

RESEÑA DE LIBROS Y REVISTAS

MARIO JORGE MOM.— Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas. “Rev. Psa. Arg.”, tomo XVII, N^o 2.

El artículo es parte de un trabajo anterior, consta de varios capítulos, pero ya en la introducción el autor nos dice que en él se estudia una forma de reacción transferencial que por sus características similares a las de las fobias las llama “modalidad fóbica”. Se trata de una modalidad bastante frecuente y se caracteriza por el manejo especial del espacio en el sentido de “adentro-afuera”, “distancia”, “separación”, “límites”; y sus vicisitudes; “anulación y recreación”.

Lo primero que estudia es el cambio de relación de objeto que se observa en el período de tiempo que dista entre la primera entrevista y la primera sesión. Son aspectos nuevos y a veces incluso nuevos objetos, absorbentes y por lo general no tienen nada que ver con su conflicto. Por otra parte excluyen completamente al analista de tal situación. Luego de hacer un comentario en el sentido de la dificultad que crea en el analista en tanto hay una diferencia de esquema con el analizado, pasa a estudiar las causas que determinan esta actuación del paciente. Es una defensa para evitar la introducción del analista dentro de él. Evitan así que el analista entre y se vaya llevando su adentro hacia su afuera, rompiendo su disociación afuera-adentro. Es ésta una forma de reacción típicamente fóbica, pero que el Dr. Mom la extiende como una de las características transferenciales en general. Se plantea si esto no es una forma de reacción frente a lo nuevo. Lo ejemplifica con un caso en el cual se ve muy claramente la evitación del analista como objeto fóbigeno y peligroso, ya que es omnipotentemente fantaseado, dado que puede con las figuras internas, ya sentidas previamente omnipotentes.

Evitan lo nuevo: la relación con el analista; y lo evitan con algo más nuevo, proyectando al mismo tiempo su relación con el analista en esto, siendo la

paciente algo nuevo para el analista porque viene con un problema distinto al que era.

Hace un resumen de las conclusiones en sus trabajos anteriores sobre fobias. La defensa de la fobia es la “evitación”. Dado que es un conflicto interno proyectado en el espacio y luego evitado, es una disociación interna que se convierte en espacial. Se establece una “zona” o “baluarte” sobre el que se ejerce control: “control fóbico”. Enfatizó el concepto “afuera-adentro” en relación con las primitivas angustias de espacio y tiempo que equivalen a agorafobia.

Describe, luego, los dos tipos de relación transferencial viviendo al analista como bueno y malo. Este fenómeno es a veces vivido con mucha intensidad y el paciente siente que cambia de una sesión a otra como si fuera otra persona. Es la evitación de la relación que produce angustia y una situación catastrófica. Es en función de una disociación esquizoide, y por lo tanto no hay tiempo ni espacio. No unen lo que pasó con lo que pasa. Lo de hoy no es lo de ayer, no hay espacio. Imposible por lo tanto unir una sesión y otra. Es el espacio entre dos comidas del lactante, lo que se transforma luego en la distancia entre los objetos. Esta disociación es para evitar una parte de ella que se coloca en el analista, es lo que falta. Ejemplifica con un caso. La unión de estas dos partes trae la destrucción, la locura, porque el antes y el ahora son dos personas diferentes. Lo importante en el análisis es descubrir ‘la otra parte, que es ‘la “relación evitada”. A la presente le llama “relación buscada”, pero se busca para evitar la otra. Descubrir la parte evitada, es descubrir el tiempo, que trae depresión.

El fóbico funciona con una parte evitando la otra. El agorafóbico, por ejemplo, evita la calle y cuando va a ella se angustia al igual que el paciente evita la relación que le angustia. Convierte una ambivalencia en disociación, creando una situación fóbica, basada en modelo esquizoide.

El miedo más común es a la locura, ubicada ya en el analista, que es lo

catastrófico. Hay que tener en cuenta, al hacer la interpretación, que ella es vivida como que viene de esa parte de él ubicada en el analista. Es decir: al hacer la interpretación, partir de la parte buscada, pero mostrando cómo ella es tal en función de la evitación de la otra, la evitada, por temor a la catástrofe.

La angustia es el verdadero acompañante del fóbico. Es una de las tres angustias que señala el Dr. Mom, las otras son: angustia-señal, que aparece cuando no hay angustia; y la angustia de situación traumática, que ocurre al juntar lo disociado y se siente como fragmentación del yo. La angustia acompañante es la que mantiene la disociación ya que está adscripta a algo; por ejemplo, el afuera, y establece dos espacios. El fóbico se angustia de que el acompañante lo abandone, es decir, está en función de la existencia del otro, de una existencia para él y en una zona con límites, para que así exista tiene que tener angustia y dado que él existe en función del otro, el paciente vive mientras tenga angustia. La angustia es un objeto y una relación objetal, puesto a distancia determinada y constante. No quiere que le saquen la angustia porque es matar al objeto. Evita la angustia señal, que le trae la catástrofe, con la acompañante.

