

Algunos aspectos teóricos y técnicos de la agorafobia. Implicaciones derivados de su relación con el “período umbilical”*

Hector Garbabino
(Montevideo)

Resumen

1) Se sostiene la hipótesis que el agorafóbico es un ser nacido a medias, un ser “umbilical”, en el sentido que vive como si aún no le hubiese sido cortado el cordón umbilical.

2) El agorafóbico se enfrentaría a angustias fundamentalmente confusionales —situación catastrófica— cada vez que se separa de su objeto acompañante, y, para evitar estas angustias, regresaría a un estado donde la separación no puede existir, ya que se trata de dos seres unidos permanentemente por un cordón.

3) Se designa el período de la vida, comprendido entre el tercer mes de la vida intrauterina y el momento en que se corta el cordón umbilical, período “umbilical”, y se considera que el agorafóbico regresa a este período.

4) El agorafóbico cree que sólo puede existir —verdadera vivencia delirante— como un ser “umbilical”, lo cual supondría una profunda alteración de su esquema corporal, que determina que partes vitales de él mismo estén afuera de él.

5) El agorafóbico no sería únicamente un ser disociado, sino además y fundamentalmente, un ser incompleto, en el sentido que para subsistir necesita de otro —o de algo— que lo complete. Esto define al ser “umbilical”.

6) La característica de la “locura agorafóbica” sería ser una locura entre

* Este trabajo fue leído en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay el 15 de abril de 1964.

dos, a través de identificaciones proyectivas cruzadas, como en la relación simbiótica. De manera que la vinculación simbiótica exteriorizaría una relación umbilical y supondría una regresión a esta fase del desarrollo.

7) Esto no significa que entre el yo fetal y la madre existan identificaciones proyectivas cruzadas, sino que estos mecanismos aparecen como un intento de restablecer en la vida postnatal, un vínculo umbilical.

8) Se vinculan las angustias del trauma de nacimiento y, particularmente, las relacionadas con el corte del cordón, a las manifestaciones lúdicas infantiles. El juego del paracaídas y el juego del trompo elaborarían las angustias del corte del cordón, y el juego de la corneta y el de la serpentina buscarían recrear la “ligadura umbilical”.

9) Se consideran algunas repercusiones técnicas de estos conceptos teóricos:

- a) Analizar consecuentemente la intención del agorafóbico de transformar al analista en un objeto acompañante,
- b) El analista, transferencialmente, representa al muerto-vivo confusional (objeto fóbigeno), y a esto es debido su evitación fóbica. La posibilidad de quedar transformado en un muerto-vivo —yo desintegrado y confuso— provoca la angustia inmanejable.
- e) Al devolverle al paciente lo proyectado —proyecciones masivas de partes de su yo, junto a impulsos eróticos y destructivos— de modo gradual y progresivo, lo estamos capacitando, al fortalecer su yo, para que pueda establecer una nueva disociación más exitosa, y pueda soportar mejor, al disminuir-las, las angustias confusionales.
- d) Analizar la fantasía de que él es un ser “distinto” —fantasía delirante— y que, por consiguiente, nada de lo que haga el analista podrá modificarlo. Mientras esta fantasía no se analice, puede suceder que el enfermo sólo se trate para “seguir viviendo”.
- e) Poner en tratamiento psicoanalítico, si es posible, al objeto acompañante habitual o principal.
- f) Cuando su yo se encuentra más integrado, podremos entonces “obligarlo” a nacer, entendiendo por esto, enfrentarlo a la situación de corte del cordón.

10) Finalmente, se considera la noción de “relación umbilical de objeto” como una contribución a la teoría de los objetos de Melanie Klein, y se la aplica a la situación analítica misma, entendiendo que ella implica la fantasía de una relación ininterrumpida de objeto, en el sentido de recibir del objeto, de un modo permanente y sin exigirnos nada en cambio, atención, cuidado y amor tales que son vividos, no sólo como pecho nutricional, sino también como cordón nutricional.

11) Se vinculan los “cortes” de la situación analítica (fin de semana, vacaciones, etc.) a las angustias relacionadas con el corte del cordón umbilical además de las otras angustias ya conocidas, de carácter oral o fálico Y

12) La fantasía general de “renacer” con el analista, estaría en parte sustentada en las fantasías de reconstrucción y corte del cordón umbilical, que acompañarían a toda situación analítica.

SUMMARY

1) The hypothesis maintains that a patient suffering from agoraphobia is like a person only “half born”, an “umbilical being”, in the sense that he lives as if the umbilical cord has not yet been cut.

2) Such a person would be the victim of an anxiety fundamentally confusional —the catastrophic situation— every time he is separated from the accompanying object, and to avoid this anxiety he will regress to a state in which the separation cannot exist, since it is a question of two beings permanently joined by one cord.

3) That period of life between the third month in the womb and the moment when the umbilical cord is cut is called the umbilical period and it is considered that a person suffering from agoraphobia reverts to this state.

4) A person suffering from agoraphobia believes that he can only exist as an umbilical creature —a delusional experience— which implies a profound change of the body-scheme and which determines that vital parts of himself be outside of him.

5) The person suffering from agoraphobia is not only a dissociated being but further and fundamentally an incomplete being, in the sense that he feels

the necessity of someone or something other to complete himself. This defines the “umbilical being”.

6) The characteristic of “agoraphobic madness” appears to be a “*mania á deux*” formed by mixed projective identifications as in the symbiotic relationship, so that the symbiotic link seems to manifest externally an umbilical relationship and to imply a regression to that period of development.

7) This does not mean that between the foetal ego and the mother exist mixed projective identifications but that these mechanisms appear to be an attempt to re-establish in the post-natal life the umbilical link.

8) The traumatic anxiety of birth and particularly that connected with the cutting of the cord is followed through playing activities of children. The game of parachutes and the game of spinning seem to work out the anxiety due to the cutting of the cord and the play of kite-flying and streamer-throwing appear to be an attempt to re-create the umbilical link.

9) Certain technical consequences of these theoretical concepts are to be considered:

- a) The necessity of analyzing the intention of the patient suffering from agoraphobia to transform the analyst into an accompanying object.
- b) The analyst in the transfer situation represents the confusional dead-alive object (phobogenic object) and to this is due his phobic avoidance. The possibility of being transformed into a dead-alive object —a confused and desintegrated ego— provokes the unmanageable anxiety.
- e) In giving back to the patient what he has projected —massive projection of parts of his ego together with erotic and destructive impulses— in a gradual and progressive manner we make it possible for him to strengthen his ego so that he can establish a new and more successful dissociation and can better support the diminishing confusional anxieties.
- d) To analyze the patient’s phantasy that he is “different from everybody else” (a delusional phantasy) and that consequently nothing that the analyst may do will be able to change him. As long as this

phantasy is not analyzed it may happen that the patient only continues in analysis because he wants “to go on living”.

