

POSIBLES VINCULACIONES ENTRE ORGANIZACIONES PATOLÓGICAS DEL ADULTO Y PROBLEMAS EN EL DESARROLLO MENTAL PRIMARIO

Júlia Coromines

Cada vez aparecen más trabajos en la literatura psicoanalítica sobre las organizaciones patológicas que obstaculizan el progreso terapéutico del trabajo analítico. Pienso que todos nosotros las conocemos. Se trata de sistemas defensivos que aparecen bajo diferentes enunciados: enclaves, enquistamientos, barreras autísticas, repliegues, etc., que nos hacen pensar en sistemas cerrados que coexisten con aspectos más normales de la personalidad del paciente, más en contacto con la realidad.

Steiner en su libro *Retiros Psíquicos* (1993) –traducido recientemente al catalán por *Monografías de Psicoanálisis y Psicoterapia* con el título de *Retiros Psíquicos* (1994) y con el subtítulo de *Organizaciones patológicas en pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos*¹, califica el proceso que presenta de *organización* por el alto nivel de organización interna de las defensas del paciente. Señala la existencia de procesos que considera semejantes, conocidos con otros títulos: Abraham (1919-1924), sobre resistencia narcisista; Reich (1933), sobre la coraza del carácter; Rivière (1936) hace referencia a un sistema de defensas organizado; Rosenfeld (1967-1971), desarrollando el tema del narcisismo descriptivo, habla de una “mafia interna”; Segal (1972) y otros autores kleinianos –O'Shaughnessy, Rosenberg,

¹ Este trabajo se publicó en la *Revista Catalana de Psicoanálisis*, vol. XI, núm. 1-2, en 1994. De ahí la referencia de la autora a la reciente publicación en catalán del libro de J. Steiner. (Nota del editor).

Joseph (1975 y 1983)– han hablado de pacientes atrapados en potentes resistencias defensivas. Steiner también señala que Freud, en *Análisis terminable e interminable*, al presentarnos un aspecto infranqueable, nos hace pensar en un sistema defensivo semejante y Bion, cuando nos habla de personalidad psicótica y personalidad no psicótica, se refiere a la existencia de dos tipos de personalidad que coexisten y que es necesario diferenciar.

Yo añadiría a estos sistemas el defensivo, que Tustin describe como barreras autísticas en neuróticos, y los utilizados por los pacientes que Odgen presenta en la descripción de lo que él denomina posición autística contigua.

La característica de los “retiros” que describe Steiner, al margen de la alta organización interna de sus defensas, es el tipo de relación entre los dos aspectos de la personalidad del paciente: el propio del retiro y el más cercano a la realidad, y la obstinación de la aparición de aquél delante del temor del dolor y del duelo. Sin hacer el duelo por el objeto, la identificación proyectiva es irreversible, es decir, el sujeto no puede recuperar las partes proyectadas y, por tanto, en algunas ocasiones se produce a continuación una contratransferencia proyectiva (Grinberg, 1962, p. 6), un empobrecimiento y falta de progreso.

Los retiros aparecen sobretodo en momentos de integración o delante del peligro de fragmentación que ésta puede producir. Steiner describe diferentes tipos de defensa: contra la confusión, contra la culpa, etc., y delante de diferentes situaciones de la vida y en la separación, en el análisis. Remarca la gran omnipotencia que aparece delante de la ansiedad caótica que puede producir la separación. Describe también un espacio que podríamos llamar transicional en el cual el paciente “sabe, pero no sabe”, hace la vista gorda; y que tendría muchos puntos de contacto con los fenómenos transicionales de Winnicott.

Steiner siempre refiere el retiro a ansiedades esquizoparanoides, ya sean de fragmentación o de simple clivaje, que aumentan frente ansiedades depresivas. Pero no se trata del vaivén SP<—>D que encontramos en todos los análisis. El retiro es un movimiento defensivo amplio, organizado, en el cual el paciente puede quedar

atrapado. Muchos de los casos que muestra Steiner en su libro han presentado dificultades en la primera infancia, y concretamente en el destete, pero en general sólo lo menciona; Steiner no hace hipótesis sobre el origen primario de las defensas, las presenta y las describe muy bien. En realidad, es el estudio más completo que conozco de estas organizaciones patológicas, todas ellas sistemas defensivos, regresivos, que se oponen al reconocimiento del objeto.

Mi planteamiento es: ¿qué relación tienen estos problemas, estas resistencias de integración y progreso con los que aparecen en los primeros años de vida? No sé si podré establecer un puente entre los enclaves sensoriales que se organizan en bebés patológicos, que no consiguen realizar el clivaje primario normal del objeto, y las organizaciones patológicas defensivo-regresivas, del adulto o del niño. Pero creo que el conocimiento del origen de estos anclajes primarios nos ayudará a entender los otros.

Para eso, y creo que es el principal objetivo de mi trabajo, hemos de hacer un viaje retrospectivo. Partiré de un estudio de investigación realizado con niños que tenían parálisis cerebral con lesiones no evolutivas, y con autistas y niños pequeños con retrasos mentales y psicóticos.

No me propuse, entonces, hacer un trabajo de investigación, sino realizar una asistencia terapéutica. La investigación se fue organizando a medida que se estudiaban los casos con los cuales trabajábamos y los cambios y proyectos que nos proponíamos. Fue una experiencia viva que realizamos con grupos de educadores con los cuales llegamos a construir una base para sacar a los bebés enfermos de su indiferencia frente a los estímulos, y que dieran muestras de funciones yoicas o esbozos de función alfa, al ser atendidos por sus educadores con una atención corpórea-sensorio-mental, estimulada en seminarios de discusión y teorización. El esquema psicopedagógico elaborado así, consiste en empezar verbalizando cualquiera de las acciones del niño y de las que realiza la educadora con él. Verbalizar también las sensaciones que tiene, las que siente o creemos que podría experimentar, y después conectarlas con el objeto o la situación que las produce, es decir, ejercer función alfa para él y con él. Estimular

después el recuerdo, cosa que se consigue cuando se ha conectado previamente la sensación con el objeto y con la emoción que le produce esta conexión.

