

Un núcleo confusional: el muerto vivo*

Héctor Garbarino
(Montevideo)

I.— INTRODUCCION

En este trabajo me voy a referir exclusivamente a los estados confusionales agudos, y mis consideraciones estarán basadas en el análisis de un paciente histérico grave que *presentaba* episódicamente y en forma paroxística accesos confusionales. Presentaba también otros estados confusionales episódicos, pero que no aparecían en forma de crisis y que pude observar en el curso de su tratamiento, no así los primeros que nunca se produjeron en el consultorio analítico.

El paciente había utilizado, como defensa contra la confusión mental aguda, mecanismos disociativos de tipo esquizoparanoide. Es así que se había vuelto un agorafóbico desde la *temprana* edad de 13 años. La *agorafobia estaba obviamente* destinada a evitar sus crisis confusionales y había sido una defensa bastante exitosa, hasta el punto que el enfermo sólo contadas veces había sufrido sus ataques agudos de confusión, por lo menos en su forma completa. Esto no impedía que viviera bajo el terror de la repetición de sus crisis confusionales.

La confusión de este paciente estaba centrada alrededor de la vida y la muerte, no pudiendo diferenciarlas con precisión, de modo que comúnmente vida y muerte —su vida y su muerte— *se le aparecían* mezcladas de *un modo confuso*. Esta incapacidad de distinguirlas estaba acompañada de gran angustia. Me adelanto a recalcar que lo que angustiaba al enfermo no era tanto su muerte, sino no saber nunca más si estaba vivo o muerto, es decir, entrar en

* Trabajo leído en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, el 20 de diciembre de 1962.

confusión con respecto a su vida y su muerte. Llegué a la conclusión —por razones que referiré más adelante—, que existía en él un núcleo confusional vivo-muerto¹ que, en forma permanente amenazaba al yo con su irrupción, y que había conducido al paciente, para defenderse de él, a estructurar la disociación agorafóbica. Mi preocupación se centró entonces en la investigación de este núcleo, su génesis y su relación con la personalidad global del enfermo. De ninguna manera creo haber agotado esta investigación, sino únicamente haberme aproximado a ella. Supuse entonces que este núcleo confusional estaba fundamentalmente constituido por objetos muertos proyectados y partes del yo vivos que el paciente no podía asimilar ni discriminar. No quiero decir que fueran éstos los únicos componentes del núcleo confusional, pero sí los esenciales.

Considero que el paciente había intentado destruir sus objetos malos y los había expulsado (defecado), y estos objetos en parte muertos, en parte vivos, con sus pulsiones ligados a ellos, lo amenazaban constantemente con la reintroyección (la crisis confusional). De modo que los mecanismos disociativos de tipo esquizoide actúan en dos planos: primero, provocando el clivaje y la proyección del núcleo confusional y, en un segundo momento, estableciendo la redisociación fóbica como defensa contra el estado confusional.

II.— EL ESTADO CONFUSIONAL AGUDO: LA CONFUSION ENTRE LA VIGILIA Y EL SUEÑO

Las crisis confusionales² las padeció tres o cuatro veces en su vida. El paciente las describe de la manera siguiente: comienzan con una sensación de extrañeza e irrealidad con respecto al mundo y a su cuerpo, en seguida queda

¹ Tomo la designación “muerto-vivo” del Prof. Willy Baranger (2), quien presentó al IV Congreso Psicoanalítico Latinoamericano un relato titulado: “El muerto-vivo: estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos”. Como su título lo indica, Willy Baranger investigó la relación del muerto-vivo con los estados depresivos y el duelo, en cambio, mi propósito es investigar la relación del muerto-vivo con los estados confusionales agudos.

² La calificación de la Crisis como confusional alude sobre todo a la motivación dinámica de la misma.

sumido en un estado que él compara a “un sueño sin sueño”, o también “como quien está dormido sin estarlo”, o como caer en la ficción”. Se encuentra desorientado, sin saber quién es él ni dónde está. Se acompañan de enorme angustia, motivada especialmente por la sensación de que no podrá salir nunca de ese estado. Entonces hace desesperados esfuerzos por salir de él, consistentes en bruscas agresiones, ya sea a otras personas o a sí mismo. Cometida esta agresión recupera inmediatamente su lucidez mental.

Fuera de estos ataques de despersonalización seguidos de confusión,³ innumerables veces sintió el peligro de la inminencia de la crisis. En esos momentos es presa de gran angustia. Para evitar “entrar en la crisis rompe algún objeto o comete alguna otra agresión.

