

## La masturbación y los mecanismos maníacos

ARMINDA ABERASTURY y MAURICIO KNOBEL

(Buenos Aires)

Freud, en “Una teoría sexual” (1), describe tres periodos de masturbación en el hombre antes de llegar a la adultez: el primero durante la temprana infancia (early infancy), el segundo durante la fase fálica (childhood) y el tercero en la pubertad.

En la misma obra, sostiene que en la fase fálica vuelve la excitación de la temprana infancia y que esta reaparición de la actividad sexual está determinada por causas internas y externas, y ambas pueden ser detectadas en caso de enfermedad neurótica por la forma tomada por sus síntomas, pudiendo ser descubiertas con certeza por la investigación psicoanalítica.

¿Qué es lo que fundamentalmente podemos extraer de todos estos conceptos de Freud?

Que la fase fálica para Freud era un revivir de una más temprana excitación genital y que la futura primacía de la zona genital tiene sus bases en la temprana masturbación infantil, que repercute en el desarrollo ulterior.

Uno de nosotros ha sostenido ya en otros trabajos (2, 3, 4) que el fracaso de la unión oral con la madre obliga a la búsqueda de otra forma de unión que permita establecer el vínculo perdido, siendo los genitales los únicos aptos para ese destino.

El duelo por el pecho exige del niño una colaboración dolorosa que se desarrolla cumpliendo los mismos pasos que Freud y sus continuadores —en especial M. Klein— estudiaron en la labor de duelo en el adulto.

Este desprendimiento, que se anuncia con la posición depresiva, culmina en el destete, uno de cuyos más agudos dolores es la pérdida de un objeto concreto, externo, real —el pecho— y el verse obligado en lo genital a renunciar a él hasta llegada la madurez sexual.

Al declinar la organización oral el bebé dispone —como en el momento de nacer— de impulsos orales, anales y genitales, pero que esta vez lo conducirán a una organización genital.

Al producirse el desprendimiento y previa a la actividad masturbatoria, existe un manipuleo de los genitales con finalidad exploratoria. Por las diferencias anatómicas el manipuleo de los genitales ha sido observado más en los varones, en los cuales la capacidad eréctil del pene pone esto en evidencia. A través de la observación de lactantes y de los datos suministrados por los grupos de padres y madres, llegamos a la conclusión de que este mismo período en la niña se expresa como una búsqueda tendiente a reconocer y explorar su vagina. Un reciente trabajo de Marjorie Barnett (5) sobre la exploración vaginal desde la más temprana infancia esclarece sobre los motivos que obligan a reprimir este temprano conocimiento y paralelamente confirman nuestras aseveraciones.

Estas también se ven avaladas siguiendo las observaciones y marco referencial de autores no psicoanalíticos como Piaget (6), Gesell y Amatruda (7) y las observaciones experimentales muy demostrativas efectuadas por Harlow (8) en monos, que nos permiten afirmar que la actividad masturbatoria en *la* primera infancia tiene una finalidad exploratoria y preparatoria para la futura aceptación de la genitalidad.

Estas experiencias reales de exploración que tienen como finalidad encontrar *órganos* capaces de *reproducir* la relación perdida, van a configurar en el esquema corporal la imagen del aparato genital y llevan al bebé al juicio

de realidad de que su cuerpo dispone de uno sólo de los términos de la relación perdida: la niña encuentra la vagina y el varón el pene. El descubrimiento y exploración del propio sexo fuerzan al bebé a abandonar la fantasía de bisexualidad y a reconocer que el otro sexo, imprescindible para lograr la unión, tiene que buscarlo fuera de su propio sexo. La actividad masturbatoria que aparece en este período tiene, para nosotros, las características de una negación maníaca omnipotente de la diferencia de sexos, que obliga al abandono de la fantasía de bisexualidad y que, aún en esta temprana edad, es insatisfactoria.

Cuando la niña o el varón se masturban reconstruyen con una parte de su propio cuerpo el sexo que no tienen: esto explica por qué las técnicas masturbatorias son diferentes en el varón y la mujer ya en esta temprana edad.