Cuando fui teorizando los que hacíamos y lo que encontrábamos, me di cuenta de que el hecho de verbalizar sensaciones y de conectarlas con el objeto, era la manera de hacerlas utilizables y memorizables, y eso tenía un gran parecido con el proceso descrito por Bion de conversión de un preconcepto en concepto cuando se ve realizado. Eso me dio satisfacción por una parte y decepción por la otra. Decepción por no haber recordado antes el concepto de Bion, que nos habría permitido aplicarlo con anterioridad; aunque puede ser que el resultado no habría sido el mismo que habiéndolo encontrado con nuestra intuición y experiencia, en vez de aplicar hipótesis en niños que recién habían iniciado su vida psíquica. Al decir que la experiencia fue viva, no me refiero solo a nuestro estudio, sino a la forma de aplicarlo, porque al niño se le sugería la sensación y se le verbalizaba en el momento en que podía estar experimentándola. Es decir, se decía: “qué mojado está el niño”, cuando se le cambiaban los pañales, y: “qué seco”, cuando se le ponía ropa seca, y lo mismo se verbalizaba cuando se le lavaban o se le secaban las manos. Se le hablaba de “caliente” cuando, por ejemplo, se acercaba a un radiador o cuando comía sopa. La sopa podía ser caliente, fría, salada, dulce...y todo se comentaba en el momento en que lo experimentaba o lo podía experimentar: duro, blando, suave, etc.

Esta vinculación de la sensación con el objeto facilitaba el reconocimiento del objeto, y eso es lo que pasa espontáneamente en los niños normales, pero en el caso de los niños gravemente afectados se produce muy lentamente.

Otro paso era vincular esta conexión con la emoción producida. A veces, este paso es muy difícil. Para facilitararlo, es necesario ir verbalizando o estimulando el primer clivaje: “te gusta o no te gusta; es bueno o es malo; qué buena es la señorita, que te da la leche; qué mala la señorita, que no te deja levantar; etc.”.

Pero este paso, al cual nos referiremos más adelante, a veces es muy difícil, y las preguntas que me suscitaba, a mí y a los otros investigadores, eran: ¿por qué el niño se detiene, a veces, en la sensorialidad? ¿por qué el autista substituye el objeto por la

sensación? —y así Tustin habla del *objeto-sensación*—¿por qué encontramos frecuentemente a los niños psicóticos detenidos en un mundo de sensaciones inconexas? ¿por qué encontramos también estos atascos en la psicoterapia o en el análisis de niños? ¿y —podemos preguntarnos también— en el de adultos con enclaves sensoriales que rechazan o son indiferentes a todo intento de metaforización o de interpretación de la identificación proyectiva?

¿Cuál es la causa de la detención del desarrollo mental que permanece en este estadio de sensaciones desconectadas de procesos cognitivos y emocionales, es decir, en el vacío?. Ya sea cuando esta permanencia es global, como pasa en el gran autista, o cuando es parcial. Ya sea en el psicótico o en aspectos equidistantes, encapsulados, o como se les quiera denominar, como pasa en neuróticos o en individuos no clínicamente psicóticos.

Esta detención precoz del desarrollo mental, característica típica de los niños psicóticos, es conocida con la denominación de cristalización sensorial, formulada por el profesor A. Giannotti y la Dra. G. De Astis en su libro *Il Disuguale* (Roma, 1989). Yo lo denomino enclave sensorial cuando hablo de psicopatología arcaica. Ya hemos dicho que puede ser parcial, en anclajes encapsulados, que en la literatura analítica aparecen también descritos como agujeros, bolsillos, etc. Meltzer lo utiliza como base de su clasificación de psicosis en el niño pequeño. En efecto, cuando se clasifica la enfermedad psicótica de la primera infancia, Meltzer agrupa a todos los niños que no han podido llegar a hacer el clivaje del objeto en un grupo que denomina de autismo precoz infantil. Este grupo él lo clasifica en cuatro subgrupos de los cuales ahora no nos ocuparemos.

En realidad, la preocupación por el proceso precoz de concienciación de las sensaciones la encontramos en la historia misma del Psicoanálisis y en sus pilares fundamentales. La encontramos en Freud, cuando trata de definir la consciencia como un órgano sensorial. En efecto, en el capítulo séptimo de *La Interpretación de los sueños* define la consciencia como “el órgano sensorial de la percepción de las cualidades psíquicas”. La encontramos en Melanie Klein en su concepto de fantasía

inconsciente precoz, como corolario de la pulsión y, sobre todo, en Bion, como artífice del pensamiento embrionario.

Meltzer, en la tercera parte de su libro *Desarrollo Kleiniano*, hablando de Bion, nos hace notar que este presenta la relación niño-pecho como un prototipo de la relación con la función específica de aprendizaje y añade que este incluye el pensamiento verbal al considerar que “todos los aparatos de percepción, incluyendo el pensamiento embrionario, forman un vínculo entre las impresiones sensoriales y la consciencia”.

En estos tres pilares encontramos el intento de vincular la mente con el cuerpo, las impresiones sensoriales con la consciencia y los impulsos con el corolario mental. Mi preocupación, por tanto, en este momento, es el estudio del pensamiento embrionario que vincula las impresiones sensoriales con la consciencia.

Pero es aquí donde nos encontramos con la dificultad de verbalizar aquello que no es verbalizable o lo que ha existido sin verbalizar y de diferenciarlo en su origen, en el pensamiento embrionario.

Las fantasías primarias, corolario mental de las pulsiones, ¿qué relación tienen con las sensaciones? Las sensaciones están unidas al cuerpo, pero su consciencia es mental. Para hablar con más propiedad tendríamos que desarrollar aquí el concepto Klein-Isaacs de fantasía como un corolario mental de la pulsión, y rehacer, quizás, toda la polémica británica que se estableció con el desarrollo del concepto kleiniano de fantasía inconsciente realizado por S. Isaacs en su trabajo *Naturaleza y función de la fantasía*.

No reproduciré aquí la célebre polémica porque por mi parte creo que no tengo nada a discutir sobre el criterio de Isaacs cuando se trata del desarrollo mental, digamos normal, del bebé; y por otro lado no nos aclara si en las grandes psicopatologías del desarrollo, en el bebé enfermo, el corolario de la pulsión es mental o no; es decir, si hay impresión sensorial o no. Insistiré en este punto.

Esta falta de criterio de Isaacs en este caso concreto queda clara cuando — a las críticas que se le hacían en el sentido de que, al poner en primer plano la fantasía

inconsciente, quedan sin significado los procesos instintivos, y mezclados y sin diferenciar los conceptos mentales de percibir, desear, pensar, recordar: pruebas de realidad junto al uso de la fantasía— ella contestó que no veía necesario hacer esta distinción al comienzo de la vida.