Su primera crisis angustiosa, que él llama “sobresalto”, la vincula con la muerte de un familiar. La segunda sobrevino poco tiempo después y siguió a una enfermedad grave del padre. Su primera crisis confusional la tuvo poco después.

Estas crisis confusionales repiten exactamente su vivencia del sueño anestésico. Cuando niño había sido intervenido quirúrgicamente para efectuarle una amigdalectomía. Pocos meses antes, un amigo suyo había sido operado, falleciendo algunas horas después. Durante la anestesia, nuestro enfermo se defendió desesperadamente, tratando de evitar a toda costa caer en el sueño anestésico. La anestesia fue superficial, con careta de gases, de modo que estuvo semidespierto. Sintió la terrible angustia de dormirse y no despertar más.

Esta crisis no es propiamente sueño (dormir), ni tampoco vigilia, sino una mezcla confusa de vigilia y sueño, “un sueño sin sueño”, o más precisamente, un sueño en vigilia. El enfermo, agarrado por el sueño (los objetos perseguidores identificados con los objetos muertos), siente la necesidad vital de despertar (vivir), para evitar el sueño (muerte en vida). Quiere decir que el esfuerzo desesperado por despertar está determinado por la necesidad impostergable de restablecer la disociación vigilia-sueño y, de este modo, escapar a la angustia confusional vivida como la muerte en vida.

³ Estas crisis hacían pensar, en un primer momento, en los “estados de sueño”, indicadores de una epilepsia temporal. Sin embargo, la enorme angustia que despertaban, así como las defensas a que lo había conducido, me hicieron descartar la epilepsia

III.— LA PROYECCION
DE LOS OBJETOS MUERTOS.
LA FANTASIA DE LOS MUERTOS
CON APARIENCIA DE VIDA (LOS VAMPIROS)

Otros estados confusionales, aunque no vividos en forma de crisis angustiosa paroxística, se pusieron en evidencia durante el análisis. Estuvieron relacionados con la proyección masiva de los objetos que él creía haber destruido (matado). Esto ocurrió en relación con la transferencia. A causa de la muerte de un hijo mío, que él vivió como matado por él, debí continuar el tratamiento en su casa, ya que le fue imposible concurrir a mi consultorio. En la sesión siguiente me contó un sueño en que él, acompañado por una mujer y un analista,⁴ se ponían a comer fiambres y nunca terminaban de comer, y agregó que el día anterior había vomitado todo lo que había comido. Los fiambres que nunca terminaba de comer se referían a los muchos objetos que él creía haber matado (padre, psiquiatras, mi hijo), devorado y luego vomitado. Algunas sesiones después, cuando estaba ocupado con el tema de la creencia en las ánimas (las almas de los muertos), tuvo la fantasía que podría haber muertos con la apariencia de seres vivos.⁵ Entonces, para diferenciar si una persona era un ser vivo o un cadáver, debía tocarlo para percibir si estaba frío o caliente.

Esta fantasía fue interpretada, en relación con el material anterior, en el sentido que él había depositado en mí (por identificación proyectiva) los muertos-vivos que él había matado, devorado y luego expulsado, de modo que yo era el muerto con apariencia de vida. Agregué también que él me había dividido, de modo que yo era “uno” en mi consultorio y “otro” en su casa, y que no iba a mi consultorio porque allí era la casa de las ánimas y yo era allí el muerto que aparentaba estar vivo (el vampiro) y lo amenazaba con la crisis (le metería, en forma violenta, los muertos que él había depositado en mí).

⁴ El analista que me lo envió para su tratamiento.

⁵ Esta fantasía del “cadáver viviente” aparece también en una enferma del Dr. Jorge Mom (11), pero con una significación diferente, ya que en este caso es la enferma que vuelve “cadáver” a sus objetos al meterse en ellos, controlarlo totalmente y reducirlos a meras “envolturas”.

Esta mezcla confusa de vida y muerte⁶ se vio también con motivo de la muerte de la madre ocurrida durante el tratamiento.

En ese entonces comenzó a quejarse continuamente que mis honorarios eran excesivos, que terminaría por fundirle su fortuna y hacerlo morir de hambre. Sus angustias transferenciales, vividas en un nivel oral, se hicieron tan intensas que terminó por serle imposible concurrir a mi consultorio a la hora del mediodía (la hora de la comida), pudiendo hacerlo a otra hora.

