

Reseñas de libros y revistas

ABRAHAM, KARL. — “ON THE PSYCHOGENESIS OF AGORAPHOBIA IN CHILDHOOD”, (Sobre la psicogénesis de la agorafobia en la infancia), 1913. *Clinical Papers and Essays on Psycho-Analysis*, Ch. VII.

El material que fundamenta este pequeño trabajo no fue obtenido en el tratamiento psicoanalítico de un niño, sino en la observación de su conducta.

El niño, de cinco años de edad, padecía a la vez de agorafobia y de claustrofobia, hasta el punto de no poder ni salir a la calle ni quedarse en casa sin la presencia de su madre.

Un día, definió su estado diciendo que no era un “chico de pasear” (Spazierkind) sino un chico de quedar con su madre” (Mutterkind). El centro del problema fóbico debía buscarse entonces en el complejo de Edipo. El niño confirmó aquel mismo día esta interpretación: estando ausente su padre, había sido admitido a dormir con su madre, y expresó el deseo de que su padre “no volviera, nunca”. El aspecto incestuoso de su amor por su madre y su deseo de muerte de su padre sucumben a la represión y, ya inconscientes, provocan la aparición del síntoma.

Abraham generaliza esta observación, concluyendo que, en la agorafobia, el inconsciente de los pacientes no les permite apartarse de las personas a las cuales su libido está fijada (y que llamaríamos en la actualidad “objetos acompañantes”).

La relación de la agorafobia con el complejo de Edipo, que resulta del análisis de personas adultas, está confirmada por la observación de la enfermedad *in statu nascendi*.

WILLY BARANGER

ABRAHAM, KARL. — “A CONSTITUTIONAL BASIS OF LOCOMOTOR ANXIETY”, 1913. (Una base constitucional de la angustia locomotriz), in “Selected Papers on Psycho-Analysis”, Cap. X.

Abraham reseña primero los conceptos analíticos de la época sobre las “topofobias”: la necesidad del objeto acompañante proviene de una fijación inconsciente de la libido a un objeto incestuoso, la fobia permite un manejo del objeto y constituye así una ganancia secundaria, los sujetos temen a la vida y sus tentaciones representadas por las calles, y temen también a la muerte si se separan de sus objetos.

Pero estos factores no explican por qué estas fuentes de angustia se localizan sobre el hecho de desplazarse de un lugar a otro. Por otra parte si la fijación incestuosa fuera el factor realmente determinante, el temor agorafóbico sería todavía mucho más difundido de lo que es. Debe, pues, existir un factor específico en la constitución sexual de las personas que sufren de angustia locomotriz.

El análisis de varios casos de agorafobia permitió al autor descubrir este factor específico. Un paciente con agorafobia grave desde la pubertad y sexualmente abstinente, experimentaba al caminar en la calle (con su madre de objeto acompañante) el mismo placer que al bailar. Caminar y bailar constituían para él sustitutos de la actividad genital prohibida. Sus sueños de polución eran a menudo sueños de baile.

Otra paciente experimentaba una excitación violenta al salir de la casa de sus padres, que se transformaba de inmediato en una angustia paralizante. Le gustaba bailar sola en su habitación, pero se paralizaba si bailaba con un hombre. Encontraba en el caminar con su padre un placer muy especial, sustituto de la gratificación genital.

Estos casos, y otros, hacen pensar que las personas que sufren de

angustia locomotriz tienen constitucionalmente un erotismo locomotor muy desarrollado, que ha parcialmente sucumbido a la represión.

Muy a menudo estas personas muestran un interés intenso en el ritmo de sus movimientos, y los cumplen, cada vez que se les presenta la oportunidad de hacerlo, según un ritmo determinado. Estos ritmos se revelan al análisis por provenir de ritmos sexuales, masturbatorios u otros.

El temor a viajar presenta las mismas características, y se puede transformar en experiencias corporales intensamente placenteras. Recíprocamente, cuando estos pacientes mejoran o se curan, las actividades otrora angustiantes se vuelven muy placenteras, lo que confirma la presencia de un erotismo locomotor constitucionalmente muy intenso.

Estas consideraciones pueden aportar un principio de solución al problema de la elección de la neurosis en las topofobias.

WILLY BARANGER

SESSER, MIGUEL. — INTERPRETACION DE UNA FOBIA A LAS TORMENTAS”, (Montevideo), publicado en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires. T. IX, N° 3 (1952). Págs. 358 - 363.