El bebé comienza así a usar parte de su cuerpo u objetos que funcionan como ecuaciones simbólicas del sexo que no tiene. A partir de este momento el niño explorará, se masturbará y jugará como distintas formas de elaborar las situaciones de angustia y necesidad creadas *durante* la fase *genital* previa. Así como la utilización múltiple de los mecanismos de defensa son una garantía para el buen desarrollo del Yo y facilitan el progreso en las funciones del mismo, consideramos que ninguna de las fuentes de gratificación que caracterizan a la fase genital previa son garantía por sí mismas de un buen desarrollo. Sólo cuando se utilizan todas ellas de un modo múltiple y fluctuante, en cantidad e intensidad, podemos hablar de un desarrollo promisorio.

Durante el desarrollo del lactante hemos señalado muchos de los trastornos que se manifiestan en esta edad cuando algunos de los procesos evolutivos se inhiben ya sea por causas internas o externas. Las fuentes de satisfacción a esta edad son la masturbación, el exhibicionismo, el voyerismo, la actividad de juego y la identificación proyectiva con la pareja de los padres unidos en coito. Deseamos destacar que como se ha señalado en un relato de Montevideo, la identificación proyectiva es un mecanismo de defensa frente a la envidia (9).

Con la bipedestación, la marcha y el lenguaje, el niño tiene nuevas fuentes

de satisfacción y se amplían sus relaciones *con* el mundo. La actividad masturbatoria disminuye y se hace cada vez más creciente la actividad del juego y las múltiples sublimaciones que surgen a esa edad.

En los distintos períodos de la vida antes de llegar a la adultez, se mantiene la actividad masturbatoria con estas características de negación maníaca. La insatisfacción creada por la frustración genital se descarga en parte a través de la actividad de juego, y queremos aquí mencionar la afirmación de M. Klein (10), ya en 1923, cuando en un Congreso en Salzburgo dijo que por debajo de la actividad de juego hay siempre una actividad masturbatoria, pero no desarrolló ulteriormente ni fundamentó este concepto.

Así como cambian los juegos de acuerdo al nivel de desarrollo, también varían las fantasías subyacentes a la actividad masturbatoria, que por otro lado se mantiene. Freud (1) señaló en sus “Tres Ensayos” que en este periodo las exigencias culturales no lograban sofrenar las necesidades instintivas, que se mantenían en casi todos los casos.

Nuestra experiencia y la de varios analistas de niños con los que hemos hablado, es que la lactancia sexual no se evidencia en los análisis de niños entre 5 y 12 años, ni tampoco se confirma en la observación directa de niños de esa edad. La actividad masturbatoria es intensa y quizá su característica es que está más orientada hacia la homosexualidad, y se realiza más frecuentemente en grupos. Tiene en parte el carácter de un aprendizaje de tipo obsesivo sobre lo que será más tarde el uso de su órgano para la unión sexual.

Hemos sostenido (9, 11) que la aparición de la escena primaria con las características que la señaló M. Klein (10) en este período: la de coito continuo, se explica también por la necesidad de mantener unidos dentro de sí de un modo continuo a los dos sexos. Si en ese período no puede considerarse a sus padres sino como permanentemente unidos es porque esta fantasía de unión le

devuelve la unión de los dos sexos en el cuerpo; esto explica también lo que siempre se ha señalado con respecto a la actividad masturbatoria: que por debajo de ella está siempre la escena primaria, y creemos así haber encontrado la explicación de este hecho.

Por lo tanto, la masturbación es primero una experiencia lúdica en la cual las fantasías edípicas son manejadas solitariamente, intentando descargar la agresividad mezclada de erotismo a través de la misma y aceptando la condición de tercero excluido. Es también, como acabamos de ver, un intento maníaco de negar la pérdida de la bisexualidad que por supuesto es parte del proceso de duelo normal de acuerdo a lo que ya señalara también Melanie Klein (12) en su trabajo sobre el duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. Durante el acto masturbatorio habría así una especie de triunfo maníaco por el cual se trata de retardar el trabajo de duelo que significa la pérdida de la bisexualidad que ya había comenzado por supuesto en el nacimiento mismo. No debemos olvidar que como dice