En una sesión me relata el siguiente sueño:⁷ “Mi madre está mal, corro subiendo escaleras y la encuentro muerta, amortajada con mayonesa, papas y zanahorias. Tiene un ojo cerrado y otro abierto. Pienso en la herencia...

Aparece aquí otra vez el muerto con apariencia de vida, en la superficie una mortaja de comida, ocultando el cadáver de fondo. Interpreté este material relacionándolo a sus angustias transferenciales, mostrándole que era suya la avidez que él me atribuía, y que, en definitiva, mi muerte, como la de la madre, en cierto modo, era una buena comida para él. De modo que era él el vampiro.

El análisis de esta situación condujo al paciente a la confusión mental. Al devolverle sus partes proyectadas, los objetos que él creía haber matado, y sus pulsiones destructivas y libidinosas, entró en confusión. Como dice Melanie Klein: (9) “Otros factores que contribuyen muy tempranamente a la confusión y estados de perplejidad son la identificación proyectiva e introyectiva, porque temporariamente pueden tener el efecto de volver borrosa la distinción entre el individuo y los objetos y entre el mundo externo e interno”.

Esta indistinción entre el sujeto y el objeto internalizado se puso en evidencia en otro material onírico, a los pocos días de la muerte de la madre: “Estaba muerto, con un amigo también muerto. El me tranquilizaba, porque hacía más tiempo que estaba muerto. Yo no quería pensar en la muerte por temor a la crisis. Sentía angustia y me desperté”. El paciente está muerto y, sin embargo, teme la crisis, es decir, no está realmente muerto. La crisis es peor

⁶ La confusión de pulsiones libidinosas y destructivas ha sido descrita por Herbert Rosenfeld (14) en las esquizofrenias crónicas

⁷ Expongo sólo un fragmento del sueño.

que la muerte, porque es la confusión definitiva e irreversible del yo, es decir, una muerte a medias. El amigo⁸ lo tranquiliza porque él sí está bien muerto. La reintroyección del objeto que él cree haber parcialmente destruido, lo amenaza con la crisis, y entonces debe restablecer la disociación, debe despertar (vivir) para evitar el dormir (la muerte en vida).

IV.— COMPARACION DE LA CRISIS DE SUEÑO CON LA CRISIS AGORAFOBICA Y CON EL DORMIR

Creo de utilidad, establecer una comparación entre la crisis de sueño y la crisis agorafóbica y el dormir:

Jorge Mom (12) describe la crisis agorafóbica como una crisis angustiosa con agitación, llanto y mareos. Se experimenta en ella la angustia de desintegración, fundamentalmente por no tener un objeto donde proyectar la destrucción interna. Por consiguiente, es motivada por la soledad. Necesita urgentemente el objeto pecho idealizado para introyectarlo y, de este modo, obtener suficiente cohesión interna como para evitar la desintegración. Esta urgencia del objeto está determinada por la terrible angustia del desmembramiento en pedazos.

En cambio, la crisis de sueño es esencialmente una crisis confusional. Es la angustia de confusión, de perder la identidad y volverse "otro", y no reconocerse más. Es una angustia confusional por la reintroyección violenta de objetos muertos a medias y perseguidores, y pérdida de la diferenciación entre el yo y esos objetos. Esta reintroyección ocasiona un sueño artificial, una mezcla de sueño y vigilia, en la cual la mayor angustia es no recuperar más el estado de vigilia. El sueño es vivido como la muerte por introyección de los perseguidores muertos-vivos. Esta introyección se produce a causa del fracaso de la disociación agorafóbica, ya que el fracaso de la disociación conduce a la reintroyección de las partes proyectadas. Cuando la proyección del núcleo confusional es muy violenta y masiva, el yo queda expuesto a su reintroyección

⁸ Es la persona que iba a ocupar la casa de la madre, identificándose, por esta circunstancia, con el objeto muerto. Es también un desdoblamiento de él mismo.

también violenta y masiva.⁹ Entonces es únicamente la disociación, al ubicar las partes proyectadas en uno de los términos de la disociación, que defiende al sujeto de la reintroyección confusional. Si fracasa, el yo, ya no puede mantener su integridad y es invadido por el núcleo confusional (objetos en parte muertos, en parte vivos, el sueño).