El autor expone los contenidos del síntoma fobia a las tormentas. - Destacamos, resumiendo el historial de la paciente, el padre agresivo y colérico, repetidos castigos en su niñez, la enuresis consecutiva; vivencias frente a la escena primaria; juegos de seducción en la prepubertad y lecturas de novelas de contenido sadomasoquístico en la que la heroína se “entrega para salvar al padre”, en la adolescencia. El ataque fóbico se desenvuelve en cuatro períodos. El primer período se inicia ante el cambio atmosférico (oscurecimiento) provocando desasosiego, etc.; despierta vivencias y recuerdos de escena del dormitorio parental, juegos-de seducción; excitan el erotismo cutáneo (castigos y caricias).Nubes hinchadas (prontas a estallar),

representan el embarazo de la madre, terrores del mismo, etc. El segundo período corresponde a los relámpagos y truenos (vivencias catastróficas), fantasías de penetración en su cuerpo; representan el látigo castigador del padre, el pene destructor en un nivel regresivo; potencia sádico anal paterna. Se defiende obturando el sensorio, rechazando la escena primaria, desplazada al cielo (coito y parto anal); sin embargo, percibe, teme y desea, “algo exigente y catastrófico”, identificación intercambiada con los padres en nivel pregenital. El tercer período aparece con el llover copioso; sensación de bienestar, liberación; corresponde al orgasmo (enuresis infantil), gratificación fecundante y temida, pero deseada. En el cuarto período, surge un sentimiento de culpa “por abandonarse” a su temor fóbico (goce incestuoso sadomasoquístico) ¿Por qué se produjo la fobia? En la adolescencia, al identificarse con la heroína de su novela, logra el recrudescimiento y rechazo de la genitalidad, obteniendo gratificaciones sexuales sin responsabilidad al través de fantasías aceptadas. Pero aún así no desbarata el contenido destructor de la sexualidad. Entonces, proyecta sus vivencias sexuales en la tormenta, salvándose así de toda la carga sadomasoquística que tienen para ella la escena primaria, el coito y el parto.

MIGUEL SESSER

OLIVEIRA, WALDERERO I. — “PSICOANALISIS DE UNA FOBIA A LA DESFLORACION”. Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1953. T. X, N° 1.

Se expone el caso de una mujer de 29 años que padecía de una fobia a la desfloración. A pesar de estar casada desde hacía varios años continuaba virgen. Durante el análisis, aparecieron sucesivamente las diferentes

significaciones de su conducta fóbica, en relación a los puntos de fijación de su desarrollo libidinoso y más profundamente, a sus angustias esquizoides y depresivas. Al comienzo se vio que la paciente tenía del coito una concepción sádica, viendo en él un peligro real para su integridad física (coito con una imago paterna cruel y degradada), y que ‘la fobia la protegía de este peligro. Por otro lado, estaba también en relación con deseos de felacio y fantasías destructivo-orales para el pene del compañero constituyendo, en este sentido, una defensa contra el deseo - de castrar al hombre.

Su “complejo de masculinidad” se reveló también en su actitud frente a la menstruación, en la fantasía de tener un pene, y en su actitud homosexual. El análisis demostró que las relaciones sin penetración con el marido significaban una relación homosexual con él y que realizar un coito normal equivaldría a perder la vinculación homosexual con la madre. Asimismo se vio cómo el deseo de relaciones anales estaba al servicio de la fobia genital y constituía una identificación homosexual con el hombre.

Pero estas ansiedades, en relación a las etapas del desarrollo libidinoso de la paciente, correspondían a un plano superficial de su estructura psicológica y encubrían ansiedades más profundas y arcaicas. En primer lugar, la duda sobre la integridad anatómica de su vagina, que imaginaba inútil, “demasiado baja”. En segundo lugar, su creencia en su incapacidad para la maternidad, como consecuencia del odio y rivalidad con su madre. La conducta fóbica frente al coito le servía para ‘no enfrentarse con la temida esterilidad. Esta angustia profunda en relación al interior de su cuerpo se expresó también en el sentimiento de estar vaciada interiormente. Junto con sus ataques destructivos al objeto frustrador existían intentos de reparación, que fueron analizados en la transferencia y a través de rituales obsesivos.

HECTOR GARBARINO

J. MALLET. — “CONTRIBUTION À L’ÉTUDE DES PHOBIES”

(Contribución al estudio de las fobias). Revue Française de
Psychanalyse. T. XX. Págs. 237 - 282. Año 1956.

El autor sitúa el origen de las fobias en el terror nocturno infantil sobrevenido alrededor de los veinte meses. Este tendría el carácter no de una simple crisis de angustia, sino de una verdadera experiencia traumática y el aspecto repetitivo de la misma, expresado en la sucesión de crisis semejantes, mostraría el esfuerzo del psiquismo para dominar la situación. Esto lo lleva a homologar el terror nocturno con la neurosis traumática. La única diferencia estribaría en que en esta última el traumatismo es de origen externo, en tanto que en el primero es interno. Las condiciones externas, que sin duda existen, tales como la ausencia prolongada de la madre, la escena primaria, el nacimiento de un hermano, etc., desempeñan tan sólo el papel de agentes precipitadores.

