

Omnipotencia, enfermedad y síntoma

Juan Pereira Anavitarte

(Montevideo)

Resumen

En el desarrollo del contacto del enfermo con su psicoanalista, se describen las fantasías de enfermedad (aquello por lo que consulta) y de salud, (aquello que considera lo “saludable” en él) y que puede observarse en la primera entrevista y en las primeras sesiones. El logro de una auténtica conciencia de enfermedad es solamente lograda por la labor del análisis y especialmente por el análisis de los procesos de disociación, y el logro del establecimiento del insight, lograr que el paciente se **sienta** enfermo y que no se considere como **teniendo** enfermedad.

Se describe especialmente la omnipotencia como la vivencia de poderío del yo en su labor de disociación interna de sus objetos, evidenciada en su relación con sus síntomas. Se ejemplifica con varios casos clínicos. Interpretándose que el yo está parcialmente integrado, que está fusionado con un objeto idealizado, participando así del carácter maravilloso del objeto, en una posición rígida y con una relación muy paranoide respecto de los objetos malos disociados. La relación con aquel objeto idealizado correspondería a la situación descrita por Winnicott como “ilusión”. Se considera a la omnipotencia, además de una seria dificultad para el establecimiento del insight, una defensa contra la depresión y una negación de los sentimientos de envidia (en acuerdo a lo descrito por M. Klein). Se ejemplifican distintos tipos de relaciones transferenciales, sea que el paciente proyecte en el analista su omnipotencia y mantenga con él una

relación aislada y casi idílica; sea que coloque en él sus objetos amenazantes para su “núcleo saludable” y se defienda. De todos modos el análisis de la situación es vivido como alarma para el yo, *creándose* estados de confusión mental, fantasías de fuga del tratamiento, etc.

La interpretación sistemática de la transferencia en términos de relación de objeto, así como el señalamiento no sólo de los elementos negativos y positivos, sino también de la relación con la realidad, permitiría una fluidez transferencial mucho mayor y especialmente el análisis de las fantasías de salud y de la omnipotencia que están juntas a la fantasía de enfermedad.

Summary

In the development of the ill person's contact with his psychoanalyst, the illness phantasies (for which he comes to consultation) and the health phantasies (what he considers his “healthy” part) which can be observed in the first interview and the first few sessions, are described. The attainment of an authentic consciousness of illness is only achieved through analytical work, and especially through the analysis of dissociative processes and the patient's gain of insight, is it possible to make the patient feel ill instead of considering himself as having an illness.

Omnipotence is especially described as the ego's power feeling in its labour of internal dissociation of its objects, expressed in the attitude towards his symptom. One exemplifies with various clinical cases and interprets that the ego is partially integrated, that it is entwined with an idealised object, thus sharing the wondrous quality of this object, in a rigid position and in a very paranoid relation with regard to the dissociated bad objects. The relation with the idealised object would correspond to the situation described by Winnicott as “illusion”.

Omnipotence is considered as a serious difficulty for the gaining of insight, but also as a defence against depression and a denial of envy feelings (according to the description by M. Klein). Different types of transference relation are described, where the patient either projects his omnipotence, on the analyst and maintains an isolated and almost idyllic relationship with him, or otherwise places the objects which threaten his “healthy nucleus” on him, thus

defending himself. Anyhow, the analysis of the situation is experienced as an alarm for the ego with the subsequent creation of states of mental confusion, phantasies of escape from treatment, etc.

The systematic interpretation of transference in terms of object relation, as well as the pointing out only of negative and positive elements but also that of the relation with reality, shall enable a greater transference fluidity and especially the analysis of the health and omnipotence phantasies which are in close connection with the illness phantasy.