- e) To try to get under analysis if possible the habitual or main accompanying object.

- f) When his ego becomes more integrated we can then “oblige” him to be born, meaning by this to confront him with the situation of the severance of the cord.

10) Finally one must consider the notion of umbilical relationship of the object as a contribution to the theory of objects of Melanie Klein and apply it to the analytical situation itself in so far that it implies the phantasy of an uninterrupted relationship of object. We mean by this that the patient receives from the object in a permanent manner and without being asked anything in return attention, care, love — experienced as coming not only from a nourishing breast but also from a nourishing cord.

11) The breaks in the analytical situation (week-end, vacations, etc.) are connected to the anxieties related with the cutting of the umbilical cord (as well as with the other anxieties already known of oral and phallic character).

12) The general phantasy of being “reborn” with the analyst may be in part sustained by the phantasy of reconstruction and cutting of the cord which seems to exist in every analytical situation.

Creo que algunos de los problemas —y enigmas— que nos presenta la agorafobia se vuelven más comprensibles, si partimos del punto de vista, sostenido por mí (11), que el agorafóbico es un ser nacido a medias, entendiendo por ello que vive como si aún fuese un ser umbilical, como si aún no le hubiese sido cortado el cordón umbilical. Esto me llevó a la hipótesis de que estos enfermos estaban fijados a lo que denominé segundo período o “período umbilical” del trauma de nacimiento, período en el cual, con el corte

del cordón, se completa la separación que constituye el nacimiento.¹

Pienso que la angustia básica del agorafóbico es la angustia de separación —la angustia de soledad, como ha sido demostrado por Jorge Mom (13)— siendo esto debido a que la soledad lo lleva irremisiblemente a la situación catastrófica —de carácter confusional, según yo lo he sostenido— al perder, con la separación de su objeto acompañante, la posibilidad de mantener la disociación.

Mi tesis, que intento demostrar en este trabajo, es que el agorafóbico, enfrentado con la separación, a la angustia insoportable de desintegración confusional, regresa a un estado del desarrollo donde no existe la separación, ya que se trata de dos seres unidos permanentemente por un cordón. Facilita esta regresión su fijación previa al período umbilical del trauma de nacimiento.

Por eso, en mi opinión, el modo de existir umbilical del agorafóbico, acordonado a su objeto acompañante, significa que él ha regresado parcialmente a aquel período del desarrollo que propongo denominar “período umbilical”. Entiendo por “período umbilical”, el período del desarrollo comprendido entre el tercer mes de vida intrauterina y el momento en que se corta el cordón umbilical. Considero que existen diferencias entre la designación de “fetal” y “umbilical”, por las razones siguientes:

1º) porque comprende tanto la vida fetal intrauterina como el corto período de vida extrauterino en que seguimos todavía relacionados con otro ser a través de un cordón; 2º) porque pone el énfasis sobre este particular modo de existir, que es la existencia de dos personas ligadas por un cordón umbilical; 3º) porque señala una de las características esenciales de este período, que es la continuidad del suministro a través del flujo de sangre umbilical, en oposición al período siguiente o período oral, caracterizado por la discontinuidad del suministro a través del flujo de leche de la lactancia.

Por supuesto, que esta regresión a un período tan temprano del desarrollo es solamente parcial, afectando únicamente a una parte del yo agorafóbico. La otra parte de su yo funciona en los diferentes niveles de evolución de la vida postnatal, permitiéndole alcanzar diversos logros en su vida —como contraer matrimonio, criar hijos o hacer una carrera profesional— aunque siempre

¹ Describí entonces, dos momentos o períodos en el trauma de nacimiento, un primer período o “período de tránsito”, que comprende el pasaje de la vida intrauterina a la extrauterina, y un segundo período o “período umbilical” que transcurre desde su ingreso al mundo externo hasta el corte del cordón umbilical.

dentro de las limitaciones impuestas por la parte del yo que ha regresado.² De ahí esa impresión tan extraña, paradójica y contradictoria, que nos dan estos pacientes, resultante en ellos de la combinación de un ser aparentemente “adulto” y de un ser “umbilical”. Obviamente, esto no puede realizarse sino a expensas de una nítida y profunda disociación en el yo agorafóbico, que contribuye poderosamente a provocar su especial tendencia a la desintegración. Me propongo, en este trabajo, desarrollar estos puntos de vista. Dedicaré también un capítulo aparte para mostrar la relación existente entre algunos juegos infantiles y el “período umbilical”. Finalmente, me referiré a los aspectos técnicos derivados de estos conceptos teóricos.

EL SER UMBILICAL

Los mecanismos esquizoides de desintegración subyacentes en las fobias, descritos por J. Mom (15) y H. Segal (18), y las angustias confusionales, descritas por mí (9,10 y 11), provocan en el agorafóbico —en una parte de su yo— una profunda regresión, que lo convierte en un “ser umbilical”. En un trabajo anterior (11), en el que detallo las distintas secuencias de esta situación, describí cómo un paciente indujo en mí la vivencia con tratanferencial —como respuesta a una vivencia transferencial de él mismo— de que estaba en presencia de un ser incompletamente nacido, es decir que, si bien estaba fuera del útero materno, se encontraba todavía ligado a mí, en su fantasía, por el cordón umbilical, de modo que yo me volvía la madre de un recién nacido que aún no ha cortado el cordón.

Cuando trabajé sobre esta vivencia en íntima conexión con el manejo técnico de la transferencia-contratanferencia, encontré que lo que para mí era una fantasía —que él era un “ser umbilical”—, para él era una realidad. Tenía la firme convicción —verdadera creencia delirante— que sólo podía existir como un ser umbilical, porque de lo contrario caería indefectiblemente en la desintegración confusional. Un sueño del paciente, tenido durante el período del tratamiento en que el análisis se centraba en esta situación, contribuyó a esclarecerla. El sueño es el siguiente: “En mi casa del balneario, entraba a la

² Jorge Galeano (7, en el trabajo recientemente leído en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, se ha referido a este “vivir a medios” del Igoa fóbico.

casa y encontraba que mi suegra había muerto; sin embargo, veía que se movía. La auscultaba y el corazón latía, aunque débilmente. Después, tomaba mi estetoscopio y auscultaba los cuatro focos cardíacos en cuatro fichas de colores, que estaban sobre una repisa. Cada ficha era un foco, y oía los latidos cardíacos perfectamente bien. Después me encontraba en el velorio”.