Como conclusiones finales destaca Jorge M. Mom el concepto de evitación como característica del proceso psicopatológico, transferencial y contratransferencial. Es por otra parte un elemento importante en fobias y modalidades fóbicas. En estos la angustia está ligada a un objeto, el cual se cree que se evita, pero que en realidad se busca a través de la angustia, para evitar otra angustia y sobre todo para mantener la disociación. Es por esto que el paciente trata de que el analista no sea lo nuevo por una fóbica evitación de lo angustiante.

Mercedes F. de Garbarino.

REBECA GRIMBERG.— Características de las relaciones de objeto en una claustrofobia. “Rev. Psa.”, T. XVI, N° 2.

Se estudia en este trabajo el material de análisis de una mujer joven, cuyo síntoma dominante era una claustrofobia, que se expresaba como miedo a viajar en ascensor.

La paciente puso a su hija en análisis y fue a través de él que ella llegó al tratamiento. Dice la autora que ya esto traducía una característica de la señora. Era su mecanismo disociativo que la determinó tratar a su hija como la parte enferma de ella misma. En función de este mecanismo es que se expresaba su síntoma; no podía subir a los ascensores porque temía quedarse entre dos pisos. Subía sólo si la acompañaba una de sus hermanas y otra quedaba afuera mirándola. También en la *primera sesión señala esta* misma forma de actuación. En ella se quejaba porque la analista no le hacía preguntas, y de inmediato protesta porque “todos le curiosean, le averiguan sus cosas”. Hacía que la mandaran y curiosearan para quejarse y negar su deseo de mandar (quería pagar por adelantado). Muestra luego la división de esta paciente en madre e hija. Se quejaba de que a su hija le molestara la ropa, la ahogaba, se quejaba de todo lo que ella le daba, y al mismo tiempo se quejaba de que su analista la hiciera acostar en el diván, ya que era sumamente incómodo y se aflojaba la ropa. Sentía actuando a la analista como ella misma lo hacía con su hija, la interpretación de esto mejoró la relación con la niña, porque se vio como imagen mala de su propia madre.

Se ve más adelante material de envidia a la analista (por su interpretación-pene) en relación a la envidia hacia el padre que no la había “tomado en serio como mujer” y que no la había apoyado en contra de su madre exigente. Como consecuencia de la interpretación de este material, deseó meterse dentro de la analista y quitarle todo, pero aparecía el miedo claustrofóbico de quedarse dentro y no poder salir más. Tuvo que recurrir a la disociación, colocando en su

propia cabeza y en su hija lo destructivo. Al interpretárselo surgió una situación persecutoria. Colocó entonces su fobia en la analista, como fobia al dentista, pero surge aquí la ansiedad por la separación, dejar el objeto y quedar sola afuera no podía, tenía que buscar alguien en quien meterse. Dejar su fobia era nacer, dejar la fobia en la analista, y separarse de ella. Recordó con este motivo, la iniciación de su fobia que coincidió CON su casamiento: separación definitiva de sus padres como un nacimiento. Su no poder salir era evitar la relación sexual: entrar-salir de los objetos para evitar tragar, robar, escapar. Por esto le gustaba su trabajo; tenía una casa de artículos femeninos, que compartía con una socia que la dejaba entrar y salir cuando quería.

Se analiza luego los celos con sus hermanas y padre por la conquista de la analista y madre, para poseerla. Se sentía muy unida a ella en una relación homosexual, pero con miedo de quedar atrapada. Por esto trató de poner distancia y evitar la simbiosis, queriendo cambiar de continuo (entrar y salir). Por otra parte trataba de introducir sus cosas en el otro disimuladamente, para poder luego manejar, y temía la retaliación. Pero tenía que cambiar de disfraz a cada momento (de objeto) y sentía que dejaba algo en cada uno, que morían y se convertían en perseguidores. Esto sucedía porque establecía relaciones simbióticas. Al vivenciarlo en la relación transferencial, lo sintió como separación y se angustió mucho.

