando este niño ha comenzado a manifestar cierta depresión su tratamiento fue interrumpido por los padres que hasta se fueron de Londres.

**Balconi:** Tenemos situaciones relacionales diversas según los momentos de la evolución del tratamiento. Al principio llamaba la atención el momento autista en el que las madres, al menos aquellas que hemos observado, podían aceptar sólo un niño sin emociones. Con el desarrollo del tratamiento, como en todos los tratamientos de niños, puede haber una interrupción en el momento en que movilizamos tensiones que repercutiendo sobre los padres activan su problemática.

**Meltzer:** Si se quisiera aislar el factor materno que entra en juego en la génesis del autismo lo podríamos individualizar en la dificultad, que una particular madre ha tenido con un particular niño, de permitirle nacer. A menudo en la historia de estos niños encontramos madres que no podían hacerle nacer, por lo cual el nacimiento –el hecho de que el niño haya salido del vientre- ha devenido un acontecimiento traumático. En un caso nuestro, la madre ha tenido un embarazo muy bello, feliz, pero el parto ha sido intolerable, no podía pensar que el niño saliera fuera. Durante el parto tuvo un sueño que la impresionó tanto que después del nacimiento del hijo lo mantuvo en su mente, a tal punto que no podía ocuparse de él; por suerte estaba con ellos la abuela que durante tres meses pudo ocuparse del niño. Cuando la abuela marchó, el niño “resbaló”, fue a la deriva: a la edad de siete u ocho meses estaba autista. El sueño de la madre era verdaderamente revelador: *Estaba muerta; estar muerta significaba ser llevada lejos por una corriente hacia un no-lugar, un lugar donde no*

*había nada, sólo un botón. Este botón podía ser aplastado, pero aunque lo aplastaran no sucedía nada, salvo raramente, cuando se sentía una voz (su voz) que hablaba y decía algo de sí.* Este sueño nos da una idea de cómo imaginaba la madre que sería –y después ha sido- la vida del niño después del nacimiento; como si la única posibilidad de contacto entre ella y el hijo se daría a través del pezón y sólo raramente pudiera haber algún tipo de relación. La única relación del niño fue con la abuela y no con la madre. El nacimiento equivalía a ser llevado fuera de la corriente: no podía haber nada que sustituyera la placenta que lo contenía en el vientre materno.

**Del Carlo Giannini:** Quería saber, a propósito de la bidimensionalidad recogida en un sueño (el sueño es típicamente tridimensional y muy imaginativo), si hay diferencia entre esta bidimensionalidad recogida en la tridimensionalidad y una bidimensionalidad vivida por el niño psicótico. Porque presumiblemente en el sueño cada uno revive relaciones bidimensionales: ¿hay diferencia con una vida bidimensional vivida sin imaginación?

**Meltzer:** Pienso que la bidimensionalidad es un concepto muy difícil. La mejor manera de acercarnos a él es identificar cuáles son las áreas de nuestra vida en las que usamos de modo espontáneo, natural, la bidimensionalidad y ver en qué consiste. En lo que más la utilizamos es en las relaciones sociales aparentemente casuales, por ejemplo cuando vamos a una fiesta y debemos encontrar personas desconocidas y toda nuestra preocupación antes de ir se refiere a la ropa; durante la fiesta, hablamos con la gente y nos comportamos de modo bastante diferente que con las personas con quienes tenemos relaciones reales. En estos casos hablamos, por ejemplo, de cosas sin sentido y que no creemos, sólo para agradar a la persona con la que estamos hablando, bebemos, comemos comidas que no nos gustan, nos adaptamos completamente a la situación y esto conlleva una sensación de aburrimiento. En relación con eso me viene a la mente un sueño de un paciente mío, un novelista exitoso (el éxito ha llegado después de haberse analizado): *Está en un tren y está haciendo un viaje por la Alemania nazi. Está sentado, con un libro en el regazo y se da cuenta que lleva un abrigo de oficial nazi; el abrigo tiene doble cara [double-face], y en el interior tiene su abrigo normal. También el libro que tiene sobre las rodillas tiene “doble cara” porque en la tapa el título es “Mi lucha”, dentro está “Guerra y Paz”.* Me parece que este sueño ilustra bien el concepto de bidimensionalidad como adaptación a una situación externa.