En este sueño ³ aparece directamente, en el contenido manifiesto, su condición profunda y temida, la del muerto-vivo, proyectada en su suegra (sustituto de la madre). Partes vitales de él mismo —su corazón— están casi totalmente fuera de él.⁴ Ausculta el corazón —signo de vida del feto— a distancia, como se ausculta un corazón fetal. Por consiguiente, si la fuente de su vida —su corazón— está afuera de él, únicamente estableciendo una relación, que más adelante adquiere los caracteres de una relación simbiótica, es decir, una relación que signifique una continuidad permanente o ininterrumpida con esa fuente —y esto define al ser

umbilical—, podrá evitar la condición terrorífica del muerto-vivo (la desintegración confusional).⁵ En cuanto al velorio, es una alusión a la posibilidad de ser enterrado vivo —como muerto-vivo— fantasía que lo aterrorizaba.

Este sueño nos muestra, en una forma muy clara, que, me parece, no deja lugar a dudas, la situación dramática del agorafóbico, el porqué de su dependencia incondicional del objeto acompañante y de su terror a la soledad, que le significaría su conversión en un muerto-vivo. Esta es la locura del agorafóbico, y por creer que esta locura es realidad —y no una fantasía—, es

³ Naturalmente, dejo de lado la interpretación transferencial del sueño —en el aquí y ahora de la situación— por no interesar en este momento.

⁴ Esto traduce una profunda alteración del esquema corporal, ya que partes del yo corporal se hallan fuera de los límites externos del cuerpo. El agorafóbico regresa a una etapa —la etapa umbilical— en la cual la distinción entre el yo y el no-yo es aún muy rudimentaria. Se explicarían de este modo —de acuerdo a lo que intento demostrar— la frecuencia de alteraciones del esquema corporal en estos enfermos, conjuntamente con sentimientos de despersonalización. Un paciente, por ejemplo, se quejaba con frecuencia de sensaciones como las siguientes: “Me siento extraño, me parece raro que mi cuerpo empiece y acabe en mis piernas, que mi cuerpo termine en mi cuerpo”. A mi modo de ver, tenía razón, ya que el cuerpo del “ser umbilical” no termina en él, sino en su madre. No es el momento, en este trabajo, de desarrollar este tema, aunque me parece una línea fructífera de investigación.

⁵ Seguimos con estos conceptos, una de las líneas de desarrollo de la escuela uruguaya; a través de los trabajos de Willy Baranger (2), quien señaló la importancia del muerto-vivo en la elaboración del duelo y los estados depresivos; de Jorge Galeano (7) que se refirió a su Papel en la agorafobia y yo mismo (10) que intenté demostrar los aspectos confusionales del muerto-vivo en la agorafobia.

que creemos que se trata, en el fondo, de una vivencia delirante.⁶

Uno de los aspectos que más quiero recalcar, es que los mecanismos esquizoides de disociación no son suficientes, a mi modo de ver, para explicarnos toda la patología del agorafóbico. Este, no sólo en cada momento de su vida, está atento con el objeto de conservar la disociación, siempre amenazada de perderse, sino que además llega a sentir que la fuente de su vida radica afuera de él, en el objeto acompañante o en otra parte, pero siempre fuera de los límites del cuerpo. No es solamente, a mi entender, un ser disociado, sino un ser cuyas partes vitales radican fuera de él, fuera de su yo corporal. Esto convierte al agorafóbico en un ser incompleto —y, repito, no únicamente disociado— en el sentido de un ser que para subsistir como tal necesita de otro —o de algo— que lo complete, a diferencia del ser disociado, que no necesita, de un modo imprescindible, de la “presencia” del otro —que contiene aspectos o partes de él mismo— para subsistir.

A mi juicio, esta característica lo define como un ser umbilical,⁷ y la presencia constante —presencia psicológica— del objeto acompañante exigida por el enfermo, representa un equivalente de la continuidad del suministro umbilical.⁸

Por ello, creo que la “locura agorafóbica” es una locura compartida, una locura entre dos. No se trata, simplemente, de identificaciones proyectivas del

⁶ Hablo de “vivencia delirante” y no de “delirio” en un sentido psiquiátrico. Estos pacientes no manifiestan verbalmente el delirio, pero se comportan como verdaderos delirantes. ¿Qué pensaríamos de un sujeto que nos suplicase que no nos separemos de él, porque de lo contrario, quedará convertido fatalmente en un muerto-vivo? Y este sería el contenido de la súplica del agorafóbico, si verbalizase su fantasía inconsciente.

⁷ La fantasía del vampiro, observada con frecuencia en los agorafóbicos, alude justamente a este ser umbilical. En un trabajo anterior (10) relacioné esta fantasía al muerto-vivo confusional, pero mi experiencia posterior me han hecho pensar que está más de acuerdo con la clínica del agorafóbico el adscribirla al ser umbilical. Así, por ejemplo el hermano de un agorafóbico —objeto acompañante— llegó un día desesperado a mi consultorio para manifestarme que no podía soportar más a su hermano, va que él era “su muerte”. Si el agorafóbico se vuelve la muerte del objeto acompañante es, justamente, porque le chupa la sangre (vampiro), porque vive vicariamente de él (ser umbilical). Es, precisamente, en tanto que ser vampiro que evita ser muerto-vivo.

⁸ Cuando a un enfermo afecto de agorafobia severa le llegaba a faltar su objeto acompañante —no tenía su “presencia”, psicológicamente hablando—, comenzaba a sentirse agotado y su extenuación iba en aumento progresivo, hasta que reencontraba a su objeto y experimentaba una sensación de revitalización.

paciente —de partes del yo y de impulsos vitales y destructivos—, sino de identificaciones proyectivas cruzadas. A mi parecer, las identificaciones proyectivas cruzadas que, como señaló Bleger (4), constituyen la característica de la vinculación simbiótica, exteriorizan una relación umbilical, y, por consiguiente, suponen una regresión a la fase umbilical del desarrollo.”⁹

Las identificaciones proyectivas cruzadas constituirían el mecanismo propio del período umbilical. Con esto no quiero decir que entre el yo fetal y la madre existan identificaciones proyectivas cruzadas, sino solamente que este mecanismo aparece cuando se busca restablecer, por regresión, un vínculo umbilical. La enfermedad agorafóbica, al provocar la regresión a este período, transforma dos seres independientes y completos, en dos seres incompletos y dependientes, y que únicamente se completan si cada uno vive en función del otro.¹⁰

En otro sueño, que transcribiré en seguida, aparece aún más directamente la condición de ser “distinto” del agorafóbico. El sueño es el siguiente: “Estoy con Presno, el pintor y mueblero. Hacía esbozos que iba a firmar con mi firma para que yo los presentara. Era una figura humana moderna, de esas que hay que decirle a uno lo que es. Después me veía solo con un papel donde, de un lado, estaba la figura humana y del otro lado el contorno de una casa en blanco y a la derecha como si se continuase en negro. Yo pensaba que si recortaba de un lado destruía el otro, entonces, me ponía a calcar cada uno por separado. Venía Presno y me recriminaba”.