De forma que, nuestras dudas sobre el pensamiento embrionario no las responde.

A Isaacs se le criticaba el hecho de confundir subjetividad con objetividad. Esta crítica la encuentro infundada porque Isaacs diferenciaba perfectamente la fantasía de incorporar el pecho del proceso objetivo teórico, es decir, de la introyección, pero creía que la fantasía conducía a la función de introyectar, de manera que la fantasía no era solo el corolario mental del impulso de incorporar, sino también la causa y origen de la introyección.

Este último punto merece algunas reflexiones porque es posible que en general o en evoluciones, digamos, normales, sea así, o pase así. Pero, ¿qué le pasa al bebé enfermo o al pequeño psicótico anclado en su sensorialidad inconexa? Pienso que decir que no ha integrado o no ha mentalizado sus sensaciones no conectadas a ningún proceso cognitivo, ni emocional es decir que no ha introyectado estas sensaciones, ni el proceso de conexión con el objeto, proceso que no ha vivido. Podríamos resolver la discusión con una diferenciación radical entre el bebé normal y el bebé enfermo pero, por experiencia, sabemos que esta radicalidad no se da. Por tanto, interesa profundizar nuestro conocimiento sobre los procesos de conexión primarios. Pero entonces nos encontramos con la dificultad de utilizar términos y conceptos poco definidos o que solo conocemos basados en estudios de etapas posteriores, situaciones regresivas en general. Cuando lo que necesitaríamos sería conocer mejor la existencia de protofunciones fetales.

Al inicio de la vida, y de manera general, podemos pensar que las causas de la detención del desarrollo están en el niño o en la madre, o en la madre y el ambiente. Y podemos clasificarlas a *grosso modo* en causas constitucionales, en fallas en protofunciones fetales (se pueden investigar, por ejemplo, registrando en ecografías

las respuestas o la falta de estas a estímulos de posturas o táctiles) y en causas maternas consistentes, sobretodo, en diversas psicopatologías de la madre. Una de estas, podría ser un enclave sensorial de la madre, que se hace más patente con motivo de la maternidad.

Estas madres no establecerán contacto con sus bebés y fallarán en su función de contención; insistiremos sobre ello más adelante.

Ahora continuamos con el planteamiento de una dinámica más o menos organizada en la detención evolutiva en la sensorialidad y sus antecedentes. Ya he dicho que mi interés y mis dudas sobre esta parada han surgido no solo ante niños con lesiones cerebrales, sino también ante alguna psicoterapia de psicóticos pequeños o no tan pequeños y en tratamientos analíticos de adultos con enclaves, digamos, de momento, sensoriales. Tratamientos en los cuales me daba cuenta que las interpretaciones de fantasías inconscientes o de identificación proyectiva, sobretodo transferenciales, resultaban inútiles y me obligaban a retroceder o a seguir procesos simbióticos.

Quizás este término “retroceder” no sea adecuado porque, precisamente, puede ser la técnica a seguir; tal vez solo deberíamos hablar de respetar siempre el nivel relacional del paciente en la transferencia, como he oído decir a Resnik muchas veces, es decir, interpretar sin ser intrusivo. A modo de inciso diré que cuando en las supervisiones me han hecho matizar sobre si convenía mantener cierta simbiosis o arriesgarse a una interpretación más activa, he dicho que cuando el paciente protesta de la actitud del terapeuta o de sus interpretaciones, incluso cuando le insulta por sus disparates, pero progresa en su conducta externa y responde en el análisis a las interpretaciones, aunque no las reconozca, se puede continuar con las interpretaciones de identificación proyectiva, sean o no directamente transferenciales. Pero cuando la interpretación es seguida de un retraimiento autístico, es preferible retroceder en la técnica.

El intento de plantear un funcionamiento sensorial previo a la escisión del objeto, a las ansiedades esquizoparanoideas y a la introyección, puede ser más didáctico

que práctico, porque en la clínica encontramos que estos niveles diferentes con frecuencia coexisten, y habrá una sensorialidad que no se ha conectado al objeto, pero posiblemente también una sensorialidad desmantelada resultante de las ansiedades producidas por el impacto con el objeto.

Como he mencionado anteriormente, me he planteado si la fantasía precoz, corolario de la pulsión, conduciría siempre a la introyección. En este punto reflexiono sobre mis experiencias clínicas con niños enfermos. Algunos nacen prácticamente sin impulsos, completamente pasivos, impulsos que la madre ha de vivir por ellos; o bien son niños que solo lloran y gritan e interfieren toda relación.

Probablemente los primeros están en la base de lo que serán después niños parálíticos, a los cuales se les tiene que ir diciendo todos los actos que han de hacer: “levántate, vístete, cógete, etc. Casi se les ha de decir que respiren.

Los otros niños, los que solo gritan, parece que solo tienen el impulso de reclamar la matriz que han perdido. Pero pensemos en esta falta de matriz en unos y otros. Tustin dice, hablando del autismo, que necesitan una prolongación del claustro postnatal, pero que esta contención que ha de substituir a la madre, suele ser muy deficiente en estos niños. He hecho hincapié antes en las cualidades de esta contención materna, que tendría que ser corpóreo-sensorio-mental. Ya he dicho que justamente los educadores del equipo que trabajan conmigo, con los cuales elaboramos el esquema psicopedagógico que hemos expuesto, poseen esta capacidad de contención corpóreo-sensorio-mental.

Es bien conocida la importancia de la función materna como continente del bebé, y ya sabemos que la madre ha de tener contacto con él, que cuando nace ha de reducir al mínimo la separación física, etc. Pero últimamente he vivido en dos psicoterapias la necesidad de que la madre sea sensible no solo a las reclamaciones del bebé, sino también a su expresión más primitiva, y que responda intuitivamente a las manifestaciones corporales del bebé o, mejor dicho, a las sensaciones y protofunciones correspondientes a su nivel evolutivo, a la vez que pone atención a su alimentación y al cuidado corporal.

Creo que Bion, con el término *reverie*, nos habla de esta contención, pero a nivel didáctico necesitamos precisar que sea corpóreo-sensorio-mental y experimentada muy vivamente, porque si no es así, el niño, con su temor casi catastrófico a establecer un impacto relacional, difícilmente podrá identificarse con una madre que no viva este contacto.