Una de las cualidades principales de la bidimensionalidad es el aburrimiento. Las personas bidimensionales aunque parezcan eufóricas, alegres, en realidad están excitadas pero no interesadas; cuando vienen al análisis se lamentan del aburrimiento que experimentan; esto es a menudo una señal de lo que nos encontramos frente a una situación bidimensional.

**Balconi:** Esta descripción se acerca mucho a la del “falso self”.

**Meltzer:** Lo que Winnicott describe como “falso self”, me parece, corresponde a una personalidad construida en torno a la identificación proyectiva. Estas personas sufren mayormente una sensación de fraudulencia, sienten que hacen trampa. Este tipo de sensación se encuentra en las personas exitosas que vienen al análisis, sobretodo las que han comenzado a tener éxito durante la latencia, cuando han devenido “hombrecitos” o “mujercitas” permaneciendo así durante toda su vida.

**Balconi:** Si me permite una libre asociación, los ejemplos que Meltzer da para explicar la bidimensionalidad, por ejemplo el de la mariposa que toma el color de las hojas o el de la gente que va a la fiesta y hace lo que se estila hacer formalmente, me hacen pensar que se adquiere una dimensión bidimensional en el momento de pánico, porque la mariposa se transforma en una hoja para evitar ser pillada, y aceptamos estas reglas de la fiesta para evitar el pasar un mal momento.

**Meltzer:** La bidimensionalidad está ligada a la vida en grupo, a las aterradoras ansiedades persecutorias que la caracterizan; el sueño del paciente que viaja en la Alemania nazi, por ejemplo, me parece una ilustración del temor a ser objeto de persecución por parte de un grupo sádico. El temor del grupo es algo que se puede encontrar en análisis bajo la forma del temor a ser humillado. El prototipo de la humillación podría ser una escena fantaseada en que nos encontramos frente a una gran muchedumbre que se ha reunido allí y que debemos entretenerla con nuestra actuación, como actores. Esto lo encontramos en muchos pacientes sobre todo hacia el final del análisis y probablemente está ligado al hecho de que se ha de dejar al objeto externo para pasar a depender del objeto interno, al temor de devenir un sujeto; la individualidad evoca inmediatamente el espectro de no estar en las mismas condiciones que los otros miembros del grupo, del deberse confrontar sin protección.

**Balconi:** Cuando el niño crece comienza a imitar a los padres y ese es un momento bidimensional del desarrollo.

**Meltzer:** No estoy muy seguro que los niños aprendan a través de la imitación. Lo que se ve es el niño que imita a otros niños, por ejemplo un niño de dos años que tiene un primito de cinco años que es su héroe imita las conductas negativas del primito; este niño está en la mesa, los padres están riendo y él los imita con una risa vacía porque no ha entendido el motivo por el cual ríen.

**Balconi:** Una niña que me hizo una escena terrible, diciéndome malas palabras, etc.; me di cuenta que es idéntica a una escena que le había hecho poco antes la madre. No había introyectado la madre mala, pero la imitaba y de este modo expulsaba la experiencia, no incorporándola.

**Meltzer:** Pienso que se trataría sobretodo de relanzarlo a través de la identificación proyectiva, mecanismo que A. Freud llama “identificación con el agresor”.

**Balconi:** Pero ¿cuándo los niños hacen una verdadera identificación con el agresor y cuándo devuelven, como sobre una fachada, aquello que han visto y no han podido soportar?