En cuanto al dormir, la Dra. Alvarez de Toledo (1) que se ha ocupado del tema, considera que no es esencialmente un proceso de muerte (concepto sostenido por Jekels y Bergler), sino un fenómeno vital, ya que en definitiva es morir para renacer. Asimismo, la pérdida del sentimiento del yo, que da la vivencia de muerte, nunca es completa en el dormir, de modo que “el núcleo del yo está siempre presente”. Por el contrario, en la crisis de sueño, la vivencia del paciente es que su yo no se reconocerá más a sí mismo, no habrá despertar, configurando, por consiguiente, la confusión definitiva e irreversible del yo. En la crisis de sueño, a diferencia del dormir, no existe la esperanza del renacimiento del yo.

V.— ALGUNAS OBSERVACIONES TEORICAS ACERCA DEL NUCLEO CONFUSIONAL

1) Justificación de su existencia y contenido del núcleo

Lo que más resaltaba en este enfermo y me impresionaba contratransferencialmente, era la extrema angustia a que se hallaba expuesto su yo ante la posibilidad que se produjera “la crisis”, y quedara sumido para siempre en un estado confusional con pérdida de la identidad. Me pregunté entonces quién era la crisis, de dónde provenía esta terrible amenaza para el yo, qué partes de la personalidad estaban implicadas en el ataque, si éste provenía de “adentro” o de “afuera”, y cuál era su relación con la parte sana de la personalidad. Me pareció en seguida que no se trataba simplemente de una situación persecutoria por parte de un perseguidor externo o interno, sino de una situación mucho más compleja.

Intentaré describir algunas de las vivencias contratransferenciales que me llevaron a suponer la existencia de un núcleo confusional.

⁹ León Grinberg me sugería la designación “reproyección de fuera adentro” para denominar este mecanismo.

Durante una sesión analítica, el paciente se quejó de la inutilidad de todos mis esfuerzos terapéuticos, repitió una y otra vez que su tratamiento estaba condenado al fracaso y que esto significaba su sentencia definitiva. Debía abandonar toda esperanza. Transcurrió toda la hora en medio de recriminaciones de la misma índole: yo era un inútil y un incompetente y, a causa de ello, él no tenía salvación. A medida que transcurría la sesión yo sentía que me iba invadiendo un sentimiento de desaliento y desamparo cada vez más intenso. Me sentía sumamente desgraciado. En cambio el paciente cada vez estaba más furioso y seguía lanzándome invectivas en todos los términos, contra mí y el tratamiento que yo le hacía. Sentí que yo deseaba intensamente cuidar y conservar el tratamiento y que él por su lado se conducía como si ya nada le importase de él. De pronto me sentí confundido, no sabiendo bien quién era YO. Era tan intensa mi confusión que sentí el impulso a salir disparando de la pieza, como un intento desesperado de escapar a la confusión. Traté de serenarme repitiéndome que yo era analista. Decidí entonces aprovechar mi reacción contratransferencial —verdadera psicosis contratransferencial— tratando de devolverle la confusión que me había metido, pero sólo pude preguntarle, bastante enojado (o angustiado): “¿Pero aquí quién es el desgraciado, quién es el enfermo sin esperanzas, es usted o soy yo?”. Y él me respondió: “¿Y quién es? ¿Usted lo sabe?” —en tono de burla—. En ese momento, era evidentemente yo.

Mi pregunta era a todas luces incompleta como interpretación interrogativa, ya que fue motivada por la angustia confusional, como consecuencia de una intensa contraidentificación proyectiva. Pero pensando después en esta aguda reacción contratransferencial —una pequeña crisis confusional—, me di cuenta que yo experimenté la misma angustia de perder la identidad que él experimentaba en sus crisis confusionales. Al sentir el impulso a disparar estaba fantaseando hacer lo que él tantas veces había hecho, sentí la angustia de no saber más quién era yo, y escapar de la pieza era un intento desesperado de reencontrar mi identidad. Yo perdía mi identidad y él se quedaba con la comprensión de su propia identidad. Creo que el enfermo me hizo vivir en ese momento la angustia de “la crisis”, es decir, la invasión del yo por las partes enfermas con la confusión consiguiente y pérdida de la identidad.