Ahora expondré dos casos de psicoterapia de niñas psicóticas, las dos de cinco años.

El primer caso, justamente, para ver la falta de contención de la madre, el tipo de psicosis de la niña y una experiencia, yo diría, original de una psicoterapia corporio-sensorio-mental. La otra permitirá ver la importancia que la contención la reciba también la madre o los padres de la niña que ha nacido con dificultades.

El primer caso se trata de una psicoterapia de 3 sesiones por semana realizada en Italia por una excelente terapeuta, en la cual la niña utiliza el cuerpo en la relación con la psicoterapeuta, si es que la podemos denominar relación; y esta encuentra la manera de responderle también con su cuerpo, utilizándolo con finalidades terapéuticas, al menos durante los primeros meses. La niña rara vez utiliza alguna palabra.

Esta niña, en el parto o en el preparto, debió sufrir alguna lesión cerebral por falta de oxígeno, porque existe el antecedente de un envejecimiento de la placenta, del parto con cesárea y de 15 días de incubadora. Pero, con toda seguridad, la historia posterior del ambiente en que ha vivido es muy patológica y psicotizante. La madre trabajaba fuera de casa a partir del nacimiento de la niña y esta niña padeció una serie de cambios de cuidadores, de ambientes, del país donde vivían, de hospitalizaciones, etc.

Esta terapia comenzó con una acción impulsiva de la niña y otra por parte de la terapeuta, que se interpuso entre la niña y una pasividad estúpida por parte de la madre. En efecto, la psicoterapeuta espera, atenta, recoger las primeras impresiones que le producirá la niña después de hablar con la madre. Pero lo que recuerda es su gesto impulsivo, levantándola en brazos e interponiéndose en el camino que recorría la

niña al abrir la puerta del consultorio para embestir de lleno con la cabeza el vientre de la madre. Después de este inicio, vino un *crescendo* de esta situación. La psicoterapeuta intentaba entender el lenguaje corporal. Lo que sigue es un diálogo corporal en el cual la psicoterapeuta defiende su cuerpo o el de la niña, o lo que le rodea, con sus respuestas corporales. Con estas se opone a la acción o le da una respuesta corporal de comprensión o de contención, de satisfacción, etc. A medida que las respuestas motrices de la paciente van tomando significado, dejan de ser solo impulsos y la psicoterapeuta las verbaliza o comenta.

Esta psicótica, a diferencia de lo que pasa con el autista, siempre está en relación con el otro o, al menos, con el cuerpo del otro, y busca ahí unos límites, una contención física que perdió al nacer y que seguramente necesitaba más que otro niño porque había vivido antes del parto un malestar a causa del envejecimiento de la placenta, que es la fuente de vida en ese momento. Al no encontrarla se arquea en opistódomos probablemente buscando un límite en el movimiento de su cuerpo, límite que le ofrece la columna vertebral. Este límite es doloroso aunque lo busque, y provoca gritos. Lo busca también en las paredes de la habitación, a las cuales, por otro lado, da golpes a modo de límite a su omnipotencia, y se desencadena entonces una excitación en la cual la niña ocupa toda la habitación, a veces, y que puede acabar con algún golpe ruidoso que horroriza a la terapeuta. Entonces la niña parece calmarse. A las pocas sesiones de comenzar, después de una de estas crisis, parece que haga un intento de interiorización, de mirar hacia dentro. En efecto, se sienta en el diván, se saca las gafas, gira los ojos hacia adentro y se queda con la boca entreabierta sin mirar, haciendo con la saliva —como diría Tustin— formas autosensoresiales: *shapes*. En seguida se lanza agresivamente sobre la psicoterapeuta, hace rayas sobre un papel, que rompe, y exclama a gritos: “¿Tienes un panecillo?”, y se golpea con fuerza. “Eso hace vomitar”, dice, y se vuelve a golpear. “¿Quieres pan”? ¿Tienes bombones?, añade, y vuelve a darse cabezazos.

Los roces con el cuerpo de la psicoterapeuta le provocan pánico y furor. Creo que el intento de mirar hacia adentro y de concienciar la pone en contacto con el deseo

de incorporar. La pregunta que hace la niña: “¿qué quieres, qué tienes?”, puede expresar este deseo de incorporar, ya sean bombones o cualquier otra cosa. *Y tener deseos la destroza*, la hace vomitar. Se da golpes en la cabeza, quizás para destruir el deseo de incorporar o su limitación, o para destruir a la terapeuta, confundida con ella, pero sus roces con ella la llenan de furor.

Es posible que la sensación mortal de vivir sin placenta, sensación de inanición, le haya estimulado la necesidad de llenarse, pero sobretodo son dos sensaciones, pienso, una de inanición, de desaparición, y otra de llenarse para existir. Pensemos que esta niña era muy obesa. Llenar la habitación y sentir los límites tendría también esta intención o satisfacción corpóreo- sensorial. Un continente no rechazante, pero suficientemente firme para no ceder. En uno de sus intentos destructivos dirigidos a la terapeuta, a la niña se le caen sus gafas. La psicoterapeuta puede repararlas, volviendo a poner el cristal en su lugar, y le comenta después: “No se ha roto nada”. Es sorprendente como este comentario, que se repite en otras situaciones, tranquiliza a la niña. He comprobado este efecto sorprendente de la frase “No se ha roto nada” en otras psicoterapias de niños psicóticos. Es evidente que lo sienten referido a una ruptura corporal. Después de los primeros meses, la niña inicia intentos de apoyarse en la psicoterapeuta, así como de mirarla, pero son intentos entrecortados. Si a pesar de tomar precauciones se encuentra con la mirada de la psicoterapeuta, exclama: “limpia blanco, todo blanco”. Eso hace suponer que la visión de la psicoterapeuta, del “otro”, aparece como una mancha que es necesario borrar o cortar. Aquí nos podríamos preguntar si aparece el símbolo, aunque sea unido al gesto representativo. El apoyo físico se hace más evidente aún cuando, estando las dos sentadas en el suelo, paciente y psicoterapeuta, la niña apoya su espalda en la de la terapeuta.

Eso nos haría pensar en la importancia del apoyo de la espalda del que nos habla G. Haag² o en la que da Resnik a la función vertebradora de la columna como función paterna³.

