

L'encapsulament autístic subjacent en una pacient amb una organització fronterera narcisista

Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXII/2

Sherry Elisabeth Lupinacci¹
Barcelona

En aquest article l'autora fa una breu revisió de la teoria de l'encapsulament autístic, primerament descrita per S. Klein en 1980 en adults no psicòtics i posteriorment explicada amb detall per F. Tustin. Aquesta teoria fou adoptada per nombrosos psicoanalistes d'arreu. L'autora il·lustra les característiques fonamentals de l'encapsulament descrit per Tustin com a "tipus closca" i el treball analític realitzat amb una pacient adulta en una anàlisi de deu anys. Es mostra com el descobriment i l'anàlisi de la càpsula serveixen per posar de manifest l'extrema intolerància de la pacient envers el seu self infantil.

Paraules clau: encapsulament tipus closca, encapsulament autístic psicogen, experiència de forat negre, trauma precoç, experiència no mentalitzada, butxaca autista segellada, experiència no viscuda, por del col·lapse

1. Psicòloga sanitària, psicoterapeuta Europsy, psicoanalista SEP-IPA.
E-mail: 8790sel@copc.cat

Introducció

Partint de dos escrits de Frances Tustin publicats els anys 1986 i 1990 voldria estudiar l'encapsulament autístic que hi descriu l'autora en l'àmbit de l'adult no psicòtic i, específicament, en el context clínic d'una anàlisi de 10 anys on es destapa, als set anys, un nucli autístic persistentment defensat per una organització patològica fronterera i narcisista de la personalitat. Es tracta d'un grup de pacients rarament descrit en la literatura psicoanalítica.

Tustin descriu, primer en nens i després en adults neuròtics, una mena d'organització defensiva autista que confina i aïlla una part molt pertorbada de la personalitat d'una criatura aturada en el temps i en el seu desenvolupament. A més, suggereix que és com una closca o una càpsula, i és d'origen psicogènic. Abans que Tustin, es descriu ja l'encapsulament en un treball de S. Klein de referència en la bibliografia psicoanalítica publicat l'any 1980, i des d'aleshores en una sèrie d'autors. Històricament, l'aproximació a l'espectre de trastorns autístics es va iniciar els anys 40 del segle passat amb les observacions del psiquiatre L. Kanner en una època en què la psiquiatria clàssica suposava que l'autisme tenia orígens orgànics o genètics, i la psicoanàlisi no semblava que se n'ocupés gaire. B. Bettelheim, S. Klein, M. Mahler, D. Meltzer i D. Winnicott, considerats els precursors de Frances Tustin, van fer les seves experiències clíniques i, si bé sembla que tenien opinions molt divergents entre ells pel que fa a la prognosi d'aquest trastorn infantil, sostenien la idea d'una etiologia psicogènica de l'autisme (Busch de Ahumada & Ahumada, 2015, p. 12-16). Grotstein assenyalava que hi ha trastorns afectius que es poden representar "sense trastorns psicopatològics, però amb significat psicodinàmic" (1990, p. 32).

F. Tustin parla de l'autisme infantil psicogènic descrivint *dos estats* autistes que funcionen per obviar la percepció en l'infant de la separació mare-nen quan aquesta percepció² és primerenca i prematura. Distingeix entre: (1) el nen que queda atrapat o "encapsulat"³ en la seva pròpia sensualitat corporal; i (2) l'infant que queda atrapat o "enredat" amb la mare, mitjançant una identificació projectiva massiva, en una mena d'estat fusional simbiòtic més semblant al que descrivia Mahler (1968) dues dècades abans, com un segon estadi en un esquema que proposava com a desenvolupament infantil normal. Així, tots dos estats aconseguixen esborrar la percepció catastròfica de "separativitat", encara que l'aïllament del primer tipus, l'"encapsulat", és molt més complet i hermètic que no pas el del tipus "enredat". En aquesta època primerenca del nen, la separació de l'objecte és

2. Quan en aquest treball dic *percepció* em refereixo sempre a la consciència primitiva de l'infant. Allò que, en els primers estadis de la vida, és més sensorial que no pas simbolitzat o pensat.

3. Les traduccions al català de l'original en anglès són sempre traduccions meves.

percebuda pel subjecte com la mutilació del *self* (el mugró que desapareix porta els llavis del nen, etc.) perquè té lloc abans de la diferenciació primària. Per tant, viscuda com la pèrdua no tan sols de l'objecte primari sinó del propi *self*, està clar que l'ansietat del subjecte no és de separació sinó d'aniquilació. L'encapsulament és llavors una defensa contra l'ansietat d'aniquilació. En aquest sentit, T. H. Ogden (1989), diu que l'infant com a tal no existeix, sinó que el que existeix és l'infant-amb-la-mare (els guions són meus). És, doncs, un nen que sent que se li'n va una part d'ell mateix. Podem suposar que el sentiment de defectuositat que sovint (si no sempre) expressa l'adult encapsulat, ve d'aquesta vivència llunyana de mutilació.

Intentaré desenvolupar el concepte d'encapsulament segons Tustin, examinant també les observacions i reflexions d'uns quants autors que avui dia són els més rellevants, uns perquè són referents històrics de la psicoanàlisi, i d'altres com a representants del pensament més actual. Presentaré l'anàlisi d'una dona que es troba en la trentena, des del començament fins a l'anunciada interrupció, al cap de 10 anys. Mostro les diferents etapes del tractament tal com les conceptualitzo: des del començament, quan és visible l'estructura fronterera amb trets narcisistes, fins al descobriment de la càpsula i del seu *self* encapsulat, després de 7-9 anys d'anàlisi. Per concloure, presentaré les meves reflexions i consideracions sobre els factors interns i externs que van contribuir a la interrupció de l'anàlisi.

Acabaré fent unes observacions sobre els reptes que presenta aquest grup de pacients per a l'analista des de la meua pròpia perspectiva i experiència clínica. Alguns autors creuen que la naturalesa i la duresa de l'experiència per a tots dos membres de la parella analítica tenen un paper rellevant a l'hora d'explicar la insignificant presència en la literatura psicoanalítica d'encapsulaments autístics en pacients adults no psicòtics. L.V. Strauss (2012, p. 113) opina que hi contribueix el fet que l'enclavament autístic implica necessàriament que hi ha estats mentals que precedeixen la posició esquizoparanoide de Melanie Klein, i que els estats mentals molt més arcaics no són gaire fàcils de conceptualitzar.

Primera part. Teoria de l'encapsulament autístic

Ja el 1980, S. Klein parla del fenomen de l'encapsulament en relació amb uns quants dels seus pacients adults en els quals reconeix àrees en el món intern amb les quals no aconsegueix connectar. Ho descriu com "(...) un encapsulament gairebé impenetrable d'una part de la personalitat, una resistència muda i implacable al canvi i una manca de contacte real emocional amb ells mateixos o amb l'analista. El progrés en l'anàlisi revela una por subjacent i intensa del dolor i de la mort, de la desintegració o del col·lapse psíquic". Se sorprèn de trobar-s'hi persones molt realitzades tan professionalment com socialment. Són agradables, intel·ligents i aparentment "només neuròtics lleus". Així doncs, Klein descobreix un grup nou de pacients que

tenen capacitats professionals superlatives, que, segons Tustin, “encapsulen” un *self* infantil deprimat, enfurismat i aterrit.

Així, tenim un psiquisme acceptablement organitzat al voltant d’una butxaca amagada i aïllada els continguts de la qual sorprenen pel seu grau de desenvolupament extremadament primitiu. En la bibliografia psicoanalítica més rellevant, que abasta del darrer quart del segle XX fins a l’actualitat, hi trobem els termes utilitzats per descriure aquest fenomen patològic: *càpsula*, *closca protectora*, *butxaca aïllada*, *illes psicòtiques*, *replegament*, *enclavament*, *bastió*, *fals self*, *àrees cístiques*, *butxaca d’autosensualitat* i *càmera d’aïllament*. La comunicació inconscient dels estats de terror no simbolitzats dels pacients encapsulats ens arriba a la sessió per mitjà de les seves freqüents associacions i somnis que giren al voltant d’espais tancats, com ara mines, habitacions petites, cases fosques, etc. La meua pacient, Angèlica, em parlava repetidament de *Guantanamo Bay*.

La percepció infantil prematura de ser dos amb la mare (*two-ness*), que arrenca l’infant de ser un amb ella, (*at-one-ness*), és sentida com una amenaça per a la continuïtat i l’existència de l’infant. Això no obstant, no és una experiència que hagi pogut ser mentalitzada (Mitrani, 2011, p. 31, cita F. Tustin). Aquesta percepció prematura de l’infant es pot atribuir a una sensibilitat extraordinària del nen o a una “coincidència de vulnerabilitats mare-fill”, segons diferents autors, en consonància amb Tustin (1990, p. 36). La criatura aterrida que, de manera precoç, és llançada a aquesta espantosa situació de ser dos amb la mare és la que queda “encapsulada”: un ésser humà. L’ésser humà inacabat i aturat tal com era en el moment d’un esdeveniment psíquic d’importància monumental per a ell. L’encapsulament en el pacient adult sempre implica un trauma primerenc.