El primer contacto con el enfermo, se realiza generalmente, siguiendo un esquema paralelo al de la entrevista médica. El enfermo actúa “respondiendo” a la “pregunta”: “¿qué le pasa?”; el analista se dispone internamente ante el interrogante: “¿a qué viene?, ¿qué espera de mí?” El vínculo manifiesto se realiza a través de lo que el enfermo considera su trastorno, explica por ejemplo, que le ocurren cosas que no desea, que aspira a algo que considera legítimo y que no puede alcanzar, finalmente se queja siempre de algo que limita su placer, vale decir, nos trae su síntoma. Generalmente, además, abstrae de sus síntomas, aquellos más fácilmente comunicables, de acuerdo a un esquema de valores que le es propio, así, puede hablar de sus depresiones y de su timidez para no citar inmediatamente su frigidez p su impotencia. También se da el caso del paciente que viene con un diagnóstico dado con

anterioridad y comunica directamente ese diagnóstico, por ej.: “soy obsesivo, tengo rituales, yo sé que son absurdos pero no puedo evitarlos, etc.”.

En la primera entrevista, siempre y en todo caso, habla de él, pero más concretamente, de una parte de él; trae sus partes enfermas, aquellas en las que se asientan síntomas, pero él, es otra cosa, él es diferente, se siente el depositario de algo extraño y quiere que se le libere de “eso”. EL es quien “se trae al análisis”, “se hace tratar”, “se paga su tratamiento”. Está indicando con esto cierto grado de contacto con la realidad, una relación dada con el mundo y un conocimiento de su situación interna, pero, esencialmente él se considera otra cosa, es la parte “que trae al loco”, es una parte acompañante, testigo de la situación.

Considero que .en esta primera entrevista podemos en muchos casos, captar, el grado de relación entre el “loco” y “él”.

El manejo de esa relación nos lleva a concebir que él no admite que sea enfermo sino que “tiene” enfermedad. Para el paciente en ese momento la enfermedad es el conjunto de sus síntomas, y éstos, lo distinto a él, diferencia por lo común referida al pasado, en otros casos, es lo distinto respecto de los demás. Debemos sin embargo distinguir algunas situaciones. Aquél que habla de los síntomas y se lo siente distante respecto a ello que frecuentemente se expresa diciendo “tengo tal o cual padecimiento”, del otro que en forma más directa, se diría con mayor participación, explica “me siento mal, cada vez peor, hay días que no sé lo que me ocurre, pero son días negros”, etc. Es evidente que entre el primer grupo, se hallan frecuentemente los neuróticos obsesivos, los fóbicos, los hipocondríacos y los histéricos de conversión; en estos otros casos, los neuróticos de carácter, los ansiosos y depresivos. La situación de los psicóticos es diferente, generalmente son enviados por el psiquiatra, a veces incluso acompañados por un familiar, la conducta cambia, no hablan fácilmente de sus trastornos sino que los viven en el contacto con el analista. Podemos pues distinguir tres posiciones distintas:

a) E1 paciente está más o menos adaptado y trae sus partes enfermas, concretizadas en determinados síntomas;

b) El paciente siente algo que no sabe qué es, entre éstos, entran también aquellos que no tienen clara idea si lo que los afecta es psíquico o no;

c) El psicótico vive la relación en su nivel regresivo, aparenta ser el más integrado como enfermo, para el psicoanalista.

Considero que en los tres casos se impone el análisis de la situación de enfermedad, concretamente de la fantasía de enfermedad. En ese sentido la labor analítica consistiría en integrar en el individuo, la enfermedad con sus síntomas, al total de su personalidad. Esto supone ya una reestructuración de la personalidad. Los distintos grados señalados de participación en el síntoma, no constituyen esencialmente conciencia de enfermedad, sino que ésta es solamente lograda por la labor del análisis. Esta situación ha sido descrita por Madeleine Baranger (1) en su estudio sobre el *insight* en niños, pero es igualmente válida para el análisis de adultos. “La adquisición del insight (visión integrativa) se comprende como una reestructuración de los distintos sectores de la persona y de sus vivencias internas y externas, en términos estructurales implica el factor dinámico de la discriminación”.

Hay serias dificultades para el establecimiento de esa nueva estructura tanto más cuanto más disociado está el paciente, cuanto más distancia hay entre sus partes enfermas y su mundo aparentemente sano.