² Geneviève Haag, en la comunicación que presentó en el coloquio de Mónaco (1984), describe la escena en la cual el bebé, reposando su espalda sobre las rodillas de su madre y con sus piecitos contra su vientre, establece una relación incorporativa fijando su mirada en la de su madre.

En efecto, un día la niña le pide a la psicoterapeuta, después de un momento de tensión física, que le desabroche la falda. Después la niña exclama: “Destapa, destapa”, con una entonación especial.

La terapeuta lo asocia con un anuncio de la TV italiana en el que un camarero de bar abre botellas de aperitivo llenas de un líquido rojo y con un ritmo sostenido y, acompañado de una música que se va convirtiendo en invasora, casi persecutoria, va exclamando: “Destapa, destapa”, mientras sale el líquido rojo.

Este episodio del “Destapa, destapa”, llega después de locuras de la niña que la terapeuta ha soportado, no ha rechazado, o ha intentado comprender, como, por ejemplo, comer jabón; o quizás también después de que sus locuras no hayan sido comprendidas por la terapeuta.

La niña no se siente rechazada, pero a pesar de eso, se llena de intentos no verbalizados, no comprendidos, que producen la sensación física de tensión y necesita hacerse desabrochar la falda. Podríamos pensar que estos intentos no verbalizados ni comprendidos se reducen a elementos beta.

El “Destapa, destapa” del episodio de la TV lo podríamos ver también como un intento de verbalizar la sensación. La terapeuta aprovecha este episodio para dramatizar las diferentes escenas del anuncio y conectarlas con actos de la psicoterapia y de la transferencia. Después convierte en juegos actos o sensaciones impactantes: por ejemplo, la separación. La terapeuta lo dramatiza en un juego que la niña sigue divertida: el de acercar sus manos a las de la niña y separarlas diciendo: “la niña y la terapeuta se unen, la niña y la terapeuta se separan”, etc. (utilizando evidentemente los nombres respectivos). Es decir, al año de psicoterapia puede comenzar a interpretar verbalizando fantasías, a la vez que empiezan a iniciarse juegos con la terapeuta, y comienza a conectar algunos sentimientos de afecto que hasta ahora no era posible, ya que solo existían manifestaciones de rabia y de destrucción.

El otro caso es de una niña también de cinco años post hidrocefálica que hace unos pocos meses que ha empezado el tratamiento. La hidrocefalia fue diagnosticada

³ Resnik et al (1993), *La funzione paterna della formazione del Io*, Ed. Alberto Bambi, Editores del Ceno).

en el séptimo mes de embarazo. El parto fue normal y el pos-parto sin incubadora, pero la operaron a los 18 días de las válvulas, y durante los dos primeros meses tuvieron que repetir la operación cuatro veces. Durante este tiempo estuvo en la incubadora. Después de estas operaciones la hidrocefalia quedó totalmente controlada.

Durante unos dos años siguió un tratamiento, posiblemente innecesario, con una fisioterapeuta y, sobre todo, mal orientado porque se trataba de una rehabilitación completamente pasiva. Después tuvo atención precoz y sesiones de logopedia. Me parece que fue la logopeda quien insistió en la necesidad de una psicoterapia, que ya había sido indicada en atención precoz.

En la entrevista, los padres se mostraron muy preocupados por la actitud de la niña, muy pasiva: no les miraba, ni les había mirado nunca, rechazaba todo contacto físico con ellos. Sobre todo les molestaban los escándalos que hacía en la calle al despedirse de algún amigo o conocido que podían encontrar; en cambio no lloraba cuando los padres le dejaban en la escuela.

La niña estaba presente en la entrevista y estuvo todo el rato inmóvil y de espaldas a la terapeuta.

Esta continuó con las entrevistas y siempre intentaba comentar de una manera muy sencilla, incluyendo a la niña, lo que explicaban los padres. La niña permanecía de espaldas, casi inmóvil, sin mirar a la terapeuta, pero sin rechazar las entrevistas y cambiando poco a poco el contacto con los padres, contacto que fue aceptado progresivamente y alguna vez se acercó físicamente a ellos de una manera más activa. En una ocasión la madre podía preguntar, por ejemplo: “¿Usted cree que deberíamos prodigarle más estas atenciones?”, refiriéndose a las caricias, a sentarla en la falda, etc. La terapeuta podía añadir; “Claro, Ana ha recibido tan poco, siempre con médicos, inyecciones y tratamientos molestos...” “Claro, claro – podía decir la madre- había una enfermera tan antipática”, etc. La niña continuaba sin mirar y sin hablar y, aparentemente, sin reaccionar a los comentarios que el acompañante de turno hacía acerca de la conducta de la niña en casa.

En cambio, en la casa, la niña hacía alguna referencia a las sesiones e incluso pedía que se le repitiese algún pequeño episodio. En una entrevista con los padres, la terapeuta comentó que el día que la madre acompañaba a la niña, esta parecía tener más iniciativa. Hizo este comentario porque sentía que la madre ofrecía cierta resistencia. Así se consiguió que la madre la acompañara más a menudo. Los padres dijeron que la niña hablaba más y “miraba”.

“¿Cómo puede haber cambiado tanto, solamente hablando? –exclamó un día la madre– ¿Cómo es posible, porque nosotros no hemos cambiado, continuamos haciendo lo mismo? Ayer la niña preguntó si le cambiaríamos de escuela. Casi no lo habíamos comentado delante de ella”. La terapeuta pudo decir entonces: “Es que Ana no mira pero lo escucha, tiene orejas”. Y la madre en algún momento de *insight* comentaba: “Está claro, esta niña necesitaba otra atención, tanto hacer circunferencias, triángulos y cuadrados con la psicóloga”. No obstante, a veces mostraba desconfianza.

Aporto este pequeño ejemplo para enfatizar la importancia de la contención, que incluye la comprensión de los niveles más primarios. La terapeuta, con sus intervenciones interpretativas, hacía una contención de los padres y de la niña y de la relación entre ellos. En algunas ocasiones la interpretación era más profunda, como, por ejemplo, cuando algún intento de la niña de fijar la mano dentro de la blusa de la madre, podía interpretarse como un intento de meterse dentro de ella.

En este caso se comprende, en parte, la ansiedad de la madre producida por la enfermedad de la niña. La rehabilitación motriz seguida durante dos años no sólo era innecesaria, sino que por el hecho de ser pasiva, debía de resultar nefasta.