Melanie Klein en este trabajo, “el deseo de invertir la relación niño-padre, de vencer el poder de los padres y de triunfar sobre ellos va siempre en cierta medida asociado con deseos dirigidos hacia el logro del éxito”. Y que “todo esto influye mucho en la posición depresiva infantil y en el fracaso del éxito del Yo para vencerla, triunfo sobre los objetos internos que el Yo del niño controla, humilla y tortura, es una parte del aspecto destructivo de la posición maníaca que perturba la reparación o la recreación de su mundo interno o de la *paz* y armonía *internas*; de este modo el triunfo estorba el trabajo de duelo temprano”. Es decir, que existe siempre ese componente maníaco que necesario tener en cuenta en la masturbación para poder comprender cómo en este acto se asocia lo positivo teleológico en la aceptación y práctica futura de la genitalidad y lo depresivo-melancólico de la pérdida que se trata de negar a través de la actividad maníaca que retarda el proceso. Aquí podemos ver también un

fenómeno muy especial y que es el que el manejo de las ansiedades esquizo-paranoides y depresivas se van alternando mediante el uso de las actuaciones obsesivas y mediante el uso de mecanismos obsesivos y maníacos que configuran aspectos normales de desenvolvimiento, dando tiempo para una preparación adecuada para el ejercicio biológico normal de la genitalidad en su momento de evolución psico-biológica oportuna. Las defensas obsesivas, maníacas y paranoides, normales en el proceso de desenvolvimiento, se muestran muy claramente durante este período masturbatorio de la segunda infancia y de la latencia, ya que es aquí cuando aparecen frecuentemente los juegos de tipo obsesivo compulsivo, detallados y solitarios, que representan la elaboración de estos conflictos a través del mecanismo habitual de elaboración que tiene el niño, que es la actuación motora a través del juego. La actividad lúdica, característica fundamental de la infancia, permite también la elaboración de los conflictos con relación a las actividades genitales y las fantasías edípicas concomitantes mediante la actuación motora. *Este* componente de realización de conflictos y ansiedades a *través* del juego es lo que permite que la masturbación en el niño tenga esas mismas características y que, como lo señala Winnicott (13), en el niño normal adquiere las características de una práctica solitaria aceptable, en donde lo que domina es la culpa por las fantasías que puede haber, pero sin que aparezcan las ansiedades psicóticas, que son dominadas por esta actividad lúdica convirtiéndose así en las neurosis normales de la infancia.

La masturbación es así una forma de elaborar el conflicto edípico y se relaciona directamente con la escena primaria. Winnicott (13), al estudiar la capacidad de estar solo, dice: “Se puede decir que la capacidad del individuo para estar solo depende de su habilidad para manejar los sentimientos que se despiertan por la escena primaria. En la escena primaria hay una relación excitada entre los padres que es percibida o imaginada y que es aceptada por el niño que está *sano* y que es capaz de dominar su odio y ponerlo al servicio de la

masturbación, En la masturbación toda la responsabilidad por la fantasía consciente e inconsciente es aceptada por el niño individual que es la tercera persona en esta relación triangular o tricorporal. El poder estar solo en estas circunstancias implica una madurez del desarrollo erótico, una potencia genital o la aceptación femenina correspondiente; implica la fusión de los impulsos e ideas agresivas y eróticas y también implica una tolerancia de la ambivalencia; junto con todo esto habría naturalmente una capacidad por parte del individuo de identificarse con cada uno de sus padres”.

Las inhibiciones en la actividad masturbatoria en el niño pequeño, se acompañan de inhibiciones en el juego, y esto, en el período de latencia, toma la forma de inhibición o dificultad de aprendizaje.

En la pubertad, la madurez genital al dar al sujeto la capacidad de unión genital y al otorgarle su capacidad procreativa, hace que las fantasías incestuosas se incrementen y concomitantemente la frustración, puesto que ya posee el instrumento efector de la genitalidad y el cual no puede usar. Pensamos que éste es uno de los motivos por los cuales las fantasías masturbatorias en la pubertad son mucho más destructivas y cargadas de culpa, y si en esta época toman características distintas es porque en este momento la maduración genital exige un nuevo duelo al definir la participación de cada *uno* de *los* sexos en la procreación. Duelo que se agrega a los que constituyen el substracto dinámico de la adolescencia (11, 14, 15).