A pesar de lo que pueda sugerir al analista el contenido onírico de los terrores nocturnos, el autor piensa que éstos no dimanen directamente de pulsiones sádicas o masoquistas: éstas pueden desempeñar un papel secundariamente, pero no son el origen de aquellos.

El autor, siguiendo a Stern, vincula el terror nocturno a las sollicitaciones a que se halla sometido el niño pequeño durante el sueño, a causa de las excitaciones genitales más o menos intensas que aquél no puede descargar, no sólo por su propia inmadurez, sino porque las descargas sensoriales o motrices son imposibles durante el sueño. Esto conduce a una situación traumática que produce el efecto de un verdadero shock sobre el organismo

y cuya objetivación da origen al contenido onírico propio del terror nocturno. Primero el niño se refiere a que es mordido, comido o acosado, aunque el autor no explica satisfactoriamente cómo aquél puede expresar esas experiencias sin que en ellas entren en juego las pulsiones sádicas.

Más tarde hacen su aparición los agentes “devoradores”, “mordedores” o “acosadores”, generalmente representados por animales salvajes de gran tamaño: (animales de Zoo). Sería a través del animal devorador, que se llega al padre castrador y no a la inversa. A esta altura y como corolario de los terrores nocturnos se presentarían las primeras fobias: fobias a los espacios oscuros, así como a los lugares disimulados, ocultos y colocados detrás de sí: la conducta del niño traduce la necesidad de controlar con su vista todos los lugares que pueden albergar los objetos terroríficos que aparecen en sueños. Más tarde las primeras figuras oníricas son sustituidas por animales domésticos y sólo en el curso de la segunda infancia aparecen los animales pequeños: (ratones, murciélagos, etc.).

Si por diversas causas tanto constitucionales como circunstanciales, fracasan los esfuerzos por dominar la situación traumática, se entabla la lucha en otro nivel, específicamente en la vigilia, y es entonces cuando se establece la fobia. El carácter repetitivo de ésta es menos evidente que el de los terrores nocturnos, pero sin embargo, es patente.

Conscientemente el sujeto elude las situaciones fóbicas, pero inconscientemente las busca, comportándose de tal manera que vuelve a encontrarlas, o extiende las fobias al punto de serle más difícil evitarlas: así, por ej., cuando el niño pasa de las fobias de los animales de Zoo a los domésticos.

Algunos sujetos pueden encontrar su equilibrio al cabo de ataques fóbicos cada vez más espaciados, en la medida en que la situación traumática puede ser dominada. En *cuanto al* pasaje de la fobia de animales grandes a los pequeños, el autor piensa que surge como un residuo del período edípico.

Dichas fobias obrarían como un dique contra las pulsaciones sexuales pasivas, tomando el animal el significado del pene paterno (ratón, etc.) o el de la madre fálica (murciélagos, arañas, etc.). Finalmente la agorafobia sería expresión no sólo de la repetición del trauma original, sino de las pulsiones masoquistas, “desexualizadas”: la claustrofobia tiene su origen en el sueño típico de persecución: la impotencia motriz (parálisis) es sustituida por el espacio cerrado que significa en última instancia una proyección espacial de las trabas en los movimientos experimentadas en el sueño.

RODOLFO AGORIO

BERTRAM D. LEWIN. — “CLAUSTROPHOBIA” (Claustrofobia). *The Psychoanalytic Quarterly*. Vol. IV. 1935.

Después de aclarar el significado del término claustrofobia (dejándolo reducido al temor de ser aplastado o aprisionado por un espacio cerrado), hace Lewin en su trabajo una pequeña revisión de los estudios realizados sobre esta enfermedad. Es una forma de histeria de angustia y algunos autores como Jones y Ferenczi la relacionan a fantasías de nacimiento, deseo de retornar al seno materno; la relacionan también a la masturbación.

Como aporte personal, y para confirmar que es una angustia específica y con defensas específicas, el autor expone un caso analizado por él. Se trata de una mujer de treinta años, sin ninguna experiencia amorosa ni sexual. Había sufrido dos ataques de angustia claustrofóbica como reacción a la posibilidad de enfrentarse con hombres con los cuales en su fantasía podía tener contactos sexuales. En el curso de su tratamiento se vio cómo, con la claustrofobia, se defendía del temor a ser tocada y cómo su temor se relacionaba al deseo de estar protegida dentro del seno materno. La angustia

era en último término el temor de ser tocada y desalojada de allí por el pene del padre en el coito con la madre. Lo relacionaba al recuerdo de su observación del coito de los padres estando la madre embarazada de un hermano menor. Época en que la paciente se masturbaba y fantaseaba con el coito de los padres estando ella dentro del vientre materno.

Cita otros casos para explicar la conexión de estas fantasías de estar dentro del útero con síntomas táctiles y respiratorios en relación a las vivencias del niño dentro del útero.