En este trabajo describiré uno de los obstáculos que considero más serios y frecuentes para el logro del insight: **el sentimiento de omnipotencia.**

Defino el sentimiento de omnipotencia como la vivencia de poderío del yo en su labor de disociación interna de los objetos, evidenciando en la relación con sus síntomas y que se integra en la fantasía primaria de salud. Especialmente observable en los intentos de localización y limitación de sus conflictos, expresándolos en la relación con determinadas personas, cosas, épocas u horas, (los intentos y a veces los logros de localización responden a un esquema, que expresa una fantasía de reducción de la enfermedad: “mi enfermedad es esto, aquí, o en tal oportunidad”).

Podemos considerar que algunos intentos localicistas responden en el psicopatólogo a una fantasía paralela.

El haber designado esta función del yo enfermo, como omnipotencia, sugiere una connotación de poder (coincide a veces con la fantasía de salud en el enfermo —fantasía paralela a la de enfermedad— es muchas veces, su “darse cuenta”, su capacidad de trabajo, su vida diaria “como los demás”). Pero también señalo una vivencia tanto transferencial, como contratransferencial. Transferencialmente la relación inicial es parcial, aislada, uno vive que gran

¹ Madeleine Baranger: “Fantasía de enfermedad y desarrollo del insight en el análisis de un niño”. Rev. Urug. de Psicoanálisis. Tomo I, pág. 143. 1956.

parte del enfermo quedó afuera y que se instala en una relación especial, se diría tan localizada como el síntoma o tan tensa y alerta como su parte “sana”. En la vivencia contratransferencial se percibe que esta situación es algo importante para el paciente y que él mismo se siente importante en ella.

Recuerdo el caso de un paciente aparentemente muy comunicativo, muy abierto, que colaboraba activamente en su análisis; en un momento de su evolución, con sorprendente frecuencia, caía en disquisiciones teóricas sobre el análisis, en base a lo que había leído y a mis interpretaciones. Las observaciones eran inteligentes sentí no sólo la seducción que esta conducta suponía, sino también la fantasía del enfermo de venir a buscar elementos para analizarse él, fuera de la relación conmigo. Adoptaba además actitudes de “consulta” sobre “el otro”, el enfermo, y a su vez hacía comentarios más o menos irónicos sobre ese “otro”. La fantasía en ese momento era la de que “entre los dos” “trataríamos al tercero”, casi como en una situación de análisis por correspondencia. Sólo el señalamiento de la actitud y de sus fantasías, me permitió acceso a la paranoia respecto a mí y a su “otro-enfermo”, que juntos podíamos dañarlo, enloqueciéndolo. La disociación era evidente.

Otro aspecto de esta situación, pude verlo en otro enfermo, un hipocondríaco que durante más de un mes de análisis, hizo sesiones-calcadas, en las que repetía sus síntomas, se quejaba de su deambulación por muchos consultorios y especialistas. Aunque literalmente estaba quejándose, se le sentía muy importante, poderoso, “él tenía males para los que la Medicina no tenía recursos”, y yo sentía, tampoco yo los tenía, para sacarlo de su tediosa estereotipa, pude interpretarle que eso era lo que justamente quería hacerme sentir, su poder como enfermo, era vencerme, martillarme con sus quejas, imponerse de alguna manera, con la fantasía de que no tenía cura, que con otros tendría éxito, pero que con él no. Sin embargo llegaba con severa puntualidad y nunca faltó en los tres años que duró el análisis. El “peligro” para él era que tuviera acceso a su parte sana, “porque Uds. —comunicó un día— ven locos por todos lados”. La fantasía era, “ocúpese de mi cuerpo, allí puede intervenir, en el resto no”, así es que ignoré por bastante tiempo, los datos más elementales de su constelación familiar.