Pero es bien sabido que, sin que exista una enfermedad física, también se producen dificultades de contacto emocional madre-niño. La madre deprimida, por ejemplo, o la que, como señalábamos antes, se le agrava un enclave sensorial con la maternidad, tampoco conecta emocionalmente con el niño.

He visto muchos casos en que los temores de la madre respecto a las consecuencias de un posible rechazo suyo, consciente o inconsciente respecto al niño,

las llevan a estimular una enseñanza intelectual, olvidándose de la vida emocional del niño. Las consecuencias no son menos desastrosas.

Ahora deseo exponer unas viñetas del análisis de una paciente adulta, universitaria (realiza estudios de post-grado), que lleva cinco años de análisis. Por problemas de trabajo y de transporte, dos de sus sesiones son por la mañana muy temprano.

Durante varias semanas la paciente siente una gran dificultad para venir a las dos sesiones antes mencionadas, dificultad que va aumentando, y la analista teme por su continuidad. La paciente dice que si no puede ser como ella solicita, tendrá que interrumpir el análisis, y lo dice llorando. Hay que hacer notar que esta paciente siempre ha derramado lágrimas en abundancia.

Llega un momento en que la situación se hace insoportable. La sesión de la mañana tenía lugar muy poco tiempo después de salir de la cama, y disponerse a analizar su relación transferencial, cuando aún continua con la sensación de estar sumergida dentro de su objeto, continente primario materializado por la cama, no le es posible. El analista cede provisionalmente a la petición de la paciente de suprimir las dos sesiones de la mañana y con las dos sesiones restantes tratarán de proseguir y de comprender mejor las dificultades que tiene.

Unos 10 meses después retoma las cuatro sesiones. La paciente se ha sentido muy agradecida por la comprensión de su analista. Pero unas semanas más tarde, coincidiendo con una interrupción por vacaciones, vuelve a faltar a las sesiones de la mañana. Eso sucede la última y penúltima semanas antes de la interrupción (me parece que era la de Pascua). Después de estas vacaciones falta a la primera sesión, que era por la mañana, y llega tarde a la sesión siguiente. Dice que hizo la siesta y se quedó dormida. Al día siguiente por la mañana llega a su hora, y después de un largo silencio, se queja de encontrarse mal: “Me siento tapada”, dice. No puede pensar, desearía aclararse: “Sería un descanso no sentir esta sensación de taponamiento”. Ella cree que confunde la depresión con esta sensación. Recordemos que ya lleva cinco años de análisis y es capaz de hacer buenas observaciones. No sabe dónde comienza

una sensación y acaba la otra... (El último día antes de esta interrupción, dijo que excretaba por todos los orificios: orejas, nariz, ojos y boca; insistía más en esto, que en el hecho de estar resfriada).

Me ha interesado poner esta viñeta, porque pienso que corresponde a un enclave de la paciente y lleva, como la niña psicótica del “destapa, destapa”, la sensación de “taponamiento”.

Claro que esta paciente puede verbalizar la situación, mientras que la pequeña psicótica la actúa haciéndose desabrochar la falda para destapar. Se trata, sin duda, de una paciente inteligente con un enclave sensorial importante: posiblemente una organización patológica en la cual ha quedado atrapada.

Utilizando el lenguaje bioniano de continente-contenido, podríamos decir que la paciente ha podido continuar el análisis mientras el continente materno se ha convertido en un contenido suyo, *el self* que posee al objeto. Pero cuando el analista ha aparecido como continente diferenciado, “salir de la cama” no le ha sido posible. Podríamos decir también que el “taponamiento” podría ser de elementos beta, pero la falta de diferenciación del objeto no le permite proyectarlos; o sencillamente podríamos considerar que en el enclave sensorio-corporal que vive la paciente, la acumulación que se origina, en vez de ser de elementos beta, es de excreciones que tapan los orificios; o de ambas cosas.

Posiblemente, como he mencionado anteriormente, podríamos apreciar una organización patológica en la paciente que, ante el progreso realizado durante los cinco años de análisis, se aproxima peligrosamente al duelo del objeto, y su sistema defensivo –que no podemos estudiar aquí– no le sirve. No puede soportar as ansiedades de pérdida y se halla “atrapada en las sensaciones defensivas de ‘taponamiento’”.

Esta paciente había sido víctima en su primera infancia de un hecho traumático, puesto que una enfermedad de su madre la obligó a estar internada durante unos meses. Pero en el curso de su análisis casi nunca se refirió a ello.

En cambio, en otros pacientes he podido establecer un puente entre el síntoma que despierta una gran ansiedad y una situación problemática precoz en su desarrollo. El puente entre las dos situaciones ha sido una sensación invasora no conectada a la causa que la había producido originariamente y que aparece de nuevo al encontrarse con situaciones similares a la originaria. En general, el paciente atribuye tal sensación a motivaciones falsas.

Citaré un caso que creo resulta bastante ilustrativo. Se trata de una mujer joven, casada, básicamente fóbica. El síntoma al que me referiré –no es el que la llevó al tratamiento– aparece pronto en su análisis, pero tarda muchos meses en poderlo describir. Se refería a él diciendo: “me ha pasado *eso de los ojos*. No sé cómo explicarlo, pero ya me pasaba de pequeña y me tenían que llevar al oculista. Es terrible...”. Gradualmente se iba perfilando la cosa terrible: “es como un vértigo, pero lateral, de un lado al otro”. Y acabó denominándolo el vértigo de *derecha a izquierda*. Con el tiempo me di cuenta que aparecía relacionado con separaciones: antes, o alguna vez después, de una interrupción del análisis. Como que yo estaba sentada detrás y un poco a la derecha del diván, le decía que me buscaba y al mismo tiempo no me quería ver, o que me encontraba y lo negaba, que me veía y no me veía, y otras interpretaciones transferenciales de situaciones actuadas con el movimiento “de derecha a izquierda”.