En la búsqueda del placer genital en la fase genital previa, el niño está abocado a la imposibilidad material de poseer un objeto de amor genital adecuado. Al duelo por la pareja oral se agrega ahora el de la pareja genital y la masturbación surge como una actividad maníaca omnipotente en la que trata de negar la necesidad del objeto recreándolo en su propio cuerpo.

En resumen, hemos querido señalar en este trabajo un duelo importante y hasta ahora no muy considerado, que es el duelo por la fantasía de la bisexualidad. Cuando el niño descubre y explora su sexo debe hacer la prueba

de realidad de que no tiene sino uno de los términos para lograr la unión. Pensamos que el período de masturbación surge como una defensa maníaca por sus características de omnipotencia, negación e idealización y que la finalidad de esta defensa es negar tanto la pérdida del vínculo oral como la pérdida de la bisexualidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. FREUD, S.— “Una teoría sexual”. Obras completas Vol. I. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
2. ABERASTURY, A.— La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva “Revista Psicoanálisis”, Buenos Aires, XV (1-2): 41; 1958.
3. ABERASTURY, A.— “Teoría y técnica del psicoanálisis de niños”. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1962.
4. ABERASTURY, A.—La fase genital previa. “Revista Psicoanálisis”, Buenos Aires, XXI (3): 203; 1964.
5. BARNETT, M.— Vaginal Awareness in the Infancy and Childhood of Girls. “J. Amer Psychoanal Assn.”, 14: 129; 1966.
6. PIAGET, J.— “Psicología de la inteligencia”. Psiqué, Buenos Aires, 1955.
7. GESELL, A. y AMATRUDA, C.—”Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño”, 2ª Ed. Edit. Paidós ,Buenos Aires, 1952.



8. HARLOW, H. F.— “A Behavioral Approach to Psvchoanalytic Theory” (en “Development and Research”, J. M. Masserman. Edit. Grune and Stratton, New York, 1964
9. ABEBASTURY, A.— “La existencia de la organización genital en el lactante”. Relato al VI Congreso Psicoanalítico latinoamericano. Montevideo, 1966.
10. KLEIX, M.— “El psicoanálisis de niños”. Hormé, Buenos Aires. 1964.
11. ABERASTURY, A. et al.— “Duelo por el cuerpo, la identidad y los padres infantiles” (en “Psicoanálisis do la manía y psicopatía”, A. Rascovsky y D. Liberman). Edit. Paidós, Buenos Aires. 1966.
12. KLEIN, M.— “El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos” (en “Contribuciones al Psicoanálisis”). Hormé, Buenos Aires, 1964.
13. WINNICOTT, D. W.— “The Capacity to be Alone” (en “The Maturation Process and the Facilitating Enviroment”). The Hogarth Press. London, 1965.
14. ABERASTURY, A. et al.— “Adolescencia y psicopatía, con especial referencia a las defensas” (en “Psicoanálisis de la manía y psicopatía”. A.Rascovsky a- D. Liberman). Edit. Paidós, Buenos Aires, 3966.
15. ROSENTHAL. G. y KNOBEL, M.— “El pensamiento en el adolescente y en el adolescente psicopático” (en op. cit. “Psicoanálisis de la manía y la psicopatía”).

El letargo. Una representación de lo latente  
Su relación con la represión

FIDIAS R. CESIO

(Buenos Aires)

Hace a más de diez años que comencé mis estudios sobre el letargo (1). En un comienzo lo encontré en casos de Reacción Terapéutica Negativa, en los que aparecía como un componente fundamental, representando aspectos del Yo disociados y reprimidos, “perdidos”, constituyendo así un objeto, el objeto aletargado (3, 4). Clínicamente diferencié un cuadro caracterizado por estos elementos que separé del de la melancolía (6, 7).