E. Hopper (1991) parla de la impossibilitat per part del subjecte de tenir una representació de la “separativitat” traumàtica si precisament allò que es perd encara no està diferenciat d’una part d’ un mateix (p. 609). L’infant, doncs, perd allò que només es pot definir com el seu *self*, i la seva integritat no està amenaçada sinó violada. L’encapsulament apareix en la sessió analítica també com “la presència d’una absència” que l’analista percep i registra (cosa que no ha pogut fer l’infant fet adult), i que ha de poder suportar, *acceptar*⁴ plenament, mentalitzar i elaborar abans de poder ajudar el pacient a fer el mateix procés. No són experiències inconscients ni experiències desmantellades, sinó experiències no viscudes (Mitrani, 1994, p. 101) o, si es prefereix, vivències no experimentades. Ara bé, constitueixen part de la història biogràfica del subjecte. Són, tal vegada, allò que W. Bion anomena *fets no digerits*. Winnicott (1974, p. 104) en diu “el que encara no

4. Acceptar en el sentit d’allò que en el món anglosaxó s’expressa per *take the transference*.

s'ha viscut, però que va succeir en el passat". Tècnicament, el problema per a l'analista del pacient encapsulat seria com mostrar a la transferència allò que és a partir d'allò que NO hi és. Com fer aparèixer una cosa que no és i que no ha estat mai. El que ha estat encapsulat es troba en un temps que no és ni passat ni present, i només l'analista pot portar-ho al present del pacient si ho porta a aquell espai atemporal⁵ compartit per analista i pacient que és *l'aquí i l'ara*. No em sembla però el *recordar a la transferència* descrit per Freud des de continguts reprimits d'algun esdeveniment traumàtic, perquè l'encapsulament, com a escissió dràstica per excel·lència, és molt més primitiu que la repressió. S'encapsula la depressió psicòtica del bebè, ara fet adult, per un no-esdeveniment, i "els impulsos suïcides i homicides que sorgeixen de la ràbia i el pànic mai no continguts i que, tanmateix, dominen la vida mental de l'adult encapsulat" (Tustin 1990, p. 32). És evident que l'examen constant rigorós i minuciós de la contratransferència de l'analista és essencial perquè allò que no s'ha no mentalitzat existeix en una dimensió difícilment conceptualitzada i comunicada per mitjà dels pensaments i el llenguatge, perquè és el no-pensament. No és simbolitzat o "simbolitzable" si no ha passat res i ha passat molt. E. Hopper (1991, p. 609) assenyalava que l'objecte *perdut* no va ser mai registrat pel subjecte. No és passat i no és present, i no és pensament ni és paraula. No sap que ha perdut alguna cosa essencial del seu *self*, però l'impacte de la pèrdua traumatitza el pacient que se sent defectuós o en mancança d'allò que no sap que ha perdut però que tots els altres tenen. I per això, com diu Mitrani (2011, p. 26), "... ni es pot recordar ni es pot oblidar". L'analista que pot retenir suficientment la capacitat de pensar per examinar la seva contratransferència reconeixerà en el seu propi estat mental els temors primitius d'aniquilació propis de la situació interna en la qual es troba el pacient. A partir d'aquí, podrà fer una valuosa labor interpretativa per al pacient, a més del treball de contenció.

La pacient que presento m'ha ajudat a entendre alguna cosa de l'experiència dels adults encapsulats, veient, a partir de la clínica, el seu sofriment mental quan la càpsula s'obre i la pacient entra en contacte amb els terrors psicòtics. Crec que l'*experiència del forat negre* és l'experiència bàsica per excel·lència del pacient encapsulat. Sobre el forat negre, E. Hopper (1991, p. 609) diu: "Implica la paradoxa de la contracció infinita i l'expansió infinita, infinitament blanc, o infinitament negre, l'epítom del caos, el no-res, i el sense sentit absolut, basat en la pèrdua de tot allò que sembla significatiu previ al coneixement que el significat no és absolut".

És evident que no es pot entendre l'encapsulament com a fenomen de la vida psíquica patològica sense entendre que l'absència és allò que queda encapsulat: un *self* impactat per l'experiència primitiva anterior a la capacitat de mentalitzar-la. És allò que Tustin descriu com el forat negre del no-res i de

5. Està en un "time-warp" (D. Rosenfeld, 1986, citat per F. Tustin, 1990, p. 43).

la no-existència. Molt *pitjor* que morir (Tustin, 1990, p. 41), és quelcom embogidor, i d'aquí que el pacient pot arribar a sentir-se molt perseguit per un analista que el vol embogir. El *Guantanamo Bay* de l'Angèlica, tal i com jo ho entenien, era una associació a l'empresonament a la càpsula, així com la tortura que representava per a ella veure cada vegada més, en l'anàlisi, la criatura encapsulada, necessitada, enfurismada i defectuosa que ella odiava.⁶ Crec que *Guantanamo Bay* representava parts d'ella perdudes per sempre, si no és que pogués aguantar el treball d'anàlisi, que ella descrivia com el pitjor del pitjor. L'anàlisi feia impossible que pogués evitar sentir-se una nena necessitada i defectuosa. A la tercera etapa del tractament em deia, alternativament, o bé que l'anàlisi era una tortura (des del patiment infinit de la depressió primitiva de l'infant) o bé que era ridícula, que li feia perdre el temps (m'ho deia des del seu menyspreu maníac amb l'objectiu d'embolicar-me en una discussió): "Només em diu coses que jo no entenc, perquè no tenen sentit". Malgrat això, no deixava de venir i feia tota mena d'esforços, malabarismes i diverses gestions en els seus compromisos professionals per mantenir les seves hores. Tot això em remet a allò que diu T.H. Ogden (2014, p. 221) que "la força impulsora de la necessitat del pacient de trobar l'origen de la seva por és la idea que se li ha tret una part de la seva vida, i que allò que li queda li sembla una vida en gran part no viscuda". En aquesta mateixa línia d'angoixa apareixia en l'Angèlica una preocupació constant pels lladres que deia que veia cada dia als autobusos que agafava per moure's per la ciutat. T.H. Ogden (2014, p. 211-212) parla d'una experiència emocional "tan pertorbadora" que no es pot elaborar.

T.H. Ogden (2014, p. 213) postula que la percepció pertorbadora de la separació mare-fill amb altes probabilitats de malmetre el posterior desenvolupament mental del nen és el que Winnicott assenyala, a l'últim treball que va publicar, amb el terme ambigu (en anglès) de *rupture*. És a dir, una ruptura en la relació mare/infant. Als anys setanta, Winnicott descriu les "agonies primitives" del pacient tustinià encapsulat o enredat.

La càpsula és un refugi autosensorial per al nen o per al nen fet adult, com és el cas de l'Angèlica, del seu terror del no-res i del sense-sentit i del sense-sòl i sense-límits (Grotstein, 1991, p. 38). En aquest sentit, no se'ns fa difícil entendre que durant llargues temporades -setmanes, mesos o fins i tot anys-, l'adult encapsulat no vol interpretacions que puguin donar fe d'aquest *self* infantil encapsulat. Pot sentir més necessitat de ser contingut, la qual cosa

6. E. Hopper (1991) diferencia entre l'encapsulament com a defensa contra l'ansietat d'aniquilació del que anomena "encapsulament positiu" de tot allò més sa i la capacitat del subjecte per protegir-ho. ¿No és "l'encapsulament positiu" una altra manera útil de parlar de l'organització *borderline* definida el 1975 (p. 25) per O. Kernberg? S'ha d'entendre l'encapsulament com el grau més alt de clivellament?

calma el seu terror de desaparèixer. La disponibilitat de l'analista i altres objectes importants en la seva vida que responen favorablement a la seva demanda de ser acompanyat, són àncores que li impedeixen desaparèixer per sempre més. Quan no hi són, el pacient encapsulat senzillament pot estar convençut que han oblidat que existeix, i sentir amenaçada la seva pròpia existència perquè en el pacient encapsulat les ansietats d'aniquilació són predominants.

Sovint, la detecció d'aquesta càpsula té lloc al cap de molts anys d'anàlisi en pacients que sofreixen, però no saben què ni per què. Winnicott (1974, p. 103) diu que l'analista mai no veu més que l'organització defensiva "perquè l'agonia subjacent és impensable". L'organització fronterera-narcisista se sobreposava a la càpsula en l'Angèlica, que duia a dins una criatura per a ella desconeguda, aterrida, odiosa i odiada per ella mateixa a la qual considerava lamentablement i irremediament defectuosa. Em descrivia el que a mi em semblava una buidor vaga, inespecífica, primària, de la qual no tenia cap consciència. Federn (citada per Mitrani 1994, p. 85) distingeix entre el que en podríem dir "sofrir" i el que és "sentir dolor". Aquest últim no implicaria cap processament psíquic pel fet de no ser tolerable pel mateix pacient i el seu psiquisme, a diferència del primer. Jo postulo que l'Angèlica no podia fer més que sentir el seu dolor infinit, la seva soledat i la seva buidor sense que mai no els hagués pogut mentalitzar.

Crec que el cas de l'Angèlica il·lustra la intolerància extrema de l'adult encapsulat al *self* infantil terroritzat i atrapat -encapsulat i petrificat en el seu estat original-, hipersensible, fràgil, desesperat. Es fan evidents les complexitats i els enormes obstacles implicats en l'anàlisi d'un pacient encapsulat, com és el cas de l'anàlisi que presento a continuació.