La fantasía de estar dentro de la madre se inicia con la agresión y la incorporación oral. Lewin lo comprobó con la paciente antes citada. Cuando estaba por nacer su hermano (tenía ella 3 años), la paciente mordía todo en ataques de furia; esto la condujo al deseo de ser comida por la madre, ingerida e identificada con el feto.

Melanie Klein dice que la claustrofobia en algunos casos está conectada al temor de ser encerrado dentro de la madre y castrado por el pene del padre.

Vale decir que la claustrofobia es el temor de ser expelido del cuerpo de la madre por aplastamiento, micción u otra actividad del padre. Y de ahí irradiarían otros temores, por ej.: a entrar en espacios cerrados. Pero en este caso sería identificándose con el falo y no con el feto. Esta fantasía también se haría con una incorporación oral previa, la incorporación del pene.

Termina Lewin concretando que la angustia claustrofóbica está motivada por la idea de ser molestado, mientras se está dentro del vientre, por el coito parental; tiene por antecedente la fantasía de ser feto, por un ataque oral a un feto real, con incorporación e identificación oral con el mismo.

MERCEDES DE GARBARINO

LEO RANGELL. — “THE ANALYSIS OF A DOLL PHOBIA”.

(El análisis de una fobia a las muñecas). *The International Journal of Psycho-Analysis*, 1952. T. XXXIII-1. Pág. 43.

Este es el estudio del análisis de un hombre de 38 años, cuyo síntoma central era una fobia a las muñecas. De ella surgían una serie de derivados que se mezclaban produciendo cantidad de trastornos. Por ej.: tenía miedo a los maniqués, figuras tridimensionales, objetos de arte de forma humana. Su ansiedad se incrementaba, si se trataba de figuras del sexo femenino y más si estaban desnudas. Cualquier lámpara u objeto de pie que pudiera tomársele como figura humana, todas las salientes (brazos, manos, dedos, etc.) despertaban en el paciente una especial ansiedad. El material de que estaban hechos los objetos también influía: cuanto más frágil más fobígeno. El interponer entre él y la figura un vidrio lo defendía de su fobia. Comenzó este síntoma a la edad de 5 años.

Trae luego Rangell algunos datos históricos del paciente: tenía una hermana 7 años menor que él y otra que murió antes de su nacimiento y de la que sintió hablar de continuo cuando era pequeño. Su nacimiento provocó desagrado a la madre porque deseaba una niña para sustituir a la fallecida, tal es así que le dejó el cabello largo hasta los 4 años. Consideraba

a su madre, fina, delicada, bonita; en cambio, a su padre, desaliñado, de mal carácter y con ojos extraviados. Opinión esta que varió en los últimos años opuestamente: su madre era ignorante, vacía y su padre era inteligente. Era casado pero tenía dificultades con su esposa. Tenía un hijo de 7 años. Su profesión era de fabricante de maniqués y era considerado como *muy* competente y experto. Su presencia era agradable, su voz muy masculina; era agresivo y audaz.

Uno de sus primeros temas de análisis fue la masturbación, y recordó que una tía que “parecía una muñeca” le retó, por su masturbación; luego la prohibición hecha por parte de la madre, de tocar un espejo, prohibición que compartió el padre. Desplazó así el no tocar el cuerpo, a no tocar afuera, las cosas. La vuelta de lo reprimido está expresada en la elección de objeto, muñeca=cuerpo humano. Otro recuerdo que es considerado de importancia (5 años): estaba jugando en el baño con un pez de celuloide y de pronto descubrió un agujero, se asustó mucho y vio al pez nadar y silbar yéndose lejos de él; luego cuenta la angustia por la observación del incendio de una fábrica de celuloide y el temor de que explotara. Relaciona ambos recuerdos, el fuego-excitación en el baño, el pene explota, se separa del cuerpo, castración=el pez de celuloide, que luego deriva a las muñecas. Relacionado con esto trae un sueño, en que ve flotar su pene en el agua.

Describe luego el carácter compulsivo del paciente visto a través de varios actos: mirar el nivel del agua del water en forma repetitiva, mirar detrás de él cuando saca algo de su bolsillo, etc.

Padeció de diarreas y constipaciones, que vivió en el tratamiento con períodos de mucho material verbal (la diarrea) y otros de fuerte bloqueamiento (la constipación). El médico había indicado enemas que recordó con placer en el análisis. La vivencia de la madre fálica (que le daba los enemas) fue el punto de fijación de su sexualidad y determinó la ambivalencia hacia el objeto amado. El dinero, el tiempo y algunas personas

eran tratadas por él en forma excéntrica como si fueran materias fecales. Temía por su seguridad económica y sobre todo que el análisis lo arruinara, era pues un extractor, en estos momentos gustaba de los enemas de la madre. El falo era vivido como excremento: en un sueño veía una muñeca como una comida con una salsa oscura y en una fantasía se imaginaba una serie de maniqués por un corredor oscuro que lo atacaban; el intestino con los excrementos. Utilizaba su cuerpo como falo, se acariciaba sintiendo placer y lo ponía a prueba con grandes despliegues de resistencias deportivas.

