

Reseña de libros y revistas

ELIZABETH R. ZETZEL.— Symposium on “Depressive illness” (Symposium sobre “Enfermedad depresiva”). 1: Introduction (Introducción). “Int. J. Psycho-Anal.”, Vol. XLI, 1960, p.4-5.

La autora comienza procurando ubicar el tema, recordando que la depresión, como la ansiedad, plantea problemas diversos ya que es a la vez una experiencia subjetiva general tendiente a dominar el conflicto, la frustración y la pérdida, y también el síntoma principal de un síndrome clínico psiquiátrico definido. Esto conduce a problemas en cuanto a la importancia de los factores psicogenéticos, ambientales y constitucionales.

Ya Abraham, pionero en este campo, comparó depresión con ansiedad, la primera expresando el pesar por un acontecimiento malo ya ocurrido y la segunda el temor por uno que va a ocurrir. Recientemente E. Bibring las consideró como respuestas opuestas del ego, la ansiedad como una respuesta activa buscando enfrentar el peligro por la lucha o la fuga, y la depresión como una respuesta paralizante del ego por incapacidad de enfrentar el peligro. Sin embargo, este concepto no aclara suficientemente el problema de la enfermedad depresiva. Es decir, que los nuevos conocimientos sobre la psicología del ego han hecho avanzar nuestros conocimientos de la depresión y la ansiedad como afectos del desarrollo psíquico en general, pero no tanto nuestro conocimiento de la depresión patológica.

Según la autora, dos hechos han dificultado el progreso de nuestros conocimientos: 1º) no distinguir entre depresión en general y enfermedad depresiva psiquiátrica, y 2º) la consideración exclusiva de los factores infantiles.

Si bien hay acuerdo general en conceder a las tempranas experiencias una

gran importancia predisponente de la depresión en la vida adulta, permanece la cuestión de hasta qué grado la sintomatología regresiva adulta es una repetición directa de un proceso infantil de desarrollo.

Para algunos, como Klein, la cuestión sería similar a la influencia patogénica que Rank atribuye al trauma de nacimiento en relación con la ansiedad patológica. En cambio, otros, como Bowlby, Mahler, Rochlin, creen que estos prototipos infantiles, pueden concluir más bien en cierta incapacidad para soportar la tristeza. Para Rochlin, la enfermedad depresiva sólo puede ser desarrollada en una relativa madurez.

Las investigaciones recientes, según la autora, si bien consideran muy importante los factores patogénicos infantiles, no olvidan las edades posteriores de la vida y la importancia de las funciones de adaptación del ego, sobre todo señalada por E. Erikson.

La diferencia, señalada por Freud, entre ansiedad primaria y señal de ansiedad o ansiedad secundaria, puede extenderse a los fenómenos depresivos y nos explicaría la diferencia entre depresión normal o neurótica y enfermedad depresiva. En la depresión normal o neurótica, como en la señal de ansiedad, las funciones de maduración del ego están conservadas, y sólo hay pérdida de la autoestimación del ego, como señaló Bibring. En la enfermedad depresiva, en cambio, como en la ansiedad primaria, hay profunda regresión del ego y aparición de mecanismos arcaicos.

Tanto Freud como Abraham reconocieron la importancia de la agresión incontrolada en la depresión, asumida por el superego contra el ego. En cuanto al origen del superego, algunos autores insisten en la identificación y otros, como Abraham y Klein, en la introyección oral.

Si bien hay acuerdo con respecto a los factores económicos, dinámicos y estructurales de la enfermedad depresiva, hay divergencias en lo que se refiere a la relación entre las experiencias precoces del desarrollo y la sintomatología

adulta depresiva. La autora cree que una mejor descripción de las fases del desarrollo y sus potencialidades depresivas contribuirá a aumentar nuestra comprensión del problema.

Héctor Garbarino.

S. NACHT y P. C. RACAMIER. París.— Symposium on “Depressive illness” (Symposium sobre “Enfermedad depresiva”).

II: Depressive states (Estados depresivos). “Int. J. PsychoAnal.”, Vol. XLI, 1960, p. 4-5.

Definen los autores la depresión como un estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad mental, psicomotora y orgánica, no referidas a deficiencia actual.

Creer que los conceptos de “posición depresiva” de Melanie Klein y de “depresión analítica” de R. Spitz deben aceptarse sólo con reservas.

Existe una unidad fundamental que comprende la diversidad aparente de estados depresivos. Hay que describir los factores constantes y los factores variables. Luego de hacer un sumario de un caso de psicosis maníacodepresiva que constituye la base clínica de sus observaciones, se refieren a los mecanismos que instituyen una depresión, recordando que la pérdida de amor es la situación depresiva fundamental y subrayando la facilidad del depresivo para sentir a su objeto perdido.

El vínculo afectivo que se pierde es la relación preedípica niño-madre. El depresivo teme constantemente que su propia agresión destruya este vínculo.

Las relaciones de objeto del depresivo son esencialmente narcisísticas, él necesita del objeto para ser bueno, si siente que lo pierde, pierde con él la mejor parte de sí mismo, y queda expuesto a su omnipotencia agresiva.

Los autores sostienen que más importante que la activación agresiva es la inmovilización del amor, no sólo por la frustración del amor que se espera del objeto, sino por la frustración del amor que se da al objeto. La depresión sería el último y desesperado esfuerzo de preservar el amor y ser capaz de amar.

El éxito puede inducir a la depresión si significa pérdida del vínculo con un objeto que se siente indispensable. Entonces la identificación no resuelve el problema como ocurre normalmente, porque implica separación.

En vez de una verdadera fusión de las tendencias libidinales y agresivas, hay un compromiso entre amor y odio e intenta deflejar su agresión del objeto. Siendo incapaz de una identificación verdadera, introyecta el objeto de un modo más o menos masiva y acredita al superyo la omnipotencia punitiva. Trata de unirse al objeto a través del sufrimiento moral. Protege al objeto volviendo la agresión contra sí mismo.

El depresivo se adhiere a un objeto frustrador porque le otorga una protección omnipotente. Esto nos da cuenta de los sentimientos de omnipotencia y del reproche al analista por su impotencia. Con su depresión, acusa a otros y es siempre verdaderamente agresivo.

En cuanto a la estructura de las relaciones de objeto del depresivo entienden los autores que la depresión se instala en el momento en que una relación masoquista ha quedado interrumpida. Así introyecta el objeto sádico y lo conserva. La depresión sería una aguda crisis de masoquismo moral.

Otras veces la depresión sigue a la desaparición de una afección psicósomática. La depresión estaría entre la agresión psicósomática y el masoquismo moral.

Una característica específica de la dinámica de los estados depresivos es el

mecanismo de identidad depresiva con el objeto. Hay una introyección agresiva del objeto frustrador, y la representación del self y del objeto están incompletamente separadas (E. Jacobson). Así el depresivo no puede denigrar su objeto sin sentirse él mismo denigrado.

Los autores recuerdan las características de la disposición depresiva: 1) La tendencia a experimentar toda decepción como pérdida. 2) La tendencia a colocarse a merced de su objeto, para ligar el objeto a él. Es insaciable con el objeto, experimenta un amargo triunfo al observar que el objeto no le da todo lo que espera de él. Se adhiere a él, siendo incapaz de estar solo (Winnicott), porque no ha internalizado su imagen.

3) Disocia el objeto en uno enteramente bueno y otro enteramente malo (M. Klein) protegiéndose así de su ambivalencia.

4) Es ciego a la verdadera personalidad del objeto.

Más adelante, los autores intentan una clasificación dinámica de los estados depresivos, a) Según el grado de desintegración de las relaciones libidinosas. Habría una diferencia entre los depresivos que se sienten privados de amar y que sufren de sensación de vacío interior, y los depresivos dominados por la culpa que están luchando contra el odio alimentado por las decepciones. b) Según el grado de introyección del objeto. La introyección del objeto es de grado variable, siendo completa en la melancolía estuporosa.

Sugieren los autores la designación de depresiones parapsicóticas —además de depresiones neuróticas y psicóticas, según la estructura de las relaciones de objeto—, para aquellas depresiones que fluctúan de una depresión neurótica a una psicótica y viceversa.

Luego estudian las defensas contra la depresión. La manía es únicamente mencionada por su extensión. La inhibición o enlentecimiento de la vida psíquica es el resultado del bloqueo afectivo. El aburrimiento es quizá una defensa contra la tristeza. Si el bloqueo se hace crónico origina el cuadro de la

neurastenia. La obsesión es otra defensa contra la depresión.

Los métodos de recuperación oral afectiva son aún defensas más importantes. Tienen siempre un carácter toxicomaniaco y aditivo (Rádo). Pero si comúnmente son verdaderos tóxicos como el alcohol, los opiáceos, los barbitúricos y tranquilizantes, otras veces no son toxinas, como es el caso de la adicción al sueño o la comida. O al sol y el agua, como sustitutos de la caricia materna. El objeto de esta necesidad puede ser una persona buscada con tiránica avidez.

El suicidio es el fracaso de las defensas contradepresivas. Los autores subrayan el papel del amor en el suicidio. Este constituiría, en un aspecto, una recuperación del amor ilimitado de una madre idealizada. Habría aquí un delirio de negación de la realidad y omnipotencia megalomaniaca, con interiorización completa del objeto y unión con él.

Terminan los autores señalando sus concordancias y desacuerdos con la escuela kleiniana. El acuerdo estaría en que la depresión ocurre cuando la diferenciación de sujeto-objeto, estando el sujeto topográfica, pero no económicamente distinguido del objeto. Cuando se diferencian sujeto-objeto ocurre la fusión de las tendencias libidinosas y agresivas, no pudiendo fusionarse mientras estén confundidos sujeto y objeto. El desacuerdo está en que creen que no puede hablarse de yo y objeto en un lactante de seis meses y en que ellos acentúan el papel de la libido y no tanto el de las tendencias agresivas.

Héctor Garbarino.

W. CLIFFORD M. SCOTT. Montreal.— Symposium on “Depressive illness” (Symposium sobre “Enfermedad depresiva”). III: Depression, confusion and multivalence (Depresión, confusión y multivalencia). “Int. J. Psycho-

Anal.”, Vol. XLI, 1960, p. 4-5.

Luego de hacer una corta revisión histórica acerca de la metapsicología de la depresión, pasa el autor a exponer sus propios puntos de vista. Considera que cuando la actividad del niño está desorganizada o es agresiva o la representación del objeto es alucinatoria, se origina la siguiente secuencia: espera, anticipación, anhelo y esperanza.