Segona part

La biografia a grans trets

L'Angèlica és originària d'un país estranger, on va viure amb la seva família fins a l'inici de l'escola primària. Quan ella encara era petita, la família, que tenia tres fills -dues noies i un noi-, se'n va anar a viure a un país llunyà, on el pare treballaria molts anys. Al començament de la seva adolescència la van enviar a viure de nou al país on havia nascut, a un internat, molt lluny de la família i molt sola, on va prosseguir l'escolarització. Un cop obtinguda la llicenciatura, va venir a Europa, on va seguir una carrera professional brillant, que no semblava que ella reconegués. Amb la família dispersa pel món i sense casa familiar ni pertinences de la seva infantesa i l'adolescència -rastres de la vida familiar- se sentia desorientada. Era difícil que la família es pogués reunir en dates assenyalades a causa de les grans distàncies. També els separaven els conflictes familiars. La mare i les dues filles tenien relacions perturbades, i entre germanes també sortien ressentiments mesquins i moltes situacions confuses. Els pares eren persones amb moltes inquietuds, però la

mare patia un trastorn mental greu i es medicava. El pare cuidava la mare quan ella perdia els papers, però ningú no cuidava l'Angèlica, que sempre tenia la impressió que la mare s'interessava molt poc per ella. De petita va patir molt quan la seva mare va tornar a treballar. Ara, es desesperava de pensar que els pares es feien grans i els conflictes es mantenien.

A les entrevistes

Al principi de la trentena, l'Angèlica anava camí de ser una notable professional. Treballava en un àmbit internacional, i només parlava bé el seu idioma i l'anglès. Era una noia atractiva i intel·ligent que, ja des de la primera entrevista, em va mostrar les seves dues cares. D'una banda era molt sensible i necessitada, i alhora era molt "professional", altiva; mostrava una duresa i una desconfiança que sorprenien i intimidaven. Va demanar venir a la consulta perquè deia que dubtava massa quan havia de prendre decisions, que s'oblidava de les coses i, de vegades, sentia alguna cosa que podria ser la depressió. Tenia problemes en les seves relacions sentimentals i d'amistat, cosa que la preocupava seriosament. Festejava amb un noi que no semblava gaire interessat en la companyia de l'Angèlica. De la mateixa manera, els amics i col·legues s'interessaven poc per ella o bé els tenia en contra, i se sentia molt sola. Només volia un any de tractament, amb una freqüència d'un cop per setmana. Posava aquests límits perquè li feia por tornar-se dependent. Uns quants mesos més tard, em va dir que no volia incrementar la freqüència perquè algun dia el tractament s'acabaria i no ens tornariem a veure. No era possible explorar aquest tema.

Les meves impressions diagnòstiques

L'Angèlica estava organitzada com una *borderline*, i mostrava uns mecanismes omnipotents que operaven en ella i que eren visibles, per exemple, en l'alternança dissociativa (*splitting*) entre la nena necessitada, fràgil i desvalguda, tan poc consistent que de vegades temia desbordar-se, i l'executiva altiva i desprietada, freda i desconfiada. Com més necessitada era la nena desvalguda, més dura es tornava, i manava, controlava, menyspreava i exigia als altres. Era exigent, poc humana, i ambiciosa a la vida professional, encara que, per sota de tot això, hi havia anhels d'afecte i de companyia. Era molt vigilant i dura. Amb les amistats sorgien problemàtiques semblants i se sentia perplexa, alarmada i desbordada. Amb poques excepcions, mantenia unes relacions tenses i precàries, a més de ser molt caòtiques i inestables a causa de les constants escissions.

Personalment, a partir de les entrevistes inicials, vaig experimentar una mena d'al·lucinació contratransferencial amb la pacient i, en comptes de veure el seu rostre de persona, veia un rostre reptilià, d'una criatura de sang freda i depredadora. L'Angèlica sabia que els altres trobaven que era molt freda i poc humana, però no entenia per què, i se sentia molt vigilant amb la gent. "Tothom protegeix els seus propis interessos. Jo haig de fer el mateix... Ara, anys més tard, la persecució de l'Angèlica em recorda el que diu E.

Hopper (1991, p. 608): “Tant els sentiments de persecució com els de depressió primària s’entrellacen completament i són indiferenciats”.

Vaig observar que l’Angèlica podia incorporar a la part professional de la seva vida les coses no afectives, com els estudis i la feina. En canvi, la seva capacitat d’introjectar una cosa tan emocional (i que es recolzava tant en la funció simbòlica) com l’idioma del seu país d’acollida i el tarannà del poble amb qui havia triat conviure, es veia notablement compromesa. Amb tota probabilitat, l’explicació estava en la comunicació defectuosa interna d’un jo afeblit per l’excessiva dissociació i projecció que, d’aquesta manera, l’incomunicava amb parts del seu propi psiquisme (*self*). La manca d’integració interna es representava per mitjà de les imatges dels familiars dispersos per tots dos hemisferis de la terra, amb els quals mantenia un contacte precari i intermitent. Amenaçava amb impossibilitar una bona integració al seu país d’adopció, tot i patir un sentiment de soledat atroz. Els anys de classes particulars per aprendre l’idioma no l’hi podien ajudar. La dispersió de parts del *self* de l’Angèlica, des de l’òptica teòrica de l’aquest estudi, tindria a veure amb l’encapsulament del bebè Angèlica, greument traumatitzat.

No em semblava que els temors de separar-se (de mi o de la seva mare) tinguessin res a veure amb les ansietats de perdre els seus objectes (totals) d’amor, sinó amb alguna cosa molt més esquizoparanoide o, tal vegada, amb alguna cosa considerablement més arcaica i catastròfica. Aquesta qüestió va quedar pendent d’explorar.

De les grans dificultats que experimentava davant les separacions deduïa que no havia assolit la permanència de l’objecte (l’objecte total segons la nomenclatura kleiniana-postkleiniana). O. Kernberg (1975, p. 27) descriu el cercle viciós que es crea en l’organització fronterera i la manté, perpetuant la gran intensitat de l’escissió (*splitting*) que condueix a la subsegüent manca d’integració dels objectes (bo i dolent) i del jo del subjecte. Així, potencia més l’escissió i dificulta l’ús de mecanismes més evolucionats que, a la vegada, requereixen més força del jo i fomenten una integració més gran. A la primera sessió del mes de setembre -després de la pausa estival- dels dos primers anys d’anàlisi venia i em deia que no continuava. Sovint no podia acomiadar-se. Usualment, una interrupció en l’anàlisi era precedida d’una apatia molt accentuada.

Vam embarcar-nos en una psicoteràpia d’una sessió setmanal durant el primer any, per passar a dues els dos anys següents, després tres i finalment quatre. La seva persistència i perseverança eren notables, i mostrava una viva curiositat per saber quan va començar a sentir-se més continguda. La indicació d’anàlisi llavors se sustentava en una labor psicoterapèutica important pel que fa a una evolució favorable.

PRIMERA ETAPA: L'INICI DE L'ANÀLISI

Després de tres anys de psicoteràpia, vam iniciar, a petició d'ella, el que va ser, en tots els seus paràmetres, una psicoanàlisi.

L'inici de l'anàlisi va inaugurar una època de gran activitat professional i d'una major integració a la ciutat i al país. Crec que aquest inici de l'anàlisi va ser també per a ella el començament d'un sentiment d'arrelament, de sentir que per fi tenia una casa. A més, els meus suposats errors la van decebre, i feia una llarga llista de queixes de les deficiències que trobava en el meu exercici professional. Al principi de l'anàlisi, la seva decepció tenia molt a veure amb les nostres desigualtats i concretament, amb el problema de les separacions i la dependència que li provocaven.

La pacient s'havia organitzat per seguir treballant i vivint aquí, a canvi, però, de tenir un control absolut sobre mi. No volia de mi una *reverie*, sinó que volia que fos seva. Quan em deia fins a quin punt se sentia desanimada, decebuda i "amargada", em quedava perplexa davant les seves acusacions, perquè solia ser molt evident que qualsevol esdeveniment o qualsevol paraula meva eren l'excusa adient per dir-me que li havia fallat, sense que ella sabés què li passava. Podia dir per exemple:

P: Aquí tots els esforços els haig de fer jo, i no vostè. Sóc jo que haig de desplaçar-me per venir aquí, al seu despatx. Per què no ve vostè al meu? A més, és vostè qui decideix quan puc venir i el temps que em puc quedar.

L'Angèlica recorria a l'alcohol i al sexe per calmar-se, encara que a les entrevistes inicials m'havia dit que només bevia socialment. En repetides ocasions, durant els viatges de feina i després d'unes copes de més, es despertava a l'hotel amb el record d'un comportament escandalós i s'afanyava a fer trucades a l'home de torn (sovint una figura eminent) per disculpar-se, preocupada per haver-se perjudicat professionalment. Durant aquesta mateixa època inicial d'anàlisi va mantenir una relació amorosa amb un company casat, i patia molt pensant que si els seus companys ho sabien, la podien veure com una persona molt immoral i escandalosa.