Presno soy yo —la madre— (el mueblero), que le doy forma y vida —los esbozos—, pero que lo configuro de una manera irreconocible —el ser “distinto” y confuso— repitiendo así, en la transferencia, su fantasía de que su

⁹ El agorafóbico, que desconoce la existencia de los mecanismos inconscientes de identificaciones cruzadas, cree en la realidad de su existencia umbilical, como si él fuese un ser “distinto”.

Daré un ejemplo demostrativo de este vínculo simbiótico: cuando mi paciente obtuvo su título profesional y se realizó un acto en su homenaje, su cónyuge —objeto acompañante— protestó, considerando que la homenajeada debía ser ella. No sólo lo había acompañado cada día hasta la puerta de la Facultad y lo había esperado allí, sino que había renunciado, sin que esto fuera consciente, a su propia carrera profesional, ya que tenía, vicariamente, la carrera de su marido. Cuando entró en análisis, y se pudo independizar de su marido, tuvo entonces el propósito de iniciar ella su propia carrera.

¹⁰ Cuando uno de mis pacientes agorafóbicos, tenía 8 ó 9 años de edad, recuerda como uno de sus primeros síntomas, que, al viajar solo en ómnibus —agorafobia-claustrofobia [J. Mona (8)]— sentía una inquietud y temor particular a que le sucediera “algo” —que después se concretó en la angustia terrorífica a la “crisis confusional”— y pensaba cuál de los pasajeros del ómnibus podría ayudarlo —vínculo umbilical defensivo— para que nada le sucediera.

madre lo hizo un ser diferente. Y él es diferente por ser siamés: la hoja de papel donde están indisolublemente ligados él y la casa (la madre). Si se separa uno se destruye el otro, por lo cual son inseparables. La única salida a la situación está en la individuación —cada uno un individuo por separado— tarea que intenta en la última parte del sueño, pero que abandona por un temor paranoide con respecto a mí, que, supone, no quiero su individuación.

Es posible que la identidad embrionaria corresponda a la fantasía del ser siamés, como aparece en este sueño, y la identidad umbilical a la del ser vampiro, y que la individuación sea un proceso que se inicia con el nacimiento, y, particularmente, con el corte del cordón umbilical. Es, entonces, que la condición de dos seres en uno —condición embrionaria y fetal— deja su lugar a la otra condición de ser separado y distinto —condición postumbilical—. ¹¹

Puede suceder, como es el caso del agorafóbico, que la individuación, habiéndose realizado, se pierda por regresión a la condición de ser preindividual, por existir, en mi opinión, un punto de fijación en el período umbilical del trauma de nacimiento.

LOS JUEGOS INFANTILES Y EL “PERIODO UMBILICAL”

Como he venido diciendo, el estudio de los problemas que nos plantea la agorafobia, me condujo a la hipótesis de la existencia de una fase umbilical, y de dos momentos o períodos en el trauma de nacimiento, un primer período o período de tránsito y un segundo período o período umbilical, que termina con el corte del cordón. A su vez, podríamos dividir la fase umbilical en dos subfases: una, intrauterina, que representa la casi totalidad, y otra extrauterina,

¹¹ Individuación, identidad y personalidad, son conceptos interrelacionados, pero que conviene diferenciar. Individuación es diferente de identidad, ya que puede existir una identidad preindividual. Individuación es el proceso que, como dijimos, se inicia con el corte del cordón umbilical y continúa durante las primeras semanas e vida extrauterina, en tanto el ser va elaborando la separación entre el yo y el no-yo, y saliendo de la confusión —es mi hipótesis— en que se encuentra en tanto sigue con la fantasía de ser preindividual —no diferenciado de la madre— y, en cambio, los estímulos que recibe y las sensaciones que experimenta se refieren a una situación distinta, postindividual. En cuanto a personalidad, es un proceso que continúa durante toda la vida. Somos tanto más personalidad cuanto nuestra identidad se vuelve más individual.

que comprende el segundo momento del trauma de nacimiento.

Las discusiones científicas y el intercambio a que dieron lugar, despertaron en nosotros, una tentativa de interrelacionar las manifestaciones lúdicas infantiles y las implicaciones que eventualmente, en ese terreno, se desprenderían de la aplicación a los juegos infantiles de los datos extraídos de la investigación del “período umbilical”.

De este modo, algunos colegas, especialistas en análisis de niños, me facilitaron material, que voy a transcribir, sobre juegos infantiles, que pueden ser interpretables teniendo en consideración mis puntos de vista sobre estos temas.¹²

En lo que hemos visto, entendemos que algunos de estos juegos —como el juego del paracaídas y el juego del trompo— tratan de elaborar las angustias relacionadas con el trauma de nacimiento, y, especialmente, con el corte del cordón; y otros —como el juego de la corneta y el juego de las serpentinas— buscan recrear la “ligadura umbilical”.

El juego del paracaídas.¹³ Se trata de un niño de 7 años, que se halla en análisis por presentar dificultades para conectarse con sus compañeros de colegio e intervenir en sus juegos, además de disminución en el rendimiento escolar. Tiene una hermanita cuatro años menor (con su nacimiento se iniciaron sus trastornos), con la cual era sumamente agresivo. El tratamiento que llevaba diez meses, había sido exitoso, y el niño manifestaba a sus padres su deseo de terminarlo.

En ese entonces, ocurre un acontecimiento que significó un cambio completo en su material de juego: la muerte de su abuela materna (con la cual pasaba su mayor tiempo, ya que sus padres convivían con ella en el mismo edificio).

Al día siguiente de este suceso, trae a la sesión material plástico y pide a la analista que le procure piolín para construir paracaídas. Construye dos paracaídas, solicitando la ayuda de la analista, preocupándose especialmente de que funcionen bien las cuerdas y se abran a su debido tiempo.

¹² Agradezco a los referidos colegas, la gentileza que han tenido al facilitarme este material.

¹³ Material de la Sra. Vida M. de Prego.

Vemos en este material cómo la muerte de la abuela reactivó en el niño su angustia a que la separación de su analista —terminación del tratamiento, vivida como renacimiento— significase su muerte. De allí la importancia de que las cuerdas —el cordón— funcionasen adecuadamente y estuviesen correctamente fijadas al material plástico —placenta-analista-madre de modo que su caída —nacimiento— se produjese sin peligro. Entonces podrá completar su separación desprendiéndose de las cuerdas —corte del cordón—. ¹⁴

Ocupa varias sesiones con el juego del paracaídas, luego ocupa otras tantas en la construcción de un hombre de nieve, expresando así el desamparo con que vivía la separación —nacimiento— de su analista.

En las siguientes inicia un nuevo juego en que manifiesta más directamente su resistencia a terminar el tratamiento, surgida con motivo de la muerte de la abuela.