Son dos situaciones que considero de omnipotencia. En el primer caso usaba su capacidad intelectual, venía a aprender (se reiteraba en el lapsus de lección por sesión), a robarme un método, él era algo muy distinto al “enfermo”,

yo debía entenderme con “El” que se mantenía distante del “otro”. El era no solamente sano, sino además en poco tiempo podría analizarse, o mejor dicho analizar al “otro”. En el segundo caso traía al “enfermo”, mas nada a un cuerpo cargado de males, él verbaliza esos males, como el acompañante de un paciente mudo. Tenía sus serias dudas, había leído libros de medicina y de naturalistas y con todo eso venía a una “consulta” conmigo.

La dificultad en ambos análisis, veo ahora, estaba en la omnipotencia del paciente, que actuaba de diverso modo. No se trata solamente de una disociación, aunque éste sea el mecanismo básico, sino además de la actuación de fantasías de poderío en algunas de las partes disociadas.

Aunque he descrito sólo dos casos, he observado este hecho en todos los pacientes, en mayor o menor grado.

Considero que entra dentro del concepto de omnipotencia en los síntomas, el manejo que ellos y con ellos puede hacer del ambiente que lo rodea, ejemplo típico de este hecho se ve en los fóbicos, pero también en otros casos. La conducta es un imponerse por la enfermedad, lo que está relacionado con el concepto de “beneficio secundario”.

Recuerdo el caso de otro enfermo, que por sus conflictos, en un período, no podía cambiar de indumentaria. Relata un día, con cierta preocupación, pero con evidente satisfacción, que se habían negado a servirle en una confitería popular. Le interpreté que se sentía orgulloso del hecho. Rió y comentó que “qué diría su familia, con parientes cercanos miembros del gobierno y otros con posiciones universitarias elevadas”. Fantaseaba en ese momento con una alianza destructiva conmigo en contra de su familia frustradora, pero también a él eso no le afectaba, podía hacerlo porque “era más encumbrado aún que los familiares, que se irían a preocupar por eso”. En este caso se trataba de una aparente alianza en la locura, así como en otros, de una alianza en la “salud”.

Podemos observar fantasías específicas que surgen con el análisis de estas situaciones. Este tipo de análisis despierta ansiedad, con una vivencia específica que califico de “alarma”, aunque también en otros casos, sobrevienen estados de confusión mental en la sesión y que tienen duración variable.

El estado de alarma surge de la vivencia de que sus síntomas, b determinados rasgos son también **él mismo**, en ese momento es frecuente que aparezcan fantasías de abandono del análisis, el paciente se siente maltrecho

por el analista, también es observable un recrudescimiento de las fantasías de omnipotencia. Podemos ver más en detalle este fenómeno en la transferencia. El intento de inclusión de lo “malo” en el total del individuo, es vivido como una prueba de potencia del analista, es un “poder” que el enfermo colocó en él, y que ahora es usado en contra de él, del mismo modo que la exclusión había sido lograda por la omnipotencia del yo del paciente. Vive agresivamente que el analista esté tranquilo en ese momento y trata de intranquilizarlo especialmente con la confusión. La confusión como lo ha señalado Melanie Klein ⁽²⁾ es la duda respecto a la bondad o a la maldad del analista y también del propio interior del paciente, no sabe qué es lo que puede salir de él. Esta mezcla, surge no sólo del análisis de su fantasía de enfermedad, sino también de su fantasía de salud. Pienso que unir ambas cosas es la raíz de la confusión, así como de la resistencia y ansiedad resultantes. Podemos entonces observar defensas que se expresan en frases como las siguientes: “eso es idea suya”, “no creo que sea así, además no quiero”, “Ud. tiene razón, me doy cuenta de que es así, pero ¿qué gano con saberlo?” En otro paciente que había elaborado su estado de confusión expresó su vivencia del siguiente modo: “sentí que se mezclaba todo, era como la mezcla del aceite y el agua, movida por Ud. . ., ahora pregunto si era mezcla o combinación”. El cambio en la relación total se percibe como una mayor integración.