La espera es el estado más simple, en el cual el niño está aguardando que la alucinación se transforme en algo material.

El siguiente estado, en orden creciente de complejidad, es la anticipación que consiste en la espera de la satisfacción sensorial.

Anhelo es el deseo del yo por el objeto que traerá la satisfacción.

Finalmente, la esperanza es un positivo balance de amor, que repara efectos del odio. Es la creencia que el objeto desea procurar la satisfacción.

Ambivalencia, según Clifford Scott, es un término inadecuado para describir la complejidad afectiva del estado de desarrollo que comprende la depresión, el pesar, anhelo y esperanza. Sugiere para ello el término multivalencia que indica que hay más de dos afectos implicados. Debería así llamarse el estadio en que hay conflicto e interrelación entre un yo total y continuo, que ama, odia y sufre, y objetos externos e internos, totales y continuos, que aman, odian y sufren.

Luego el autor discute las hipótesis de Engel acerca de la parálisis de la actividad del yo como una señal de desesperanza, de base biológica, para explicar los estados depresivos. Considera que Engel desatiende los estadios transicionales entre estados depresivos y estados esquizofrénicos, paranoides o maníacos. Paralelamente a la multivalencia del afecto está el balance entre persistencia de depresión, regresión a estados paranoides y progresión a estados maníacos. El aspecto más importante de este balance es el maníacodepresivo, desde que es por la modulación de mecanismos maníacos que aparece el duelo

esperanzado y posteriormente, el entusiasmo.

Clifford Scott ejemplifica sus puntos de vista con el relato fragmentario del análisis de una paciente maníacodepresiva. Esta paciente había utilizado el dormir-despertar para separar depresión y manía. Eventualmente, estando maníaca, si tenía sueños maníacos despertaba deprimida. Temía entonces dormirse y caer en confusión con sus sueños. Temía también que la idealización maníaca la condujese a sueños maníacos, lo que la llevaría a la depresión. El análisis del miedo a la depresión la condujo a la confusión en sus sueños, con mecanismos maníacos, depresivos y paranoides, y a un material cada vez más infantil, hasta alcanzar la situación de bebé, al mismo tiempo que entraba en depresión estuporosa en las sesiones. El análisis de la oscilación afectiva en su confusión y la complejidad del material se volvió el aspecto más trabajado de su análisis. La asimilación o tolerancia de esta confusión la permitió para sublimaciones y fantasías acerca de cómo su vida podía cambiar, a través de una mayor tolerancia para la frustración y una capacidad para entrar en duelo y depresión.

Héctor Garbarino.

GUSTAV BYCHOWSKL. New York.— Symposium on “Depressive illness” (Symposium sobre “Enfermedad depresiva”).

IV: The structure of chronic and latent depressions (La estructura de depresiones crónicas y latentes). “Int. J. PsychoAnal.”, Vol. XLI, 1960, p .4-5.

Depresiones latentes y crónicas son dos formas de una misma enfermedad: la depresión melancólica. Depresión latente es usada por el autor para designar

una situación fronteriza, como esquizofrenia latente. La depresión está borrada por una fachada de síntomas neuróticos y rasgos de carácter.

En depresiones crónicas la existencia está llena de humor pesimista y con un sentimiento de futilidad. Pueden los pacientes ser ayudados a vivir por un principio moral o religioso o por una ideología.

Mecanismos introyectivos preeminentes son comunes a ambas formas depresivas. Antiguos procesos introyectivos, provocados por pérdidas y frustraciones, han dejado como reliquia en el yo inconsciente introyectos, que representan *sobre* todo objetos parentales de duelo.

El self es también distorsionado, desde una sobreestimación narcisística a una autodegradación. Lo mismo el superyo, el más imbuido de agresión y narcisismo primario, que somete al yo con crueldad inexorable y lo llena de culpa, vergüenza y pérdida de la autoestimación.

Por períodos, un nuevo amor, ambición o creación, puede gratificar al yo ideal y llenarlo de entusiasmo, pero esto dura poco.

En edades tempranas hay acontecimientos, como enfermedades físicas, invalidantes, que causan seria perturbación al self. El yo puede conservar la imagen de un self perfecto y el contraste entre éste y el self real es causa de depresión y mortificación narcisística. El yo se impone sacrificios adoptando una conducta masoquística para preservar las figuras parentales introyectadas, de lo contrario, teme ser abandonado y perder seguridad y protección.

Como en el curso de la depresión se produce alguna regresión libidinosa el self puede tomarse como objeto sustituto, y el yo volcar sobre él la agresión y el amor narcisista. Así el self queda desamparado.

El autor subraya qué elementos de masoquismo moral son componentes básicos de la depresión crónica.

El yo establece pseudorrelaciones con pseudoobjetos. Sus afectos son borrosos, la formación de nuevos introyectos está impedida, y con ello, la capacidad cognoscitiva.

El yo, atemorizado por su propia agresividad que ha regresado, trata de aislarla y negarla con una fachada de debilidad y desesperanza.

En depresiones latentes, las nuevas relaciones de objeto repiten los objetos originales, siendo, por consiguiente, frustradas. Acting-out es parte importante de la sintomatología, por fracaso del aislamiento, y va de la simple provocación hasta la delincuencia, siempre, naturalmente, con fines masoquísticos.

La estructura de la depresión crónica provee la matriz para los delirios paranoides. El deprimido vive en el borde de la regresión psicótica, pero sus introyectos no llegan a ser verdaderos perseguidores.

La anorexia nerviosa representa también una manifestación de depresión latente y una estrecha fijación al objeto (u objetos, de amor perdidos).

Otra manifestación clínica son algunas formas de adicción, utilizándose la droga para encubrir la naturaleza depresiva, debida a una primitiva hostilidad no resuelta.

Héctor Garbarino.

MELANIE KLEIN. London.— Symposium on “Depressive illness” (Symposium sobre “Enfermedad depresiva”). V: A note on depression in the schizophrenic (Una nota sobre depresión en la esquizofrenia). “Int. J. Psycho-Anal.”, Vol. XLI, 1960, p. 4-5.

Recuerda la autora las posiciones esquizoparanoide y depresiva que ella ha descrito, y cómo las ansiedades paranoides y esquizoides y sentimientos depresivos, en situación de tensión externa o interna, retornan a estas posiciones, las cuales son entonces revividas.

Las relaciones entre las enfermedades esquizofrénicas y maníacodepresiva,

pueden explicarse por las vinculaciones entre ambas posiciones. Ambas son el resultado de la lucha entre los instintos de vida y muerte, y las dificultades en una y otra posición son el resultado de variantes en el estado de fusión de ambos instintos.

En la primera posición, ya el objeto primario, la madre, es internalizada en sus aspectos buenos y malos. La preservación del buen objeto como parte del yo, sin el cual la vida no sería posible, es la tarea dominante en la posición depresiva.

La menor fragmentación del objeto y del yo, y conjuntamente la focalización de las ansiedades sobre los objetos buenos y malos, son pasos progresivos en la integración e implican creciente fusión de los instintos de vida y muerte con predominio del primero.

Las manifestaciones depresivas en esquizoparanoides, no son fácilmente reconocibles y su naturaleza es diferente a la observada en la enfermedad maníacodepresiva. La internalización del objeto bueno en el esquizoparanoide es menos permanente, menos estable, y no permite una suficiente identificación con él. Esto es debido a que el yo es muy débil y está sujeto a violentos procesos de splitting.

La primera razón por la cual ansiedades depresivas y culpa son difíciles de reconocer, es que la culpa del esquizoide se aplica a destruir algo bueno, y a debilitar su yo por procesos de splitting.

Otra segunda razón es que debido a la intensidad de la fragmentación y del splitting la ansiedad depresiva y culpa es vivida en partes de él mismo que son sentidas como fuera de su alcance.

La tercera razón es que en virtud de la fuerza de la identificación proyectiva, la depresión y culpa es proyectada en un objeto.

La desesperanza y culpa del esquizoide es sentirse confundido y haberse destruido en pedazos él mismo. Como una defensa contra el dolor de la integración recurre nuevamente a la fragmentación.

Héctor Garbarino.

HERBERT A. ROSENFELD. London.— Symposium Qn “Depressive illness” (Symposium sobre “Enfermedad depresiva”). VI: A note on the precipitating factor (tina nota sobre el factor precipitante). “Int. J. Psycho-Anal.”, Vol. XLI, 1960, p. 4-5.

Se refiere el autor al factor precipitante en la enfermedad depresiva que fue planteado por el Dr. Zetzel.

Freud sostuvo que la enfermedad depresiva era casi siempre provocada por una pérdida de objeto real o fantaseado, pero se planteó también la cuestión de si una injuria narcisística al yo podía por sí misma provocar depresión. Rosenfeld ha encontrado que muchos pacientes entre los 30 y 60 años de vida, entraban en depresión a causa de un sentimiento de incompletud en sus vidas, que no habían desarrollado su personalidad suficientemente. Esto significa que partes de su personalidad habían sido disociadas o negadas, mediante un mecanismo maníaco de defensa. Quiere decir, que debemos comprender la posición depresiva no sólo desde el punto de vista de las relaciones de objeto, sino también en términos de la psicología del yo, especialmente de su función sintética. La enfermedad depresiva sería la consecuencia de la convicción del paciente que partes de su personalidad habían sido definitivamente perdidas y un intento para recuperarlas.

Las depresiones severas que siguen al parto pueden explicarse de este modo, en parte. El bebé representa aspectos buenos o malos de la madre. Si representa aspectos buenos esto es absolutamente normal, pero también la madre puede sentirse vaciada de las buenas partes de su self e instalarse una depresión.

Héctor Garbarino.

ARMINDA PICHON RIVIERE.— La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva. “Rev, de Psicoanálisis”, XV, 1-2, p. 41-48.

La autora se refiere en este trabajo a la importancia que tiene la segunda mitad del primer año de vida y los comienzos del segundo. Este período se caracteriza por un aprendizaje múltiple y convergente que le permite ampliar sus adquisiciones, lo que conduce a un cambio fundamental frente al mundo externo:

el niño se pone de pie, camina, habla y se produce el destete, que es la consecuencia de un proceso de desprendimiento causado por la intensidad de la ansiedad depresiva, siendo ésta intensificada por la aparición de los dientes, los cuales son sentidos como instrumentos que hacen posible la realización de sus fantasías destructivas.

El destete, determina en el niño: 1) la necesidad de separarse de la madre para preservarla; 2) búsqueda de nuevas formas de conexión con ella, y 3) la existencia de una fase genital transitoria, previa a la anal y a la polimorfa.