Pasa luego la Dra. Grimberg a detallar el significado de la elección del ascensor para su fobia. Representaba:

- a) los movimientos del coito con características pregenitales, y el entrar y salir “padres siempre juntos”;
- b) a ella entrando y saliendo de los objetos y el temor a quedar paralizada, encerrada en su propio interior terrorífico;
- c) el objeto en que quedaba encerrada, su madre, cuyos contenidos y funcionamiento quería poseer y controlar. El fracaso de este control,

le hacia temer quedar encerrada.

Mercedes F. de Garbarino.

THOMAS 5. SZAZS.— Counterphobic mechanism in addiction. “J. of the American Psychoanalytic Association”, 6, 309-325, 1958.

El autor señala, al iniciar el trabajo, que éste está dedicado exclusivamente al examen del papel y significado del mecanismo contrafóbico en ciertos casos de adicción y a la discusión de las posibles implicaciones de este mecanismo en la adicción en general.

En algunos trabajos anteriores, en particular de Fenichel, ya se plantea esta posibilidad, aunque sin desarrollarla. El objetivo de la comunicación es, justamente, realizar ese desarrollo.

El estudio se basa en tres observaciones personales: un paciente adicto a alcohol y barbitúricos y otros dos, fumadores. Estos últimos llegaron al análisis por dificultades caracterológicas y en el curso del tratamiento se hizo evidente que el fumar era de gran importancia para ellos y para el trabajo analítico. El autor incluye el tabaquismo entre las adicciones sin hacer una distinción entre hábito y adicción. El término adicción es usado aquí en un sentido descriptivo e incluye fenómenos que son socialmente aceptados o repudiados.

Considera que el objeto de la adicción, conscientemente deseado, es al mismo tiempo consciente y sobre todo inconscientemente temido, ya que representa (por desplazamiento), un objeto fóbigeno, cuyo poder y cualidades derivan de otras fuentes. La esencia de la adicción, por lo menos en estos tres casos, parece estar en la exposición deliberada del ego a la situación temida con el deseo de intentar el dominio. Este mecanismo es capaz de explicar el éxito temporario de la adicción y el placer que resulta de ella, así como la falla

posterior derivada de la disociación del síntoma de la fuente original de peligro.

El autor pasa luego a discutir ciertos fenómenos culturales en apoyo de su punto de vista.

El hecho de acentuar la importancia de la gratificación instintiva, como determinante central en la adicción, es erróneo. Así, por ejemplo, el enfatizar el gran placer que el adicto obtiene del alcohol y otras drogas, recuerda la fantasía popular sobre el placer inusitado que el perverso obtiene en sus prácticas. En esta creencia existe una distorsión creada por el observador que reacciona como lo hace el niño frente a las actividades “prohibidas” del adulto (fumar, beber, actividad sexual, etc.). Esta manera de ver origina no solamente una sobreestimación del componente del placer, sino que tiende a oscurecer cualquier otro significado y función de una actividad particular. En el caso de las perversiones, es sabido que el síntoma no solamente sirve para descargar y gratificar impulsos sexuales pregenitales, sino que funciona como una defensa contra ciertos aspectos de la sexualidad genital.

Estas actitudes “infantiles” del observador frente al alcoholismo también las tiene el alcoholista mismo. La posición frente a la droga es, muchas veces, fenomenológicamente similar a la del niño hacia ciertos tipos de actividades (como comer helados o caramelos). Estos últimos son considerados en nuestra cultura como fuente de gran placer y la idea es comunicada a los niños, desarrollando en ellos una inclinación especial hacia los mismos. El adulto, luego, trata de contrabalancear la tendencia advirtiéndole sobre los malos efectos de la ingestión excesiva. La orientación cultural hacia el alcohol y los narcóticos, en general, es muy parecida. Mientras sabemos que estas nociones de placer y daño no tienen relación objetiva con los alimentos o drogas en cuestión, reconocemos que en estos casos provocamos una lucha entre las demandas instintivas por un lado y el ego del niño en desarrollo, por otro. Luego el control o moderación sobre el deseo instintivo es mirado como “bueno” mientras que la complacencia con el deseo instintivo es “mala”.

Al mismo tiempo el niño se siente fuerte, si puede controlar sus deseos y débil, si los gratifica.

Si el niño siente temores de un deseo prohibido, una solución es evitarlo: desarrolla entonces una actitud fóbica hacia el objeto (de su deseo); el poder maligno atribuido al objeto temido está implícito en la actitud fóbica. Otra solución está en la negación del conflicto entero, rechazando tanto la existencia del deseo como el temor a la imposibilidad de resistirle. El alcoholista crónico manifiesta estas dos actitudes. Puede negar tener “problemas” con su alcoholismo. Más frecuentemente se observa una actitud fóbica revelada asimismo por sus resoluciones de “no tocarlo nunca más”, etc.