He observado también que como reacción a esta situación, el paciente hace una proyección masiva de su omnipotencia en el analista, veamos un ejemplo:

Se trata de una paciente que hacía varios meses que estaba sin trabajo, la situación le preocupaba. En una oportunidad recibe el ofrecimiento de un empleo, quien se lo ofrecía, era considerado por la paciente como “inferior,, tanto desde el punto de vista cultural como social, hace una confusión el día que debía presentarse en el lugar que aquel señor le había indicado. De hecho falta a la cita. En la sesión de ese día le señalo su fantasía de jerarquización de la gente y al mismo tiempo su sensación de “fracaso” por tener que aceptar algo de alguien “inferior”. Relacioné además la situación con sus fantasías de aristocracia, pero fundamentalmente la relación entre necesidad y tenencia. Era evidente que necesitaba, pero también que ella tenía “muchas cosas” que la

² Melanie Klein: “A Study of Envy and Gratitude” presentado en el Congreso Internacional de Psicoanálisis de Ginebra, 1955.

hacían “superior”. Vivía que aceptar ese empleo era unir cosas incompatibles, no podía y se confundió. En este caso, podía la enferma estar muy mal, necesitar algo, pero había una parte de ella que la satisfacía ampliamente y le permitía superar la situación.

En la sesión siguiente expresa: “Me pareció que ayer entre su sillón y el sofá había una distancia imposible de llenar. Era como si Ud. se hubiera alejado y quedaba en el “côté des Guermentes” y yo quedaba definitivamente en el “cote de chez Swan”. “Sentí que lo renegaba por “mental cruelty”. Expresaba la “amenaza” por la interpretación de la fantasía de confusión, en realidad era ella que adoptaba una actitud “guermente”, aristocrática y suficiente, en la interpretación de los contenidos de su estado, así como de sus relaciones con la realidad yo estaba para ella en el papel de inferioridad, del mundo burgués de Swan; sin embargo, para poder continuar su análisis, sentí que ella tenía que convertirse en Guermente, fue además el modo como pudo superar la situación e ir a la entrevista al otro día, tratando de justificar su inasistencia anterior con una explicación inteligente.

En este caso la falta de empleo estaba estrechamente ligada a su sintomatología; sus dificultades en el rendimiento, su lentitud, etc., así como su actitud en algún momento de falta de solidaridad obrera, le habían ocasionado la pérdida de su último empleo. Fundamentalmente unir lo “Guermente” con lo “Swan”, era unir, en un plano más profundo, sus limitaciones, su sintomatología con su ideología aristocrática y con ella sus aspectos “saludables”, como también lo infantil y lo adulto. Se lamentaba después, de que esa situación era una “afrenta” para sus padres internalizados con los que por un lado mantiene una relación “enriquecedora”, y por otro una identificación que la llena de poderío. La “enfermedad” en este caso —para la paciente— es todo aquello que puede perturbar la situación de poder, en su fantasía esa relación omnipotente con sus padres, es su “salud”. La relación analítica en gran parte está mantenida en la medida en que proyecta sus propias fantasías de “excepcionalidad” en el analista. Raíz ésta de su temor a mis cambios, a que los demás paciente, o en algún momento un familiar poco valorado de ella me “cambien”, vale decir pongan en mí, como ella lo ha hecho partes de ellos.

La situación general podemos describirla en términos muy generales de necesidad y de tenencia. Si volvemos a la estructura de la primera entrevista, podemos comprender que está regida en última instancia, por las fantasías del

paciente respecto de lo que necesita y desea de nosotros, y por otro lado, de lo que tiene y no desea que sea tocado. Considero que estas dos experiencias internas del enfermo, se agrupan en torno a dos fantasías bien discriminadas: **la fantasía de enfermedad y la fantasía de salud**. Expresiones ambas de tipos de relaciones objétales en una estructura disociada de buenos y malos objetos. También entiendo que el sentimiento de omnipotencia determina contenidos de las fantasías de salud y que secundariamente puede expresarse a través de los síntomas, según veremos más adelante.

La interpretación que contempla ambas situaciones es vivida como una amenaza, de “enfermarlo” todo, de pérdida de todo lo bueno.