Habla de la importancia de la bipedestación y de la marcha, que surgen de la necesidad del niño de separarse de la madre para no destruirla, aunque estos mismos logros sirven luego para recuperarla. El lenguaje también, al permitir la reconstrucción mágica de los objetos, sirve para elaborar la ansiedad depresiva, ya que pronunciar la primera palabra, significa para el niño, la reparación del objeto amado y odiado. Además, siente la palabra como un medio de comunicación que lo pone en contacto con el mundo.

Tomando como punto de partida los conceptos de Melanie Klein, sobre los primeros estadios del desarrollo, en especial, la posición depresiva y formación de símbolos, la autora se refiere al impacto producido por la aparición de los

dientes y su consecuencia inmediata: un incremento de la ansiedad depresiva, lo que hace comprensibles algunos de los trastornos que se presentan durante la dentición.

El niño puede verificar su capacidad de destruir con los dientes. Las cosas mordidas, sonajero, comida sólida, etc., simbolizan partes de él mismo y de la madre. El comprobar los efectos reales de su destructividad, incrementa tanto las ansiedades depresivas como las paranoides.

El desarrollo de la locomoción y el aumento de la capacidad de manipuleo y prehensión de los objetos, aunque refuerzan sus ansiedades depresivas, sirven al mismo tiempo para elaborarlas y son empleadas con el mismo significado que la marcha y el lenguaje.

Señala la importancia de la fase oral, que permite superar el trauma del nacimiento y sobrevivir. Cuando el vínculo oral con el objeto debe ser abandonado, se intenta una recuperación de este vínculo a través de los órganos genitales; este vínculo genital, apoyado en experiencias orales, hace surgir la fantasía de algo que se introduce y nutre y de una cavidad que puede recibir ese algo, creándose la equivalencia entre pecho-boca, pene-vagina. La autora postula la existencia de una fase genital transitoria, previa a la fase anal y polimorfa, basada en los hallazgos de Melanie Klein que sitúan el descubrimiento de la vagina, en la niña en esa época y la fase pasivo-femenina en el varón, en los primeros estadios del complejo de Edipo.

Estas tendencias genitales fracasan porque se estructuran sobre la base de la situación oral, cargada en ese momento, de su máxima peligrosidad. Al fracasar en su función de reconexión con el objeto, pone en actividad, por regresión, sistemas de comunicación para reestructurar el vínculo con los diferentes objetos parciales, orales, anales y genitales (fase polimorfa).

Describe una experiencia relacionada con la fase anal, que aparece en el

niño cuando se pone de pie. Mientras está acostado, la materia fecal y la orina forman un todo junto con los pañales y constituye una envoltura, pero, al ponerse de pie, se desprenden de su cuerpo y esto es sentido como una pérdida que contribuye a aumentar la ansiedad de la separación, repitiendo una situación ya vivida por él, cuando se desprenden las membranas fetales.

Habla de la importancia que tiene en este período del desarrollo, el dividir y descargar sus fantasías sobre objetos del mundo externo, que representan por identificación proyectiva, los fragmentos malos de sus objetos.

Los movimientos y los juegos son utilizados en el aprendizaje de la realidad. Cuando estas necesidades de movimiento exploración y juego, no encuentran satisfacción, aumentan sus impulsos agresivos, lo que determina un incremento de ansiedades, tanto depresivas como paranoides.

Vida M. de Prego.

MICHAEL BALINT.— New Beginning and the Paranoid and the Depressive Syndromes (El “nuevo empezar” y los síndromes paranoide y depresivo). “Int. J. Psycho-Anal.”, XXXIII, 1952, p. 214.

El trabajo, escrito en homenaje a Melanie Klein, establece una comparación entre los conceptos kleinianos y los del autor.

Parte de la experiencia clínica de una fase particular que se produce regularmente después de un largo tiempo de tratamiento, en el periodo final del análisis: se caracteriza por el deseo y la esperanza, en el paciente, de determinadas gratificaciones muy sencillas, principalmente de parte del analista. Este período plantea al analista un difícil problema técnico. Pero si consigue salvar todas sus dificultades y trampas, en una atmósfera de confianza mutua,

resulta muy productivo: permite analizar estructuras rígidas, comprenderlas y adaptarlas a la realidad, llevando a una verdadera terminación del análisis.

El autor llama ese período “nuevo empezar”, por dos motivos. El principal, psicológico, es que el paciente parece poder renunciar, en la seguridad de la transferencia analítica, a sus defensas, volver a un estado todavía sin defensas, ingenuo, pretraumático, y empezar de nuevo a amar y odiar de un modo primitivo, para llegar después a un modo maduro, bien adaptado, no neurótico. Considera que este período de amor objetal primitivo o arcaico es la fuente y el origen del desarrollo libidinal humano. Todas las formas adultas de relación objetal son compromisos entre el deseo primitivo de ese amor y la aceptación de una realidad desagradable o indiferente. El segundo motivo, adicional, proviene de la biología: los estados primitivos, indiferenciados, son más elásticos y capaces de una nueva adaptación en direcciones varias. Hay que reducir la organización diferenciada a su forma primitiva indiferenciada para que pueda desarrollarse una nueva adaptación.

¿Qué ocurre a los pacientes durante este período? Las ideas de M. Klein dan elementos para contestar.

Los pacientes se comportan frente al “nuevo empezar” con mucha circunspección. En algunos casos, nunca se puede establecer la atmósfera de confianza mutua, a pesar de esfuerzos sinceros por ambas partes. El paciente sigue “cuidándose” y no llega a sentir estos deseos primitivos como realidad actual. Son pacientes que siguen profundamente convencidos que la gente es mala, hostil, y que lo son ellos también. Su actitud recuerda lo que M. Klein describe como “posición esquizoparanoide”. Se describiría muy bien como “delirio de referencia”, porque todo es interpretado como referencia a la propia persona con un significado de falta de consideración y falta de amor. El término “paranoide” se ajusta a esa actitud, reservando los términos “persecución” y “persecutorio” para su sentido estricto.

Si los pacientes salen de este estado, el nuevo estado es descrito

adecuadamente como depresión: un sentimiento profundo de ser malo, y de no poder cambiar. Detrás se encuentra el sentimiento de una profunda y penosa herida narcisística: que no son amados por lo que son. El paciente tiene que llegar a admitir que no es realmente amable —“bueno”, en términos de M. Klein— y empieza una lucha dura y penosa para abandonar esas partes suyas no amables y no aceptables. Este período corresponde a lo que M. Klein describe como “posición depresiva” y ansiedades depresivas. Difiere de la melancolía clásica, porque su finalidad no es hacer un clivaje, sino resolverlo, y las partes contra las cuales se lucha no son rechazadas, sino objeto de duelo. El proceso ocurre simultáneamente en dos planos: en un plano narcisístico, en la mente del paciente, y en el plano de la transferencia, es decir, de la relación de objeto. Esto último sería la diferencia crucial entre los estados depresivos y la depresión terapéutica (de la cual el “nuevo empezar” es un ejemplo). Como en el estado paranoide, hay pacientes que parecen no poder recibir ayuda del analista en ese trance, y terminan su análisis con un resultado parcial.

El “nuevo empezar” significa la capacidad para una relación de objeto sin suspicacia, confiada y abandonada. Esto requiere dos condiciones: el abandono de la actitud paranoide, y la aceptación de un cierto monto de depresión como condición inevitable de la vida.

El problema que se plantea es saber si la secuencia: actitud paranoide-depresión-amor objetal arcaico, es significativa o depende de una peculiaridad de la técnica. Cronológicamente, si se acepta la concepción de M. Klein, hay que abandonar la idea del amor objetal arcaico al principio de la vida e intercalarlo entre las posiciones paranoide y depresiva por un lado y una forma ulterior de relación objetal por el otro. Argumentos en contra de esta solución son los rasgos narcisísticos (es decir, secundarios) de los síndromes paranoide y depresivo; y el destino diverso de estas tres fases en el tratamiento (con la técnica del autor): las tres tienen que ser interpretadas y elaboradas, pero mientras las actitudes paranoide y depresiva son patológicas y tienen que ser

superadas y corregidas, el amor objetal arcaico sólo tiene que ser desarrollado para que el amor objetal adulto surja de él directamente.

M. Klein ha introducido un concepto que debe fundarse sobre experiencias clínicas muy parecidas a las que llevaron a la idea de la relación de objeto primitiva: es la fantasía del “objeto idealizado”. Su descripción es muy parecida a la del objeto arcaico o primitivo. Pero el objeto idealizado es el resultado de un clivaje. Si se considera la interrelación entre el desarrollo de la relación de objeto libidinal y el desarrollo de la prueba de realidad, se puede entender que la relación de objeto primitiva requiere poca prueba de realidad, y que la experiencia de la frustración provocaría posteriormente el clivaje entre un objeto frustrador (que se desarrollaría como objeto persecutorio o depresivo) y un objeto gratificador (desarrollado después como “objeto idealizado”). El amor objetal arcaico confiado, ingenuo, podría ser considerado como la primera fase postnatal, el centro o el punto nodular a partir del cual irradian todos los desarrollos posteriores.

Si la adaptación real —la aceptación del displacer— sólo es posible cuando uno puede enfrentar la depresión sin ansiedad excesiva, la posición depresiva tiene que ser considerada como el segundo punto nodular por el cual tienen que pasar todas las líneas de desarrollo asociadas a la adaptación. La relación entre estos dos puntos nodulares —amor objetal arcaico y depresión normal— dista de ser clara. Pero parece que tienen una profunda influencia el uno sobre el otro.

No se diría lo mismo de la posición paranoide y la posición depresiva, tendría que ser considerada como más fundamental y más primitiva que la paranoide.

Madeleine Baranger.

EDWARD BIBRING.— “Mecanismo de la depresión”. (En: Ph. Greenacre: “Perturbaciones de la afectividad”, p. 11-36. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1959.)

El autor comienza con una breve reseña histórica, citando las ideas de Abraham, Freud, Rádo, Fenichel, Weiss y Jacobson, para señalar como en los dos tipos de depresión clásicos (leve, simple o neurótica, objeto-libidinal y la grave o melancólica, narcisista ambivalente) hay una pérdida de la autoestimación y un mecanismo oral-agresivo común.