En mi opinión, no se trata aquí simplemente de la identificación proyectiva

e introyectiva, y de la confusión resultante cuando estos procesos se realizan en forma masiva (M. Klein). El paciente, al proyectar sobre mí sus partes enfermas —los aspectos de su yo y de los objetos, así como los impulsos correspondientes a ellos—, no quedaba empobrecido ni confundido, como sucede cuando se proyectan masivamente partes de uno mismo integradas al self. Al contrario, aparecía frente a mí cada vez mas integrado” y fortalecido. Creo que esto es debido a que proyectaba sobre mí partes no asimiladas al self¹⁰ y, de este modo, ponía “distancia” (J. Mom) entre estas partes y su self, restableciendo la disociación y evitando así la confusión. Por mi parte, yo quedaba destruido a medias y confundido:

muerto-vivo. Comprendí entonces que la necesidad del enfermo, para sobrevivir él, era la de destruirme a mí, convirtiéndome en el muerto-vivo, algunas sesiones después.

Al día siguiente de faltar yo (estar muerto) a una sesión, me contó el siguiente sueño, que corrobora los puntos de vista arriba sustentados: “Sueño con mi amigo muerto. Estaba vivo y yo pensaba si no se acordaría que estaba muerto y lo que habría sentido al morir”. El amigo soy yo (como parte de él mismo).

Por consiguiente, mi angustia confusional era la percepción inconsciente contratransferencial que él quería convertirme en el muerto-vivo y que para su fantasía ya lo había logrado (en la sesión del sueño del muerto-vivo estaba muy deprimido y con gran angustia por temor a la crisis). No se trataba de mi muerte, sino de mi muerte en vida —muerte como analista, pero vivo—, y la angustia experimentada era que se juntaran vida y muerte de un modo confuso y no pudiera separarlas más de modo que no sabría nunca más si soy un analista vivo o muerto (esta capacidad de distinguir claramente quedaba en él). Mi pánico significó, por consiguiente, un intento desesperado de restablecer la disociación. Como el enfermo estaba en ese momento absolutamente desprovisto de angustia confusional, consideré que existían en él partes vivas y muertas, objetos matados por él y partes vivas del yo y de los objetos, así como partes del yo muertas, todo esto mezclado confusamente y aislado del self, pero siempre amenazándolo con invadirlo, y de los cuales yo me había

¹⁰ Son partes disociadas del self, pero que amenazan siempre con reintegrarse y provocar la crisis confusional

hecho cargo por conraidentificación proyectiva. Llamé a esta estructura “núcleo confusional”.¹¹

¹¹ En el mismo symposium en que presenté por primera vez la hipótesis de un núcleo confusional, el Dr. José Bleger presentó un trabajo titulado “Modalidades de la relación objetal” en que alude a un núcleo aglutinado cuya constitución y funciones son similares a las propuestas por mí para el núcleo confusional. Me referiré más adelante a los puntos de divergencia entre su concepción y la mía.

2) Génesis del núcleo confusional

Recordemos que la crisis confusional —exteriorización de la existencia latente del núcleo— sumía al yo en un estado intermedio entre la vigilia y el sueño. Esto me hizo pensar en las primeras semanas de vida, donde la vigilia y el sueño se presentan indistintas al recién nacido, siendo una de las tareas del yo temprano discriminarlas, lo que va logrando con los progresivos pasos en la integración.

Por otro lado, sabemos por Melanie Klein que la tarea esencial del yo precoz es proyectar afuera del organismo al instinto de muerte, apoyándose en el instinto de vida, para librarse de la angustia de aniquilación. Sugiero entonces la hipótesis de la supervivencia del núcleo confusional como testimonio del fracaso parcial del yo precoz en su tarea de proyectar el instinto de muerte.

El enfermo equiparaba la vigilia a la vida y el dormir en vigilia a la muerte en vida. La confusión surge aquí por el fracaso en la discriminación de la vigilia y el dormir, de la vida y la muerte, y la mezcla indistinta consiguiente de ambas (recuérdese la fantasía del muerto-vivo que debía tocarse para saber si estaba frío-muerto o caliente-vivo, o el sueño del amigo vivo y, sin embargo, muerto). No creo, por consiguiente, muy aventurado sostener la hipótesis que estamos frente a un fracaso en la separación de la vida y la muerte, que nos parece imputable, en su origen, al yo temprano. Resultado de este fracaso ha sido la persistencia, en forma reprimida —por ende, disociada, de una estructura confusional que denominamos núcleo¹² y que, por su contenido, vemos que se trata de un núcleo muerto-vivo, cuyo punto de fijación lo ubicamos en las primeras semanas de vida extrauterina.¹³

¹² Con la designación “núcleo” queremos también significar su estructura cerrada, no asimilable al yo.