**Meltzer:** Intentando ver la cualidad de las conductas relacionadas con varios tipos de identificación, vemos que en la imitación adhesiva tenemos una actuación (*performance*) vacía; en la imitación proyectiva una caricatura del comportamiento y en la imitación introyectiva una actuación tímida, que no sale bien. En un recital de niños en la escuela, por ejemplo, podemos fácilmente distinguir al niño que imita de modo vacío, a aquel que consigue bastante bien hacer la caricatura del adulto que le ha enseñado el papel, y aquel que en cambio hace su interpretación del rol, aunque de modo infantil y tímido. Al mismo tiempo podemos notar diferencias en las reacciones de los adultos: algunos prefieren un recital en el que haya más participación del niño, otros una imitación más plana del papel. Recuerdo un niño autista en el momento en que apareció por primera vez la depresión; sucedió después de seis meses de tratamiento. El niño estaba en la consulta, miraba fijo la luz con una expresión muy feliz y después comenzó a girar en círculo, mirando siempre a la luz y en cierto momento se dejó caer en tierra sollozando. Si comparamos esta situación con el caso de la paciente que se conmovía ante la puesta del sol podemos pensar que es difícil de distinguir la desaparición del objeto de la destrucción del objeto. Esto nos lleva a la otra pregunta que nos habíamos planteado en relación con la cuarta dimensión, el tiempo. El problema de enfrentar el final de las cosas, lo que Bick llamaba "*the dead end*", lleva a pensar que normalmente no consideramos al tiempo como algo lineal, con un inicio y un fin, sino como algo que tiene un movimiento circular u oscilante. El tema del tiempo no se llega a estudiarlo, en análisis, hasta que se aproxima el final del análisis mismo; parece que solo entonces se comienza a darse cuenta de que cuando se dice "adiós" a una persona puede ser que no se la vea más, y que cada momento del tiempo es una experiencia irrepetible. Por tanto podemos pensar que el núcleo de la posición depresiva está ligado a la visión lineal del tiempo. Tengo un paciente, analista en training, psiquiatra, que ha tenido una mala experiencia de trabajo: había comenzado a tratar a un paciente, en casa, que entre la segunda y la tercera visita se ha suicidado. Era la primera vez que le pasaba una cosa así. Ha habido una investigación y el juez en el juicio lo acusó de negligencia. Estaba muy turbado. En la tarde, después de la audiencia en el juicio, en la sesión se puso de repente a sollozar diciendo: ¿qué le habrá pasado a mi hijo? La semana pasada había tenido un sueño que lo había turbado mucho: tiene tres hijos y el sueño se refería al niño de tres años. *El hijo estaba sobre la mesa de operaciones. El cirujano parecía muy descuidado, por ejemplo, no se había lavado las manos, no había anestesiado al niño. El niño llamaba: "papá, papá"*.

Relacionó el sueño con el trabajo de Klein que estaba leyendo en aquellos días sobre Richard, y precisamente en la vigésimo quinta sesión en la que Richard piensa que es llamado en ayuda de los marineros pero después, cambiando de registro, murmura a Klein su invocación “papá, papá”. Durante la sesión llegó a recuperar toda su rabia contra el juez, sintiéndose mejor; en la siguiente sesión decía que no alcanzaba a sacarse de la cabeza al juez y comenzó a darse cuenta que no era tanto su persona sino la palabra “*coroner*” la que no se iba de la cabeza. Se dio cuenta que esta palabra le recordaba las coronarias: el padre se había muerto, repentinamente, de infarto cardíaco. En ese momento era estudiante de medicina, le había ido mal un examen y no había tenido el coraje de decírselo a su padre. Dijo que el sueño del niño sobre la mesa de cirugía le había recordado al padre, en el hospital, intubado. Relacionando todo esto parece que emerge el final del análisis conectado con la muerte del padre, con la posibilidad de que uno de sus niños se enferme o muera y que él mismo pueda morir de un ataque de corazón y que cada momento puede ser el último. Parece que el núcleo de la posición depresiva sea la conciencia de que el objeto estético está en peligro en cuanto contiene en sí mismo la posibilidad de su propia destrucción. Este problema emerge muy claramente al final del análisis cuando se trata de cambiar el objeto externo –el analista- por un objeto interno que debe ser capaz de desarrollar sus funciones; en este caso no será un cambio entre un objeto externo y uno interno porque el objeto externo siempre ha sido sólo una representación del interno.

Por eso el proceso analítico y la posición depresiva nos hacen entender que la tarea más importante del análisis, como ha subrayado varias veces Klein, es la de permitir al paciente superar la negación de la propia realidad psíquica. Cuando se descubre que nuestro objeto estético más precioso es nuestra realidad interna, surge el problema de cómo proteger este objeto de nuestra hostilidad. Si retomamos la sesión de la puesta del sol, que la paciente había olvidado completamente y a la siguiente en la que debimos recordar paso a paso todo lo que había pasado y ella se entristeció por haberme dañado, esa secuencia parece indicar de modo evidente qué es la posición depresiva. También en el caso del niño cuya madre había tenido una insuficiencia placentaria en los últimos meses de embarazo y que hizo el sueño en donde le resultaba pesado llevar la pelota porque era muy pesada y aquel en que la maestra le daba muchas tareas escolares para hacer en su casa durante las vacaciones, cuyo peso lo “aplastaba”, vemos cómo el niño estaba muy pesimista y oprimido por el peso de la responsabilidad de conservar al objeto bueno. Si tomamos este caso, examinando la personalidad en el contexto de la relación con la madre muy depresiva, creemos haber encontrado una explicación satisfactoria para el pesimismo del niño. Pero si recordamos sus experiencias cuando