Em sembla que el fenomen contratransferencial al·lucinatori que jo tenia del rostre de l'Angèlica convertida en una criatura reptiliana informava de l'ús descontrolat de la identificació projectiva per controlar els seus objectes, cosa que creava molta confusió i fomentava la tendència paranoide que informava de la desconfiança, tot anant *in crescendo*. El pacient fronterer és descrit per R.M. Cassorla (2008) de la manera següent: "El pacient *borderline* habita un món buit, mancat de cohesió en el seu *self*, escindit i projectat en els objectes dels quals depèn desesperadament, i que alhora sent com amenaçant-lo d'intrusió. Les seves angoixes bàsiques són de separació i d'intrusió, i es remunten al terror de no ser, de la no-existència i de l'aniquilació" (p. 175).

Cada vegada més, la pacient necessitava tenir control sobre l'altre, tal com es va mostrar després de tres o quatre mesos d'haver començat l'anàlisi. Havia pres la determinació de tornar al seu país d'origen i volia continuar la seva anàlisi amb mi per videoconferència. La interpretació que li vaig fer és que per part seva hi havia un desig de controlar-me a través d'un fil telefònic i que sentia la necessitat de poder accedir a mi sempre que volgués, de manera que pogués calmar el neguit que arribava a sentir.

La meua negativa a la seva proposta venia, segons una Angèlica enfurismada i esquerra, d'una analista rígida i retrògrada que no acceptava una tècnica moderna, progressista i sofisticada que evidentment desconeixia. Va buscar-se analista a la ciutat on havia pensat anar a viure. Va ser la meua fermesa la que va poder contenir el seu pànic d'haver emprès el llarg viatge d'una psicoanàlisi amb mi. Aquest maneig dels seus sentiments -un maneig temerari- era el maneig dels seus objectes interns i externs que es feia patent tant en les seves relacions professionals com en les més íntimes i, naturalment, també en la transferència.

Vegem un fragment al cap d'uns vuit o nou mesos d'anàlisi, provinent de la primera sessió de la setmana. Crec que mostra la seva part maníaca que utilitza l'alcohol, no s'adona de res i la porta a la ruïna. D'aquelles dues cares seves, la maníaca és la que en la transferència es projecta en mi, i sóc jo la responsable de l'estat ruïnós de la seva vida personal, però no pas de la professional. Em veu d'aquesta manera, descontrolada i inconscient, igual que la seva part maníaca: l'analitzo de dilluns a dijous i després la deixo! Sóc una pobra dona que no està a la seva altura. Ve d'esquiar amb una amiga i col·lega seva:

P: No em sento segura amb la Matilde. Faig coses amb la Matilde que normalment no faria. Per començar, vaig deixar que ella fes totes les reserves. I vaig deixar que conduís. Va triar XX, que està massa lluny, i ella condueix molt malament. Passa d'una banda de la carretera a l'altra, i no li agrada conduir! Jo no puc conduir perquè el meu permís de conduir no és vàlid aquí. Haig de tornar a l'autoescola, suposo. La Matilde em va portar a les pistes més difícils, però jo sóc gairebé principiant i es va avorrir d'esquiar amb mi, i va desaparèixer per anar a les pistes més difícils. A la nit vam anar amb uns homes que treballen al restaurant on havíem sopat a fumar marihuana. La Matilde beu massa. Una vegada se'n va anar d'una festa molt borratxa, i al pàrquing un conductor va xocar amb ella i li va obrir el cap. Ningú no se'n va adonar. Uns altres amics que se n'anaven la van fer pujar al seu cotxe i se'n van anar a una altra festa. El matí següent, quan es va despertar amb els cabells plens de sang, se'n va adonar. Per això té una cicatriu al front. Es va suturar massa tard. No m'agrada tot això. Dijous al vespre, a la reunió que vaig tenir amb la Yolanda i la Matilde, allí estava la Matilde intentant acaparar totes les tasques d'una llista de tasques del projecte que comencem. Jo no em podia quedar perquè havia de venir a la sessió (amb irritació). Volia mirar les tasques per assignar i triar les que més

s'adiuen amb la meua àrea d'interès. També vaig parlar el dijous al vespre amb l'E. Ara veig que no era la persona adequada per a mi. No l'hauria pogut presentar al meu cercle d'amics. L'Enric va penjar la seva carrera de matemàtiques a la meitat. Com podria encaixar amb gent molt consumada, persones destacades?

A: Aquí la que no mereix estar al seu costat sóc jo. L'analitzo cada dia, però cada dijous la deixo, i vostè es queda amb el cap ple de ferides, sola, per espavilar-se com pugui.

Després de tres fracassos romàntics va venir una època sense cap presència masculina a la seva vida. En aquesta època estava molt amargada per la visita turmentosa dels seus pares. Deia que la seva mare no volia parlar amb ella ni per telèfon, perquè s'havia sentit molt mal tractada per l'Angèlica quan l'havien anat a veure a casa seva a Barcelona. L'Angèlica s'havia sentit molt envaïda tenint els pares a casa. Diu que totes dues estan "traumatitzades" per la visita. Des de sempre, la idea de casar-se i tenir fills era el destí que anhelava. Temia -i estava convençuda que els rebria- els retrets dels seus pares segons els quals era incapaç de casar-se i tenir la seva pròpia família, i també deia que sentia que jo era molt crítica amb ella, poc conforme amb la filla-pacient que m'havia tocat. En aquest sentit, un dia, en acabar la sessió, va agafar el rebut que ella mateixa em demanava i se'n va anar. Però quan va agafar l'ascensor va ser presa de pànic amb la idea que jo li havia escrit una carta de comiat per dir-li que no tornés. El dia següent, quan m'ho va explicar, no sabia dir-me el perquè. Durant aquesta anàlisi han sorgit moltes situacions de pànic persecutori en la vida de l'Angèlica creades per les seves projeccions d'una agressivitat mai continguda.

Al final d'aquesta època, és més activa i dinàmica socialment. S'ho passa bé amb un grup al qual s'afilia per aprendre a parlar en públic sense el neguit que tenia, cosa molt útil per a la seva feina. Veiem una mostra de la seva part pragmàtica i enginyosa que busca compensar amb intel·ligència els recursos emocionals que no té. La seva ineptitud social contribuïa a perpetuar la soledat crònica i dolorosa que patia -cosa que O. Kernberg destaca en pacients fronterers (1975, p. 9)-, així com les fòbies de tipus social.

LA SEGONA ETAPA - ALS CINC ANYS D'ANÀLISI

Arribem a una etapa en què el comportament escandalós i barroer de noia fàcil, que busca homes casats i deixa de banda els solters, de borratxeres i seduccions, desapareix i apareix en canvi la idea de deixar de fumar. Maltractar-se és atacar els objectes interns, i cuidar-se indica ansietats més depressives. En aquesta etapa coneix un home del seu entorn professional local i comencen una relació molt significativa després d'haver superat una peculiar indiferència inicial. Els atacs a l'anàlisi són presents en aquesta època, en forma d'eliminació de sessions, viatjant més del compte i programant altres activitats en les hores de sessió. És així com ataca la seva pròpia part necessitada, impossibilitada de reconèixer la pròpia demanda

tremenda. La seva por que l'analista no pugui o no vulgui tolerar-la és tan monumental com la necessitat desmesurada que sent. Prefereix veure'm poc disponible o indiferent a ella, i aquesta imatge de mi la pot assolir embrancant-se amb mi, amb queixes i acusacions, en una discussió.

L'Angèlica és possessiva, sempre va a la recerca d'una unitat absoluta i exclusiva amb mi, i em converteix en un objecte dolent i irritant. D'aquesta manera, desfent-se d'aspectes del seu *self* infantil traumatitzat, em converteix en un objecte contingent que pot acollir continguts inaguantables per a ella. Té la convicció que es casarà amb en Pere i que tindrà els seus fills amb ell - "si ell no descobreix abans la veritable Angèlica". Té la mateixa impressió amb mi, que tot es pot avortar si jo no puc suportar i contenir l'autèntica Angèlica, perquè és la mateixa Angèlica la que està descobrint quelcom del seu propi *self* aterrit i enfurismat, i té pànic que sigui insuportable per a totes dues i per a en Pere. Llavors l'espanta aquella part d'ella que és capaç de vincular-se amb en Pere, solter, i amb l'analista que pot pensar quan ella no pot fer-ho. L'analista que, malgrat que es reserva "els dies més especials de Nadal per a la seva pròpia família", torna a principis de gener i l'espera a totes les seves sessions. Però el reconeixement de l'Angèlica de sentir-se diferent, en alguns moments és commovedor. Reconeix molts guanys a l'anàlisi. Que "si no fos per vostè"... L'agraïment conviu amb els retrets i la decepció.

En aquesta època, s'enfronta a un repte professional especialment difícil i delicat, havent traslladat de mica en mica el seu focus professional des de l'àmbit internacional al local, i havent-se integrat i col·locat amb les autoritats de la ciutat. Malgrat l'èxit inqüestionable en tots els àmbits -humà, social, logístic-, presa de pànic, sent que ha fracassat, i assenyala la meua incapacitat per ajudar-la. El tema d'"haver-me fallat quan jo comptava amb vostè" apareix gairebé cada dia, i entenc que la part d'ella que depèn de mi prefereix la baralla en comptes de la dependència. Les queixes i ressentiments en contra meu van en augment a mesura que millora la seva vida. Tustin (1990, p. 44) diu que el pacient no té consciència d'estar dins d'una càpsula. Només hi ha la sensació d'estar protegit i segur. Jo penso que l'Angèlica perdia aquesta sensació de seguretat, i en això sentia que jo li fallava.