¹³ Creo que Cesio (6) describe con el “objeto aletargado” una estructura mental diferente a la que yo describo para el “núcleo confusional”. Para él, el objeto aletargado es una formación adscripta al yo fetal (primario), producto de la identificación primaria con los objetos heredados del ello, anterior, por consiguiente, a toda carga del objeto. Esta formación sería llevada al estado letárgico por los instintos de muerte movilizados por el yo postnatal (secundario). En cambio, el núcleo confusional sería una formación posterior a la carga de objeto, producto de una incapacidad del yo precoz postnatal —a causa de una anormal intensidad de los instintos de muerte— para separar los impulsos de vida y muerte,

De modo que el proceso no puede describirse en términos de estructuras psicológicas ya diferenciadas, como el yo o los objetos externos o internos, fueran éstos totales o parciales, sino que estamos en un nivel en que la diferenciación entre el yo, y los objetos, sean externos o internos, es todavía inexistente o, por lo menos, muy imprecisa. Nos encontramos, por consiguiente, frente a una estructura mental que contiene mezclada en forma indiscriminada partes del yo y partes de los objetos, con los impulsos correspondientes.

En mi opinión, por lo tanto, la formación del núcleo confusional se produce en las primeras semanas de vida extrauterina y es anterior a la experiencia de duelo vivida por el lactante con relación al pecho, e introduce un factor de perturbación en la elaboración de todo duelo.¹⁴

En cuanto al papel que le cupo a la anestesia quirúrgica, ocurrida cuando aún era un niño, creemos que únicamente actuó de reveladora de la existencia reprimida —disociada— del núcleo. Con la anestesia revivió la situación confusional entre la vida y la muerte.

3) Ubicación del núcleo

¿Dónde se ubicaba esta parte del self que, en forma permanente, amenazaba con invadir y destruir al yo? Mientras éste pudiera mantener sus

originándose un núcleo que contiene aspectos del yo y partes de objeto, junto a los impulsos de vida y muerte, mezclados en forma confusa. Este núcleo que amenaza la existencia del yo es reprimido en el inconsciente.

Otro punto en que se diferencian el núcleo confusional y el objeto aletargado es la distinta reacción contratransferencial que provocan. El núcleo confusional, a diferencia del objeto aletargado, no tiene efecto “aletargante”.

Diego García Reinoso (8) por su parte al analizar algunos cuentos de E. Poe (“La caída de la casa Usher”, por ejemplo), llega a la conclusión que el cadáver viviente u objeto aletargado es un **objeto confuso**, y se refiere también al encapsulamiento de un núcleo confusional como medio de salvarse el yo de la destrucción. García Remeso considera este objeto como una tentativa fracasada de elaborar el duelo por la pérdida de la madre.

¹⁴ Así, la muerte de su padre fue seguida de un duelo patológico de carácter maniaco (“nunca me sentí mejor que los meses que siguieron a la muerte de su padre”) e, indudablemente, el núcleo perturbó la elaboración normal del duelo. Durante el análisis, el padre muerto-vivo apareció en numerosos sueños del paciente

defensas, éstas estaban precisamente destinadas a mantener afuera de él al núcleo confusional. Cada claudicación de las defensas se expresaba a través de una crisis (con grados de intensidad variables), es decir, de una invasión de lo proyectado de afuera-adentro o, considerado desde el punto de vista del yo, éste se sentía a merced de una violenta introyección destructiva.

Existirían tres niveles de funcionamiento del yo. Un primer nivel (ver esquema 1), en que el yo se encuentra defendido por los objetos acompañantes, a los cuales mantiene a una cierta “distancia”, estableciendo de este modo una “zona de control”

(J. Mom). En este nivel, el yo actúa con su parte sana o adulta, cuyo funcionamiento le ha permitido entre otras cosas, estudiar y terminar una carrera profesional. Junto a este yo adulto existe otra parte del yo —a quien le damos mucha mayor extensión en el esquema para expresar que tiene mucha mayor vigencia en su personalidad— y que es el yo histeroesquizoide o fóbico, de carácter neurótico, y con el cual teníamos que tratar a diario en las sesiones analíticas. La relación del yo normal y fóbico con los objetos acompañantes y el mantenimiento de la “zona de control” constituía la “relación buscada” (J. Mom) por el yo. De este modo, el yo podía preservar su integridad, ya que mantenía “afuera” el núcleo confusional, controlado en el espacio agorafóbico.