La depresión es la expresión emocional de un estado de desamparo o impotencia del yo independientemente de lo que causó el colapso de los mecanismos que establecieron su autoestimación, que en general pertenecen a dos grupos de aspiraciones: ser digno y valorado, ser fuerte y poderoso y ser bueno y constructivo. Las tensiones entre estas aspiraciones cargadas narcisísticamente y la conciencia de incapacidad o desamparo (real o imaginario) de alcanzar a estas metas, origina la depresión. La depresión toma el sentido de “fracaso” cuando el miedo de ser indigno y desvalorizado parece hacerse real; toma el sentido de “víctima” cuando teme poseer un yo débil que es aplastado por las situaciones, y cuando toma conocimiento de tendencias agresivas y destructoras, toma el sentido de “ser malo”. Estos mecanismos pueden presentarse más o menos intrincados.

El mecanismo básico de la depresión resultante es el mismo y está dado por una lucha intrínseca del yo entre su autoestima y su incapacidad de vivir a la altura de sus aspiraciones (yo ideal, superyo).

En las situaciones de pérdida, la depresión se debe a la impotencia para deshacer la pérdida.

La depresión es un estado afectivo que implica desamparo e inhibición de funciones.

El autor diferencia la depresión (con autoestima perdida y herida narcisística) de la despersonalización (bloqueo agudo en status nascendi de tensiones abrumadoras) y del abatimiento (represión de deseos libidinosos porque la solución externa sustituta ofrecida está muy lejos de los fines instintivos perseguidos), los que se vinculan por ser estados afectivos con inhibición.

Para el autor, la inhibición no sería una restricción para prevenir el desarrollo de ansiedad o culpa ni un agotamiento de energías empleadas en actividades de defensa del yo, sino una incapacidad del yo para gratificar ciertos deseos. Por eso la asimila a la fatiga, en cuanto una persona fatigada carece del vigor necesario para el logro de sus propósitos.

La ansiedad es lo opuesto a la depresión como respuesta básica del yo. La ansiedad es la reacción de un yo dispuesto a sobrevivir a una situación de peligro, es la señal que lo prepara a luchar o huir. En la depresión el yo se encuentra incapaz de afrontar el peligro y el deseo de vivir es reemplazado por el de morir. La elación es una reacción básica independiente y la expresión de una realización real o imaginaria de las aspiraciones narcisísticas de la persona.

El tipo más frecuente, quizás, de predisposición a la depresión, es “el tipo oralmente dependiente” que *constantemente* necesita “abastecimientos narcisistas” del exterior. Las frustraciones tempranas originan en el niño ansiedad y furia y si son frecuentes o intensas tiene una experiencia de su debilidad e impotencia para abastecerse de provisiones vitales y es esta fijación al desamparo y no la frustración oral y la subyacente fijación, la predisposición a la depresión.

La depresión ocurre cuando, al tomar conocimiento de que no es amado ni independiente, el sujeto regresivamente evoca sentimientos de impotencia para gratificar sus necesidades narcisísticas.

Una depresión diferente ocurre en la fase sádicoanal, en la cual la depresión se refiere a la falta de control, por debilidad o impotencia del yo sobre los

impulsos, tanto libidinosos como agresivos, hacia los objetos.

En la fase fálica las aspiraciones narcisísticas se encuadran dentro de la situación edípica con rivalidad sádica y deseos de ser admirado por imágenes maternas o sustitutas. La depresión ocurre cuando el yo es muy débil para prevenir la venganza y la derrota inevitable.

El núcleo de la depresión, tanto normal como neurótica y probablemente psicótica, es la conciencia dolorosa de la impotencia del yo frente a sus aspiraciones y reactivación regresiva por fijación traumática infantil a la impotencia por su situación de real desvalidez.

La depresión representa una reacción básica a frustraciones narcisísticas cuya prevención está más allá de las fuerzas del yo, independiente de las vicisitudes de la agresión de los impulsos orales. No es una desviación de la agresión que se dirige al yo (la autoagresión es secundaria al colapso de la autoestima) ni una predisposición por fijación oral. Hay una diferencia entre el yo que se mata a sí mismo y el yo que se deja morir. Todo lo que disminuye o paraliza la autoestima del yo sin cambiar sus fines narcisistas representa un estado de depresión. Factores internos o externos, reales o simbólicos, pueden, consciente o inconscientemente, disipar sistemas de autodecepción o incrementarlos por reactivación regresiva.

Las mismas condiciones que originan la depresión pueden propender a la restitución, por superación, y por bloqueo de la emoción depresiva como en la despersonalización o por formaciones reactivas como la hipomanía. En las personas oralmente dependientes la restitución se hace por mecanismos de “incorporación” de los objetos. La depresión origina, por otra parte, ventajas secundarias derivadas de la explotación del sufrimiento para obtener “suplementos narcisistas” o activar justificadamente su agresión a objetos externos.

Al recobrase de la depresión por readquisición de la auto-estima, el yo — fuerte— libera sus impulsos agresivos hacia los objetos (manía).

Jorge Galeano Muñoz.

EDITH JACOBSON.— “Contribución a la metapsicología de la depresión
ciclotímica”. (En: Plyllis Greenacre: “Perturbaciones de la afectividad”.)

La autora ofrece en este artículo su contribución a la metapsicología de la depresión ciclotímica, siguiendo, según lo expresa, la misma orientación de algunos estudios previos. Lo que quiere hacer notar, especialmente, son las características de los ciclotímicos en el retardo psicomático: experimentada en forma diferente a la que experimentan los neuróticos depresivos, sus inhibiciones. Ellos parecen tener el conocimiento de la existencia de una cualidad somática en este fenómeno.

Jacobson considera, como problema central psicológico en la depresión, el colapso narcisístico de la persona deprimida. Para un mejor entendimiento de este problema, hace una aclaración metapsicológica del desarrollo del narcisismo secundario. De cuya discusión dice la autora: “lleva a la conclusión que la autoestima no refleja necesariamente la tensión entre el yo y el superyo. Definida de una manera general la autoestima expresa la discrepancia o el acuerdo entre el concepto anhelado del ser y las autorrepresentaciones. Los trastornos de la autoestima pueden originarse en cualquier fuente y representan una patología del yo ideal y del yo autocrítico y las funciones del superyo: por - el otro lado, una patología de las funciones del yo y de las autorrepresentaciones. Un aumento o una inhibición de descargas libidinosas o agresivas, un empobrecimiento o un enriquecimiento libidinoso del ser desde el exterior o el interior desde fuentes somáticas, psicosomáticas o psicológicas,

pueden reducir o aumentar la catexis libidinosa o agresiva de las autorrepresentaciones y llevar a fluctuaciones de la autoestima y vacilaciones afectivas correspondientes, es decir, a estados depresivos o exaltados”. Luego termina la discusión del narcisismo secundario, con comentarios sobre las relaciones entre funciones o inhibiciones del yo y la catexis de las representaciones del ser y del objeto.

Esta discusión sobre narcisismo secundario, y de las autorrepresentaciones y sus relaciones genéticas con las representaciones del objeto y con la formación del superyo, han sido expuestas por la autora para luego abordar el estudio metapsicológico de la depresión ciclotímica; haciendo, antes, una esquematización de su concepción metapsicológica de la psicosis. Dice Jacobson: “por su constitución heredada y las historias infantiles de privaciones emocionales y sobre estimulación instintual y/o frustración, estos pacientes están evidentemente predispuestos a estos procesos regresivos totales por un desarrollo detenido, o defectivo del yo y del superyo. Nos parece que el elemento central en esta predisposición es una neutralización de fuerzas libidinosas y agresivas, insuficientes para una maduración normal, para una catexis duradera de representaciones del ser y del objeto y del mantenimiento de firmes identificaciones del yo y del superyo. En la personalidad prepsicótica las autorrepresentaciones y las del objeto y el yo ideal no serán separadas rigurosamente; ellas retendrán atributos de autoimágenes infantiles y de imágenes infantiles del objeto, y serán los portadores de valores primitivos infantiles como los descritos en la primera parte de este trabajo. El superyo no será un sistema firmemente integrado. Estará personificado, inestable en sus funciones, y tenderá ya sea a asumir control excesivo del yo o ya a desintegrarse, disolverse y a surgir con las autorrepresentaciones y las del objeto. Será fácilmente proyectado sobre el mundo exterior

Luego, pasa a estudiar los fenómenos puntualizados anteriormente, en la forma que aparecen en la personalidad maníacodepresiva. Para ello escogió como punto de partida un caso, cuya estructura de la personalidad y del desarrollo del conflicto depresivo y de la defensa y los mecanismos de restitución, se ven en un sueño de este paciente, que estaba en el principio de una depresión. De su análisis se encuentra lo que se considera una característica de estos pacientes: la separación insuficiente entre las representaciones del objeto de amor y las autorrepresentaciones, la falta de límites netos entre ellos, que explican la fuerte fijación del paciente hacia los objetos de amor paternos. Por último, en el esquema de este trabajo, la autora expone como problemas que ha tratado de explorar, los siguientes: “dónde, en la depresión psicótica, estas funciones, es decir, introyecciones, se llevan a cabo desde el punto de vista estructural y qué significan con respecto a la desintegración de los sistemas del yo y del superyo. Esto es por lo cual quisimos concentrarnos en los aspectos siguientes: el concepto de las autorrepresentaciones y su importancia para el entendimiento del tipo depresivo de identificación, las fluctuaciones y cambios catárticos de las autorrepresentaciones hacia las representaciones de objeto y viceversa, y las funciones entre sí; la lucha del maníacodepresivo para mantener y recobrar su posición de participación en la fuerza de su objeto de amor durante el período depresivo; y finalmente, la formación sintomática melancólica como una expresión de sus -últimos y fracasados esfuerzos de restitución de un objeto de amor poderoso en el superyo”.

Martha Lacava Meharu.

ELIZABETH ROSENBERG ZETZEL.— “La posición depresiva”. -. (En: Phyllis Greenacre: “Perturbaciones de la afectividad”.

Trad. Alfonso Madrazo. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1959.)

Este trabajo constituye un ensayo de evaluación crítica de la obra de Melanie Klein, focalizado esencialmente sobre su concepto de la posición depresiva.

Formula, primero, las tres premisas que le parecen básicas en la construcción teórica kleiniana: la existencia de una vida de fantasía compleja e innata en el lactante; la existencia de un instinto primario de muerte; la introyección y la proyección como mecanismos primarios de la vida psíquica. Se plantea dos problemas principales: ¿en qué medida depende el concepto de la posición depresiva de las otras premisas e hipótesis formuladas por M. Klein?, y: si las críticas hechas por otros autores a estas teorías invalidan necesariamente el concepto de la posición depresiva.