Tenía fantasías de ser atacado por una mujer, desnudado y vestido con ropas femeninas, efectuando él luego la seducción, terminando con fellatio o cunnilingus; en las mujeres de estas fantasías siempre había algo característico de su madre. Sus tendencias exhibicionistas estaban expresadas en el hecho de que los maniqués son para exhibir, por la formación reactiva de mirar figuras pornográficas mientras se masturbaba, y el placer de mirar las piernas de las mujeres, pero con medias y tacón alto, que simbolizaban también - su pene.

Su posición homosexual estaba oculta detrás de una aparente actitud donjuanesca y de su superioridad agresiva hacia sus amigos. Se aclararon a través de un sueño en que era perseguido por varios hombres que le echaban leche en la cara. Recordó situaciones de placer erótico vividas con su padre.

Su posición básica era anal y ambivalente en una actitud homo y heterosexual; deseos activos de su madre y pasivos de su padre, miedo e inhibiciones en ambos sentidos.

Relata de inmediato un sueño en el cual el paciente intenta matar a un hombre que está detrás de un vidrio de una puerta. Deduce del mismo que la muñeca (detrás del vidrio) es también el pene de su padre. Luego se pregunta por qué no puede su paciente tocar ni mirar a las muñecas, tienen que permanecer intactas, inamovibles, es decir muertas como su pequeña

hermana. Destaca todas las significaciones que tenía para él su objeto fóbico: era él y su pene, su madre fálica, su padre y el pene de él, y el paciente identificado con la hermana muerta.

Destaca cómo se pudo seguir en el curso de este análisis la presentación estratificada del psiquismo tal cual la describe Freud en sus estudios sobre la histeria. Así, bajo la apariencia de una leve histeria había un carácter compulsivo; la actitud inafectiva del principio del tratamiento fue sustituida, viviendo cada situación y proyectando transferencialmente los objetos arcaicos representados en la fobia. Presenta otro caso en el que la fobia a las muñecas y los títeres servían como objeto de sublimación y no para evitar la situación como en el caso presentado. Este segundo paciente utiliza los títeres como representantes de su avaluado y narcisísticamente representado pene. Juega con ellos, los maneja, etc. En ambos casos se trata de símbolos de representaciones inconscientes de personas o partes de ellas.

MERCEDES DE GARBARINO

CHARLES RYCROFT. — “SOME OBSERVATIONS ON A CASE OF VERTIGO”. (Algunas observaciones sobre un caso de vértigo). *Int. Journal of Psycho-Analysis*. T. XXXIV. Pág. 241. 1953.

El paciente era un hombre casado de 45 años, el más joven de un grupo de tres hermanas y un hermano. La madre era una mujer dominadora que sentía pena de no ser hombre y al mismo tiempo desprecio por los hombres de su familia. Sus deseos sobre su hijo era que no hiciera nada en su vida, salvo cumplir su ambición de casarlo por dinero. Esta actitud psíquicamente castradora la combinaba con otra de tipo genital a través de su costumbre de besar el pene del niño y compararlo cariñosamente con un capullo. La madre

falleció cuando el paciente tenía 23 años.

El padre era un hombre aparentemente sin ambición, un mediocre viajante que trabajaba para una firma en la cual la familia de su mujer poseía intereses y se dedicaba más a pasatiempos de pesca y fotografía.

Como hombre joven, en una época en que sus intereses eran inconscientemente homosexuales, fue un experto participante de un club de cross-country. Así adoptó una actitud contrafóbica para dominar una ansiedad locomotora.

Durante su niñez sufrió de supuración de su oído izquierdo.

Aunque su madre predijo que fracasaría, tuvo mucho éxito en el comercio, luego de la muerte de ella, probando su error. Veinte años después fue recompensado nombrándosele director de la compañía. Seis semanas después realiza su primera crisis de vértigo y aparecen persistentes síntomas neuróticos: cefalalgias, masturbación compulsiva y miedos obsesivos.

Por sus síntomas neuróticos comenzó el tratamiento analítico y al principio no se vio relación de ellos con el vértigo, tipo Ménière (acompañado de sordera del oído izquierdo, zumbidos y síntomas vegetativos en los episodios).

Se vio que el vértigo aparecía cuando el paciente estaba excitado, en elación. El análisis mostró a los diez meses una notable mejoría del vértigo. La transferencia positiva de tipo altamente idealizada produjo inmunidad para el vértigo. Pasó como en la vida del paciente, que al morir su madre y durante 20 años pareció normal, debido a su vinculación defensiva con objetos idealizados *externos*. A la inversa del sujeto verdaderamente hipomaniaco cuyo sentido de estar de acuerdo con su super-yo lo hace patológicamente independiente de los objetos externos, el paciente necesitó el soporte de objetos idealizados en el mundo externo para compensar su sentimiento de ser desaprobado por su super-yo.