La “presencia” del objeto acompañante constituye, pues, una cuestión vital para él. Puede estar ausente siempre que él lo sienta presente psicológicamente, es decir, controlado. Necesita del acompañante, del control sobre él, para evitar la reintroyección de las partes proyectadas.¹⁵ Esto explica la angustia extrema que le provoca la soledad. Teme la soledad y el abandono, porque entonces no podrá evitar la reintroyección. El objeto debe estar “presente” porque sólo así se asegura que las partes proyectadas permanecen “fuera” de él. Con el acompañante él puede sentir que lo que tiene “adentro” está “afuera”, y que permanecerá “afuera” de él mientras esté el acompañante. Así mantiene la disociación: el núcleo confusional “afuera” del yo. La presencia del acompañante se vuelve, por consiguiente, absolutamente imprescindible para evitar la reintroyección del núcleo y con ella, la muerte en vida. La pérdida

¹⁵ En muchos momentos de su análisis, cuando sentía la inminencia de la crisis, yo me convertía en su objeto acompañante. Debía entonces “acompañarlo”, una vez terminada la sesión, hasta que recuperara el control sobre sus objetos acompañantes habituales.

del control sobre los objetos acompañantes nos conduce al segundo nivel de funcionamiento del yo, que llamamos “relación evitada” (J. Mom). Aquí el enfermo siente la amenaza de la crisis, sobreviene una angustia extrema, el mundo externo se vuelve terrorífico amenazando con invadir al yo y hacerle perder sus límites —pérdida de los límites entre el sueño y la vigilia, entre el cuerpo y el mundo, entre la vida y la muerte—.

Finalmente, existiría un tercer nivel de funcionamiento del yo, de carácter psicótico ¹⁶ que adquiriría absoluta preeminencia en caso de sobrevenir la crisis confusional.

El núcleo confusional ¹⁷ invadiría entonces al yo y éste quedaría convertido en un yo muerto-vivo —locura, fantasía de fin del mundo, enfermedad esquizofrénica aguda—.

Por lo tanto, podemos considerar al núcleo confusional como una estructura proyectada y ubicada en la “zona de control” del espacio agorafóbico. En tanto esta zona está controlada por el enfermo, el núcleo tiene **una existencia virtual (esquema 1).**

Si el enfermo pierde el control de los enfermos acompañantes, **la existencia virtual del núcleo pasa a ser real** ¹⁸ (esquema 2)

y sobreviene el estado angustioso con temor a la crisis. Si consideramos ahora su representación intrapsíquica, diríamos que el núcleo confusional es una formación reprimida y ubicada en el ello.

Soy consciente que esto es sólo una esquematización de una realidad psicológica mucho más rica y compleja, pero creo que facilita la comprensión

¹⁶ Como es obvio, aunque no lo hayamos dicho explícitamente, el núcleo confusional es un núcleo psicótico de la personalidad

¹⁷ El Dr. José Bleger, en la discusión que siguió a la presentación de mi trabajo anterior sobre este mismo tema, fue de opinión que la confusión surgía como resultado de la introyección de un “núcleo aglutinado”, no confusional. La confusión surgiría, según él, en el momento mismo de la introyección, no existiendo, por consiguiente, previa a ésta. En mi opinión, el núcleo es confusional en sí mismo, porque contiene partes del yo y de los objetos muertas y vivas y no discriminadas. Me inclino a pensar así por varios motivos. Uno de ellos es mi vivencia contratransferencial que describí más arriba, de carácter confusional, en la cual yo me hice cargo, por contraidentificación proyectiva, del muerto-vivo confusional. Otro es su propia fantasía transferencial —que ya había tenido cuando niño y que reaparecía ahora— que debía tocarme para saber si yo estaba frío o caliente, es decir, si era o no el muerto-vivo.

¹⁸ Creo que el hecho que yo pasara a ser objeto acompañante en situaciones de amenaza de crisis ha sido uno de los motivos principales para que el enfermo nunca sufriera la crisis confusional en las sesiones analíticas.

de lo que quiero decir. Naturalmente, estos esquemas no son rígidos, sino esencialmente variables, cambiando en cada momento el radio de los círculos, ampliándose o estrechándose, de acuerdo al estado de las defensas del yo y de la proporción variable de la proyección-introyección.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo formulo las siguientes hipótesis:

1º) El acceso paroxístico confusional sería debido, en el caso que presento, a la existencia de un núcleo confusional.