Con los años el concepto letargo creció. El mismo fenómeno que encontré en los casos extremos de R. T. N., aparecía en otros no tan graves. En este sentido, las contribuciones de Chiozza (10) resultaron significativas para la extensión de este concepto más allá de sus primeros límites. A medida que se enriquecía el concepto de letargo y se hacía más y más consciente en mí la constancia de su presentación en los tratamientos psicoanalíticos y las diversas maneras de manifestarse, mi conocimiento del contenido semántico de la palabra letargo, por medio del estudio de su etimología, ‘también se enriquecía. Esto me demostró lo acertado de la elección del término para representar los fenómenos que denomino con esta palabra, pues los significados de la palabra y del concepto psicoanalítico son los mismos. Tan es así que el medio mejor que encontré para encerrar en estas pocas líneas lo que quiero expresar, queda centrado en un estudio sobre la palabra letargo. Cuando adopté este término, lo hice pensando sobre todo en su significado de muerte aparente, con el que- se lo

utilizó en la clínica y que era el elemento más destacado en los graves casos de R. T. N. que estudié. Mas, en la medida que fui descubriendo en otras manifestaciones clínicas los mismos elementos, otros significados de la palabra letargo cobraron un valor insospechado.

La palabra **letargo** deriva de raíces griegas (9, 11). En sus antecedentes encontramos las palabras griegas Lathros (escondido), Lethe (olvido) y Lanthaneios (pasar desapercibido). Es así que, ateniéndonos al significado de la palabra letargo, podemos decir que **lo aletargado es lo que está escondido u olvidado, o bien que pasa desapercibido**. El campo que entonces comprende lo aletargado, es extraordinariamente amplio. Mas, si proseguimos con esta investigación semántica, encontramos que la palabra letargo está íntimamente emparentada a la palabra latente, al punto que derivan de la misma raíz indoeuropea. El antecedente inmediato de latente- es la palabra latina Latere, que significa yacer escondido. Concluimos así que **letargo y latente**, tienen un significado muy semejante, pero, al estudiar ambas palabras comparativamente-, advertimos que tienen importantes diferencias semánticas. Veámoslas. Latente no tiene representación aparente ni manifestaciones; es por eso que es una palabra adecuada para designar a los contenidos menos conscientes. En cambio, letargo tiene una definida tendencia a la representación. Conocemos su significado de muerte aparente en la clínica: los antecedentes griegos aparecen bajo diversas representaciones: **Lethe**, se denomina en la mitología a un río del infierno; quien bebe -de sus aguas **olvida** el pasado; se lo representa como un viejo que tiene en una mano una urna, en la otra la copa del olvido y en la cabeza una corona de dormidera (de donde se extrae el opio). Encontramos entonces que las diferencias semánticas entre letargo y latente consisten sobre todo en que mientras latente tiene un contenido abstracto, letargo, aunque con la misma significación básica, tiene, en cambio, un contenido rico en representaciones. **Podemos decir que si a lo latente le damos una representación, tenemos entonces el letargo. En otras palabras, lo latente,**

**cuando se asoma a lo consciente o, lo que es lo mismo, cuando pasa a adquirir representaciones en lo preconscious, aparece como letargo.** Como vemos, lo aletargado conserva un íntimo parentesco con lo latente y podemos decir que bajo estas representaciones encontramos la barrera de la censura donde se encuentran lo latente y la represión. El letargo, siempre de acuerdo con lo que venimos desarrollando, constituye un estado intermedio entre lo inconsciente y lo preconscious. De ahí la importancia de interpretar el letargo y sus contenidos, pues es el medio de llevar a lo consciente los contenidos reprimidos, inconscientes. Es decir, desde lo inconsciente-latente el contenido reprimido pasa la censura adquiriendo representaciones letárgicas.

Si lo aletargado es lo latente más una representación, entonces todo lo que ha estado latente en el momento de transición hacia una concienciación, pasa por un momento de letargo. De ahí la constancia de la presentación del letargo. Podemos decir que lo reprimido se nos aparece bajo la representación de letargo, ya que sólo podemos “ver” lo reprimido cuando alcanza algún asomo de representación. Siguiendo con esta idea, podemos también decir que el estudio del letargo comprende el estudio del proceso de la represión. Lo precedente nos lleva a otras consideraciones. Lo latente, que logra una representación por lo aletargado, revela así que en la constitución de la represión participan elementos de muerte muy notables. El letargo, que representa la intimidad última alcanzable del proceso de- represión, nos revela la importancia que en el mismo desempeña el instinto de muerte al servicio del Yo.