La parte más peligrosa y amenazadora del super-yo siendo una madre

internalizada fálica y castradora, el objeto bueno externo tenía *que ser* actual o simbólicamente masculino. El nombramiento de director derrumbó estas defensas de tres modos.

Primero exigió cualidades en él de tipo activo, siendo su carácter pasivo. En segundo lugar ya no podía “pedir- prestada” potencia a los negocios, a los otros directores que se habían vuelto sus iguales, sus rivales. En tercer lugar, lo más importante, es que tomando una posición masculina, él desafiaba a su madre internalizada fálica y se sentía culpable de usurpar su poder. Así la falla de sus defensas omnipotentes produjeron regresión a tempranas etapas orales, esquizoides. Aun cuando la relación *con un trastorno orgánico* de su oído izquierdo *no puede* negarse, se pudo comprobar durante el análisis que el vértigo representaba un medio de descargar tendencias agresivas debidas a un conflicto entre el yo y el superyo. Representaba el deseo del paciente de destruir su madre interna y provocar una casi completa disolución de sus relaciones internas de objeto. Las siguientes consideraciones sugieren que esta interpretación es correcta:

1º) Hacía notar que las cosas giraban, que las cosas girando, como la casa, podían destruirse. Así también pasaba en sus sueños. Era demoler su madre interna para adquirir potencia sexual y liberarse psicológicamente.

2º) En sueños veía gente girando, nunca a él, sino subrogados de su figura femenina superyoica, o sea de su objeto de envidia.

3º) Su idea de una explosión catastrófica en las cuales él y los demás de los cuales dependía fueran destruidos, ejercía una gran fascinación sobre él y era la base de sus miedos obsesivos. La relación sexual era “bam”! Las implicaciones sádicas y anales de este ruido eran obvias. Así, el vértigo se equiparaba a la defecación. Pero también indicaba que su vértigo no sólo era agresivo, sino sado-masoquista.

F. RAMIREZ

EDITHA STERBA. — “ANÁLISIS DE UN CASO DE FOBIA A LOS PERROS”. Revista de Psicoanálisis. Tomo V, N° 3, Año 1948, Buenos Aires.

La autora nos presenta un caso de análisis de fobia, con los diferentes mecanismos que la caracterizan. Se trata de una niña de siete años y medio de edad, con un temor acentuado a los perros. Los datos de su historial clínico nos revelan un ambiente normal. Como consecuencia de enfermar de sarampión e indicarle el médico un enema diario, (bien tolerado) se suscita en ella gran miedo a ensuciar su cama; resultando una situación casi intolerable cuando algo así sucedía. Después de la enfermedad, surgió sorpresivamente su fobia a los perros, que la inhibía de toda actividad: (juegos, estudio, paseos, etc.).

La autora presenta parte del material de análisis de la niña: solamente el que aclara su fobia a los perros. Expone con claridad la enfermedad, su tratamiento y su curación, agregando al final observaciones sobre su origen (que se remonta a un episodio ocurrido cuando la niña tenía tres años); luego describe esta fobia a los perros que expresaba el temor a ser dañada por el padre (concepción sádico-anal del coito), y al mismo tiempo, constituía una defensa pasiva masoquístico-anal contra la madre, ya que los perros simbolizaban ambas figuras parentales. Finalmente, la autora hace un detallado examen de las diferentes posiciones y transformaciones por las que pasa la libido de la enferma, para terminar mostrando la estructura de una nueva neurosis de tipo obsesivo, su desarrollo y curación.

MARTHA LACAVA MEHARU

MOM, JORGE. — “ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE INTERPRETACION EN LAS FOBIAS”. Revista de Psicoanálisis. T. XIV, N° 1-2, 1957. Buenos Aires.

Este trabajo estudia la producción, aparentemente paradójica, de reacciones de angustia intensísimas por interpretaciones “superficiales” en pacientes fóbicos. El autor estudia esta reacción particular en el caso de una paciente agorafóbica, donde se presentó con tal intensidad que llegaba a volverse inmanejable y a imposibilitar momentáneamente el trabajo analítico.

Se trataba de una interpretación de resistencia transferencial casi de rutina en cualquier análisis, pero, una vez desencadenada la angustia, cualquier otro intento de interpretación no hacía más que incrementarla en vez de aliviarla.

La paciente reaccionaba a la interpretación como al encuentro con su objeto fóbigeno: el analista mismo se había pues transformado en objeto fóbigeno. Se entiende entonces que, si el analista se ha transformado en un objeto que el fóbico proyecta fuera de sí mismo y controla por el mantenimiento de la distancia, la interpretación provoque más angustia al acortar la distancia.