La necesidad de alejarse totalmente del alcohol, para terminar con la adicción, es compartida por el alcoholista, el público en general y la mayor parte de los médicos. Según el autor esta situación expresa la creencia del grupo cultural que el alcoholista está embarcado en una lucha mortal con el alcohol. Más aún, acepta la fuerza superior del adversario y abandona toda esperanza de ganar la batalla. La única solución que queda es fortalecer la defensa fóbica: “Si no entra en esta batalla entonces no perderá, de otro modo será derrotado”.

La mayoría de estos comentarios son aplicables también al tabaquismo.

En nuestra cultura el tabaco es plenamente aceptado, en la misma forma que ciertas drogas son aceptadas en otras culturas.

La consideración detallada de la sociología de las drogas no está en los objetivos del trabajo, pero el autor hace notar, en conexión con ésta, que los términos adicción y hábito tienen ambos significados técnicos y morales: el primero se usa en psiquiatría no solamente para describir ciertos mecanismos, sino también para designar algo “malo” y más “patológico” que un hábito. Esta distinción tiende a dificultar el análisis claro del problema y es por eso que en este trabajo se han usado los términos en forma descriptiva, para identificar ciertos fenómenos, sin hacer distinciones que impliquen juicios de valor.

En la discusión, el autor aborda el significado específico, simbólico

(inconsciente), del objeto de adicción (determinado por las experiencias históricas de una persona conjuntamente con el medio cultural en que vive).

Los principales significados parecen ser:

1) el temor de los instintos e impulsos (por ejemplo, excitación interna, desamparo),

2) las fantasías y temores de embarazo. El objeto de adicción representa el semen o el pene, y el cuerpo del individuo, el recipiente (femenino), en el acto sexual. Los temores de ser envenenado o de adquirir cáncer, significan los peligros de procesos misteriosos en la profundidad del cuerpo (embarazo). Estos factores pueden ser particularmente importantes en el hombre, mientras que oscilaciones fóbicas-contrafóbicas frente a los alimentos, simbolizan más frecuentemente fantasías similares en la mujer.

La posición básica frente a estas situaciones de peligro es la evitación fóbica. Sobreimpuesta a ella está el mecanismo contrafóbico como una tentativa para dominar el peligro.

El desencadenamiento de una psicosis aguda por la supresión del alcohol puede ser interpretado como que el paciente no puede ya probar su fuerza contra el adversario (la droga) encontrándose entonces súbitamente enfrentado con sus sentimientos y temores de debilidad e insuficiencia (pasividad, femineidad, etc.). La real amenaza (los instintos inconscientes, los malos objetos internos) emerge ahora, no pudiendo ser ya mantenida por una represión insuficiente, y el ego se encuentra desbordado y temporariamente puesto fuera de acción: ésta es una psicosis aguda que estaba mantenida a raya por la adicción.

En resumen: El papel y significado del mecanismo contrafóbico en la adicción sería el siguiente: el síntoma representa una reexposición dramática, repetitiva, de una situación de peligro (miedo de los instintos, desamparo, o fantasías de daño corporal en conexión con el embarazo). El ego, deliberadamente, se expone a esta situación con la esperanza de lograr el dominio. La gratificación asociada a este proceso deriva del conocimiento que

se ha atravesado el peligro y se ha emergido sin daño. Las interferencias con el síntoma exponen más directamente al ego a las ansiedades subyacentes, fóbicas, hipocondríacas y paranoides.

Carlos Mendilaharsu.

JOEL ZAK y DAVID LIBERMAN.— Fobia a la “descompostura”. “Rev, de Psicoanálisis”, T. XIII, N° 4, págs. 440-443, 1956.

En el trabajo se estudia una fobia a la “descompostura” en un paciente que presentaba además compulsión a la bebida, impotencia e induración plástica del pene.

La “descompostura” es una crisis de ansiedad con muchos síntomas corporales. Su temor, es el temor a la soledad y a la muerte, ya que la soledad determina la emergencia del objeto perseguidor desde adentro, lo que evita controlando al acompañante: para no destruirlo afuera lo incorpora, destruyéndolo internamente.

La misma conducta la repite con el analista en las sesiones. Los éxitos también los tiene que participar con el acompañante, su hermano, en un intento de fusiónseudorreparatoria hacia él. Al fracasar suseudorreparación proyecta sobre el acompañante la enfermedad y lo protege de la soledad. El objeto acompañante tiene que ser también objeto depositario para conservar afuera la gratificación lograda.

Si con estas técnicas fracasa, se frustra, y sólo le queda el recurso de abandonarse a la muerte por incapacidad de amar y reparar. Evita el amor haciendo víctimas del odio a sus objetos protectores.