Las representaciones de muerte en el letargo son múltiples. Bástenos mencionar que la representación más típica de lo aletargado es el cadáver. La misma palabra letargo contiene esta representación. Letargo proviene de Lethe (asociada a la palabra letal) que, como dijimos antes, es la denominación, en la

mitología, de un río del infierno (donde están las almas de los muertos) y que la representación del mismo contiene la vejez, el olvido, la urna y la adormidera (opio). La muerte representa así el destino de los instintos sometidos a la represión, así como a las fuerzas que realizan esta represión.

La emergencia del material latente implica letargo y es por esto que en la transferencia siempre lo encontramos. Podemos diferenciar así en la transferencia, diversos grados de letargo; desde la manifestación más intensa, cuando el analista, el paciente o ambos, experimentan en la sesión “un sueño invencible, natural o anestésico, comparable a la muerte aparente”, hasta las manifestaciones más leves, inapreciables, excepto que alguna circunstancia nos las haga evidentes y que podemos caracterizar por su connotación oniroide. Cuando alcanza cierta intensidad lo advertimos si por alguna razón interrumpimos una sesión por un breve lapso; entonces nos damos cuenta que existe una diferencia entre el “clima” de adentro de la sesión y el “clima” de afuera del consultorio. Pero lo más frecuente es que el letargo se haga consciente a través de las manifestaciones más conocidas, como son: malestar, distracción, olvido, silencio, bloqueo, sopor, pesadez, modorra, etc.

Algunas de las manifestaciones de letargo han sido el objeto de estudio. Una es el letargo que encontramos en la reacción terapéutica negativa (1, 2, 3); en estos casos el letargo se manifiesta como modorra o “muerte aparente”, y lo aletargado, que comprende partes fundamentales del Yo, aparece bajo representaciones directas de muerte (cadáveres). También han sido objeto de estudios el “silencio” (2), la “distracción” y el “olvido” (5), el asco, el hastío, el fastidio y el aburrimiento (9), etc.

Nuestras observaciones nos mostraron que, en líneas generales, el letargo está representado en un nivel anal, donde- lo aletargado aparece como las heces y lo aletargante como los gases intestinales. Esta representación es la elaboración que experimenta otra más resistida, donde lo que aparece como heces corresponde a lo prenatal abortado (8). El carácter “tóxico” que contiene

el letargo es muy notable. Ya comentamos que Lethe aparece representado por un viejo con adormidera en la cabeza y que de la adormidera se extrae el opio. El opio aparece así asociado al letargo. En alguna otra oportunidad nos extenderemos sobre esta interesante relación entre el opio y el letargo. La transferencia del letargo nos revela también la representación tóxica que posee. La constancia de la presentación del letargo significa también una constancia en las manifestaciones tóxicas en la transferencia, las que adquieren la jerarquía de una “enfermedad profesional” del psicoanalista. Es común el comentario acerca de las especiales características del “cansancio” que provoca el ejercicio del psicoanálisis, el que muchas veces es descrito directamente en términos de un estado de intoxicación. También muchas veces se insiste en la necesidad de una higiene adecuada. La explicación, que encuentro para esta específica “enfermedad profesional”, es que, al incursionar en lo latente, aparece el letargo en la transferencia de manera inevitable. Es un estado intermedio en el que las fuerzas de la represión son todavía muy intensas y el analista pasa a “vivir” en el campo de batalla donde luchan con las fuerzas represoras los instintos que pujan por emerger. Establecer la existencia de una “enfermedad profesional” del psicoanalista, excita una inquietud: cómo atenuar sus efectos. Surgen dos ideas. La primera es la mejor conocida; la interpretación completa de los contenidos latentes, al hacer bien conscientes estos contenidos los liberan de ese estado intermedio, letárgico y el analista puede entonces quedar poco afectado por nuestra “enfermedad profesional”. La segunda idea deriva de la observación clínica que nos revela que no es posible hacer siempre interpretaciones tan completas y de la experiencia de que, aun con las interpretaciones más completas, queda un remanente letárgico; entonces el procedimiento es hacer objeto de nuestra interpretación al letargo; de esta manera, además de liberarnos hasta donde es posible de sus efectos tóxicos, hacemos conscientes los contenidos que de otra manera vuelven a quedar sometidos a la represión. Estos comentarios me recuerdan la cita de Freud, cuando dice que no podemos llamar