era pequeño y que tenía dificultades en la alimentación a pesar de que la madre tenía pechos grandes y mucha leche, podemos pensar que él había tenido una experiencia depresiva muy precoz y que esta había marcado su personalidad. Si agregamos a esto el hecho de que el niño crecía poco, que tenía una edad ósea con un retardo de dos años, que se fatigaba mucho, etc. podemos pensar que en él la depresión había comenzado a funcionar en lo que Bion llama “nivel protomental”.

Este trastorno en el nivel mental del niño parecía que había permanecido un poco oculto, subterráneo, durante todo el tiempo en que el hermanito más pequeño le servía, porque con su admiración, de alguna manera, lo sostenía; cuando el hermanito comenzó a tener sus amigos, una vida independiente, es decir, cuando el niño se sintió solo, vino el derrumbe. Los dos sueños parecían indicar de modo claro que en aquel momento estaba maduro para la terapia. En la primera consulta, el niño se puso a llorar y se sentía avergonzado, cosa que sorprendió mucho a los padres. En la segunda sesión no lloró pero regresando a casa tuvo una sorpresiva reacción y llorando mucho les pidió a sus padres que lo cambiaran de escuela. La impresión que tuvimos fue no sólo que aquí comenzaba a emerger la depresión del niño, cosa que lo tornaba maduro para el tratamiento, sino que también sacaba afuera una rabia desde la que se pudo hallar el camino de retorno hasta el momento en que la placenta había sido insuficiente para él, cosa que le había dado la sensación de haber estado tratado mal, privado de algo, burlado. La reacción se produjo del siguiente modo: tornando con la madre de la sesión, habían pasado junto a la casa de unos vecinos, delante de cuya casa había una botella de leche vacía. El niño tuvo un repentino estallido de rabia, cogió la botella, la lanzó contra la pared gritando “odio a esta gente”, gente que, en realidad, casi no conocía. Era como si hubiera dicho: “odio aquella placenta que sólo sabe ofrecer una botella de leche vacía”.

**Parlani:** Quiero hacer una pregunta sobre la técnica con niños autistas, aunque tal vez sea constreñirse el hablar de técnica. Meltzer ha dicho que cada terapeuta debería, con estos niños, utilizar las cosas que más le permitiría entrar en contacto: palabras, gestos, el propio cuerpo. Me parece que la mayor dificultad sea la de lograr pensar al niño porque una de las sensaciones con que se enfrentan frecuentemente los terapeutas, mientras se está con estos niños, es propiamente el aburrimiento y es por consiguiente difícil pensarlos, imaginárselos, representarlos. Tengo la sensación de que cuando el terapeuta comienza a utilizar mucho los gestos y los objetos se puede crear una situación tipo estímulo-respuesta por lo que puede suceder que se den “acontecimientos estéticos” pero ni el terapeuta ni el niño alcanzan a vivir “una experiencia estética”. Creo mucho más en la palabra, no sólo porque pienso que represente lo específico de la terapia analítica, sino porque quizás salvaguarda mejor del riesgo de una relación mecánica,

no mental.