El juego de la corneta. Fue precedido de algunas sesiones en las cuales el juego consistió en extender hilos que atravesaban el cuarto de juegos, sujetándolos en las perillas o llaves del mismo. Probaba la resistencia de los hilos agregándole pesas, siendo la finalidad del juego que los hilos resistieran las pesas y no se rompieran (para lo cual los reforzaba con nuevas hebras).

Luego pide papel y hace una corneta, y le ata un hilo largo, lleno de nudos y ataduras. Se sube a los estantes y trata de remontarla, intentándolo varias veces infructuosamente. Mira a la analista y comenta, sonriéndose: “No se puede remontar porque no hay viento”.

La analista interpreta que él es la corneta, que no se siente terminado como para remontar vuelo, que no se siente todavía completo como para separarse de ella.

Entonces el niño le tira la punta del hilo y él se queda con la corneta, continuando este juego durante varias sesiones, haciendo de modo que la corneta llegue a la analista, mientras él sostiene la punta del hilo , o

¹⁴ En este juego del paracaídas aparecen los dos momentos traumáticos del trauma de nacimiento, que yo he descrito en el agorafóbico: el período de tránsito y el período umbilical. Ambos están involucrados en lo que, en el presente trabajo, he descrito como “período umbilical” que abarca desde el tercer mes de vida intrauterina hasta el corte del cordón.

inversamente.

El juego de la corneta realizado por este niño, que estaba tratando de elaborar la terminación de su tratamiento, sugiere la idea que el gran atractivo que ofrece a los niños este juego, es que condensa la separación — nacimiento— con el remontar vuelo ¹⁵ y poner distancia —y la permanencia de la unión umbilical— a través del hilo. Nacer —separarse—, pero permaneciendo unido a la madre a través del cordón. Si el juego del paracaídas es la realización completa del nacimiento, en cambio, el juego de la corneta es un nacimiento a medias. Con este juego el niño recrea la perdida — y deseada— unión umbilical con la madre.

El juego de las serpentinas. Al juego de la corneta siguió el juego de las serpentinas. Traía rollos de serpentinas, y, colocando a la analista en el medio de la pieza, la iba rodeando de serpentinas, de modo que quedaba en el centro de una especie de tela de araña, completamente inmovilizada por numerosos lazos de serpentinas.

Aquí el niño expresa su renuncia completa a la separación, y, en cambio, su necesidad de inmovilizar a la analista (madre), a través de los lazos de las serpentinas: regresión a la fase umbilical.

El juego del trompo.¹⁶ Se trata de un adolescente de 13 años, que estaba próximo a la terminación de su tratamiento, y trataba, por medio del dibujo, de elaborar la separación de su analista, con la cual había mantenido una relación muy simbiótica. Fue dibujando diferentes figuras geométricas, triángulos, cuadrados, exágonos, paralelogramos, siempre de a dos (él y su analista). El dibujo tenía la finalidad de ir elaborando el vínculo simbiótico con la analista, ya que las dos figuras, primero muy entrelazadas, se iban separando más y más, hasta que finalmente quedaban sólo unidas por un punto, el “punto de giro”. El ángulo que separaba las dos figuras, primero de 90 grados, fue después de 180 grados.

Encontrándose el análisis en esta situación, llega a una sesión deprimido,

¹⁵ No desconozco que este juego tiene también, en un nivel fálico, el significado de erección, pero yo intento completar la significación general refiriéndome a significados en otro nivel.

¹⁶ Material de la Dra. Celia Porro de Pizzolanti.

manifestando que está con gripe. Dibuja primero dos paralelogramos reunidos por un punto, y separados 180 grados —él y la analista ya casi apenas unidos— e inmediatamente, a partir de un punto central, va trazando círculos cada vez mayores y superpuestos, de modo de formar una superficie redondeada como un ovillo, y le agrega un hilo largo que sale de ella. Dice entonces que es un trompo cuando se tira de la piola y empieza a girar”.

La analista interpreta la sensación de vértigo y el sentimiento de tristeza que le trae la desconexión con ella (el trompo negro, la depresión).

En este niño, la analista pudo seguir, en forma gradual y progresiva, a través de numerosas sesiones, la progresiva eliminación del vínculo simbiótico (vínculo umbilical) mediante las figuras geométricas que se separaban más y más, hasta que llegó su completa separación (expresada por el trompo “cuando se suelta de la pida y empieza a girar”).

En cambio, otro niño ¹⁷ de 10 años de edad, que venía haciendo intentos prematuros de independización y adultez (se había puesto pantalones largos, fumaba en las sesiones), expresó el sentimiento de fracaso y la sensación de impotencia a que lo conducían estos intentos, llevando a la sesión un trompo que intentaba, infructuosamente, hacerlo bailar.

En este niño, el juego del trompo tiene, a la vez, un doble significado, de acuerdo a dos diferentes niveles del desarrollo: un significado fálico (el trompo que baila) y otro de desprendimiento (el trompo que para bailar tiene que separarse exitosamente de la chaura), mostrando así que el crecimiento de la adolescencia —potencia, adultez— se vive profundamente como un segundo nacimiento.¹⁸

En conclusión, la observación del juego de los niños, y su interpretación de acuerdo a ciertos postulados teóricos, ha sido un intento de complementar observaciones recogidas en otros campos o áreas de conocimiento. Ya Jorge Mom (15) había señalado la similitud sorprendente entre el juego de los niños y la vida del agorafóbico. Mis propias observaciones confirman, aunque desde otro ángulo y con otras hipótesis, esos puntos de vista. Ha sido significativo para mí, que yo también haya pasado, de los conflictos de la agorafobia a la actividad lúdica infantil, y encontrado que unos y otros constituían —así lo creo

¹⁷ Material de la Dra. Isabel Plosa.

¹⁸ A mi modo de ver, el trauma de nacimiento se sigue elaborando durante toda la vida, en cada situación de separación que ésta nos depara.

yo— un testimonio de angustias muy tempranas referidas al modo de existir umbilical.