a los espíritus del averno para luego mandarlos de vuelta sin haberlos consultado. Si entramos al infierno y extraemos del río del olvido (Lethe) a los espíritus, no podemos dejarlos ir sin haberlos, antes, interrogado.

## BIBLIOGRAFIA

1. CESIO, F.— Un caso de Reacción Terapéutica Negativa. “Rev. de Psicoanálisis”, 13: 522-326; 1956.
2. ——. — El lenguaje no-verbal. - Su interpretación. “Rev. de Psicoanálisis”, 14: 110-120; 1956.
3. ——. — El letargo. Una contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa. “Rev. de Psicoanálisis”, 17: 10-26; 1960
4. ——. — IIª- Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa.”Rev. de Psicoanálisis”, 17:289,298; 1960.
5. ——. — La disociación y el letargo en la reacción terapéutica negativa “Rev, de Psicoanálisis”, 19: 20-25; 1962.
6. ——. — El letargo, la melancolía y el duelo en la reacción terapéutica negativa. “Rev. de Psicoanálisis”, 19: 317-322; 1962.
7. ——. — El letargo. Una reacción a la pérdida de objeto. “Rev. de Psicoanálisis”, 21: 19-27; 1964.
8. ——. — Procreación y letargo. “Rev. de Psicoanálisis” 22: 279-283; 1965.

9. COROMINAS, J.—"Breve Diccionario Etimológico de la Lengua castellana

Ed. Gredos, Madrid, 1961.

10. CHIOZZA, L.— "Psicoanálisis de los trastornos hepáticos". Ed. Luro. Buenos Aires, 1963.

11-. PARTRIDGE, E.— "Origins". Ed. Routledge & Kegan Paul, London, 1961.



El uso del pensamiento lógico  
en la interpretación  
puesto al servicio de la contrarresistencia

L. CHIOZZA, y V. LABORDE,  
E. OBSTFELD y J. PANTOLINI

(Buenos Aires)

Freud (6), refiriéndose al análisis de los sueños, expresa que en algunos casos “. . . en lugar del sujeto es el analizador el que a ellos asocia **bien definidas ocurrencias**”.

El derivado que penetra en la conciencia del analista como una “bien definida ocurrencia” constituye lo que hoy, denominaríamos una ocurrencia contratransferencial (9), cuyas vinculaciones con el paciente pueden permanecer todavía oscuras.

Pero es más importante aún señalar que aquel derivado que adquiere **desde un principio** la forma de una más acabada interpretación, en el sentido de poseer características que nos llevan a sentir o pensar que corresponde a lo latente del enfermo, es también un emergente contratransferencial, aunque este carácter permanezca habitualmente inconsciente para el analista.

La interpretación, o por lo menos aquello que podemos considerar su núcleo básico, surge en la conciencia del analista **mediante un mecanismo análogo al de la formación de los sueños**, y ante una condición de “regresión” creada por la regla de abstinencia, según la cual el analista no actúa y se limita a interpretar. Esta última condición ha sido conceptualizada por Freud (4), cuando afirma que el bloqueo de la acción imprime una dirección retrógrada a los

procesos de excitación, reactivando de esta manera las huellas mnémicas asociativamente conectadas.

La “regresión formal”, implícita en este proceso, brinda a lo que podemos denominar el núcleo básico de la interpretación, un marcado carácter visual o plástico. Freud (7), en el “Yo y el Ello”, aclara que no debemos descuidar la posibilidad de un acceso “directo” a la conciencia, “previo” a la intervención de la palabra, mediante la reactivación de los restos mnémicos visuales.