En la relación sexual repite esto. Controlando su erección siente que da poco y que recibe poco del acompañante.

En un segundo momento la “descompostura” es un placer previo anticipatorio de la relación gratificante peligrosa. En lugar de destruir el objeto internalizado, puede tener un placer pregenital previo.

La ansiedad frente al objeto interno perseguidor impide exteriorizar su “descompostura” sobre el objeto depositario, con lo que lograría una buena erección, eyaculación y orgasmo.

Jorge Galeano Muñoz.

RAUL USANDIVARAS.— Sobre la vivencia de lo maravilloso en algunas fobias. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XIII, Nº 4, págs. 436-439, 1956.

El autor señala en dos pacientes fóbicos la aparición sorpresiva de aspectos originales de la personalidad, con sensación de lo maravilloso, que contrastan con una vida anterior opaca y monótona.

En el primer caso la paciente decide escribir un libro de cuentos para el nieto y el segundo comienza a trabajar como actor en un conjunto de artistas independientes.

La aparición brusca del material reprimido surge cuando los aspectos buenos colocados en el analista los puede proteger de la peligrosidad de lo maravilloso, en tanto lo maravilloso es al mismo tiempo lo angustiante, la enfermedad, a lo que tienen que renunciar para vivir.

El mecanismo esquizoide subyacente del fóbico lo lleva a aislarse de lo peligroso. Los aspectos maravillosos y peligrosos, lo bueno y lo terrorífico están juntos, pero disociados y aislados del resto del yo. En el primer caso, el mundo de cuentos de hadas donde vivía sola con sus animales favoritos, estaba unido a una infancia terrible al lado de una madre psicótica; y en el segundo caso, la

fantasía de un paisaje maravilloso de Europa, cuya evocación lo deprime hasta el llanto, estaba vinculado al de una mujer deslumbrante, pero sin rostro, que bajaba una escalera. En ambos, lo maravilloso y lo siniestro aparecían desvinculados; lo maravilloso es el objeto idealizado al que no se pueden acercar porque está acompañado de lo malo y peligroso. Lo bueno, al quedar al lado de lo terrorífico, se transforma en lo maravilloso.

Tanto lo maravilloso como lo peligroso tienen que ser evitados. Alcanzar el objeto maravilloso significa su pérdida por desidealización y tiene que ser colocado en otro lado para conservarlo.

Jorge Galeano Muñoz.

MARTIN WANGH.— Structural determinants of phobia (Determinantes estructurales en las fobias). “J. A. Psychoanalytic Ass.”, V. VII, N° 4, Oct. 1959.

El concepto estructural del funcionamiento psíquico ha abierto el camino para investigaciones más refinadas, en el problema de la elección de neurosis.

El caso presentado, puede servir para ampliar el conocimiento en esta área, con respecto a la fobia.

Son examinados, el desarrollo del Ello, del Yo y del superYo, en un paciente fóbico; se sigue la historia de la perturbación del control del Yo; y se intenta vislumbrar la génesis de la defensa de evitación.

Se muestra, en un caso de topofobia: 1º) cómo la función de control de impulsos básicos fue perjudicada por la dificultad para resolver los primeros conflictos de la ambivalencia, por medio de la identificación; 2º) cómo fue incrementada la tendencia a la evitación de situaciones de conflicto y de tensión, por la actitud separatista de su madre, a la menor provocación; 3º) cómo, aparentemente, un fácil desplazamiento de objeto fue fomentado por una débil

relación objetal primaria y a través de la disponibilidad de una nurse, de una abuela y otros; 4º) cómo la insistencia de la madre en obtener fidelidad, impidió a la paciente establecer una sólida identificación con su fiel niñera.

El caso demuestra nuevamente que el refuerzo instintivo que motivó el control de esfínteres, llevado a cabo por la rigurosa enseñanza de la niñera, debilitó la función de control del Yo, e invitó a la regresión.

El desarrollo del super-Yo fue perturbado por seducciones pregenitales y genitales, por la niñera o por el padre.

El buen sentido común de la paciente, es decir, un sentido bien desarrollado de la realidad externa, y defensas relativamente fuertes contra impulsos sadomasoquistas, sirvieron como contrapeso para el “acting out”, tendencia frecuentemente encontrada en la prehistoria de las fobias.

Resumen del autor.

MICHAEL BALINT.— Freindly expanses. Horrid empty spaces (Extensiones amistosas y espacios horribles). “J. J. Psychoanalysis”, Vol. XXXVI, p. 225, 1955.