La angustia se vuelve demasiado intensa e inmanejable por la activación de los mecanismos primitivos esquizo-paranoides subyacentes a la fobia.

Uno puede preguntarse qué tipo de interpretación convendría a esta altura del análisis de los fóbicos. Toda interpretación que no permita al paciente la discriminación de su objeto arcaico y de su objeto fóbigeno actual (el analista), es decir, que no le permita establecer la distancia entre éste y aquél, debe necesariamente producirle más angustia.

La conclusión técnica de estas observaciones es la necesidad de manejar muy cuidadosamente la “distancia” entre paciente y analista, procurando

disminuirla, pero en forma paulatina. Si el temor esencial del fóbico es que su analista “se meta” con él, se necesita todo un trabajo que se realiza sobre todo con interpretaciones extra-transferenciales, para hacer posible en el paciente la discriminación entre su analista y los objetos y partes del yo proyectados que lo angustian. Recién establecida esta discriminación, se puede recurrir al uso sistemático de las interpretaciones transferenciales.

WILLY BARANGER

MOM, JORGE. — “ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL CONCEPTO DE DISTANCIA EN LAS FOBIAS”. Revista de Psicoanálisis. T. XIII, N° 4, 1956. Buenos Aires.

El autor parte de la relación, establecida en los trabajos de Melanie Klein, de Fairbairn y de otros, entre la disociación histérica y la disociación esquizo-paranoide. Recalca que esta angustia esquizo-paranoide de base se manifiesta en la disociación de dos clases de angustia y de dos regiones del espacio en las fobias (y más claramente en la - agorafobia). En la agorafobia, existe una angustia manifiesta frente a ciertas regiones del espacio, y una angustia latente más fundamental frente a la soledad. La angustia frente al espacio tiene una función para el fóbico: adquiere para él el carácter de un acompañante sin el cual no puede vivir. Le permite controlar su angustia fundamental frente a la soledad.

La disociación del espacio tiene una función análoga: permite al enfermo constituirse un “baluarte”, una región espacial separada del peligro por una distancia o un límite. La disociación del espacio en “dos espacios” evita al enfermo la indiferenciación total, el espacio indiferenciado de la soledad que significaría para él el vacío y la destrucción. Angustia espacial y disociación

del espacio tienen por finalidad el establecer límites y evitar la desintegración.

Esta situación se debe a la introyección previa de un objeto idealizado y no asimilado, que el sujeto tiene que alimentar constantemente a expensas suyas y que lo está parasitando. En este objeto se centralizan fantasías contradictorias de destrucción y de reparación. El autor ejemplifica este tipo de relación con el objeto interno con el caso de una agorafóbica embarazada, donde aparecía muy claramente la necesidad de establecer una distancia entre ella y su objeto (feto) invasor.

El autor destaca a continuación las consecuencias que tienen estos procesos para el análisis de los fóbicos. En la situación transferencial también la angustia máxima del paciente es la pérdida de distancia con el analista (sea vivenciado éste en un momento dado como “bueno” o como “malo”). Así la transferencia positiva se vuelve intensamente angustiosa para los pacientes porque involucra el peligro de pérdida de distancia que significa la aniquilación. Por esto, en el plano técnico, resulta esencial centralizar la interpretación sobre la distancia que interpone el paciente entre él y el analista: este factor es más importante que el carácter bondadoso o persecutorio del analista.

WILLY BARANGER

KATAN, ANNY. — “THE ROLE OF “DISPLACEMENT” IN AGORAPHOBIA” (El papel del “desplazamiento” en la agorafobia). The International Journal of Psycho-Analysis. Volumen XXXII. 1951. Págs. 41-50.

El autor expone un análisis conceptual del desplazamiento como mecanismo de defensa, acotando los estudios de Freud y discípulos, al través