El manejo de la omnipotencia puede hacerse, sea proyectándola en el analista, como hemos visto, pero también controlando la situación en los casos en los que la relación tiende a ser encapsulada, la fantasía es “ocúpese de eso, pero de nada más”, en realidad hay una vivencia de servidumbre por parte del analista, para conservar intacto su “núcleo” bueno interno, al mismo tiempo es un modo de negar los temores paranoicos que localizados afuera, en realidad surgen de adentro, de sus partes malas, de su odio, de su agresividad. Corresponde en realidad al mantenimiento de la disociación interna, evitar así la depresión como también el sentimiento de envidia.

Considero que la omnipotencia dentro de la fantasía de salud, es una defensa frente a los sentimientos de envidia. En la medida en que el analista se ocupa de malos objetos, él mismo se convierte en malo, está lleno de cosas perturbadoras, pero también en la medida que lo necesita, posee cosas buenas, deseadas por el sujeto. La situación de envidia explica la actitud de “alianza en la salud”: el paciente vendría a comprar algunos conocimientos para enfrentar la situación interna. La fantasía de servidumbre expresa la negación de la necesidad auténtica, la relación es parcial, en algunos casos es interpretable como objeto transicional. La destructividad es demasiado intensa para poder aceptar una ayuda auténtica y también por la misma destructividad la disociación interna incrementa, la depresión es más difícil, el yo se refugia en un mundo parcial, limitado, empobrecido. Creo que esa situación es la que vivimos en algunos pacientes como impresión de dureza, de desconfiada lejanía.

Por otro lado la omnipotencia de los síntomas, es también un modo de negar toda posibilidad de ayuda, como también un modo enmascarado de

expresar la voracidad pero al mismo tiempo negarla, son ese tipo de paciente para quien el analista nunca habla lo suficiente, siempre está insatisfecho, da la impresión de que al salir “vomitan” cuanto han recibido, para volver al otro día con renovadas quejas, esta posición corresponde a lo que Klein ha descrito en su estudio sobre la envidia (³) “cuando la envidia es excesiva, el niño no construye en forma suficiente un objeto bueno y por esta razón no puede preservarlo internamente. Así, tiempo después, no puede establecer firmemente otros objetos buenos en su interior.” La omnipotencia en este caso se evidencia sea en la conducta dentro del análisis, con dudas sistemáticas, pero también en forma muy frecuente en forma de acting-out, característicos. Es el caso de una paciente que durante

la hora analítica adoptaba una actitud de queja constante, llanto casi ininterrumpido, sentía que exigía de mí mucho, en la realidad interpretaba abundantemente. Supe más tarde que después de la sesión tomaba morfina, mataba así en su fantasía cuanto había recibido, al mismo tiempo obligaba a su marido a cuidarla por la noche, por sus malestares aparentemente orgánicos, llamaba en la madrugada a su médico clínico, al otro día descansaba por la mañana y podía atender sus obligaciones sociales sin mayor problema.

Era una enferma frígida, que había sufrido intensa envidia a su madre y hermanas, quienes después de fallecidas, la enferma trataba de alucinar con la morfina, de reconstruir y que nunca había podido elaborar un duelo auténtico. La omnipotencia y su conducta así como la seducción que ejercía con sus quejas eran igualmente evidentes. Con la morfina “lograba” estar con ellas. Toda su conducta tendía a protegerlos y en la transferencia protegerlos de mí; no podía asociar libremente, sus síntomas constantemente repetidos se constituían en pared para impedirme el contacto que podía ser peligroso para sus objetos internos. Esta situación la elaboraba secundariamente despreciándome porque yo no había conocido a su familia en la realidad.⁴

Podemos plantearnos el problema de nuestra vivencia de omnipotencia en el psicótico, que creo que como reacción contra-transferencial es vivida por todo analista que trata ese tipo de enfermos, o en cualquier neurótico en un momento de regresión más aguda. Es evidente también la sensación de

³ Melanie Klein: op. cit.