A punto de partida de la descripción de dos tipos de pacientes, en el que uno se caracteriza por su tendencia al establecimiento de relaciones con los más diversos tipos de individuos, al tiempo que manifiesta un interés ilimitado por todo, opone el otro tipo que, si bien no rehuye la compañía ni la actividad social, se muestra indudablemente más inclinado a realizar sus actividades y satisfacer sus intereses sin atarse, ni comprometerse mayormente.

Para comprender la diferencia que existe entre estos dos tipos de pacientes, debe recurrir a una larga explicación que, según el autor, parecerá alejado del tema.

Toma como punto de partida la observación de entretenimientos frecuentes en ferias y parques de diversión. El elemento común de estas diversiones es el de llevar al individuo ante situaciones de inseguridad, de temor, de riesgo, ya que es el equilibrio el elemento con que se juega en estas situaciones.

Describe dos grupos de individuos, en cuanto al modo de reaccionar ante estos juegos: los que los prefieren, disfrutándolos inmensamente, y los que los temen, los evitan y hasta se sienten enfermos si tienen que exponerse.

También hay otros tipos de diversión en los que se juega con la velocidad o con situaciones en las que la emoción está dada por lo imprevisto.

El tercer grupo de juegos, más primitivo, forma la base de muchos juegos de niños y de algunos deportes; su característica es la de estar compuesto por tres elementos:

- 1º) un lugar seguro, denominado “casa” en casi todos los idiomas;
- 2º) los otros jugadores, que deliberadamente dejan sus áreas de seguridad y se exponen al riesgo;
- 3º) la confiada esperanza de que alguno recupera la seguridad.

Menciona, finalmente, a los acróbatas.

Reconoce que no se ha realizado un estudio psicológico de estos “thrills”.

Basándose en el significado de la palabra griega “acróbata” —el que camina sobre sus dedos de los pies—, propone la creación de dos nuevos términos: el de filóbata (philobat) para describir a quienes aman esos “thrills”. Con esta palabra se puede formar el adjetivo filobático y el nombre abstracto filobatismo.

El otro término serviría para expresar lo opuesto, y propone la palabra ocnofil.

Describe los caracteres del filobático, como los del individuo que confía en sus propios recursos; cuanto mayor es la exposición al peligro, menor es su conexión con la tierra y más pobre su equipo para ayudarlo en el peligro.

La zona de seguridad y el equipo representan simbólicamente, la madre, por

un lado y el pene erecto y potente, por el otro.

En sus actividades es evidente la ambivalencia. El ocnofílico es también ambivalente. Su adherencia a la zona de seguridad, en momentos de peligro, significa la necesidad de esa seguridad —ya que esa zona es todo para él— y el temor a no contar con ella.

Este tipo de actitud, definido con cada uno de los dos términos, se aplica también para los objetos internos.

El tipo de relación del ocnofílico es predepresivo, porque sus objetos son parciales. El objeto debe estar ahí, a su alcance y a disposición inmediata. Al filobático le basta con saber que la zona de seguridad será alcanzada.

Revisa los conceptos de Freud sobre los sueños en los que el soñante vuela y sobre el concepto de la pantalla del sueño para comprenderlos a la luz de sus ideas acerca de “friendly expanses” (extensiones amistosas) que está vinculado con sensaciones primitivas de la relación del niño con la madre.

Al estudiar la cronología de la ocnofilia y del filobatismo, afirma que la ocnofilia es primitiva, dada la íntima relación del niño con su madre.

Describe la forma en que el ocnofílico se relaciona con sus objetos, sin tolerar separación alguna, ya que necesita de ellos, tiene que superar la realidad mediante recursos de pensamiento mágico, proyectándose en los objetos, o introyectándolos.

El filobático es más evolucionado, en la medida en que ha aceptado un mundo externo, separado de él y que ha desarrollado una habilidad adecuada para manejarlo.

El autor, de acuerdo con las ideas de K. Abraham, sostiene la existencia de un estado primario preambivalente, al cual prefiere llamar, amor primario.

En base a ello considera que la ocnofilia y el filobatismo son cronológicamente, secundarios al amor primario; ambos tienen una actitud ambivalente hacia los objetos y niegan ciertos aspectos inaceptables de la realidad.

Expone luego, en qué forma se manifiestan estos estados:
el del amor primario, el onnifílico y el filobático, en la práctica analítica.

También aquí se repiten los tres actos del drama. Se empieza y se termina en la seguridad del diván, mientras que en medio de estas dos situaciones extremas, nunca falta la situación de miedo y aún de “thrill”.