ALGUNOS PROBLEMAS TECNICOS

A) De la agorafobia

Las consideraciones teóricas precedentes: las angustias confusionales que subyacen a la fobia, el carácter “delirante” que puede tomar la fantasía del “ser umbilical”, y, especialmente, la fijación al período umbilical, introducen problemas técnicos específicos. El agorafóbico procura, por todos los medios, conservar sus defensas —como cualquier otro enfermo- y, en el caso de la agorafobia, una de las defensas, a mi entender, es restablecer la unión umbilical a través del objeto acompañante. La introducción del analista en su vida constituye una grave amenaza por la posibilidad que pueda destruir sus defensas —no únicamente la defensa que realiza a través de la disociación sino, como he venido sosteniendo, también la “defensa umbilical”—. Por consiguiente, todo su esfuerzo estará encaminado a neutralizar esta amenaza, y nada mejor para sus fines que transformar al analista en otro objeto acompañante. Durante el análisis de los agorafóbicos debemos estar siempre prevenidos contra esta situación, para evitar ser incluidos en su defensa, y que el análisis transcurra bajo el signo del analista-objeto acompañante, lo que lo volvería, indudablemente, totalmente inoperante.¹⁹

Como hemos intentado mostrar, las identificaciones proyectivas cruzadas constituyen el mecanismo fundamental del período umbilical. El agorafóbico procura, persistentemente, que el analista actúe, piense y sienta por él y en

¹⁹ Esto no quiere decir que, durante muchos momentos del análisis, el terapeuta no se vea obligado a desempeñar este rol y, a veces, de un modo totalmente evidente. Así, por ejemplo, sucedió más de una vez que, al finalizar la sesión en su casa, su señora, que había salido una vez comenzada la sesión, aún no había regresado. En estas circunstancias, bajo ningún concepto permitía que yo me retirase. Se ubicaba cerca de la puerta, y yo no tenía otra alternativa que quedarme. Es evidente que, en estas circunstancias, me convertía en un sustituto de la señora y, como ella, en un objeto acompañante. La situación me resultaba bastante embarazosa, me sentía desubicado y obligado a desempeñar un rol que no era el mío. Pero también entendía que el enfermo, en ese momento, no podía hacer otra cosa. Era el precio que yo debía pagar para que él siguiera siendo un fóbico, y un da más que un fóbico (y no un ser desintegrado y confuso: muerto-vivo).

lugar de él. De manera que uno se vuelva el yo del paciente —y esto ocurre, efectivamente, en muchos momentos del análisis—, por lo cual debemos estar atentos para devolverle al paciente lo que es de él y quiere depositar en uno.²⁰

Naturalmente, estas dificultades se vuelven mayores en aquellos períodos del tratamiento en los cuales éste se realiza en casa del paciente. En estos períodos, el analista debe reforzar su actitud vigilante, porque están dadas las condiciones externas para una más eficaz contraidentificación proyectiva.

Pero no podemos pretender que el paciente abandone sus defensas si no analizarnos consecuentemente, y en profundidad, las angustias contra las cuales estas defensas se han erigido. Y, a mi modo de ver, estas angustias son fundamentalmente de orden confusional. Si el paciente ha recurrido a la “defensa umbilical”, es para evitar la crisis de despersonalización y confusión mental. **El agorafóbico aceptará nacer enteramente —y abandonar su “ligadura umbilical”— cuando él pueda sentir que esto no significará necesariamente caer en la desintegración confusional y cuando esto ocurra, se sentirá curado.**

Creo que uno de los factores que más contribuyen a disminuir las angustias confusionales, es el análisis consecuente de la identificación proyectiva, ya que al devolverle al paciente, de un modo gradual y progresivo,²¹ los aspectos de su yo proyectados en el analista, estamos fortaleciendo su yo, y capacitándolo para enfrentar, con más éxito, al establecer una disociación más exitosa, los peligros y angustias derivados de la separación (nacimiento).

En el mismo sentido, me parece aconsejable el análisis simultáneo del objeto acompañante habitual o principal (frecuentemente, el cónyuge), con el objeto de que su análisis lo capacite para devolverle al paciente los aspectos

²⁰ Así, por ejemplo, en una ocasión, yo concurría a su casa del balneario, que quedaba bastante distante de la mía, para evitar interrumpir el tratamiento por un tiempo demasiado largo, y que éste perdiese la continuidad necesaria. Esta conducta unía —y de él— tenía un significado específico, al que me he referido en otro lugar (11), pero significaba, también, que yo me hacía cargo, exclusivamente, por contraidentificación proyectiva, de la valoración que él concedía al tratamiento: era yo que me preocupaba, en función de la importancia que él concedía a su tratamiento. Fue un progreso evidente cuando analizamos esta situación, y él pudo hacerse cargo de esta parte de su yo. Situaciones como éstas, son innumerables.

²¹ Jorge Mom (14) han señalado que debemos tener muy en cuenta la posibilidad de provocar en el paciente una angustia inmanejable al reintroyectarle lo proyectado, y la necesidad de investigar previamente el grado carácter de lo proyectado.

de su yo. Bien es cierto, que el enfermo se las arreglará para sustituirlo por otro objeto acompañante, pero de cualquier manera, su yo habrá salido fortalecido, y las identificaciones proyectivas —en el nuevo objeto acompañante— serán menos intensas, más lábiles y reversibles.

De este modo, con su yo más y más integrado, el enfermo irá perdiendo su temor a la situación crítica (catastrófica), confusional y desintegrativa.²²

A mi criterio, no debemos perder nunca de vista que el agorafóbico terne una situación traumática, y que su curación será lograda cuando él pueda sentirse capaz de nacer, o mejor, renacer de un modo distinto: sin despersonalizarse ni confundirse, es decir, cuando pueda elaborar el trauma de nacimiento (y, especialmente, el corte del cordón umbilical).²³

Así, un paciente agorafóbico siempre tenía que “prepararse” para cualquier acontecimiento que se apartase de los rígidos cánones ya establecidos. Cualquier cambio, por mínimo que fuese, exigía “preparación”, entendiéndolo por ello una anticipación mental, que el suceso pudiese ser previamente realizado, y repetidas veces, en la fantasía. Creo que esta necesidad de “preparación” es la contrapartida de la vivencia de no haber sido él “preparado” para nacer: el nacimiento lo sorprendió “sin preparación” (vivencia traumática).

Toda la vida del agorafóbico —cada instante de su vida— está condicionada a la evitación de la situación traumática (crítica, catastrófica), que le causaría una angustia inmanejable. Sin esta condición nada puede hacer.²⁴

Como hemos visto, el agorafóbico puede terminar por creer que su fantasía es realidad, y que él está conformado de otro modo, ya que sigue siendo un ser umbilical. De allí la importancia de analizar consecuentemente la “vivencia

²² Un paciente me repetía que él necesitaba a su objeto acompañante como “repére” para conservar su lucidez y juicio de realidad, y evitar caer en “el sueño” (vivido como confusión por la reintroyección del “núcleo confusional”). El objeto acompañante se vuelve aquí el “principio de realidad” del paciente.