⁴ Susan Isaacs: “The Nature and Function of Phantasy” *Developments in Psychoanalysis*. The Hogarth Press. London 1952 (Trad. en *Rev. de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Tomo VII pág. 555.

impotencia o por lo menos de mayor esfuerzo de comprensión que el psicótico exige de parte del analista. La situación estaría regida por la conciencia de esfuerzo y la puesta a prueba de la omnipotencia del analista, que en este caso así como en los otros, es el elemento que nos pone sobre aviso de la omnipotencia del paciente. Pienso que el fenómeno consiste en la regresión que cuanto más aguda, activa defensas más primitivas en el yo, (M. Klein) vale decir que la disociación es mayor, el apartamiento de la realidad más profundo. El analista se ve forzado a una regresión circunstancial junto al enfermo, situación no siempre exenta de angustia, sea vivida directamente como tal o elaborada en forma de cansancio o cualquier recurso de conversión.

“La Metamorfosis” de Kafka es un ejemplo claro del problema, tanto de la omnipotencia de la enfermedad como del dominio sobre el ambiente y la angustia que provoca (el tema será desarrollado en otro trabajo).

La omnipotencia en cuanto obstáculo serio en la relación analítica, negación de los sentimientos de envidia, la considero base caracterológica de algunos tipos de reacción terapéutica negativa, (Joan Riviere) ⁽⁵⁾ como también de los éxitos parciales y del estancamiento de la evolución analítica del paciente.

Me he planteado el problema del origen del sentimiento de omnipotencia siguiendo el principio de continuidad genérica de S. Isaacs.

Podemos suponer que el llanto del lactante, atronador «e imperativo si bien es expresión de angustia, también logra normalmente una modificación de la conducta del medio familiar: la madre o sustituto lo alimenta, lo cambia, lo toma en brazos o simplemente lo acompaña. Vale decir que en ese llanto hay una expresión de alarma frente a la amenaza que significa para el yo una situación de displacer, pero también es un modo de lograr una actuación especial de la realidad. Hay una intencionalidad en el llanto que podemos ver por la consecuente modificación del mundo externo. Recuerdo el caso descrito por Paul Thomas Young ⁽⁶⁾ del niño hijo de padres sordomudos que lloraba dejando caer las lágrimas pero sin emitir ningún sonido, sabía que como expresión el producir sonidos era por la situación de los padres vacío de intencionalidad y la suprimía.

⁵ Joan Riviere: “Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa”. (Trad. Rev. de Psicoanálisis. Buenos Aires. Tomo VII N° 1).

⁶ Paul Thomas Young: “Emotion in Man and Animal”. Trad. Por Ed. Nova. Buenos Aires, 1946.

Esta situación se repite luego en el estado de enfermedad. Para el niño estar enfermo en cama, significa no jugar, como lo hacía antes, no caminar, no estar con sus amigos, no comer normalmente; pero, en cambio es tener a la madre, contar con más afecto, compartir la angustia y sobre todo, es probar la bondad de sus objetos internos y externos. Podemos comprender que la situación de llanto es en gran parte el antecedente de este estado, así como el llanto supone una intencionalidad dirigida al ambiente familiar, también la enfermedad puede, cargarse se intención. Intención modificadora de la actitud de los objetos externos e internos, pienso que para el niño es pedir algo, pero al mismo tiempo es expulsar algo.

En la queja del neurótico o del psicótico podemos entrever intención similar.

En la relación transferencial vemos el tipo de relación objetal por la que se queja y también al que aspira.

La conducta disociada del omnipotente supone cierto grado de integración del yo pero al mismo tiempo es una integración parcial lo que explica la perturbación en el contacto con la realidad.