2º) El núcleo confusional sería un producto mental constituido en las primeras semanas de vida, a causa de un fracaso del yo precoz en disociar los impulsos de vida y muerte. Como remanente de este fracaso se constituye un núcleo muerto-vivo, con partes vivas y muertas del yo y de los objetos, mezcladas en forma indiscriminada. Este núcleo muerto-vivo es reprimido — disociado— en el ello.

3º) El núcleo confusional, disociado del resto del yo, es posteriormente proyectado y controlado de un modo fóbico. La disociación fóbica es utilizada aquí como defensa contra mecanismos confusionales.

4º) La invasión del yo por el núcleo confusional, su reintroyección violenta y masiva, a causa del fracaso de la defensa fóbica, da lugar a una crisis paroxística confusional en la cual el yo siente la amenaza de su disolución por conversión en un yo muerto-vivo. Esto significaría para el yo la instalación definitiva de un estado confusional crónico.

5º) El yo evita el estado confusional crónico —locura— re proyectando, de un modo violento, el núcleo confusional y restableciendo su control fóbico.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The following hypotheses are advanced in this paper:

1) In the case under consideration the confusional paroxysm would be due to the existence of a confusional nucleus.

2) This confusional nucleus would be a mental product constituted during the first weeks of life owing to a failure of the early ego in dissociating the impulses of life and death. As a remnant of this failure a dead-alive nucleus is constituted, with alive and dead parts of the ego and of the objects, mixed up in an indiscriminated way. This dead-alive nucleus is repressed (dissociated) in the id.

3) The confusional nucleus, dissociated from the rest of the ego, is projected later on and controlled in a phobic way. Phobic dissociation is used here as a defense against confusional mechanisms.

4) The invasion of the ego by the confusional nucleus, its violent and massive re-introjection due to the failure of the phobic defense, give place to a confusional paroxysm in which the ego feels itself threatened with dissolution by its transformation into a dead-alive ego. This would mean for the ego the definitive installation of a chronic confusional condition.

5) The ego avoids the chronic confusional condition (madness) by re-projecting the confusional nucleus violently and reestablishing the phobic control.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ DE TOLEDO, Luisa G.— Mecanismos del dormir y del despertar. “Rev. de Psa.”, Bs. As., T. VIII, N° 2.
2. BARANGER, Willy.— El muerto-vivo: estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos. Trabajo presentado al IV Congreso Psicoanalítico Latinoamericano. “Rev. Urug. de Psicoanálisis”, 1. IV, N° 4; 1962.
3. BLEGER, José.— Modalidades de la relación objetal. “Rev. de Psa.”, Es. As., T. XIX, N° 1-2.
4. CESIO, Fidas.— El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa. “Rev, de Psa.”, Es. As., T. XVII, N° 1.
5. CESIO, Fidas.— Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa. “Rev, de Psa.”, Bs. As., T. XVII, N° 3; 1960.
6. CESIO, Fidas.— La disociación y el letargo en la reacción terapéutica negativa. “Rev, de Psa.”, Es. As., T. XIX, N9 1-2; 1962.
7. 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 Psicoanálisis”, T. IV, N9 3; 1961.62.
8. GARCIA REINOSO, Diego. Consideraciones sobre el duelo. “Rev, de Psa.”, Bs. As., T. XVIII, N° 2; 1961.
9. KLEIN, Melanie.— “Envidia y gratitud”. En: Las emociones básicas del hombre”. Edit. Nova, Bibl. de Psa., Es. As.

10. KOOLHAAS, Gilberto.— El origen psicótico de la neurosis. “Rev. Urug. de Psicoanálisis”, T. II, Nº 4; 1959.
11. MOM, Jorge.— El yo y su control a través de los objetos en la agorafobia. “Rev. Urug. de Psicoanálisis” T. 4, Nº 3; 1961-62
12. MOM, Jorge.— Algunas consideraciones sobre el concepto de distancia en las fobias. “Rev. Psa.”, Es. As., T. XIII, Nº 4; 1956.
13. MOM, Jorge.— “Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas”. (Trabajo inédito.)
14. ROSENFELD, Herbert.— Nota sobre la psicopatología de los estados confusionales en las esquizofrenias crónicas. “Rev. Urug. de Psicoanálisis”, T. II, Nº 4; 1958.