En cuanto al primer punto, la autora estima que no es imprescindible aceptar o rechazar la construcción kleiniana como una totalidad. Menciona y acepta las críticas de Bibring sobre el contenido edípico específico de los conflictos y fantasías durante el primer año de vida, *las* de Glover sobre la acentuación de los instintos agresivos y la definición kleiniana de la fantasía, pero no piensa que estos argumentos invaliden necesariamente la posición depresiva. (Haríamos notar aquí que la definición que da la autora de este concepto difiere sustancialmente de la definición de Klein, limitando así su aceptación de la posición depresiva.) Critica también el relativo abandono del concepto de narcisismo primario por M. Klein. Pasa entonces a discutir la concepción kleiniana del superyo precoz, comparándola con la de Edith Jacobson: ¿cómo conciliar la idea clásica de que el superyo es el heredero del complejo de Edipo con las características pregenitales del superyo depresivo?

Dos soluciones se presentan: o existe un superyo pregenital (M. Klein) o el

superyo genital se carga regresivamente de caracteres pregenitales (Edith Jacobson), reactivando introyecciones pertenecientes a períodos más tempranos.

En la segunda parte del trabajo, la autora se pregunta si la posición depresiva puede considerarse, como lo hace M. Klein, como un fenómeno normal en la vida infantil.

Klein admite que las diferencias entre depresión y melancolía son de grado, no de esencia. Al contrario, la autora estima que existen entre ambas afecciones una diferencia esencial debida en parte a factores constitucionales. Rechaza la idea kleiniana de una fase universal de la vida infantil que diera lugar tanto a la melancolía como a las depresiones y a los fenómenos de duelo. Sin embargo, reconoce el carácter ambivalente de las primeras relaciones de objeto, y la propensión de los infantes a reaccionar por sentimientos depresivos cuando llegan a constituir un objeto total. Sugiere reemplazar el término de “posición depresiva”, que le parece “infortunado”, por el de “vulnerabilidad depresiva

En conclusión, considera las hipótesis de Melanie Klein como “dinámicas y estimulantes”, pero “no comprobadas”.

Willy Baranger.

GEORGE GERO.— “Un equivalente de la depresión: La anorexia”. (En: Phyllis Greenacre: “Perturbaciones de la afectividad”.)

George Gero comienza este capítulo tratando de aclarar el título del mismo, diciendo que a iguales condiciones neuróticas con rasgos esenciales de depresión, corresponden diferentes síntomas, y que, justamente, el estudio comparativo de éstos nos daría elementos para aclarar la elección de síntomas.

Va a estudiar un caso de anorexia severa por considerar poco frecuente este síntoma en relación con situaciones depresivas de base. Destaca que, sin

embargo, son frecuentes otros síntomas relacionados a la ingestión de alimentos en los deprimidos.

Pasa luego a describir el caso clínico que utiliza como base de este trabajo. Era una mujer cuya anorexia la llevaba por períodos a un estado esquelético extremo. Tenía además otros síntomas fóbicos que le impedían su buena actuación en la vida social.

Tenía dos preocupaciones fundamentales: su anorexia; y su cuerpo, su delgadez; se consideraba “tan infantil y tan delgada que casi no tenía cuerpo”.

En los sueños expresaba fantasías de avidez canibalísticas y coprofilia: estaba en banquetes y comía grandes cantidades de comidas que se transformaban en niños o eran cosas de un basurero.

Estaba insatisfecha con su vida porque a pesar de que tenía éxito en sus negocios y era apreciada por *sus amigos*, se sentía aislada y sola; le costaba establecer relaciones con hombres. A pesar de que sus quejas eran basadas en hechos reales, Gero destaca que había en su forma de expresarlo una actitud de autoindulgencia con su sufrimiento, lo que habla de un claro masoquismo.

Había tenido una mala relación con su madre. A la edad de cinco años nació un hermano que la madre deseaba mucho, dado que eran dos niñas. En esta época surgen los trastornos alimenticios.

En el curso del tratamiento se vio la relación de su reacción espástica de su digestivo frente a la comida, con la *misma* reacción de su genital frente al pene. Era mantener el pene fuera y no comerlo. Por otra parte, comer era ser grande, ser la madre y cumplir con su función femenina, pero masoquísticamente.

Trajo este caso para hacer un estudio comparativo entre anorexia y depresión. Subraya el concepto de E. Bibring de que el sentimiento de impotencia para traer nuevamente el objeto perdido, es la esencia de la depresión. En la paciente estudiada, su tristeza estaba basada en el sentimiento de que nadie la iba a querer, pero que ocultaba su temor a la relación con los hombres. Se vio, a través de la transferencia, que temía por ella misma,

viéndose claramente, cómo repetía la desilusión por la pérdida de su padre. El aspecto negativo de su cuerpo era comparado con el de la madre. Al mismo tiempo dividía el cuerpo de la madre en uno mágico, capaz de crear, y por otra parte, feo y despreciado.

Hay, como se ve, una evidente relación entre conflictos orales y edípicos. Surgieron durante su análisis fantasías masturbatorias de morder y destruir el pene, como reacción a su deseo masoquista de ser destrozada genitalmente por un hombre.

Saca de estas observaciones, como conclusión, una diferencia con Abraham, con respecto al punto de fijación oral y la significación de la depresión y la melancolía. Gero ve una coexistencia de elementos orales; es decir, no sólo sádicos, sino libidinosos; y que el impulso de incorporación no es necesariamente hostil, puede estar determinado por la necesidad de fundirse afectivamente con el objeto. La diferencia entre incorporación total y parcial no tiene la importancia que le atribuía Abraham. En la paciente descrita no se encontraron tendencias a morder en su infancia, sus tendencias oral-sádicas, se establecieron en relación a fantasías de ataque al cuerpo de la madre con un fuerte contenido libidinal.

Diagnostica a su paciente como perteneciendo al grupo de trastornos de carácter depresivo (de acuerdo a las recientes teorías) y como tal aparecen sus autoacusaciones con una estructura diferente a las otras entidades clínicas de la depresión. Es de mucha importancia en esto la actuación del superyo. En este caso el superyo reprime los impulsos libidinales para evitar amar y ser amada, y luego el yo reclama consuelo por esto.

Por último discute la cronología de la formación de la estructura patológica. Por un lado, la paciente, la ubicaba a los cinco años (nacimiento del hermano). En los sueños aparecían los impulsos sádicos dirigidos al cuerpo de la madre en una etapa preedípica. Pero, por otro lado, la idea de destrozarse algo de dentro del cuerpo de la madre y comérselo, está en relación a la envidia del pene. En todos

los sujetos deprimidos, como en el presente caso, hay una gran conexión entre ansiedad de separación y ansiedad de castración. Otra característica de estos casos, es que el proceso patológico se mueve hacia adelante y hacia atrás; es decir, que fases posteriores influyen en las anteriores en la misma forma que éstas contribuyen en la formación de las que le siguen.

Los conflictos orales influyen y determinan la severidad del superyo; también el masoquismo tiene un papel importante en la formación severa del superyo; como ocurre por otra parte en los deprimidos. Destaca su concepto de que el masoquismo tiene su origen independiente: “no es meramente el retorno del sadismo hacia el interior”.

Mercedes F. de Garbarino.

JOHN BOWLBY.— Processes of mourning (Procesos del duelo). “Int. Jour. of Psa.”, Vol. XLII, parts 4-5, 1961.

En este denso y elaborado trabajo, el autor acepta como definición del duelo: “los procesos psicológicos puestos en marcha por la pérdida de un objeto amado, y que llevan comúnmente a su abandono”. El autor centraliza su estudio sobre los puntos siguientes: 1) La naturaleza de los procesos involucrados en el duelo normal. Discrimina tres etapas principales en el proceso del duelo, sobre las cuales volveremos más adelante. El estudio de estas tres etapas constituye el propósito principal del trabajo. 2) ¿Cómo dar cuenta del carácter extremadamente penoso del duelo? Se oponen aquí dos enfoques psicoanalíticos: el primero atribuye este carácter al sufrimiento persistente por la pérdida del objeto; el segundo (Melanie Klein) insiste sobre el sentimiento de culpa y el temor a la venganza del objeto. El autor se adhiere a la primera de estas posiciones. 3) La relación entre el duelo y la angustia. El autor acepta la

idea que el prototipo de la angustia es la reacción del niño frente a la ausencia temporaria de la madre, y que el prototipo del duelo es la reacción del niño frente a una ausencia de la madre que se vive como definitiva. 4) ¿Cuáles son las motivaciones presentes en el duelo? Lo esencial parece ser la necesidad de recuperar el objeto: el duelo es “un desesperado grito de amor”. Aquí también el autor se opone radicalmente a las conclusiones de Melanie Klein. 5) El papel de la ira y del odio en el duelo. El autor admite (en contradicción con Freud) que la ira contra el objeto de amor es inevitable y universal, y que, por consiguiente, la ambivalencia es parte integrante del duelo normal. 6) La diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico. La solución del problema debe buscarse en una fijación a la primera de las fases que se describen más abajo. 7) ¿En qué nivel del desarrollo y mediante qué procesos llega el individuo a un estado que le permita después responder a la pérdida en forma adecuada? El autor rechaza aquí el concepto kleiniano de la “posición depresiva”, y admite que la capacidad de tolerar la pérdida se va creando en todo el curso del desarrollo. Parece así suponer que, en la perspectiva kleiniana, la posición depresiva se supera una vez por todas durante el primer año de vida (a pesar de las indicaciones de Klein en sentido contrario).

Sigue el trabajo con el examen de diversas contribuciones al estudio del duelo: las de Freud, Melanie Klein, Lindemann, Edith Jacobson.

El autor pasa entonces a examinar las conductas de duelo en los animales, encontrando que se observan en ellos las conductas características destinadas a recuperar el objeto, las conductas de retraimiento y de odio para con el objeto, faltando quizá la capacidad de identificarse con el objeto perdido para que el duelo sea en todo aspecto semejante en el animal y en el hombre.

El aporte más original del trabajo es sin duda la descripción de las tres fases del proceso normal del duelo. Este empieza por un período de intentos desesperados de recuperar el objeto, sigue por un período de apatía y de desorganización del comportamiento, y termina con el establecimiento de una

nueva organización más o menos estable.