Estava enamorada de la seva parella i ell d'ella. Viatjava sovint a l'estranger per passar temps amb la família, malgrat les desavinences, que ara no eren menys, i ja tenia una bona xarxa d'amics aquí. Malgrat el seu sentiment de defecte encara present, era capaç d'un grau de relació fins ara inassolible.

TERCERA ETAPA - EL DESCOBRIMENT DE LA CÀPSULA

Arribades en aquest punt, té lloc un fet greu i extremadament alarmant. L'Angèlica ara em converteix en un objecte monstruós, i jo he de tolerar allò que està a la part més profunda del seu inconscient, que sorgeix de manera desconcertant. Podem veure la manera tan catastròfica en què experimenta la dependència a la transferència infantil amb l'analista, que ocupa el lloc de la

mare que l'alleta, on emergeix de nou ressentiment i agressivitat, una amargor i decepció excepcionals representades, crec, per la mare interior omnipresent a les sessions diàries, una mare rancorosa, alienada, que oblida els bons moments passats a Barcelona. Mentrestant, fora de les sessions, es va consolidant, no sense molta por i dificultat, com m'explica cada dia amb detall, la relació més important de la seva vida. Compren el pis del costat del d'en Pere, i durant mesos l'arreglen -tiren a terra parets i redistribueixen tota la superfície- fins que hi van a viure. Presenta en Pere a la família, i la pacient es queixa de la seva mare, que es mostra massa necessitada d'atenció i li projecta tota la seva part dependent. Aquest drama actualitzat en la transferència converteix l'analista en una persona que egoísticament vol acaparar tot el temps i l'atenció de l'Angèlica en detriment del pobre Pere. Jo entenc com se sent ella quan s'ajunten les parets i ha d'entomar objectes totals. És responsabilitat meua fer-me càrrec de la seva intolerància absoluta a la introjecció i permetre-li projectar els seus sentiments. La seva curiositat per saber què feia amb els seus sentiments ara desapareix.

Comencen a buscar un fill, però l'Angèlica té por de no poder funcionar com a mare -que serà massa necessitada per poder atendre un bebè totalment dependent, com el que sent que jo porto al món a l'anàlisi. Detesta la part d'ella que vol la relació íntima, i ella entén que jo serveixo a aquella part d'ella, i també em detesta. Hi ha massa ràbia i depressió en ella perquè prengui molt contacte amb el *self* odiat, però ara sap que la criatura psicòtica i deprimida existeix. Tustin (1990, p. 80) diu que certes situacions biològiques com la pubertat i l'embaràs poden fomentar més permeabilitat en la barrera autística, i que quan això succeeix, "el subjecte és inundat per la depressió psicòtica del forat negre...". Ara, mare novellament embarassada, mentre l'embrió al seu ventre creix assossegat, l'Angelica-bebè de l'anàlisi escup foc, cada vegada més abusiva, insultant i tirànica amb la seva analista, però ve a buscar-me i procura no perdre's ni una sessió d'anàlisi, i el nostre vincle persisteix. En la transferència infantil em confon amb la mare que no pot fer *reverie*, i sóc, per a ella, la mare embogidora. Em sembla que ens trobem en aquest punt que cita Tustin. Considerem aquest fragment.

P: *Dia rere dia me'n vaig de l'anàlisi sentint-me completament devastada. Vostè no em sap entendre. Si us plau (entre llàgrimes), que només la tinc a vostè, i no sóc una persona dolenta.*

A: *Pensa que connecto amb una part infantil de vostè, i li fa molt mal.*

P: *Vostè em fa malalta, vostè em converteix en una malalta. Em necessita per exercir la seva professió.*

A: *Si fos com diu vostè necessitariem preguntar-nos per què torna aquí cada dia a la seva anàlisi.*

P: *Vinc aquí sentint-me tan deprimida i absolutament incapaç de viure la meua vida, i li vull parlar d'això i resulta que hem de parlar d'una altra cosa que vostè vol. Intento parlar amb vostè de tot això i no hi és. No vol!*

A: *Considera que no vull parlar amb vostè, i afrontar amb vostè el sofriment*

que té. Jo crec que vol parlar amb mi d'una experiència infantil traumàtica i m'ho transmet parlant-me que sent que no em troba quan em necessita.

P: Em recordo d'una època en què venia aquí perquè volia viure una vida millor. Ara és diferent. De què serveix una vida millor si m'haig d'enfonsar als braços d'en Pere plorant? Jo no li haig de parlar de coses de la meua vida privada que faig en el meu temps d'oci. No està al meu costat!

Molt enfadada, em fa saber que voldria interrompre la seva anàlisi, però no sap si podria pensar bé les coses sense la meua ajuda. Se'm fa evident que té por de no arribar a una part d'ella per a la qual encara no té paraules, i haver de carregar amb aquesta part encapsulada per sempre més. Alhora, no sap si té la força joica d'integrar allò que és tan odiat per ella. En aquesta època, jo, com a analista seva, solia reflexionar seriosament sobre els possibles guanys per a la pacient de continuar l'anàlisi, tenint en compte el sofriment intens i continuat d'ella i també el meu. Els meus dubtes eren coherents amb els seus, si la feia malalta jo, amb totes les meves "tonteries", com deia quan volia ridiculitzar-me per allunyar-me de l'infant de *Guantanamo Bay*. El punyent "només la tinc a vostè", o "no sóc una persona dolenta" seria normal si no anés seguit del cabal de ràbia. Aquí em sembla que veiem l'organització patològica narcisista que s'enrabia quan reconeix el vincle que té amb mi. P. Williams (2014, p. 423) diu: "Les organitzacions patològiques són estructures psíquiques defensives que utilitzen processos de pensament altament organitzats i omnipotents que originalment són intents de defensar-se de les ansietats primitives persecutòries i depressives, i evitar el contacte amb les emocions que van associades amb la necessitat de l'objecte i la dependència de l'objecte, (...) sovint fent servir mètodes dissociatius".

Si bé sembla veritablement un *Guantanamo Bay*, mentrestant l'Angèlica convida la gent i ultima els múltiples detalls del dia del casament. Em diu que el seu somni es fa realitat, i ho atribueix a la meua ajuda. Embarassada de fa poc, ella i el bebè van bé. Però acusa l'analista d'haver-la "distanciat del món professional on em sentia segura i capaç" per ajudar-la a desenvolupar la seva vida personal. "Ara professionalment estic morta". Veiem com va sobredesenvolupar el *self* cognitiu per encapsular el bebè. P. Williams (ídem, p. 424), parlant d'organitzacions patològiques, diu: "Pretenen oferir al jo un grau d'equilibri psíquic, però és inherentment precari i autodestructiu, perquè es recolza en la dissociació de les experiències humanes de necessitat, contacte amb l'objecte i ansietats quotidianes" (p. 424). En les seves diatribes i queixes, veiem que per a ella és *menys* perillós tenir una analista amb la qual *no* pot comptar, perquè quan les nostres dues ments s'ajunten com les parets dels dos pisos emergeix una criatura lletja, deformada, feble, furiosa i desesperada, que és "l'autèntica Angèlica" que ningú no podrà estimar.

No trobo el meu lloc en ella, i només puc "sofrir" l'odi, tant si sóc capaç d'entendre'l com si no, i ser-hi, simplement ser-hi, que ja és molt. Crec que era molt valuós per a la pacient que jo pogués ser-hi. Sovint només volia discutir-se amb mi per rebutjar i desmentir la seva part dependent. Preferia un

objecte monstre, però si m'identificava amb aquest objecte monstre, per a ella era embogidor. Si intentava mostrar-li que era bona, també era terrible per a ella perquè llavors era bona i dolenta: un objecte total. Tot l'acostava a la criatura que emergia del seu amagatall. Quan no trobava una manera de posicionar-me en relació amb ella que li fos útil, només intentava estar al seu costat, però ella s'enfadava amb mi quan intentava contenir sense interpretar. Em deia que no feia la meua feina, però si jo parlava, ella tenia por d'entrar en un caos i embogir. R.M. Cassorla (2008) descriu el pacient que es manté dins la seva closca mentre ataca l'analista: "L'analista se sent constantment provocat, atacat o seduït i, alhora, immobilitzat pel que fa a l'ús productiu d'aquests sentiments" (p. 176). En aquesta època, ella sovint se'n va al final de la sessió i es passa mitja hora asseguda a fora de la sala d'espera o a la porteria, sense sortir al carrer, mirant el seu telèfon, buscant la manera de recollir-se, calmar-se, no desmuntar-se. "Sóc com el rovell d'ou massa líquid que no s'ha de tocar, que pot vessar. Necessito endurir-me abans de sortir al carrer". La pacient escopia el regust de llet de la mare analista, mentre el seu *self* infantil encapsulat es voldria agafar al pit per salvar la vida, perquè se sent com una criatura que ningú no podria estimar.