Termina el trabajo diciendo textualmente, que ha tratado de mostrar que un estudio de la esfera extraoral de la experiencia humana puede conducir a resultados interesantes, ya sea formulando nuevos problemas o capacitándolos para ver viejos problemas, desde un nuevo ángulo, lo que ha de permitirnos adquirir nuevas perspectivas.

Vida M. de Prego.

RALPH R. GREENSON.— Phobia, Anxiety and Depression (Fobia, angustia y depresión). “J. A. Psychoanalytic Ass.”, V. VII, N° 4, Oct. 59.

El objetivo propuesto en este trabajo, es el de revisar el concepto psicoanalítico en las fobias, ya que el autor considera que éstas no sólo son una manifestación de la histeria. Esta revisión se realiza, estudiando las conexiones existentes entre fobia y angustia.

Considera que la fobia es una forma especial de miedo neurótico y describe sus mecanismos, como un recurso de evitación de una angustia mayor, que está debajo de toda situación fóbica.

Establece las diferencias que existen entre fobia y el carácter fóbico, así como, entre aquellas situaciones caracterizadas por un estado que permite al enfermo realizar, con mayor o menor suficiencia, sus actividades, y el descompensado por su enfermedad.

Muestra que en toda situación de angustia puede reconocerse la existencia

de un trauma, y que la importancia de este trauma dependerá: 1º) de su intensidad; 2º) de su relación con conflictos inconscientes, y 3º) de las condiciones en que se encuentra el Yo del sujeto.

A punto de partida de los dos trabajos de Freud, que considera fundamentales para el tema: “Inhibición, síntoma y angustia”, y “New Introductory Lectures”, revisa los conceptos expuestos por otros autores, acerca de la importancia del trauma y su vinculación con las situaciones de angustia.

El Yo no es la instancia en que se genera la angustia, sino su sede. Para Brenner, el Yo tendría dos funciones: una, la de percibir el peligro y, la otra, la de dar la señal de alarma.

Una persona puede regresar en dos formas, ante una situación de peligro: 19) en su evaluación del mismo: desde la inseguridad del adulto a la situación de desamparo infantil, y 20) en su respuesta: desde el pensamiento hacia una somatización de la reacción.

El autor define la situación fóbica como el resultado del fracaso de la señal de alarma, en cuyo caso, la angustia que la determina, se convierte en pánico o en una reacción de angustia traumática. De acuerdo al material clínico, puede observarse que siempre una fobia ha sido precedida por una situación de angustia traumática. La angustia determina al Yo a combatir los impulsos del Ello, que no pueden ser aceptados. La represión es reforzada por la regresión. Surgen entonces nuevas ansiedades de carácter pregenital. El Yo trata entonces de limitar la angustia, fijándola a una serie de situaciones externas.

Por consiguiente, la angustia en la fobia, representa o deriva del terror del desamparo psíquico que se experimenta durante la crisis de angustia traumática que ha sido inducida por la movilización de conflictos patogénicos.

El tratamiento de un fóbico resultará favorable siempre que consiga hacer reaparecer ese conflicto *originado* en el trauma, y lo que permitirá al enfermo enfrentarlo, es la protección que le proporciona la neurosis transferencial.

Al considerar la ubicación diagnóstica de las fobias como entidad, revisa los

conceptos de Freud, quien la relaciona con la histeria de ansiedad, pero, a su vez, apoyándose en otros analistas, Glover, Rangell, Ruth Mc. Brunswick y Lewin, así como en su propia experiencia, plantea que también se encuentran vinculadas a otros cuadros clínicos y a otros niveles de fijación (neurosis obsesiva, caracteres obsesivos, paranoia y factores pregenitales) y concluye, en consecuencia, que las fobias pueden encontrarse conectadas con cualquier categoría diagnóstica. Hay, pues, fobias histéricas, obsesivas, paranoides, así como fobias originadas en conflictos pregenitales.

Así, pues, cuando vamos a establecer un diagnóstico, ¿qué criterio seguiremos? Apoyándose en el trabajo de Abraham sobre un estudio del desarrollo de la libido y en el de Anna Freud, sobre los mecanismos de defensa, y teniendo en cuenta que todos los pacientes presentan rasgos de los diferentes niveles de desarrollo, se debe considerar cuál es el predominante, esencial y típico, en términos de la fase libidinal, de la relación objetal y de los mecanismos de defensa.

Termina el trabajo comparando los pacientes fóbicos con otros, considerándolos más próximos a los compulsivos-obsesivos y esquizofrénicos que a los neuróticos-depresivos.

De acuerdo a su experiencia, puede decir que, “grosso modo” hay dos grandes grupos de pacientes: los ansiosos y los deprimidos. Los ansiosos utilizan técnicas de evitación, establecen distancias y proyectan, fundamentalmente.