**Meltzer:** Es verdad de que existe la técnica y los problemas de la técnica. Pero para los problemas de la técnica no existen respuestas técnicas: la respuesta está en la comprensión de la naturaleza de la situación emotiva del paciente y todos los instrumentos que lleguemos a utilizar dependen de nuestro equipamiento interno. Hagamos una analogía: si un paciente tiene una hemorragia, el primer problema no es evitar que se ensucie la ropa. Es necesario pensar rápido en la disminución de la presión arterial; la solución para evitar que salga mucha sangre depende de las circunstancias: se le hará un lazo o un torniquete, dependiendo del lugar de la herida. En el tratamiento de los pacientes, niños o adultos, damos a menudo por descontado de que son capaces de contactar con otros o con nosotros y entonces no sentimos la necesidad de crear tal capacidad de contacto porque damos por descontado de que la tienen. Si un paciente adulto está en silencio durante un rato, está ausente, no le decimos inmediatamente ¿qué sucede? Le damos cierto tiempo sabiendo que antes o después “volverá” y hablará. Con el niño autista no podemos comportarnos así: se “va lejos”, debemos ir a buscarlo y dado que con estos niños el problema principal es el de crear una base de contacto, es importante para tal fin utilizar cualquier instrumento. En el caso del niño que construía un objeto artificial, por ejemplo, el hecho de que la terapeuta fuera bonita fue importante porque le permitía mantener el contacto, mientras que para otro niño autista, que nunca lograba mirar a la terapeuta, el hecho de que fuera bonita no cambiaba mucho la situación. El problema técnico, pues, consiste en la posibilidad de encontrar en nosotros un objeto estético que ofrecer al niño autista, objeto con el cual pueda entrar en contacto. Por eso, por ejemplo, si se tiene en terapia un niño que no nos mira y que no está en condiciones de apreciarnos como objeto estético a través de la vista, se le debe ofrecer la voz; si se tiene un niño que utiliza mucho el tacto es necesario dejarlo que nos toque. Estoy de acuerdo, sin embargo, que la modalidad de contacto preferible está representada por la voz porque si el niño aprende a escuchar la música de las palabras, poco a poco llegará a su significado. Muy a menudo podemos observar cómo un niño autista comienza a cantar antes de empezar a hablar. Por eso si sois capaces de cantar os sugiero utilizar esa posibilidad en la terapia, yo no podría...

**Balconi:** En la pregunta de Parlani hay un problema importante: ¿cómo vive el terapeuta la presencia del niño y cómo reacciona a la no comunicación?

**Meltzer:** Pienso que en cada análisis es fundamental presentarse al paciente como una persona llena de vida. La imagen tradicional del analista (que proviene no tanto de Freud como de la aplicación americana de su método) como una pantalla que habla con un tono de voz plano, de manera metódica corresponde a la peor de las técnicas que se puedan utilizar. Este

tipo de técnica tomó forma en los años cincuenta cuando se comenzó a insistir sobre la importancia de la contratransferencia y los analistas temían transmitir su contratransferencia a sus pacientes. Posteriormente en el análisis kleiniano hubo una evolución: desde un análisis en el que “se hacía una terapia”, se ha pasado a un tipo de análisis en el que había dos personas que “juntas tenían una experiencia de desarrollo”.

**Brutti:** Me parece importante subrayar que Meltzer ha hablado de las elecciones del paciente sobre qué modalidad empleará en la relación con el terapeuta: la mirada, la voz, el tacto, etc. No es por tanto el terapeuta el que propone una modalidad, es el paciente que elige y compete al terapeuta gestionarla, es decir, llevar esta relación desde este nivel inicial a un nivel cada vez más elevado hasta lograr un contacto entre mentes. Quería subrayar eso porque me parece importante poner el acento sobre el riesgo de la acción del terapeuta, comportamiento que siempre es controlado.

**Meltzer:** Otro aspecto del problema técnico consiste en lograr entender qué cosa del terapeuta atrae al paciente. Freud ha hablado de la transferencia; sostenía que la transferencia se fija sobre algo, sobre un detalle, por ejemplo, de la persona o de la personalidad del terapeuta y que es importante que él lo individualice. Evidentemente uno de esos elementos –del que no se escapa– es el hecho de ser hombre o mujer, del género no se escapa. Por eso puede suceder que terapeutas hombres tengan más dificultad para inducir una transferencia de tipo materno en análisis, y viceversa, y la transferencia que no es sostenida en la sesión es escindida, transferida y dejada fuera del tratamiento. Para dar un ejemplo, estando atento a este elemento, cuando veo pacientes en consulta y los debo enviar a análisis, busco enviarlos a un analista del mismo sexo del padre con el que tienen una mejor relación; mientras que si se trata de adolescentes busco enviarlos a un analista del mismo sexo.

**Intervención:** También las elecciones de los pacientes se realizan en esta dirección. Ellos suelen decir que quieren un terapeuta hombre-mujer, o joven-viejo, etc., en base a relaciones privilegiadas que han establecido previamente con personas significativas.