Alguna vegada em diu que podria sortir al carrer al final de la sessió i tirar-se davant dels autobusos que no paren de passar. Reprodueixo una sessió després d'una confessió del dia anterior de tota l'ajuda que rep a l'anàlisi. És un dimarts.

P: *Avui vinc preocupada perquè penso que, després d'un cap de setmana bo i d'un dilluns també bo, sortiré avui després de la sessió, un altre cop sentint-me molt desgraciada. Què vostè intentarà treure'm això. Robar-me la felicitat i mostrar-me els meus defectes. Sovint, quan me'n vaig d'aquí em tiraria davant d'un dels autobusos que passen davant la porteria.*

P: *Vaig somiar ahir a la nit i el recordo molt bé, el somni. Em trobo a dalt d'una muntanya o en un poble de muntanya amb alguns amics meus. Una de les meves amigues diu una cosa que em fa empenyar i la deixo i me'n vaig de compres. Entro en una botiga i, un cop dins, m'adono que tot és extremadament barat i bonic, i començo a emprovar-me coses i hi ha una pila de peces que vull comprar. Coses molt boniques. Vostè es recorda que sempre m'amoïna que em robin els carteristes que sempre trobo als autobusos. Bé, doncs, una persona que està a la botiga aparentment comprant, em treu el moneder de la meua bossa i surt corrents. Jo també surto i trobo un policia o un soldat que es posa a córrer darrere el lladre. De cop i volta, hi ha una revolució o alguna mena d'esdeveniment militar que fa por i el policia em porta a una torre i comencem a pujar amunt, sempre més amunt, amb la idea de trobar un lloc més segur com més amunt arribem. Quan arribem a dalt de tot, hi trobem persones que també busquen refugiar-se del perill imminent, i em desperto suant, molt angoixada, com si fos un malson.*

P: *El Pere em va donar un moneder molt car que voldria que fes servir, però no l'utilitzo perquè no m'agrada portar targetes d'identitat o targetes de*

crèdit o qualsevol document que mostri la meua identitat. No vull que ningú pugui saber la meua identitat. Vostè sap això, que no m'agrada.

A: Sí. Això és el que em diu.

P: Per exemple, a la X li van robar la bossa i després li van entrar a casa. Això passa sovint. Estar a Rússia és com estar aquí perquè no m'assabentaria més allí que aquí. No m'assabento gaire aquí de les coses. És un problema perquè no em sento en absolut identificada amb aquesta cosa de Catalunya, i per descomptat, que no sortiria al carrer a manifestar-me per la independència però al Pere sí que li importa molt.

A: Avui pot expressar-se més a la sessió. Quan m'explica el seu somni penso que em vol avisar que està ansiosa d'ensenyar-me com és, deixar-me veure les ansietats i identificar-les, i entendre-la. Algú la porta a dalt de la torre i la cuida. Em volia explicar aquest somni segura que jo la voldria ajudar, tot i que sovint s'ho passa malament.

P: (silenci) Ho veu? Ara em sento criticada. No estic d'acord. La persona que em roba volia els meus diners, no la meua identitat. No estic parlant de vostè! I em molesta molt que em demani que parli de mi, que voldria fer-me parlar de coses molt privades de la meua vida que tal vegada no explico a ningú! No tinc cap motiu per estendre'm com el sushi, no és cosa seva! Jo no he dit res de tot això que ara vostè diu. M'està intentant ficar una cosa seva!

A: S'enfada quan li parlo dels seus sentiments. Sent que li parlo de coses molt íntimes seves i que s'ha de defensar. Això la posa en perill. M'ha d'ajudar avui a entendre per què ve a parlar amb una analista si no vol parlar de vostè i de les seves coses.

Primer l'Angèlica em mostra el seu *self* més neuròtic i quan veu que ho puc aguantar, em porta l'infant deprimat i enrabiada, i actualitza en la transferència les seves relacions d'objecte. S'enfada i em rebutja perquè sàpiga com se sent de rebutjada i abandonada per mi i per en Pere i per tots els éssers estimats que pensa que són incapaços de satisfer totes les seves necessitats. Necessita discutir amb mi per evitar alguna experiència molt catastròfica, i discutint m'avisava que m'apropo a alguna cosa intolerable. Enyora la mare (real externa) que no va ser com hauria volgut i, per mitjà d'identificació projectiva violenta, col·loca aspectes d'ella mateixa en l'analista i en els altres. Així doncs, sovint sorgeixen situacions de pànic amb els seus objectes, una amiga, el seu gestor, la dona de fer feines, un col·laborador, la seva analista. No té les paraules per parlar-me d'allò incontenible que a la seva vida primerenca es va encapsular. Només pot mostrar-m'ho.

Sovint tinc la impressió que totes dues -pacient i analista- caminem per un abisme, una lleixa de muntanya. A partir del moment en què el refugi, que és l'estructura fronterera, es comença a desmuntar, el refugi autístic queda al descobert i obert. En el somni només pot buscar protegir-se del mal pujant a la torre, posant-se maníaca. Abans de marxar per Nadal m'informa que ella i en Pere aniran a visitar X. Tal vegada tenen més futur allí. És el país dels seus pares. Veuran si els agrada prou per anar-hi a viure.

QUARTA ETAPA: EL DESCOBRIMENT QUE FA LA PACIENT DEL SEU SELF ENCAPSULAT

A mitjan mes de gener, al vuitè any d'anàlisi, la pacient torna del llarg viatge amb la idea d'emigrar amb el seu marit.

P: Aquí tot és cutre. No es pot viure aquí amb aquesta crisi. En Pere demanarà un trasllat de l'empresa i anirem amb el nostre bebè cap a un futur molt millor del que podríem tenir aquí. Tampoc no tindrè temps de venir a l'anàlisi una vegada que neixi el bebè si ens quedem, perquè estaria massa ocupada amb el meu fill.

L'analista, que no sap res de com tenir bebès i cuidar-se del marit, és la pobra analista que no té on anar, que s'haurà de quedar a Barcelona, en aquest país *cutre* de la crisi, que només és capaç de contenir. A final de mes, l'Angèlica és ingressada d'urgència amb perill que perdi la criatura, de quasi sis mesos de gestació.

Al cap de pocs dies de l'ingrés, les notícies de l'Angèlica, immobilitzada, són d'agraïment per tots els que la cuiden. De sobte, la relació d'objecte apareix qualitativament diferent. Suplica a l'analista que accedeixi a una "anàlisi" per skype. No veig la necessitat de rebutjar la proposta, ja que és l'únic contacte possible, i l'intent no és ja de controlar-me i de negar les seves necessitats, sinó de reconèixer-les. M'explica els tractaments, tècniques, tàctiques que posen en marxa per impedir que es posi en marxa el part. El paral·lelisme em sembla inequívoc: ella, com a adulta, té por de no poder portar a terme no tan sols el seu fill, sinó l'infant que és l'infant de l'anàlisi, sense la continuació de l'ajuda analítica. Així és com la meva pacient Angèlica troba el seu *self* encapsulat quan és ingressada per protegir la vida del nen que s'està gestant. Així és com "neix" una criatura llastimosa i odiada, mentre el fetus que no té ni sis mesos es manté al seu úter amb l'ajuda de la ciència moderna, un equip mèdic dedicat i els éssers estimats.

Dos mesos més tard, la pacient em diu per skype que el bebè és vigorós i que ja pesa 1,5 kg i que dona moltes puntades de peu, la qual cosa l'emociona perquè li confirma que segueix viu i que és fort, i que de moment, el part no té lloc. Però després s'enfada perquè li fa molt mal. L'espanta la violència del seu enuig envers el bebè. M'explica que ha estat recordant la impaciència de la seva pròpia mare amb els seus fills, però em diu que està donant voltes i dubtant de la negligència materna que sempre recordava. La seva mare sempre li deia que era el seu àngel, i així li va posar de nom Angèlica. Pensa que la mare devia tenir problemes lluny de casa seva, i sola amb tres nens. Sent empatia amb ella, una mare que pateix però que estima els seus fills.

M'explica per skype dos somnis que tenia moltes ganes d'explicar-me:

En el primer somni, ella, els seus pares i els seus germans estan en un hotel molt vistós, cosa inusual per a ells, i ella va a la recepció de l'hotel i hi

troba una nena petita i rosseta, una nena molt petita, tota sola, sense ningú. Acaba de ser adoptada. L'Angèlica se sorprèn de veure la tendresa que sent per aquesta nena, li fa carícies i la vol cuidar. En el segon somni, acaben de portar-li a casa seva una bossa molt gran. És una bossa tan grossa i alta que necessita una escala per baixar-hi a dins i veure el que hi ha. Hi troba moltíssimes coses diferents. El cap de setmana tenia moltes ganes de parlar amb mi, i fins i tot pensava a trucar-me si no es podia aguantar. Tenia por de replegar-se perquè s'ha sentit molt sola.