Supongo que los objetos asimilados en el yo están al mismo tiempo severamente separados del resto del mundo interno del paciente, en realidad es como si estuvieran inmovilizados y constituyeran el núcleo saludable de su psiquismo. El concepto de ilusión de Winnicott ⁽⁷⁾ puede ser especialmente útil para entender que ese núcleo es “un momento, un trozo de experiencia que el niño puede tomar como alucinación suya o como cosa perteneciente a la realidad externa”. Podemos ver que la omnipotencia supone una relación objetal en este plano primitivo de experiencia ampliamente satisfactoria algo así como el momento feliz que buscaba Fausto y al que diría: “detente porque eres hermoso”.

El concepto de ilusión supone la fantasía de una realidad plenamente satisfactoria, la frustración es vivida con la fantasía de que “la gratificación está guardada por el objeto que frustra” (M. K.). Esta fantasía es el punto de partida de los sentimientos de envidia que si es excesiva se vuelve peligrosa para la integridad del objeto deseado, el yo puede recurrir a la disociación como defensa contra ansiedad persecutoria que surge del odio de la envidia, también refugiarse e inmovilizarse en su yo de organización parcial y entonces detenida

⁷ Winnicott: “Desarrollo emocional primitivo”. Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires. Tomo V, N° 4. 1948.

por un mecanismo de idealización. Pienso que ésta sería la base de la fantasía de salud, y de su disociación respecto de la fantasía de enfermedad.

Podemos plantearnos el problema de la diferencia entre el mecanismo de idealización y el sentimiento de omnipotencia, supongo que en ciertos casos no se percibe diferencia, sin embargo, creo que podemos distinguir tal como lo señala Willy Baranger, ⁽⁸⁾ distintos modos de relación con el objeto idealizado y que la diferencia entre la conducta de un autista y cualquier otro neurótico, depende del hecho siguiente: en el autista el objeto está encapsulado y como lo describió Klein: “el yo puede sentirse enteramente subordinado y dependiente del objeto interno, como si fuera sólo un arcón para él”; en los demás neuróticos el objeto idealizado está fusionado al yo, el yo participaría en parte del carácter maravilloso del objeto, esto explicaría una mayor movilidad en el neurótico respecto al autista, pero también su fijeza y la relación paranoide respecto a los objetos malos disociados. También supone una seria dificultad para el establecimiento de la posición depresiva y también una negación de los sentimientos de envidia.

Esta situación especial de la estructura del yo, explicaría los distintos tipos de relaciones transferenciales, sea que el paciente proyecte en el analista partes de sus relaciones omnipotentes, sea que viva la relación como una amenaza constante para el núcleo “saludable y satisfactorio” para él. En la primer situación la relación con el analista tiende a mantenerse en un estado que diría casi idílico, aislado, con relativa movilidad, pero al mismo tiempo, con muy pocas posibilidades de modificaciones auténticas, la vivencia contratransferencial es de sujeción a determinados principios y exigencias del paciente que casi nunca son verbalizadas por él, pero que están implícitas en la relación. Basta sin embargo el más mínimo cambio en la conducta analítica, para que aparezcan todas las fantasías persecutorias, o una honda sensación de frustración con mucha ansiedad. El mostrar esta específica relación al paciente si bien es muchas veces muy doloroso para él, trae ventajas en la estructura total de la relación con la realidad que de ese modo es revisada, como también la aparición de los sentimientos de envidia que hasta ese momento habían sido negados.

⁸ Willy Baranger: “Asimilación y Encapsulamiento: Estudio de los objetos idealizados”. Rev. Urug. de Psicoanálisis. Tomo I, página 26 1956.

La proyección de los contenidos peligrosos de la disociación en situaciones extremas no se da, a no ser en aquellos casos de poquísimas sesiones y que fugan, es especialmente observable en neuróticos de carácter situación ampliamente descrita por Reich.

La interpretación sistemática de la transferencia en términos de relación de objeto, así como el señalamiento no sólo de los elementos negativos y positivos, sino también de la relación con la realidad, permitiría una fluidez en la relación transferencia] mucho mayor, pero especialmente el análisis de las fantasías de salud y la omnipotencia, que como señalara al principio están juntas a la fantasía de enfermedad expresada por el paciente en la primera entrevista y en las primeras sesiones.