Los deprimidos, por el contrario, siempre buscan acercarse, incorporar objetos.

El ansioso sacrificará sus relaciones objetales para conseguir seguridad; el deprimido las busca para obtener seguridad.

El ansioso reaccionará con hostilidad hacia los objetos; el deprimido es esencialmente libidinal, aunque sadomasoquista el ansioso desarrolla fobias e inhibiciones, el deprimido es contrafóbico. El ansioso teme el estado de

desamparo y es pesimista, mientras que el deprimido teme la desesperanza, y es optimista.

Establece que la angustia primaria y la depresión primaria, representan diferentes niveles de desarrollo. Si esto es cierto, podrían establecerse jerarquías de ansiedades que, comenzando con el miedo de ser devorado, de perder la integridad del cuerpo o el sentido de identidad, llegaría hasta el, temor relativamente benigno, de ser castigado.

Lo mismo podría hacerse con la depresión. La depresión primitiva se referiría al sentimiento de estar totalmente abandonado, con su vivencia de desolación; y esta situación diferiría de la tristeza que resulta del sentirse rechazado, en la situación edípica.

Hace derivar la paranoia, la esquizofrenia, las reacciones obsesivas y fóbicas de la angustia primaria; mientras que la psicosis maníaco-depresiva, el alcoholismo, la tahuería y la neurosis depresiva, tendrían su origen en la depresión primaria.

Luis E. Prego.

FRANÇOIS PERRIER.— Phobies et hystérie d'angoisse (Fobias e histeria de ansiedad). "La Psychanalyse", N° 2, pág. 165, 1956.

El autor, como introducción al estudio de las fobias e histeria de ansiedad, recorre brevemente los conceptos de fobia y de histeria de ansiedad apoyándose en los siguientes autores: Freud, Fenichel, Odier y Mallet.

Primera parte: Historial clínico y tratamiento psicoanalítico.

Presenta un historial clínico y un tratamiento psicoanalítico sumario (El caso de Sofía). Se trata de una fobia clásica con una estructura histérica manifiesta que

dio motivo al presente trabajo.

Define el fenómeno fóbico de la siguiente manera: “El fenómeno fóbico es la expresión y el testimonio de una experiencia primaria de entrada irreductible y al principio inefable; experiencia pasiva hecha por una imagen o una situación imaginaria;

experiencia que impone, demuestra y denuncia la angustia que ella define.”

Segunda parte: Estudia el objeto y la imagen en las fobias..... Prefiere el término imagen o situación imaginaria al término objeto, ya que considera a la imagen fóbica como el Yo imaginario proyectado afuera. Lo compara con una imagen onírica cuyo contenido manifiesto es reconocido y redescubierto secundariamente en la realidad.

Tercera parte: Condiciones en que surge la angustia.— Existirían dos condiciones para su surgimiento: 1º) El desequilibrio de las relaciones imaginarias vinculado a la situación triangular. (Presenta un caso muy resumido.) 2º)) Pérdida de una imagen narcisista, rechazo de la palabra atribuida como palabra de alguien externo a sí mismo.

Cuarta parte: Análisis fenomenológico de la fobia.— Sostiene que el paciente con su fobia tiene una doble relación. Una tensa y agresiva, y otra de fascinación pasiva hacia la imagen fobígena. A esto último le confiere mucha importancia.

Quinta parte: Formas clínicas de las fobias.— Agorafobia, claustrofobia, fobias a los animales, etc. Las trata de unificar alrededor del esquema: Miedo al proceso de pasividad.

En los ejemplos que menciona, sin embargo, parecería referirse al miedo por la ausencia de identidad auténtica.

Sexta parte: Remanente secundario del fenómeno fóbico. Los casos límites.

Séptima parte: Observaciones sobre la angustia fóbica.— Comienza resumiendo el concepto de angustia freudiano. Luego el autor separa el Yo de la instancia imaginaria “moi” y considera que la libido narcisista liberada de esa

instancia tiende a fijarse a otro esquema imaginario.

La angustia sería producida por la pérdida de esa instancia y de la libido narcisista. Al formularla de esta manera la angustia fóbica sería la expresión de la promesa de curación, si se comprende el mensaje enviado a través de su angustia.

Octava parte: Consideraciones sobre la conducta terapéutica Y para concluir, el autor señala alguna de las finalidades del terapeuta. (Evitar toda herida narcisista, calmar al principio la angustia del paciente, crearle un sistema referencial más aceptable a su Yo ideal, etc., etc.)

Laura Achard Arrosa.