La primera fase: Todo duelo comienza por una no-aceptación de la desaparición o de la muerte del objeto, y por un esfuerzo del yo para reunirse con su objeto. Se sigue actuando como si la persona perdida estuviera presente, lo que se puede observar en la producción de pensamientos, fantasías, sueños, donde el objeto aparece como si todavía estuviera vivo y accesible, como si la pérdida no hubiera tenido lugar. En este contexto, el llanto que acompaña el duelo debe ser entendido como una reacción adaptativa destinada a y filogenéticamente a provocar en forma mágica la reaparición del objeto. Estas reacciones se acompañan de cólera contra el objeto muerto o desaparecido. Esto es también una reacción adaptativa (desde luego de carácter mágico) destinada a prevenir toda recidiva del objeto en el abandono. La ira se manifiesta también hacia las personas que ofrecen consuelos, porque tienden a hacer aceptar el duelo, en vez de devolver lo perdido. En resumen, nuestra primera defensa frente a la pérdida es un poderoso mecanismo de negación, y aceptamos la pérdida del objeto tan sólo en una capa superficial de nosotros mismos. Al mismo tiempo, acusamos el golpe y recurrimos a técnicas mágicas (fantasía, ira, llanto) para recuperar el objeto en un proceso de regresión. La primera fase del duelo nos lleva a un estado donde tratamos al objeto perdido en forma doble y contradictoria, como un muerto al cual tenemos que renunciar, y como un vivo con quien nos queremos reunir.

Fase de depresión o desorganización: Esta fase comienza cuando, impulsados por el fracaso de nuestros esfuerzos para mantener al objeto vivo, renunciamos a ello y nos sumimos en la desesperación. Se experimenta entonces la pérdida de fines en el mundo externo y de direcciones en el mundo interno, de donde una vivencia de desorientación y de apatía. La inactividad de la persona en duelo corresponde a las dos primeras fases: en la primera, porque tiene una tarea imposible, en la segunda, porque ya no

tiene más tarea alguna. Sin embargo, esta segunda fase aparece como adaptativa: la desorganización es necesaria si se quiere proceder a una reorganización.

Fase de reorganización: Aquí se produce el abandono real del objeto. El proceso esencial de este tercer período es la discriminación entre los patrones de conducta que deben ser claramente abandonados y los que pueden ser razonablemente mantenidos. Por ejemplo, se abandonan costumbres caseras que tienen su sentido sólo si el objeto es físicamente presente, pero se pueden mantener valores o perseguir fines que han sido desarrollados en relación con la persona perdida, y pueden seguir valerosos después de su muerte. El objeto perdido no es por lo tanto abandonado al principio en forma total, y lo es paulatinamente con el tiempo. Pero una cierta barrera existe entre los sistemas de respuesta instintivos y el objeto perdido mismo.

Es lo que se pudo observar en casos de mujeres cuyos esposos fueron erróneamente declarados como muertos en combate y reaparecieron después de un prolongado tiempo de “viudez”. En todos los casos hubo una marcada dificultad en retomar contacto con el objeto perdido, siendo a menudo imposible rehacer el matrimonio. Esta fase lleva a una reorganización de la conducta en relación con nuevos objetos y nuevos fines distintos de los que se han perdido.

Willy Baranger.

G. H. POLLOCK.— Mourning and adaptation (Duelo y adaptación). “The International Journal of Psycho-Analysis”, Vol. XLII, July-October, 1961.

El autor enfoca el duelo como un proceso tendiente a mantener el equilibrio psíquico (interno), desajustado por una alteración sobrevenida en el medio exterior. Señala que ya Freud había enfatizado, desde un primer trabajo con

Breuer hasta en “Más allá del principio del placer”, el postulado de la constancia de excitación que, en el campo de la Psicología, respondía a la constancia del medio interno que C. Bernard introdujo en el terreno físico químico. Una de las características más fundamentales de los organismos vivos es su capacidad para las respuestas adaptativas que le permitan mantener el equilibrio con el ambiente. Por supuesto que esas funciones son el producto de una larga evolución filogenética. Así, el autor, partiendo de lo establecido por Freud acerca de los dos principios que regulan la actividad mental, señala que, en las especies inferiores al hombre y en el niño, los procesos adaptativos se canalizan según el principio del placer, en tanto que en el hombre maduro, con un yo más integrado, aquéllos funcionan de acuerdo al principio de realidad, utilizando procesos más complicados que la simple descarga motriz, como son los pensamientos, con la representación interna de los objetos, y la memoria.

De esto se deduce que la adaptación psicológica puede ocurrir en planos distintos y adquiere un significado, tanto filogenético como ontogénico, de importancia. En el duelo, lo que pone en marcha el proceso que permite al organismo adaptarse a la nueva situación, es la pérdida de una relación objetal por desaparición del objeto. En algunos animales y en el niño pequeño donde puede ser fácil la sustitución del objeto perdido, la tarea de adaptación se cumple, en general, sin grandes dificultades. Pero cuando dicho objeto tiene un significado más pleno y rico como sucede en el humano adulto, el proceso es más largo, más penoso y más complicado.

Pollock divide este proceso en tres etapas: 19) el shock; 29) la reacción de dolor, de' pena; 30) la reacción a *la* separación.

El shock se vincula a la toma de conciencia, por parte del sujeto, de la desaparición del objeto: éste ya dejó de existir en el tiempo y en el espacio. El brusco desequilibrio que esta situación implica, puede llevar hasta el pánico (que se manifiesta en gritos, alaridos, etc.) o traducirse por un verdadero colapso psicomotor. “La conducta en este shock, dice el autor, indica una regresión

aguda a un nivel temprano de organización del yo” y agrega más adelante “el yo está narcisísticamente inmovilizado.”

Esta reacción de shock es tanto más intensa cuanto mayor es la brusquedad o el carácter repentino de la muerte del objeto. Cuando esta última sobreviene al cabo de una larga enfermedad, la respuesta varía en intensidad, aunque, desde luego, el shock siempre se produce. Muchas veces puede, incluso, anticiparse a la muerte, como ocurre en aquellos casos donde el deceso tiene lugar luego de una dolencia fatal, el yo, entonces, puede reaccionar más gradualmente y cuando se produce la muerte, la mayor parte del trabajo de adaptación ya ha sido realizada.

La segunda etapa del duelo, que sucede al shock, la constituye la reacción de la pena. Esta puede manifestarse en forma muy ruidosa con la aparición de múltiples formas de expresión no verbales (llanto, gritos, gemidos, etc.) que en última instancia, traducen el dolor provocado por la pérdida (reconocida como definitiva) del objeto. En un primer momento ese dolor puede ser la expresión de las catexis no liberadas o no descargadas por ausencia del objeto: todo esto sucede en el plano del principio del placer. A medida que el yo se integra y entra en juego el principio de realidad, los procesos que se movilizan dan como resultado la disminución o desaparición del dolor.

La tercera y última etapa es la de la reacción de separación. Es aquí, especialmente, donde la existencia de conflictos intrapsíquicos aún sin resolver, interfieren en el desarrollo normal del duelo, dando lugar a diversas manifestaciones patológicas. Así, por ejemplo, la ausencia de un verdadero penar, como si la desaparición del objeto no hubiera sucedido. Hay en estos casos una incapacidad del yo para reconocer la ausencia definitiva del objeto. Este último puede mantenerse bajo la forma de un objeto interno con el que el paciente mantiene un diálogo, más o menos vivo, del cual le es imposible desprenderse, por lo penoso, y que configura una negación de la realidad. Esta situación se produce cuando, debido a una pobre integración del yo, la

representación interna del objeto, sobrecargada ahora como consecuencia de la pérdida del objeto real, puede ser proyectada alucinatoriamente. El autor vincula estas vicisitudes a los procesos de introyección y asimilación o identificación. En una relación objetal normal, con una buena y total asimilación, el proceso de duelo termina espontáneamente y es de corta duración. Lo que se encuentra en el fondo de la negación de la muerte del objeto externo, es siempre la presencia de su representación interna encapsulada, con la que se mantienen las mismas relaciones, lo cual conduce a que se perpetúe también como objeto externo. Señala el autor, que el dolor, como reacción a la pérdida del objeto, y la ansiedad, como reacción a la amenaza de una separación permanente, tal como lo formular a Freud, no se excluyen necesariamente. La muerte del objeto provoca dolor y ansiedad porque una parte del yo, que no puede aceptar la realidad de la pérdida, sigue viviendo esa situación como una amenaza de pérdida y de ahí la ansiedad; en tanto que otra parte del yo, que regresa al plano operacional del principio del placer, experimenta dolor debido a la ausencia del objeto. Otro elemento que integra muy a menudo la reacción de separación, es la rabia, que expresa el grado más o menos vivo de frustración, experimentado por el sujeto ante el abandono. Dirigida directamente al objeto es típicamente una modalidad infantil; pero en los adultos suele desplazarse hacia otros: por ejemplo, los médicos, el personal hospitalario, el empresario de pompas fúnebres, etc.

En los procesos de duelo prolongado, la rabia, fusionada con el pesar, puede manifestarse a través de verdaderos rituales de expiación y culpa. Para Pollock, la ira indica que la pérdida es reconocida como real, y significa un intento del yo para dominar

el shock, el pánico y la aflicción; y por esta razón la considera como de naturaleza narcisística. La ansiedad por la separación puede manifestarse de muchas maneras. Así, algunas personas experimentan una particular resistencia a alejarse del cadáver y luego del sepulcro: tienen a veces la impresión de que el

muerto aún respira y ejecuta ciertos movimientos. A esta actitud responde también la conducta asumida por los deudos, de conservar intactas las pertenencias del difunto, tal como existían al enfermarse, como si este último estuviera siempre presente.

Como lo indica Freud, la tarea fundamental del duelo es la liberación de las catexis del objeto interno y su utilización para cargar nuevos objetos. Este proceso puede detenerse en distintos niveles o proseguir exitosamente hasta su liquidación. Paulatinamente se pasa de lo que Pollock considera la etapa aguda del duelo (shock, aflicción, dolor, reacción a la separación y el comienzo de la liberación de catexis junto con el reconocimiento de la pérdida del objeto), a la fase crónica, durante la cual se establece el proceso de adaptación a las nuevas condiciones ofrecidas por el ambiente; proceso que el autor estima característico del ser humano. y que implica la diferenciación intrapsíquica y la representación del objeto; la memoria y los procesos secundarios del pensamiento acordes con el principio de realidad.

Finalmente, el autor hace referencia a las respuestas de las especies inferiores al hombre ante la muerte. Como lo señalamos al principio, en términos generales, dichas respuestas se limitan a la fase preliminar o aguda del duelo.

Rodolfo Agorio.

DANIEL W. BADAL.— The repetitive cycle in depression. “The International Journal of Psycho-Analysis”, Vol. XLIII, pp. 133-141, 1962.

El autor resume en este artículo el tratamiento psicoanalítico de una paciente que sufría de episodios depresivos anuales, entremezclados

ocasionalmente con estados hipomaníacos de intensidad media.