**Meltzer:** Eso no es siempre verdadero. Hay pacientes que pueden tener un conflicto de lealtad en relación con sus padres y eso condiciona su elección o bien pueden tener una cierta teoría por la que quieren ir a un terapeuta del mismo sexo del padre con quien tienen una mala relación para poderlo resolver más rápidamente.

**Intervención:** Quería saber qué opinión tiene Meltzer respecto al sexo del paciente, porque pareciera que el sexo del paciente tiene una influencia en la contratransferencia del terapeuta; los aspectos contratransferenciales que el analista debe tener en cuenta desde el principio, ¿están determinados por el hecho de que en la paciente mujer ve más la madre y en el paciente

hombre más al padre?

**Meltzer:** Sucede que un analista es más capaz de tratar cierto tipo de problemas más que otros. He notado que algunos analistas varones tienen dificultad con pacientes muy bellas; otros analistas tienen dificultad con pacientes muy ricos o muy famosos o con una posición social importante; hay analistas que no soportan pacientes que viven de manera parasitaria; otros tienen dificultad con los adolescentes. Cada analista tiene su área de vulnerabilidad y su capacidad específica. Por otra parte, si un analista aprende a trabajar con pacientes que le causan dificultad, eso será muy útil para su crecimiento.

Volviendo al problema del autismo, opino que no se puede curar solo a un niño autista sino que siempre es necesaria una supervisión (individual o en grupo). He visto situaciones en las que, cuando el terapeuta cesaba la supervisión, el tratamiento perdía fuerza, se desvitalizaba y que se recuperaba en cuanto se recuperaba la supervisión. Desde el punto de vista de la contratransferencia, una de las sensaciones iniciales está vinculada al preguntarse si es justo hacer salir a estos niños de su mundo “estético”. Durante la terapia podemos experimentar a menudo la sensación de que quizás curando al niño le hacemos algo agresivo. Muchos terapeutas dicen experimentar la sensación de bombardear al niño con sus palabras, como si ellas representaran una auténtica y verdadera arma, un proyectil agresivo.

**Intervención:** Me parece que estos niños se cargan de agresividad y que a menudo nosotros hablamos para liberarlos de tal agresividad entonces es cuando los bombardeamos.

**Meltzer:** A veces es así, pero a veces se puede tener la sensación de bombardear al niño cuando nos esforzamos, por ejemplo, en continuar hablando para no perder el contacto. Se puede notar, entonces, como los niños se ponen las manos sobre las orejas.

He hablando antes de la humillación cuyo prototipo sería la fantasía de ser objeto de espectáculo para otros. Esto me hace recordar la película de un niño que devino autista, que me la hizo ver Balconi. En ella el niño aparecía como un objeto de espectáculo: era una familia maníaca que había hecho una gran fiesta de Navidad, con muchos decorados y allí, delante de ellos, el niño que hiciera lo que hiciera, ellos reían. Me hizo pensar cómo se deberían sentir, en los tiempos de la Revolución francesa, los que subían a la guillotina: cualquier cosa que hicieran, cualquier emoción que experimentaran, aun si pedían piedad, todo suscitaba risas y también su muerte estaba acompañada de carcajadas. Muy a menudo los niños sienten experiencias de este tipo cuando hacen reír a todos, como payasitos. En realidad, la admiración por parte de la parentela es frecuentemente incompreensión. Para el niño ha de ser terrible la experiencia de que lo que hace o expresa sea mal interpretado por todos aquellos que están en su entorno.

**Brutti:** Eso sucede también cuando el niño hace algo positivo y le es reconocido como bueno, parece que viva tal reconocimiento como peligroso y lo oculta. Eso sorprende mucho a los padres de los niños autistas y a sus maestros en la escuela.

**Intervención:** El problema en el tratamiento con niños autistas es que parece que nunca haya resonancia con ellos, un significado.