Tizón, en una comunicación presentada en el Institut de Psicoanàlisi de Barcelona sobre *Fantasía de autosensorialidad*, se refirió a un niño que había visto en la consulta, con un movimiento de rotación semejante al gesto de decir “No”. Explicó que, después de diversas peripecias, la madre recordó que aquél movimiento continuo de cabeza había comenzado después del destete. Este fue brusco y realizado después de un amamantamiento prolongado. La criatura parecía que giraba la cabeza buscando con anhelo los dos pechos, yendo de uno a otro. La imagen de éste niño buscando con anhelo los pechos, de un costado al otro, me llevó inmediatamente a mi paciente y su vértigo. Ella también había estado amamantada más tiempo de lo normal y fue destetada bruscamente. Cuando se me presentó la ocasión (se despertó un día

con pánico al terrible vértigo) le hablé de la “búsqueda” desesperada. Le había anunciado unas vacaciones, y como una criatura, buscaba el pecho desaparecido de derecha a izquierda, de un lado al otro. Creo que pocos días después se repitió el vértigo, pero más atenuado y después ya no se volvió a hablar más de él.

El hecho de que el síntoma fuera la manifestación de una situación nunca reconocida, explica su *vaguedad*. Esta es típica de las sensaciones no conectadas a la causa que las determina; y el pánico que acompaña al síntoma creo que se debe a las ansiedades catastróficas que despierta la diferenciación del objeto. Esta ansiedad corresponde al pánico de un desastre físico y la sensación invasora que lo acompaña es inaguantable. Otra característica de estas sensaciones es que con frecuencia desaparecen sin que el paciente sepa por qué. Antes de formular las conclusiones de mi trabajo, desearía reproducir un párrafo de un artículo de Dr. Resnik publicado en el número 25 de los *Quaderni di psicoterapia Infantile*, dedicado a sensorialidad y pensamiento. Dice así:

“Las primeras fantasías son representaciones de los impulsos más arcaicos, expresiones de las necesidades y deseos (eróticos, agresivos o indiferenciados). Estas primeras representaciones fantasmáticas o protofantasías no se discriminan de las sensaciones. Experiencias de caliente, frío, hambre o dolor formaran parte de un tejido fantasmático cuyo hilo es la sensación misma, es decir, el acto de sentir”.

Después de hablar tanto de sensorialidad no conectada y de fijaciones arcaicas, esta visión de fondo kleiniano de las primeras fantasías y sensaciones, matizada y comprensible, nos servirá para no quedarnos nosotros mismos encallados en la sensorialidad o sensibilidad no integradas.

Creo que eso es lo que ha pasado en algunos centros psicoterapéuticos donde se habla de sensorialidad como un sinónimo de patología. Será patológica si no está integrada en la relación de objeto. De otro modo constituirá una urdimbre, un tejido fantasmático que estará en la base de nuestra mente y del acto de sentirnos vivos.

Conclusiones

1. La gran patología nos ayuda a entender mejor la fisiología. Este principio es válido cuando se trata de los inicios de la vida mental, sobre todo, cuando entre lo que es patológico y lo que es fisiológico existen una serie de situaciones intermedias.

2. Las primeras fantasías son representaciones de los impulsos arcaicos (concepción Kleiniana) y son expresión de sensaciones y deseos (eróticos, agresivos o indiferenciados). Las pulsiones de los bebés traumatizados físicamente –en el embarazo o en el parto– pueden ser tan tenues que la madre se ha de anticipar o vivirlas por ellos.

En estos bebés enfermos las pulsiones y fantasías de incorporación no siempre se traducen en el acto de sentir ni a través de la introyección. Como decíamos en el esquema psicopedagógico elaborado con niños de parálisis cerebral o de otras patologías graves, que viven en un ambiente con *atención terapéutica*, las sensaciones se hacen conscientes y memorizables cuando se conectan emocionalmente con el objeto o con la situación que las produce. Entonces se integran a la vida objetal.

3. La gran patología que nos ocupa es corpóreo-mental, como ya sabemos que es toda patología arcaica, y tanto más corporal, cuanto más primitiva (podríamos hablar aquí del *yo corporal* (Freud, 1923)). Pero hay que tener en cuenta que aunque el paciente se exprese verbalizando sensaciones, lo que experimenta puede ser corporal, no conectado emocionalmente, no representativo. La verbalización, si existe, puede ser puramente adhesiva, es decir, no simbólica, sino a base de *palabras enganchadas a las sensaciones*. Así, por ejemplo, las expresiones de “no se ha roto nada”, “destapa, destapa” o “taponamiento”, que aparecen en las viñetas comentadas, son vividas físicamente aunque aparezcan en situaciones de trauma mental.

En estos casos el paciente rechaza la metáfora. Como dice Steiner, la identificación proyectiva sin vivir el duelo del objeto se hace irreversible y el paciente no recupera lo que ha proyectado.

La comprensión por parte del analista o del terapeuta de esta vivencia corporal-física del material, ayudará al paciente a desarrollar una relación emocional en la transferencia que puede interpretarse a niveles simbólicos.

4. Atribuir los anclajes sensoriales del niño a una psicosis de la madre no es del todo exacto. Es necesario precisar que en la mayoría de los casos no se trata de madres clínicamente psicóticas, sino de madres que no ofrecen una contención corpóreo-sensorio-mental al niño. Podríamos hablar de *reverie*, pero si queremos precisar las características de esta, tendremos que hablar de contención corpóreo-sensorio-mental. Es posible que la madre presente ella misma un enclave de sensorialidad inconexa que se exagere con la maternidad. Naturalmente que en estos anclajes del bebé, y en la falta de introducción de las fantasías primarias, le influirán las protofunciones que haya podido vivir al final del embarazo o, mejor dicho, la falta de estas.

5. Para terminar, desearía hablar de la relación entre enclave en la sensorialidad y el clivaje del objeto que facilita la evolución de la relación objetal.

En este sentido podríamos decir que el anclaje en la sensorialidad y en la sensibilidad no permite el clivaje. Si el bebé no puede conectar la sensación con el objeto, sea buena o mala, no hay clivaje. Por otra parte, la existencia del clivaje facilitará que el bebé conecte sus sensaciones con el objeto. Por tanto, hemos de insistir en la importancia de la conexión de la sensación, o de las sensaciones al objeto y conocer las causas que la evitan. Marie Pagliarini, en un trabajo sobre *El difícil camino de la sensación al pensamiento en el autista*, compara el impacto de la conexión con el objeto a un “corto circuito”. Las ansiedades catastróficas aparecen en estos casos ante el temor de fusión, de desaparición, etc.