Este tipo de esquema repetitivo, común en las depresiones, no ha sido hasta ahora explicado satisfactoriamente, debido a que la mayoría de los autores refieren sólo episodios aislados. En este caso, el tratamiento, que tuvo una duración total de siete años, pudo continuarse aun durante los períodos de gran depresión.

Diagnóstico e historia.— Ruth W., de 26 años de edad, sufría desde años atrás de episodios depresivos que se repetían casi todos los años. En dos ocasiones había sido tratada con electroshock con mejoría temporaria. Entre los estados depresivos, se intercalaban, además, en forma bastante regular, períodos de hipomanía, durante los cuales la enferma intentaba abandonar el tratamiento, se endeudaba o entraba en aventuras amorosas. En un período de relativo equilibrio mental había contraído matrimonio, pero después de varios meses y en ocasión de una depresión, *se* había separado del esposo, regresando al hogar para ser cuidada por una hermana casada.

La historia de su vida anterior señalaba una notoria falta de sociabilidad. El hermano, dos años mayor, era considerado por la enferma como el más feliz, porque “éste es el mundo de los hombres”. La hermana, un año menor, había sido favorecida por su madre por tener un defecto físico (estrabismo). El padre, gran lector, gustaba discutir de política. Trabajaba intensamente como sastre, pero con poco éxito económico. La hostilidad y frustración de la paciente estaban dirigidas fundamentalmente hacia su padre y hermano. La aparente indiferencia de su padre era una fuente de hostilidad e ira de la paciente que tenía además una fantasía de independencia frente a su padre, no concordante con los hechos reales.

La madre, enferma cardíaca crónica, no pudo dar a sus hijos mucho amor e interés. La paciente siempre sintió que la madre daba poca importancia a sus propios hijos. La madre de Ruth, murió cuando ésta tenía 13 años.

Durante la adolescencia Ruth se inclinó hacia los libros en forma muy

acentuada, pero esto le exigía un gran esfuerzo. También tenía aspiraciones teatrales (deseaba ser como Sarah Bernhardt), pero sus ensayos en este sentido la dejaban exhausta. No existía en su vida una dirección heterosexual clara y no había dejado mucho tiempo para los hombres. También en la adolescencia se había vendado los senos para evitar parecer mujer. Entre los recuerdos infantiles estaba el de la enuresis de su hermana. La paciente recordaba el olor a orina las dos niñas dormían juntas a los pies de la cama del hermano.) asociado al recuerdo de los pies de su hermano, a su olor, y a la fantasía de morder sus dedos. Asociaba los hombres con la suciedad y con la visión sucia del sexo. El papel de la mujer era, además, para ella, ignominioso y peligroso. Tenía la fantasía que el padre había matado a la madre permitiéndole deshacerse trabajando. También manifestó la fantasía que el padre le había sacado el pene a la madre.

Estadios iniciales del tratamiento.— Ruth llegó al análisis a la edad de 26 años. Seis meses antes había tenido que interrumpir el tratamiento, iniciado con otro analista, por una intensa depresión. Al comienzo se presentaba muy deprimida y con apariencia de *abandono* físico. Manifestaba intensa hostilidad contra su esposo, que luego dirigió hacia los demás: padre, madre, hermana y a su analista anterior. Expresaba, además, que mientras se había mantenido lejos de los hombres, había marchado bien.

Se divorció poco tiempo después. Se fue deprimiendo progresivamente al punto que la familia, por consejo del analista, la internó en el hospital donde había sido tratada dos años antes. Allí se le trató con electroshock. Después de este tratamiento, volvió al análisis, sintiéndose, según sus expresiones, “90 % mejor”. Tenía evidentemente menos tensión y depresión, pero persistían las mismas ideas anteriores, las quejas de su padre y de su trágica infancia, etc. Pocos meses después volvió a deprimirse en forma todavía más intensa. Se hizo evidente, a esta altura del análisis, que se trataba de una paciente con un ego débil. El espacio de tiempo entre las depresiones, en general de pocos meses, no

permitía realizar progresos a través del análisis. Aún en los períodos libres tenía un juicio pobre y todo lo que hacía era un “acting out” de sus fantasías inconscientes. Todas las dificultades en esos períodos se externalizaban y proyectaban en otros, como una defensa hermética. La única salida posible era continuar el análisis en el período de depresión. Con el tratamiento se había hecho más accesible durante el ataque y sus pensamientos se expresaban fácilmente. Se arregló, entonces, que fuera admitida en el hospital, ya que la depresión hacía necesario que otros se ocuparan de su cuidado. En el comienzo las sesiones consistieron simplemente en escuchar el diluvio de su ira y cólera por las privaciones de la infancia, reales o fantaseadas. Luego, con el incremento del número de horas (tres a cinco semanales) y a medida que avanzaba el análisis, se vio que la razón de su hostilidad estaba en que el analista le había permitido entrar en relaciones amorosas con un hombre y lastimarse. Por primera vez pareció posible poner algún orden en el caos, a medida que la paciente mostraba signos de una transferencia positiva. Después de una semana mejoró lo suficiente como para dejar el hospital e ir a vivir a casa de su hermana.

El problema de la repetición.— A pesar de los progresos realizados en el análisis, se vio, después de un tratamiento de dos años y medio, que la naturaleza cíclica de la enfermedad no había cambiado y la enferma continuó deprimiéndose anualmente durante cuatro años más. Estos episodios requirieron hospitalizaciones por períodos hasta de tres meses, durante los cuales se proseguía el análisis. La intensidad de la depresión, aunque era lo suficientemente intensa como para inmovilizarla casi completamente, no le impedía hablar durante las horas analíticas y gritar su dolor e ira cuando en su desesperación localizaba la agresión en el analista. El material que traía en esos períodos cambió gradualmente bajo la influencia del análisis, pero solamente después que sus defensas fueron traídas una y otra vez a la conciencia. Esas defensas eran fundamentalmente: 1) proyecciones, 2) “acting out” de las

fantasías, 3) regresión.

Manejo del “acting out”.— Cuando la enferma ingresó al hospital y se impidió el “acting out”, se logró un progreso importante, ya que muchas fantasías que la hubieran hecho actuar fuera del hospital, se manifestaron sólo en esta forma.

Su retiro al hospital pudo ser analizado como una repetición de un estímulo de la cama de su hermana, y de las ocasiones en que se encontraba mojada por la orina de aquélla, que aparentemente despertaron deseos sexuales que ahora volvían en su depresión. También fue posible reconstruir situaciones más tempranas, cuando su ansiedad comenzó. Su subsiguiente vuelta a la hermana era una tentativa para consolarse.

Su curiosidad sexual y ansiedad sobre el papel femenino comenzaron en la temprana niñez. A menudo sabía cuándo sus padres tenían relaciones sexuales. Conocía la enfermedad de la madre y las riñas de sus padres y se preguntaba cómo podían tener relaciones sobre esas bases. Le era imposible identificarse con la madre enferma sin una extrema ansiedad. El papel femenino estaba definitivamente fuera. El refugio de la cama de su hermana fue de gran alivio entonces. Un esquema repetitivo estableció que se hizo el mecanismo por el cual ella escapaba de las heridas y frustraciones, retrayéndose en la cálida intimidad física de su hermana.

A medida que las represiones disminuyeron y la depresión fue suprimida como defensa, se hizo manifiesto que la paciente había tenido una seria desorganización en el control del ego y dirección de los impulsos pregenitales.

También el análisis permitió ver con claridad las causas de las dificultades de la enferma en el trabajo y con el dinero.

Factores económicos.— En esta observación, la cantidad de energía distribuida en las funciones pregenitales y en las zonas corporales era muy grande. En las etapas iniciales de cada depresión, existía una intensa excitación oral. Luego, a medida que la depresión se intensificaba, el cuerpo entero se

cargaba de excitación. El alejamiento social de la paciente era, por fin, seguido de la conciencia narcisística del self. Muy poca libido quedaba *así* para investir objetos externos. *Durante* el periodo de mejoría la cantidad de libido investida en el analista aumentó gradualmente y en la misma forma el mundo externo que aquél representaba. Pero esta constelación es todavía frágil en la paciente, ya que su amor a su propia femineidad todavía depende mucho de cómo es querida por otros. Será necesario remover en el análisis el odio para la parte femenina de ella y para el responsable del estado de castración de la mujer, fundamentalmente el padre. El gran problema en la terapia de los deprimidos es hasta dónde, ese gran odio, tan extendido en todas las relaciones objetales, puede ser disminuido.

Si bien el autor señala en el trabajo las variadas defensas de la paciente, advierte que el núcleo, el Edipo negativo, aún queda.

Problema de técnica.— El autor indica que no se aplica un psicoanálisis “standard” cuando el analista se ve forzado a intervenir en la vida del paciente en la medida de tomar decisiones por él: por ejemplo, en este caso hospitalizarlo o insistir en la continuación del tratamiento cuando en la etapa hipomaníaca quiere interrumpirlo. Pero esta diferencia fue lo que hizo aquí posible continuar el tratamiento durante un largo período y lograr considerable ayuda.

El concepto de Eissler y la formulación de un parámetro de una técnica es señalado así: . . . si es para llenar las condiciones que son fundamentales en psicoanálisis: 1) un parámetro debe ser introducido solamente cuando está probado que la técnica básica modelo no es suficiente; 2) el parámetro no debe pasar el mínimo inevitable; 3) un parámetro se usa solamente cuando finalmente lleva a su propia autoeliminación.

Las condiciones 1 y 2 fueron cumplidas en este caso, pero la tercera no lo está porque la transferencia no está aún totalmente resuelta y comprendida. Sin embargo, gran parte de la autoridad requerida al analista ha sido tomada por el propio ego de la paciente, parcialmente por identificación y parcialmente

gracias a los cambios hechos posibles por el análisis.

El autor se extiende luego en el problema del diagnóstico nosológico, haciendo consideraciones sobre las depresiones neuróticas y psicóticas. La depresión y manía han sido extensamente estudiadas psicoanalíticamente, especialmente el ataque individual, el carácter depresivo y las fuerzas libidinales. Cita los trabajos de Abraham (1912), de Freud (1917), de Rádo (1928), etc. Los progresos en el conocimiento de la enfermedad depresiva son, en cierta extensión, una amplificación del trabajo original de Freud sobre la naturaleza de las relaciones objetales en esta situación, donde no se observan verdaderas identificaciones, sino introyecciones de objetos ambivalentes. Este proceso tiene su punto de partida en las frustraciones ocurridas en el estadio oral del desarrollo, de tal modo que la etapa posterior genital se ve grandemente comprometida. Bychowski, más recientemente, describe el estado crónico depresivo como un estado límite, con el peligro siempre inminente de entrar en la depresión franca, a semejanza del mecanismo de la esquizofrenia latente, que puede ir a un estado prepsicótico o psicótico.