del síndrome agorafobia. Enfoca, a tal efecto, la etapa puberal como exaltación y cristalización manifiesta de aquel padecer. Exhibe dicha etapa con las vicisitudes instintivas y relaciones objetales, destacando el desenvolvimiento normal; vale decir el desligamiento de la libido de las catexias edipianas; y por otra parte la fijación mórbida y su desplazamiento consecutivo. Desarrolla el análisis interpretativo de sus casos clínicos, evidenciando en uno de ellos el desplazamiento como mecanismo de defensa, el significado simbólico de la calle y la configuración edipiana del comportamiento de una paciente agorafóbica, iniciándose el padecer en la pubertad. En el otro caso la exposición trata de un sujeto con bulimia y perversión surgida a los catorce años; interpretando el aspecto transferencial al través de un “desplazamiento”, pero con características distintas del así llamado comúnmente; surgiendo un proceso de comportamiento o actitud que el autor denomina “removal”, que podría traducirse por remoción. Considera el “removal” como un mecanismo o proceso estructural que ocurre una sola vez es irreversible y singular, promueve la libertad de catexias libidinales y elección de objetos no distorsionados por deseos incestuosos inconscientes. En tanto que el agorafóbico se defiende, es hostil a sus impulsos y consecuentes objetos, mantiene el desplazamiento que se rige por las leyes de los procesos primarios; sin embargo, si perdura la represión del objeto y los impulsos se le imponen, se orienta hacia un comportamiento “perverso” o conducta de prostitución. Fantasías de prostitución aparecen en todo adolescente; es una actitud defensiva, transaccional, que declina después y se orienta hacia el hallazgo del objeto real y adecuado. En la agorafobia sería desplazado el producto de la defensa, pues el deseo inconsciente permanece inconsciente y busca su gratificación. Ansiedades incestuosas son sustituidas por la agorafobia; en tanto que en el púber fantasías incestuosas pueden llevar a relaciones sexuales con objetos externos. La diferencia que establece el autor entre “removal” y

desplazamiento es, pues, de fuerte relieve progresivo ascensional. No se puede aplicar el término removal al fenómeno cursando en la niñez, en tanto que sí, desplazamiento; también desplazamiento siempre que tratemos con tendencias infantiles reprimidas en la etapa puberal o adulta. El concepto “removal” debe ser reservado al proceso que elimina las tendencias incestuosas definitivamente; por este proceso el adolescente ha desarrollado y ha adquirido la habilidad para amar como adulto sano y ha posibilitado su genitalidad normal.

MIGUEL SESSER

HANNA SEGAL. — “A NOTE ON SCHIZOID MECHANISMS UNDERLYNG PHOBIA FORMATION” (“Nota sobre mecanismos esquizoides subyacentes en la formación de la fobia”). The International Journal of Psycho-Analysis. Volumen XXXV. Part. 2, 1954.

La autora presenta en este artículo el material de una enferma de cuarenta años que había tenido severas dificultades de alimentación y de relación con sus padres en la infancia, y que llegó al análisis por tres clases de síntomas:

- a) Síntomas de despersonalización y desrealización.
- b) Varios síntomas hipocondríacos e histéricos que la llevaron a distintas mutilaciones quirúrgicas.
- c) Fobias graves, especialmente a la gente y a las comidas, concretadas en particular a los restaurantes; a consecuencia de ellas adquirió una anorexia tan grave, que debió ser hospitalizada, antes de comenzar su análisis.

Durante los primeros años de su análisis, la situación transferencial

osciló entre intensas ansiedades persecutorias, y fuertes idealizaciones, caracterizándose la paciente por una gran inhabilidad para soportar las frustraciones.

Su mecanismo de defensa más importante era la identificación proyectiva, como se ve en sus sueños; especialmente el de empaquetar, sueño que se repetía frecuentemente y que estaba conectado a la época en que tuvo que dejar a su madre para ir como pupila a un colegio. La inhabilidad para empaquetar expresaba en la situación transferencial, la proyección de partes de ella en la analista; esto se veía confirmado en la interpretación por otra clase de sueños (los sueños desparramados).

El aspecto idealizado de la analista aparecía en el material de “las píldoras rosadas” que había tomado para evitar una noche desparramada; habló de las virtudes de las píldoras rosadas, correspondientes éstas a los dos pechos idealizados que debían protegerla del hambre y desintegración; pero esta idealización era una negación de sus ataques, puesto que recordó que esas píldoras rosadas estaban llenas de una sustancia marrón repugnante.

La fobia a los restaurantes era el resultado de su identificación proyectiva. El restaurante ocupaba el lugar de la madre amamantándola; siente que ha puesto en la gente y en la comida su orina y materias y partes de ella misma, y por lo tanto se despersonaliza, teniendo miedo a la gente que tiene partes malas de ella misma, y de la comida mezclada con sus excrementos; tiene entonces que evitar el restaurante para no tener que reintroyectar sus partes malas.

La autora señala que la paciente estaba fijada en la posición esquizo-paranoide. En esta etapa cualquier frustración era sentida como una verdadera amenaza de muerte y desintegración del yo; y como consecuencia hacía un fuerte uso de la identificación proyectiva.

En la situación analítica ella proyectaba pedazos de ella misma dentro de la analista, para evitar la separación y de esa manera controlarla. Como

resultado se sentía perseguida, con temor a la gente, a la comida, etc., y trataba de defenderse sin éxito de esta persecución con la idealización: “las píldoras rosadas”.

-Su yo estaba desintegrado por el abuso de la identificación -proyectiva.

Harma Segal, siguiendo a Melanie Klein, sostiene que la función de las fobias es evitar esas situaciones catastróficas.

La paciente proyectaba sus fantasías en situaciones externas bien localizadas, las que era entonces capaz de evitar.

JUAN CARLOS REY