Aquest material és per a mi representatiu d'allò que és possible no només quan l'inconscient es pot fer conscient, sinó també quan el no mentalitzat pot arribar a mentalitzar-se. Aquí, i en paral·lel, hi veiem un ésser nou que està a punt de néixer i un *self* infantil, i tots dos emergeixen -el primer de la matriu materna, i el segon d'una càmera d'aïllament i d'un llarg procés analític. Hi ha un vaivé constant entre el bebè que porta a la matriu i que clava puntades de peu i el bebè-Angèlica que també porta a dins, que emergeix d'una càpsula. La pacient sent tendresa i s'alegra que els dos bebès siguin vius, però també se li desperta enuig i odi. La nena del somni (la pacient és rossa) és l'Angèlica que es troba exposada durant el cap de setmana, com li va passar a la seva història primerenca, a la pèrdua prematura de la unitat mare-bebè. L'encapsula, i ara la descobreix. És un nadó per cuidar, que ha descuidat des de sempre. És el bebè tancat en una càpsula. Em criden fortament l'atenció els dubtes que ara té sobre la seva pròpia mare. Segons Tustin (1990, p. 21), les mares d'aquests nens rarament són negligents encara que la depressió prepart o postpart en les mares dels nens encapsulats sembla ser un factor constant. S'especula que sigui un factor significatiu en el fetus i també en el nadó.

Una setmana més tard, per mitjà de l'skype, la veig a casa i espantada. M'explica un somni: Té el seu bebè -en Joan- i se'n va a passejar o a fer encàrrecs amb ell i l'oblida i el deixa en un lloc i es mor. Hem de pensar que va descuidar la seva part infantil durant anys -totes les seves necessitats-, que va ser negligent amb ella mateixa, i que ara té por de no poder encarregar-se de la nena Angèlica i del nen Joan.

L'Angèlica mare del Joan que neix en el moment previst i molt sa, és molt xerraire i, sobretot, molt espontània. Habitualment molt reservada amb mi, la seva espontaneïtat em sorprèn durant els mesos següents. L'absència de la duresa i de la vigilant mirada depredadora ha donat lloc ara a una mena de mansuetud i afectuositat. M'explica que l'ajuden, i se la veu més confiada que serà ben atesa, i capaç, amb ajut, d'atendre el seu fill. Aquesta Angèlica és la persona viva i sensible resultant, penso, de la modificació de l'encapsulament per mitjà de la transferència infantil. Com diu Tustin (1990, p. 25), ara les seves experiències poden ser molt més satisfactòries que quan era bebè. L'Angèlica ja no és mordaç en la relació de transferència, sinó que sembla que s'ho passa bé en les seves sessions i en la seva vida.

Té *reverie* amb el seu fill, i li presta una atenció exquisida i commovedora. Busca diferenciar els plors del nen, sintonitzant-se amb el sofriment que pot patir, amb la gran necessitat del petit. Em sembla veure en la seva *reverie* dues perspectives: s'identifica amb mi com a mare, i es relaciona amb el nen com a mare, i també des del seu nen, que és aquella part d'ella mateixa fins ara encapsulada, es pot vincular amb el seu fill. Passa d'un nivell a l'altre, d'un registre a l'altre, des d'una part del jo a una altra. L'entorn i els elements de l'entorn són més familiars en l'Angèlica d'ara, i li criden l'atenció, perquè sent més la seva capacitat de vincular-se. Es recorda de les seves dificultats per venir a les sessions -se sentia així sempre i des de sempre. Recorda que no podia enganxar-se al pit i em parla de com en Joan s'enganxa al seu pit per mamar. Em parla d'un dia que, mentre li dóna de mamar al fill, pot arribar a tenir nàusees per l'absoluta indefensió del nen i la necessitat que ella té de viure. Des de la doble perspectiva de l'Angèlica, se sent feliç com a mare quan té el nen al pit, però com a bebè, té nàusees i sent ràbia per la seva indefensió. Però més que rabiosa, està trista en aquesta època de l'anàlisi, tot i que amb noves possibilitats per valorar allò que anteriorment no tenia cap valor per a ella, perquè no tenia cap significat emocional. Un dia es recorda de l'analista que atacava, i mostra -des de la tristesa- també un interès per saber més coses d'ella i d'aquella època. L'Angèlica a l'hospital i a casa amb el bebè entre els seus braços atribueix a la seva anàlisi tota una llarga llista de bondats, d'alegries i de joies que té en la seva vida actual.

CINQUENA ETAPA: LA INTERRUPCIÓ DE L'ANÀLISI I ELS DOS ÚLTIMS ANYS

Un dia, amb molta angoixa, m'anuncia en una sessió que, inesperadament, l'empresa d'en Pere li ha concedit la plaça a X que havia sol·licitat quan l'Angèlica només podia pensar en la possibilitat d'allunyar-se de Barcelona i de la seva anàlisi. No sap com li pot dir a en Pere que no se'n vol anar d'aquí. Que finalment se sent molt arrelada. A poc a poc, m'expressa la vulnerabilitat tremenda i la sensibilitat d'un bebè intern, i com n'està de preocupada de no tenir un jo suficientment fort per sostenir ara aquest bebè i no tornar-lo a abandonar. Les preparacions comencen perquè, al cap de poc més de tres mesos, s'han de traslladar a X, on en Pere ja estava treballant.

L'Angèlica em demana tornar a fer servir l'skype quan arribi a X, fins que pugui adaptar-se al nou país, a un país nou, a la nova feina d'en Pere i a moltes coses més. Un cop més accedeixo a la demanda, i d'aquesta manera l'anàlisi -la pacient a X i jo a Barcelona- va continuar al mateix ritme de sempre durant sis mesos més, fins que la gran diferència horària va impossibilitar trobar l'hora adequada per a totes dues. Malgrat el descontentament per l'hora, i pel fet que l'analista no podia canviar-la més, i decebuda perquè no ho donava tot per ella, amb l'anàlisi via skype l'Angèlica va poder continuar alletant el seu fill i fer l'esforç considerable i necessari per trobar l'ajuda necessària al seu nou país (cangur, dona de fer feines, etc.), fer amics, conèixer veïns, moblar la casa i començar a integrar-se, molt pendent del seu marit i de les seves dificultats per adaptar-se a la nova feina. Malgrat

tot, sentia que ell li exigia molt, que li dedicués cada vegada més temps i la seva consideració, que li fes menjars bons, que tingués la casa neta, endreçada... Em semblava un misteri que una dona que abans organitzava esdeveniments internacionals per a governs europeus ara no podia banyar, alletar i posar al llit el seu fill abans que el seu marit arribés a casa. Jo crec que no podia viure les seves necessitats, que per a ella eren aclaparadores, com una part de la seva pròpia ment, i les va col·locar en en Pere, que estava sempre molt cansat, i que la trobava a faltar molt, a ella i la seva atenció. Si bé és raonable pensar que les necessitats de la seva família amb un nadó no són ja les mateixes d'una dona soltera o d'una noia que s'ha posat a viure amb la seva parella, crec que la necessitat del *self* infantil deprimit, sensible i fràgil, novament fora del seu refugi, la cansava molt. Segurament la gran distància entre nosaltres dues es feia massa evident i real pels canvis d'horari que vam haver de fer i això es feia insuportable per a la criatura ja no encapsulada, ara ja conscient de les seves necessitats i de la soledat que aquestes necessitats li feien sentir.

També jo era plenament conscient dels meus límits en relació amb els horaris acceptables per a les seves sessions i entenia que no pogués connectar-se de matinada.

L'odi a nivell *borderline* de no sentir-se prou cuidada i suficientment apreciada, que estava molt analitzat, no es va reactivar (amb acusacions i retrets, enuig, decepció), però els anhels d'una mare simbiòtica estaven, de forma més benèvola, situats en en Joan, que ella imaginava que patiria fora mida si deixava de donar-li el pit de nit per descansar una mica. El petit Joan podia embogir de terror catastròfic si el deixava al seu propi llit igual que l'Angèlica bebè del començament de la seva vida. S'imaginava l'espai entre la seva boca i el seu pit com a una cosa intolerable també per al nen.

Poc després d'haver assolit, a través d'un procés llarg i dolorós, una separació del nen, que ara tenia deu mesos i podia dormir a la seva habitació, em va plantejar la necessitat pràctica de separar-nos també perquè, a la llarga, ella també pogués buscar analista a la ciutat on vivia i intentar portar a terme allò que va estroncar l'emigració. A les últimes sessions es descrivia, molt emocionada, com incapaç de dir-me tot el que havia rebut de l'anàlisi, i d'agrair-me prou d'haver-li donat l'oportunitat que per a ella era l'anàlisi.

P: Sense vostè ara no tindria el meu fill perquè no hauria ni començat a sortir amb el meu marit. Me'n recordo del dia que li vaig dir que l'havia conegut, i li vaig explicar que no tenia temps per ell, ni interès a tornar-lo a veure. Vostè, en silenci i escoltant-me, només em va preguntar per què! Només això. Res més. Em va fer pensar: I jo i el Pere vam començar la nostra relació. I avui dia tot el que tinc a la meua vida pràcticament és per aquesta anàlisi. Com puc posar en paraules el meu agraïment?

Tercera part. Conclusions

Crec que el procés psicoanalític de l'Angèlica aboca al col·lapse definitiu de la càpsula i fa possible l'establiment d'unes relacions d'objecte més significatives, humanes i càlides tant a dins com a fora de l'anàlisi.