Tustin las describió como el temor a “la nada” del existencialismo. Podemos pensar también que si las primeras fantasías de incorporación no han evolucionado hacia la introyección, el impacto emocional puede estar confundido con las pulsiones sádicas más primitivas. La expresión de “corto circuito” referida a todos estos temores creo que se corresponden con el carácter eminentemente físico, ligado al cuerpo, de esta catástrofe.

Entiendo que estas ansiedades catastróficas, este temor al “corto circuito”, no sólo son exclusivas del autismo y postautismo, sino también de la cristalización o enclave en la sensorialidad, que, por otra parte, las explica. Si aceptamos la existencia de una cierta estratificación del psiquismo, como Julia Kristeva (1991) y otros autores piensan, yo creo que no solamente encontraremos organizaciones esquizoparanoides y depresivas, sino también estratos sensoriales no integrados, total o parcialmente.

Por otro lado, creo que en todos nosotros existen sensaciones difíciles de explicar, que hemos aceptado y con las cuales podemos convivir, incluso enriquecernos con ellas. Pero si a nivel primigenio han dominado aspectos sensoriales no integrados, o que han sido integrados de una manera lábil, o bien han estado conectados pero falsamente argumentados, eso facilitará la creación de retiros defensivos en momentos de peligro. Estos los podemos concretar, pienso, de acuerdo con Steiner, ante el peligro del duelo (a menudo como resultado del progreso realizado) o frente al temor de fragmentación. Pienso que este mecanismo regresivo será más fácil que se produzca si los procesos de conexión primarios fueron lábiles.

Como epílogo añadiré que estas conclusiones incluyen una serie de conceptos y preconceptos que requieren más experiencia clínica y más trabajo de elaboración.

Referencias bibliográficas

Bion, W.R. (1957), “Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic personalities”, *International Journal of Psychoanalysis*, 38; reproducido en *Second Thoughts* (1967), Heinemann, London.

– *Elements of Psychoanalysis* (1963), Heinemann, London.

Coromines, J (1991), *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*, Assaig psicoanalític, Espaxs, Barcelona.

Freud, S. (1900), “The interpretation of Dreams”, *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, SE 4.

– (1923), “The Ego and the Id”, SE 19.

– (1937), “Analysis terminable and interminable”, SE 23.

Gianotti, A., de Astis, G. (1989), *Il disuguale*, Borla, Roma.

Grinberg, L. (1962), “On a specific aspect of contratransference due to the patient’s projective identification”, *International Journal of Psychoanalysis*, 43, pp. 436-440.

Isaacs, S. (1952), “The Nature and Function of Phantasy”, *Developments in Psychoanalysis* by M. Klein, P. Heiman, S. Isaacs, J. Rivière, Ed. By E. Jones, Hogarth Press.

Joseph, B. (1975), “The patient who is difficult to reach”, *Psychic Equilibrium and Psychic Change, Select Papers of Betty Joseph*, M. Feldman and E. Bott Spillius eds., London, Routledge.

Kristeva, J. (1991), “La sensation est-elle un langage?”, *Revue internationale de Psychopatologie*, núm. 3.

Meltzer, D. (1985), “Maladie psychotique dans la petite enfance”, *Lieux de l’enfance*, 3, Tolosa, (Simposi de Mónaco, 1983).

Ogden, T. (1989), “On the concept of autistic contiguous position”, *International Journal of Psychoanalysis*, 70, pp. 127-140.

O’Shaughnessy, E. (1981), “Words and working Through”, *International Journal of Psychoanalysis*, 64.

– (1982), “Enclaves and excursions”, *International Journal of Psychoanalysis*, 73, p. 4.

Pagliarani, M. (1993), “Lo scoraggiante passaggio delle sensazioni all’emozione”, *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, núm. 25, Borla, Roma.

Resnik, S. (1980), “Il territorio autistico”, *Actas Congreso Internacional sobre Autismo Infantil e Educazione*, Venecia (1981).

– (1983), “Territorio sonoro e autismo”, *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 25, Borla, Roma.

– (1993), “Funzione paterna e strutturazione del pensiero”, *La Funzione paterna nella formazione dell’io*, Editoria del Cerro.

Risenberg-Malcom, R. (1981), “Expiation as a defense”, *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 8.

Rosenfeld, H.A. (1971), “Clinical approach to the Psychoanalytic Theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism”, *International Journal of Psychoanalysis*, 52.

– (1978), *Impasse and interpretation*, London, Tavistock.

Segal, H. (1972), “A delusional system as a defense against the re-emergence of a catastrophic situation”, *International Journal of Psychoanalysis*, 53, pp.393-401.

Steiner, J. (1994), *Psysich Retreats*, London. Y en *Replegaments Psíquics: organitzacions patològiques en pacients psicòtics, neuròtics i fronterers*, Monografías de Psicoanálisis y Psicoterapia. Columna, Barcelona (1994).

Tustin, F. (1986), *Autistic barriers in neurotic patients*, Karnac Books, London.

Winnicott, D.W. (1953), “Transitional objects and transitional phenomena”, *International Journal of Psychoanalysis*, 34.

Resumen

La autora se plantea la relación que pueden tener las organizaciones patológicas descritas por diferentes autores en los adultos y los enclaves sensoriales que se encuentran en la psicopatología de algunas criaturas. Estos enclaves mantienen sensaciones sin integrarlas en la relación de objeto, e interfieren en la evolución de dicha relación.

Busca el origen de estos enclaves en posibles deficiencias de los procesos introyectivos del bebé y de la contención materna.

Presenta casos clínicos que ilustran la presencia de enclaves sensoriales sin integrar y de sus actuaciones idiosincráticas, extrayendo conclusiones de todo ello.

Summary

The author discusse the relationship which can exist between the pathological organizations in adults described by different authors, and the sensory enclaves which can be found in the psychopathology of some children. These enclaves have sensations but do not integrate in the relation of the object and interfere in the evolution of this relation.

She looks for the origin of these enclaves in the possible deficiencies in the introjective processes of the baby and the containing function of the mother.

She presents clinical cases which illustrate the presence on unintegrated sensory enclaves and their idiosyncratic activities, extracting conclusions from this material.

Palabras clave: procesos mentales, enclaves sensoriales, sensorialidad, patología precoz, ansiedades catastróficas.

Júlia Coromines i Vigneaux

Barcelona, 1910 – 2011

Médico, psiquiatra, psicoanalista (SEP-IPA)

Cofundadora de la Sociedad Española de Psicoanálisis.