²³ El mismo paciente me insistía que si él tuviese una amnesia que le hiciese olvidar “la crisis” podría curarse (siendo la crisis confusional una nueva edición —entre otras cosas— de la “pesadilla” del nacimiento). Su fantasía de curación consistía, pues, en “olvidar” el trauma de nacimiento, y lo que él me pedía a mí, era que yo lo ayudase a elaborarlo, **para él poder olvidarlo realmente.**

²⁴ Por eso no debe extrañarnos que durante la sesión analítica, se pase imaginando cómo se las arreglará durante el día, para mantener asegurada su unión umbilical, que lo preserve de la terrorífica situación catastrófica.

delirante”, es decir, que lo que él cree una situación inevitable, “orgánica”, más allá de las posibilidades psicoterápicas, dado que está conformado de un modo distinto, no es más que una fantasía. El paciente puede también hacernos sentir —por contraidentificación proyectiva— la inutilidad de todo nuestro esfuerzo terapéutico frente a la situación traumática, irreductible y fatal. Y la situación traumática es, repito, la situación de corte del cordón umbilical. Si tenemos éxito en nuestra tarea, y podemos hacerlo “renacer”, se obtendrán cambios fundamentales en el paciente, y, en particular, su yo corporal y mental adquirirán otra dimensión y profundidad. Y el enfermo habrá alcanzado una nueva condición: la del ser humano extraumbilical.

Quisiera ahora referirme muy brevemente a otro tema, que tiene sus conexiones con lo que hemos venido diciendo, y es la relación existente entre agorafobia e hipocondría. Me ha llamado la atención la escasa frecuencia de síntomas hipocondríacos en cuadros graves de agorafobia. Por otro lado, es también significativa la aparición de síntomas hipocondríacos con la evolución favorable de estos pacientes, de tal manera que la aparición de estos síntomas constituye un índice de progreso en el tratamiento.

A mi modo de ver, no debe extrañarnos que la debilitación de los lazos con el objeto acompañante sea seguida de síntomas hipocondríacos. Las ansiedades psicóticas, de carácter desintegrativo y confusional, que el agorafóbico maneja preferentemente utilizando al objeto acompañante, es decir, mediante una relación objetal específica, debe ahora disminuir su vínculo con el citado objeto, manejarlas utilizando su cuerpo. De modo que la relación con el objeto acompañante constituía el negativo de las ansiedades psicóticas. La psicosis, hasta entonces disimulada por la relación umbilical con el objeto acompañante (que le permite vivir, dentro de ciertos límites, como un sujeto normal), se vuelve entonces manifiesta locura en el cuerpo).²⁵

²⁵ Cuando el pariente agorafóbico, al cual me he venido refiriendo, resolvió desprenderse de su objeto acompañante, tuvo el propósito, para enfrentar el trauma de la separación, de hacerse el tratamiento psiquiátrico del sueño. Esto suponía alejarse de la realidad —que él imaginaba terrorífica, sin el objeto acompañante—, queda todo sumido en el sueño, buscando repetir, de este modo, la situación del recién nacido, que se protege del mundo extrauterino al cual no está todavía adaptado, con el sueño. Cuando abandonó, con el análisis, este propósito, lo sustituyó por una ingestión abundante de drogas (preferentemente atarácicas). Esto me hizo pensar, si la sensación permanente de la droga en el organismo, no constituiría un sustituto del suministro umbilical continuo, y la adición un intento de regresión —entre otras cosas— a la face umbilical y por otra parte, la forma de la gragea recuerda la de la

En resumen, considero importantes en el manejo técnico del agorafóbico, las siguientes consideraciones:

1º) Analizar consecuentemente la intención del agorafóbico de transformar al analista en un objeto acompañante.

2º) El analista, transferencialmente, representa al muerto-vivo confusional (objeto fóbigeno), y a esto es debido su evitación fóbica. La posibilidad de quedar transformado en un muerto-vivo —yo desintegrado y confuso— provoca la angustia inmanejable.

3º) Al devolverle al paciente lo proyectado —proyecciones masivas de partes de su yo, junto a impulsos eróticos y destructivos— de un modo gradual y progresivo, lo estamos capacitando, al fortalecer su yo, para que pueda establecer una nueva disociación más exitosa, y pueda soportar mejor, al disminuirlas, las angustias confusionales.

4º) Analizar la fantasía de que él es un ser “distinto” —fantasía delirante— y que, por consiguiente, nada de lo que haga el analista podrá modificarlo. Mientras esta fantasía no se analice, puede suceder que el enfermo sólo se trate para “seguir viviendo”.

5º) Poner en tratamiento psicoanalítico, si es posible, al objeto acompañante habitual o principal.

6º) Cuando su yo se encuentra más integrado, podremos entonces “obligarlo” a nacer, entendiendo por esto, enfrentarlo a la situación de corte del cordón.

B) De la situación analítica en general

He utilizado, como material, preferentemente la agorafobia, pero entendiéndolo que estas situaciones deben ocurrir en una serie de cuadros clínicos no definitivamente patológicos, y aun en toda situación analítica. Es así que pienso si no podría introducirse —y esto constituiría un intento de contribución a la teoría de los objetos de Melanie Klein— una nueva dimensión en la relación objetal que se establece entre paciente y analista: me estoy

placenta). Suprimido su objeto acompañante —que pasó a vivir por una temporada, a otro domicilio— mi paciente tuvo entonces síntomas físicos de alguna importancia, que se manifestaron por edemas generalizados (anasarca) y leve aumento de la presión arterial mínima, sin que pudiera atribuirlos, de un punto de vista médico, a ninguna lesión renal definida. La angustia inmanejable de la situación catastrófica dejó prácticamente su lugar a las preocupaciones hipocondríacas, y la “malignidad” de la “crisis confusional” fue sustituida por una supuesta afección maligna de origen renal (hipocondría).

refiriendo a la dimensión umbilical. Creo que la introducción de esta nueva dimensión, daría cuenta de algunos aspectos de la relación transferencial-contratransferencial, de una manera más amplia de lo que lo hemos hecho hasta ahora, deteniéndonos, en el movimiento regresivo, en el nivel oral de la relación. La complejidad de la relación transferencial incluye, a mi entender, en niveles muy primitivos, la fantasía de una relación ininterrumpida, y, por consiguiente, de un objeto del cual estamos recibiendo, de un modo permanente, y sin exigirnos nada en cambio,²⁶ atención, cuidados y amor tales, que son vividos, no sólo como pecho nutricio, sino también como cordón nutricio.²⁷ La idea de “cordón” nos conduce a la de “lazo” o “ligadura”²⁸ y, en mi opinión, repito, la ligadura afectiva que se crea entre analista y analizado incluye la dimensión umbilical de objeto.²⁹

Si consideramos estas hipótesis, me parece que se vuelven más significativas, todas aquellas situaciones que constituyen una frustración de esta fantasía de suministro inagotable y permanente. Me estoy refiriendo, por ejemplo, a lo que sucede cada fin de semana, y toda vez que el analista toma sus vacaciones. Aquí se produce un “corte” de la relación que, a mi juicio, incluye, entre otros, el significado de corte umbilical. En algunos pacientes, podemos observar el mismo fenómeno referido a la proximidad de la terminación de la hora analítica. Están atentos, con una expectación angustiada, a la terminación de su hora, y no inician ningún tema, por el temor angustiante de que el analista les “corte” el tema. Creo que en estas angustias de separación, intervienen, además de las fantasías ya conocidas de carácter oral o fálico, fantasías umbilicales.