A l'anàlisi dels últims dos anys i mig previs a l'ingrés, atacava el pit perquè també atacava la seva part dependent que volia el pit. En la transferència, jo era la mare dolenta que l'alletava, però després, i des de la seva perspectiva, em desconnectava d'ella; així, si jo era dolenta, ella podia ignorar la seva pròpia part infantil. Això era l'organització patològica narcisista-fronterera amb la qual l'Angèlica va tapar durant molts anys el *self* encapsulat.

Quan la pacient va arribar a X, a més d'afrontar la nostra separació, tots els grans canvis de la seva vida deguts a la seva emigració es van sumar a l'arribada del seu primer fill. Penso que descobrir el seu bebè intern li va permetre descobrir la seva capacitat materna (exemplificada per l'alletament del nen i la seva *reverie* amb ell) i viure-la de forma plena i no gaire persecutòria. Però totes les seves necessitats i els seus sentiments de dependència en un moment tan delicat de la seva vida els va haver de col·locar en el marit i en el fill, per no trobar encara més aclaparadora una situació que podia viure com una repetició de la situació original de la seva infantesa -una separació prematura entre ella i l'objecte-, en aquest cas, l'analista. Perquè, si bé l'anàlisi va possibilitar l'actualització de les vivències infantils traumàtiques i va permetre que la pacient comencés a integrar en la seva personalitat les seves parts perdudes (encapsulades), el procés analític lligat al seu procés intern va quedar interromput i va ser posat a prova per tots els reptes que implica per a la persona més sana i resistent una emigració i el naixement d'un fill.

Entenc que l'Angèlica no volgués aturar la decisió de marxar a X, perquè el seu marit tenia dificultats professionals que semblaven de resolució difícil a Barcelona, i patia molt. I encara que una interrupció d'anàlisi sempre té una part negativa, crec que la continuació de l'anàlisi per fil telefònic (skype) era una solució parcial i temporal per començar a tractar el problema que representava una emigració. Amb les característiques d'aquesta pacient difícilment podria ser suficient i satisfactori un contacte per pantalla amb l'analista, però crec que en aquell moment va servir la prioritat que representava no haver de trencar un vincle tan important com el vincle analític en un moment de pèrdua massiva, i tot això amb un nadó a coll. Quan més o menys va estar instal·lada amb la seva família a X, més familiaritzada amb l'entorn, amb els costums, i en vies de tenir un cercle d'amics, amb el bebè a punt de fer un any, crec que va sentir la necessitat de buscar una presència terapèutica a la ciutat on vivia. Al meu parer, la interrupció no ha estat negativa, sinó que crec que el nostre vincle li permetrà fer-ne un altre per acabar el procés que va començar amb mi i poder fer una elaboració que ni amb deu anys vam tenir temps de completar.

Reflexionant ara sobre els reptes evidents que suposa l'anàlisi de pacients encapsulats, penso en els autors que assenyalen la duresa d'aquesta experiència per a tots dos integrants de la parella analítica. L.V. Strauss (2012, p. 102) parla d'una "disminució de la consciència psíquica de l'analista que el torna '*mindless*' (sense ment) ... com a conseqüència del fracàs en les 'transaccions psíquiques' entre l'analista i un pacient encapsulat per les defenses autistes". Diu que l'analista ja no pot comptar amb les seves capacitats psíquiques per incorporar l'estat anímic del pacient. D'altra banda, en una comunicació personal de Frances Tustin a la Dra. J. Mitrani (2011, p. 35), Tustin parla de com aquest tipus de pacient pot "trencar el cor de l'analista com es va trencar el seu propi cor". Mitrani diu que l'analista sent i ha de suportar "el temor de dissolució" quan el pacient encara no és capaç d'aguantar-lo, i recomana una experiència de reanàlisi per a l'analista, el recolzament dels companys, o una acurada supervisió clínica. Mitrani pensa que les dificultats en l'anàlisi d'aquest grup de malalts poden explicar els pocs treballs sobre pacients encapsulats que hi ha en la bibliografia psicoanalítica.

Voldria concloure descrivint el que, al meu parer, és el sofriment que eludeix en gran part, precisament la descripció. És un patiment típicament molt pertorbador i terrorífic, sentit com una cosa desconeguda, ineludible, imprevisible i, si bé inexpressable i indescriptible, experimentat com absolutament real. En efecte, com la mateixa mort. Més succintament, crec que durant èpoques llargues de l'anàlisi, pacient i analista comparteixen un temor a l'aniquilació al nivell del registre més primari que hi pot haver. Allò que alguns dels autors que aquí hem revisat anomenen poèticament, i més bé que no pas jo, l'experiència del forat negre.

RESUMEN

La autora revisa brevemente la teoría del encapsulamiento autístico, descrita primero por S. Klein en 1980 en adultos no psicóticos y posteriormente explicada en detalle por F. Tustin. Esta teoría fue adoptada por numerosos psicoanalistas de todo el mundo. La autora ilustra las principales características del encapsulamiento descrito por Tustin como "tipo caparazón" y el trabajo realizado con una paciente adulta en un psicoanálisis de diez años. Se muestra cómo el descubrimiento y análisis de la cápsula sirven para poner de manifiesto la extrema intolerancia de la paciente hacia su self infantil.

Palabras clave: bolsa autista sellada, encapsulamiento autístico psicógeno, encapsulamiento tipo caparazón, experiencia de agujero negro, experiencia no mentalizada, experiencia no vivida, miedo al colapso, trauma precoz

SUMMARY

In this paper the author gives a brief overview of the theory of autistic encapsulation as first described by S. Klein in 1980 in non-psychotic adults and soon after meticulously expounded upon by F. Tustin, to be followed by psychoanalysts worldwide. The author illustrates the fundamental characteristics of autistic encapsulation and analytic work with what Tustin referred to as "shell-like" encapsulation through clinical material originating from the ten-year analysis of an encapsulated adult woman in which the discovery of and analysis of the capsule serve richly to demonstrate the extreme intolerance the encapsulated patient has to his/her infantile self.

Key words: shell-like encapsulation, psychogenic autistic encapsulation, black-hole experience, early trauma, unmentalized experience, sealed-off pocket of autism, unlived experience, fear of breakdown

BIBLIOGRAFIA

- BUSCH de AHUMADA, L.C. & AHUMADA, J.L. (2015). Contacting a 19 Month-Old Mute Autistic Girl. A Clinical Narrative. *Int. J. Psychoanal.*, 96, p. 11-38
- CASSORLA, R.M. (2008). The Analyst's Implicit Alpha-Function. Trauma and Enactment in the Analysis of Borderline Patients. *Int. J. Psychoanal.*, 89, p. 161-180
- COHEN, D. & JAY, S.M. (1996). Autistic Barriers in the Psychoanalysis of Borderline Adults. *Int. J. Psychoanal.*, 77, p. 913-933
- GROTSTEIN, J. (1990). The Black Hole as the Basic Psychotic Experience: Some Newer Psychoanalytic and Neuroscience Perspectives on Psychosis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18, p. 29-46
- (1991). Nothingness, Meaninglessness, Chaos, and the Black Hole. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, p. 377-407
- HOPPER, E. (1991). Encapsulation as a Defense Against the Fear of Annihilation. *Int. J. Psychoanal.*, 72, p. 607-624
- JOSEPH, B. (1975). The Patient Who is Difficult to Reach. A *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. London, Routledge, p. 75-87
- KERNBERG, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson
- KLEIN, S. (1980). Autistic Phenomena in Neurotic Patients. *Int. J. Psychoanal.*, 61, p. 395-402
- MAHLER, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Infantile Psychosis*. Madison, Ct., International Universities Press, Inc.
- MITRANI, J. (1992). On the Survival Function of Autistic Maneuvers in Adult Patients. *Int. J. Psychoanal.*, 73, p. 549-559
- (1994). Towards an Understanding of Unmentalized Experience. *Psychoanal. Q.*, 64, p. 66-112
- (2011). Trying to Enter the Long Branches: Some Extensions of the Work of Frances Tustin for the Analysis of Autistic States in Adults. *Int. J. Psychoanal.*, 92, p. 21-42

- OGDEN, T.H. (1989). On the Concept of an Autistic-Contiguous Position. *Int. J. Psychoanal.*, 70, p. 127-140
- (2014). Fear of Breakdown and the Unlived Life. *Int. J. Psychoanal.*, 95, p. 205-223
- STEINER, J. (1993). *Psychic Retreats*. London & New York, Routledge. Trad. cat., *Replegaments psíquics*. Barcelona, Columna Ed., 2002
- STRAUSS, L.V. (2012). Comparing a Narcissistic and an Autistic Retreat: Looking Through or at the Window. *Int. J. Psychoanal.*, 93, p. 97-116
- TUSTIN, F. (1986) *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London, Routledge
- (1990). *The Protective Shell in Children and Adults*. London, Karnac
- (1991). Revised Understandings of Psychogenic Autism. *Int. J. Psychoanal.*, 72, p. 585-592
- (1994). The Perpetuation of an Error. *Journal of Child Psychotherapy*, 72, p. 585-592
- WILLIAMS, P. (2014). Orientations of Psychotic Activity in Defensive Pathological Organizations. *Int. J. Psychoanal.*, 95, p. 423-440
- WINNICOTT, D. (1974). On the Fear of Breakdown. *Int. Review Psychoanal.*, 1, p. 103-107