**Meltzer:** También en nuestro grupo de estudio sobre el autismo al principio ha pasado algo similar. Poco a poco aprendimos a entender algo de lo que pasaba en estos niños a través del relato de los terapeutas, las emociones que ellos llevaban al grupo, las respuestas que pedían y las mismas reacciones que producían al relatar la sesión. Ha sido un trabajo muy largo, duró cinco años, en el que íbamos adelante hablando y hablando de estos casos. Las ideas expresadas en *Exploraciones en el autismo* de manera estructurada emergieron durante tales discusiones como a trozos y a menudo, al principio, ideas y conceptos nuevos eran atacados, rechazados por los participantes del grupo; ha sido necesario mucho tiempo antes de que lo expuesto luego en el libro fuera aceptado por todos nosotros, costaba reconocerlo. En esas reuniones sucedía, normalmente, que los terapeutas expresaban casi la necesidad de decir que el comportamiento de los niños autistas era incomprensible. Había la tendencia a considerar todo el comportamiento del niño como incomprensible porque era presentado como un bloque; entonces, para demostrar que era posible entender tales comportamientos habíamos comenzado como a “seccionarlos”, a tomar aquellos pedacitos de comportamientos comprensibles, que aparecían en la sesión, extrayéndolos y destacándolos del rumor del fondo autista. Luego lo enhebrábamos como perlas de un collar para ver cuál sería la secuencia, el significado que se podría dar a esa serie de fragmentos. Probablemente usamos una metodología bastante burda porque elegíamos poquísimos trocitos cuando, quizás, podríamos haber individualizado muchos más. Me parece que cada trocito del comportamiento autista que parece no tener sentido, si fuéramos capaces de reconducirlo al origen, tendría su significado. Todo lo que sucede en la terapia con niños autistas tiene un significado pero, así como somos incapaces de entender todo, cogemos aquellos trozos de comportamientos que nos parecen más significativos. Lo que daba un poco de ánimo a nuestro grupo de estudio, agotado por este trabajo de búsqueda de pedacitos significativos, de verdaderos fragmentos de oro, era el hecho de que nos agarrábamos a ellos para vencer la desesperación. Pero si por un lado nos daba una especie de excitación, una emoción exagerada cuando descubríamos un “trocito de oro significativo”, del otro lado nuestra reacción contratransferencial nos llevaba casi a desear no encontrar nada más significativo en el comportamiento del niño.

**Intervención:** Creo que eso es análogo a lo que en cierto sentido sienten

los niños; parecen tener miedo a experimentar algo significativo en la terapia y entonces la eliminan porque en caso contrario recomenzaría el deseo de la relación y con eso también el miedo de sentirse solos.

**Meltzer:** Quiero traer el ejemplo de un niño de ocho años, cuyos padres – un sociólogo y una psiquiatra- me lo trajeron diciendo que era un débil mental y pidiéndome hacer algo. Aconsejé una psicoterapia; después de seis meses los padres estaban muy contentos del progreso del niño; ahora era más fácil educarlo, aprendía cosas, etc. Después de un año se sintieron muy descorazonados, no podían vivir más con el niño, querían interrumpir el tratamiento. Conseguí persuadirlos de continuar al menos seis meses, después de lo cual pidieron una entrevista a la terapeuta del niño y a mí. Nos imaginamos que sería para anunciar que querían interrumpir la terapia. Nos quedamos muy sorprendidos al constatar que estaban ansiosos y preocupados porque temían que la terapeuta quisiera interrumpir el tratamiento, mientras que a ellos les parecía que el niño comenzaba a hacer cosas bellísimas, a tener un principio de vida mental. Ellos, durante el encuentro, se esforzaron para persuadir a la terapeuta, que según ellos estaba muy desanimada, para que continuara la terapia con el hijo. Fue en esta ocasión que, por primera vez, la madre (que es psiquiatra) habló de autismo. Por otra parte, me llamó mucho la atención la diferente manera con que los padres se aproximaron a esta entrevista; la primera vez que los vi, me pareció una pareja maníaca, de padres completamente “estúpidos” que relataban las hazañas del niño como si fueran una monería, un títere; ahora, en cambio, estaban tornándose padres capaces de observar al niño, de hablar de lo que ven de él; padres preocupados e interesados en el hijo.

**Balconi:** ¿Qué pasó en el tratamiento?

**Meltzer:** Los progresos en terapia son mínimos pero el niño está yendo verdaderamente hacia la posibilidad de tener una vida mental. Hay ahora una relación con la terapeuta que implica separaciones, angustias; comienza la formación de símbolos. Es de destacar que los padres fueron capaces de recoger tales progresos, aunque mínimos.

**Balconi:** En el tratamiento parece todo inamovible y esta inmovilidad aparente, este poner a prueba –a cualquier precio- al terapeuta constituye un elemento por el cual se tienen progresos afuera.