Conclusión.— La paciente había vivido la vida entera bajo la influencia de una constelación de fantasías inconscientes sobre un tema central: 1) nadie la había querido realmente; 2) la mujer es un ser desvalorizado; 3) el mundo es de los hombres. Una formación reactiva de ambiciones en desacuerdo con la realidad, dominó su adolescencia y una irrupción de estas ideas en la conciencia caracterizaba sus depresiones. En los períodos de excitación trataba de mantener sus fantasías por medio del “acting out”. El cuadro representa un estado crónico de insatisfacción dentro de la personalidad, muy característico de esta clase de pacientes, tanto en la depresión aguda como entre los episodios depresivos. En la depresión misma el ciclo entero parecía ser como un brote de varios meses de duración. Cuando llegaba al agotamiento y había desahogado su cólera hacia las figuras parentales, en el ambiente, la crisis lentamente se calmaba. Pero debido a la naturaleza crónica de insatisfacción de su situación interna (los deseos

orales) podía entrar nuevamente _ en la depresión en cuanto comenzara a sentir la insatisfacción más profundamente. En los intervalos podía mantenerse en un estado de satisfacción superficial sin deprimirse, gracias a cada nueva cosa que captara su interés y entusiasmo (un nuevo trabajo, un nuevo amigo, un nuevo apartamento, etc.), hasta que el nuevo objeto comenzara a originarle dificultades, y apareciera la frustración, surgiendo la cólera y el dolor, y resultando finalmente la depresión. La única posibilidad de llegar a una vida normal está en sobrepasar el complejo de Edipo negativo lo que le permitirá aceptar a su marido y a su hijo y a ella misma como mujer.

El ciclo anual de tres o cuatro meses en la depresión y tres o cuatro meses fuera, es típico de un grupo de pacientes que son fuente de gran dificultad para el terapeuta que ve a un paciente que creía curado, caer nuevamente enfermo bajo la influencia de un proceso interno que ni él ni el paciente pueden controlar. Este ciclo se ha modificado en los dos últimos años del análisis de esta enferma y parece interrumpido actualmente desde su segundo casamiento con un hombre que está definitivamente en un papel de madre. La paciente tuvo dos episodios depresivos _ en los cinco años posteriores a la terminación de la fase continua del análisis, pero no requirieron hospitalización y no la incapacitaron mucho. En el segundo, la llevaron nuevamente al análisis que en pocas semanas controló los síntomas depresivos.

El terapeuta continuó viéndola cada seis meses (después de la finalización del tratamiento Y, porque en tales pacientes existe siempre el peligro de que puedan deprimirse nuevamente frente a un trauma mayor.

Carlos Mendilaharsu.

GEORGE L. ENGEL.— Anxiety and depression withdrawal the Primary affects of unpleasure (Ansiedad y retirada depresiva en los afectos primarios del disgusto). “International Journal of Psycho-Analysis”, Vol. XLIII, 1962.

El autor comienza su artículo haciendo algunos comentarios sobre los afectos en general, para luego enfocar la atención sobre la ansiedad y la retirada depresiva, a las cuales considera como los afectos primarios del disgusto. Con respecto a los afectos, los considera a éstos, ante todo, biológicos, basándose en los conceptos de Freud; el cual antes de considerarlos como fenómenos psicológicos, ya preexisten en el sistema nervioso como precipitantes de experiencias traumáticas primarias.

En los animales y en el hombre, las manifestaciones del afecto sirven como medio de comunicación para inducir a otros la sensación de dolor, o de desagrado. A medida que el organismo madura, algunas de estas manifestaciones comunicativas se tornan más sutiles, y otras nuevas se desarrollan; como el lenguaje, al cual Spitz llama el “tercer organizador de la psiquis”.

La demostración de Old y otros, de la existencia de áreas de placer y dolor en el sistema nervioso central, está de acuerdo con el principio del placer-displacer del psicoanálisis clásico. Los primeros sirven para perpetuar condiciones que llevan a su actuación, y los segundos para su evitación.

Esto estaría confirmado por los trabajos psicoanalíticos, mostrando la

unidad psicobiológica madre-hijo.

Bajo condiciones corrientes, la madre está organizada psicológica y biológicamente para estar a tono y responder a las comunicaciones afectivas con el niño, en términos de cambios internos fisiológicos, los cuales son comunicados a la madre, quien con variados grados de éxito, responde a la situación del niño, constituyendo así una unidad psicobiológica.

Es decir, que los afectos constituyen un importante sistema monitorio para el aparato psíquico, que al mismo tiempo que provee información, constituye una fuerza motora para estos cambios psíquicos.

Luego intenta hacer una clasificación de los afectos, agrupándolos en dos grandes categorías. Los afectos señales y los afectos de empuje-descarga. Los primeros reflejan el rol del yo de acuerdo al principio del placer-displacer, y tienen como característica distintiva una función de señal o advertencia entreviendo Como lo bueno y lo malo, entre el éxito o el fracaso; sirviendo como dice Rappaport, como señales y medios de probar la realidad; pudiendo subdividirse en afectos-señales que indican desagrado (.a través de ansiedad, vergüenza, culpa, repugnancia, tristeza, falta de esperanza o desamparo) y otros que indican placer (confianza, júbilo, orgullo o esperanza).

Los afectos de empuje-descarga son los que muestran menos cualidad de señal y más cualidad de descarga, indicando el sentimiento experimental y el contenido ideacional. Clasifica los afectos de descarga en relación con las tendencias principales del empuje (drive tendencias); siendo el enojo y la ira los principales afectos de la agresión; y el amor, la ternura y la sensación sexual como provenientes del empuje libidinoso.

Además señala los afectos de empuje parciales o difusos tales como la envidia, avaricia, impaciencia, obstinación, simpatía, lástima, etc., que reflejan modos específicos de expresión de descargas de las diferentes fases de desarrollo (oral, anal), pero que también representan graduaciones de fusión de las dos principales del empuje.

Dentro del enojo o disgusto, coloca a la ansiedad como una reacción a la pérdida del objeto que, según Freud, termina en pesar y dolor. Mientras que la ansiedad es la reacción del peligro a la pérdida del objeto, el dolor es, por lo tanto, la reacción verdadera a la pérdida de éste.

El autor no está, como Freud, satisfecho con esta explicación, porque no da cuenta adecuadamente de algunos hechos responsables a la pérdida del objeto; como es la sensación de vacío, agotamiento, falta de energía, inactividad, hipotonía y ciertas reacciones de actividades fisiológicas y metabólicas.

Hechos nuevos, como mayores conocimientos acerca de la vida emocional del lactante (Margaret Ribble, Burton y Berbyshire), demuestran que hay dos afectos primarios del disgusto. Por un lado, la ansiedad, y por el otro, la retirada depresiva, frente a la frustración. Así se ha podido observar que lactantes frustrados por la interrupción del pecho, reaccionan sin protesta en una situación de sueño aletargado. Esto es considerado por Ribble como una economía de funcionamiento a través de una especie de hibernación, la cual, si se interrumpe, provoca una ansiedad incontrolable.

Estas dos pautas de conducta (ansiedad-retirada depresiva) estarían sustentadas, como la neurofisiología lo demuestra, por bases anatómicas diferentes, y por factores constitucionales, que pueden determinar un excesivo desarrollo de un sistema sobre el otro y que crearían un desequilibrio.

Sabemos que el pattern o pauta de la ansiedad, es el más conocido, y que una de sus funciones es provocar una respuesta en el medio ambiente; en cambio las pautas de retirada depresiva pueden muchas veces confundirse con sensaciones de plenitud o saciedad, hecho éste, que ha provocado un descuido en su conocimiento. Sin embargo, esta pauta sería más indiferenciada, e indicaría la necesidad de la conservación de energía.

Bibring hace una formulación similar cuando manifiesta que la depresión representa una reacción a situaciones de frustración narcisística, situada más allá

de los poderes del yo, a diferencia de la ansiedad que representa una reacción básica del yo a situaciones de peligro.

En términos de autoobjeto, la retirada depresiva, involucraría una regresión hacia una etapa indiferenciada, como sería el coma o el dormir, con el retiro de todas las fuentes de suministro y el aislamiento con el mundo externo.

Sería este modo de reacción, la última trinchera que queda para hacer frente a la frustración intensa, tratando de este modo de conservar la energía e impedir la entrada de nuevos estímulos nocivos.

Es el desarrollo del yo y la relación objetal lo que lleva más tarde a poder diferenciar la tristeza de la culpa, vergüenza o desamparo.

En cambio, la ansiedad, con su pauta de excitación y llanto, ya indica un estado de transición mayor, de estar despierto o consciente, o por lo menos identificado con el observador; es decir, que el yo está desarrollado; esto indicaría el paso de lo biológico a la psicológico, cuyas fases de evolución estarían marcadas por:

1) La distinción entre el yo y el no yo. La existencia de la representación psíquica del objeto externo.

2) Como consecuencia de los procesos de introyección, proyección y reintroyección, se configura la capacidad de diferenciación entre objetos buenos y malos y las autorrepresentaciones equivalentes.

3) El reconocimiento de fuentes externas de gratificaciones que forman la base de la gratificación alucinatoria del deseo.

Es esto lo que permitiría, al faltar, reconocer los indicios o señales de la no gratificación y la puesta en marcha de la ansiedad.

Estas etapas se cumplirían en el tercer cuarto del primer año de vida, estando bien desarrolladas al final del segundo año, según Spitz, Piaget, Bowlby y otros.

La ansiedad, provocando cambios neurofisiológicos, prepara al animal para esfuerzos físicos importantes y amortiguar el futuro trauma, quedando el yo

alertado contra el peligro amenazante.

En resumen: la identificación de dos modos biológicos primarios de respuestas al peligro y los afectos correspondientes, tienen importantes repercusiones clínicas y teóricas.

Así, mientras que huir o pelear es el término expresivo de la ansiedad, el rendirse es la actitud típica de la retira depresiva, que se manifiesta en el adulto por el desamparo y falta de esperanza. Este agotamiento ocupa una posición central en la economía del aparato psíquico, siendo sus pautas de conducta en la vida diaria, la fatiga y la necesidad de descanso, como base de la enfermedad común.

Juan Carlos Rey.