En resumen, me pregunto si todos estos “cortes”, y otros muchos³⁰ que

²⁶ Si bien existe un intercambio evidente entre el analista y su paciente, esto no me parece contradictorio con la existencia de una fantasía subyacente de recibir sin tener la obligación de dar nada (fantasía umbilical).

²⁷ La idea kleiniana de pecho inagotable, estaría así sustentada en la existencia previa de esta relación umbilical

²⁸ El Prof. Willy Baranger me hizo notar, en una conversación personal, que la expresión “lazo afectivo” tenía una referencia implícita al cordón umbilical.

²⁹ Un paciente, con grandes dificultades para “desligarse” de la relación analítica —lleva largos años ininterrumpidos de análisis— es una sesión, en la que incluí, en las interpretaciones, en forma insistente estos puntos de vista, introdujo una mano en su pantalón, y se puso, sin percibirlo él mismo, a acariciarse la región umbilical. Quizás sea ésta una de las razones que prolongan indebidamente algunos análisis, y, tite parece, podría ser de utilidad el enfoque de esta situación, teniendo en cuenta estas ideas.

³⁰ El acompañante de un paciente agorafóbico había tomado la costumbre, cada vez que el enfermo buscaba “meterse” en él para “ligarlo”, a reaccionar diciendo, de un modo enérgico y decidido: “No sigas,

observamos en nuestra diaria tarea analítica, no tienen una referencia al primer y más significativo corte que podamos experimentar: el corte del cordón umbilical.

Todo esto nos está indicando hasta qué punto, hasta qué extremos, todo analista está comprometido en la relación que establece con su paciente. Debe, con él, revivir todos los antiguos vínculos, inclusive el de la ligadura umbilical, para emprender juntos la tarea de reconstruir —reparar— la personalidad dañada o enferma. Pero quisiera ahora poner énfasis en un aspecto particular de esta tarea, y es que dentro de la fantasía general, y siempre existente, de “renacer” con el análisis, están contenidas las fantasías de reconstrucción y corte del cordón umbilical. Renacer con el análisis significa que, a través de la regresión, y la reviviscencia de todas las etapas del desarrollo, pueda reestructurarse una “nueva” personalidad, constituirse, de alguna manera, un “nuevo” ser. Y es, justamente, a través del restablecimiento de los vínculos arcaicos, en los diferentes niveles del desarrollo, oral, anal, fálico y —agregaría yo—, umbilical, con las consiguientes angustias de carácter esquizoparanoide, depresivo y confusional, que podremos darle al paciente la oportunidad de renacer de un modo distinto. Si esta situación adquiere en la agorafobia, una preeminencia y destaque particular, también es cierto que la encontramos en todo análisis. La situación analítica —me parece— ofrece al paciente la posibilidad de ligarse al objeto del modo más primitivo, a través de la ligadura umbilical, y es recreando esta ligadura y volviéndola a cortar, innumerables veces, en la fantasía, a través de todo el desarrollo del análisis — y, naturalmente, viviendo, o reviviendo, estos vínculos umbilicales, juntamente con los vínculos orales, anales y fálicos, y sus ansiedades específicas—, es así como el paciente podrá reestructurar una nueva personalidad más sana y feliz.

En resumen, he tomado, en este trabajo, como punto de partida, los problemas y las dificultades que me presentaba el análisis de la agorafobia, y, en un intento de encontrar una mejor comprensión de esas dificultades, he establecido algunas hipótesis; después, he creído encontrar nuevamente, en algunas manifestaciones lúdicas infantiles, la confirmación de algunos de mis puntos de vista, para, finalmente, considerar que podía extender, a la situación

porque corto”. Esto desesperaba al enfermo, quien manifestaba no poder oír la palabra “corto”.

analítica misma, algunas de dichas hipótesis.

BIBLIOGRAFIA

1. ACHARD ARROSA, L.— “Objetos acompañantes en el análisis de una fobia”. Inédito.
2. BARANGER, Willy.— El muerto-vivo: Estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos. “Rev. Urug. de Psic.”, T. IV, Nº 4, 1961-62.
3. BARANGER, Mad. y Willy.—La situación analítica como campo dinámico. “Rev. Urug. de Psic.”, T. IV, Nº 1, 1961-62.
4. BLEGER, José.— La simbosis. “Rev. Psic. Buenos Aires”, T. XVIII, Nº 4, 1961.
5. FREUD, Sigmund.— Una teoría sexual. “Obras completas”, T. II.
6. .— Análisis de la fobia en un niño de 5 años. “Obras completas”, T. XV.
7. GALEANO, Jorge.— “Relación de las fantasías de nacimiento con la agorafobia”. Trabajo no publicado.
8. GARBARINO Mercedes E. de.— Disociación y confusión: Evolución del mecanismo disociativo y surgimiento de estados confusionales en el momento de la reintroyección. “Rev. Urug. de Psic.”, T. IV. Nº 3, 1961-62.
9. GARBARINO. Héctor.— Mecanismos confusionales en un paciente histérico. “Rev. Psic. Buenos Aires”. T. XIX, Nº 1-2, 1962.
10. .— “Un núcleo confusional: El muerto-vivo”. Trabajo no publicado.

11. .—Nacimiento, confusión y fobias. “Rev. Urug. de Psic.”, T. Y, N^o 2-3 1963.
12. KLEIN, Melanie.— Notas sobre *algunos* mecanismos esquizoides. “Rev. Psic. Buenos Aires”, T. VI, N^o 1. 1948.
13. MOM, Jorge.— El yo y su control a través de los objetos en la agorafobia. “Rev. Urug. De Psic.T. IV, N^o3, 1961-62.
14. — Algunas consideraciones sobre interpretación en las fobias. “Rev. Psic. Buenos Aires”. T.XIV, N^o 2, 1957.
15. .—Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas. “Rev. Psic. Buenos Aires”, T. XVIII, N^o 2, 1960.
16. .—Algunas consideraciones sobre el concepto de distancia en las fobia.. “Rev. Psic. Buenos Aires”, T. XIII, N^o 4, 1956.
17. RASCOVSKY, Arnaldo.— “El psiquismo fetal”. Edit. Paidós. Buenos Aires.
18. SEGAL , Hanna.— Notas sobre mecanismos esquizoides subyacentes en la formación de la fobia. “Rev. Urug. de Psic.”, T. IV. N^o 3, 1961-62.