Integrando las afirmaciones de Freud acerca de la atención flotante (3), con los conceptos vertidos en “Lo inconsciente”, “La represión” y “La dinámica de la transferencia”, podemos afirmar que la interpretación surge en la conciencia del analista como un derivado asociativamente conectado con algunos elementos de su propio inconsciente. Estos elementos, reactivados por su identificación con el paciente y similares a los que el paciente reprime, continúan reprimidos en el analista y desplazan su carga sobre el derivado que constituye la interpretación. Pero en virtud de la mayor permeabilidad de su aparato psíquico, o sea su menor grado de represión, el analista logra una representación más “cercana” (3) a los elementos inconscientes reprimidos, que el derivado que constituye el contenido manifiesto en el material del paciente. Esta interpretación visual o plástica necesita adquirir, a los efectos de la comunicación que utilizamos en la terapéutica psicoanalítica, una estructura verbal. Se transforma entonces en *un “puente”* verbal capaz de despertar en el paciente una representación que, por su mayor “cercanía” a lo que se ha convenido en llamar (10) la “representación de impulso” original inconsciente, logra atraer sobre sí parte de la carga retenida. Adquiere así el nombre de contenido latente o se fusiona con lo que denominamos de esa manera.

Si la interpretación, venciendo la resistencia, logra atraer sobre sí un montante suficiente de la carga retenida, adquiere para el enfermo el carácter de una representación sustitutiva que busca derivar nuevamente su carga en sentido “anterógrado”, o sea hacia la emoción y la acción, pero luego de la interpre-

tación que brinda una adecuada representación transaccional, la descarga puede adquirir condiciones tolerables y suficientes. Este carácter mutativo de la interpretación depende sólo secundariamente de su estructura verbal y lógica, ya que su capacidad de atraer sobre sí la carga retenida depende esencialmente de su carácter transaccional.

Frente al “presente” constituido por el proceso continuo de la transferencia, podemos recurrir a formulaciones que nos permiten disociar entre un “hoy” y un “ayer”, o entre un “aquí” y un “allá”, o entre una “causa” y un “efecto”, todo un grupo de representaciones de impulsos que están ocurriendo en un continuo y un presente que, como “cosa en sí”, está más allá de aquello que logramos describir, y que por lo tanto no coincide con las representaciones de tiempo y espacio o de causa y efecto inherentes a nuestro pensamiento lógico.

Se puede afirmar que la estructura lógica de una interpretación tiende a disminuir la carga, disociándola entre un número determinado de representaciones en cierto modo antagónicas, ya que el juicio surge del principio de contradicción.

La interpretación que podemos llamar “nominativa” o descriptiva, y más aún en la medida que renuncia a precisar ubicaciones en el tiempo o en el espacio, así como relaciones entre causas y efectos, mantiene una riqueza o “penumbra de asociaciones” (1) que tiende a aumentar en cambio, por mecanismos de condensación y desplazamiento inherentes al proceso primario y presentes en el complejo proceso de simbolización, el montante de carga que se transfiere sobre ella.

Esa riqueza o “penumbra de asociaciones”, que se halla también presente en la metáfora, se articula con un “más allá de las palabras” que forma parte- sin embargo de la estructura del lenguaje, tal como ocurre por ejemplo con la poesía o la prosa literaria, y que constituye un nexo entre las representaciones visuales o plásticas, mas cercanas a lo inconsciente, y las representaciones verbales.

Para completar lo dicho hasta aquí debemos recordar que-, según lo afirmado por Freud (4) (pág. 503), la instancia psíquica que ejerce la censura participa también regularmente en la formación de los sueños, mediante la intervención del pensamiento racional, que constituye el proceso secundario. A esto podemos añadir que durante la formulación de la interpretación se cumple el mismo proceso; de manera que la intervención del pensamiento racional preconscious asegura la participación del proceso secundario en el emergente de la atención flotante.

Nos parece importante señalar además que **las características del proceso secundario cambian**, ya que éste evoluciona en la medida en que se desarrollan las facultades mentales del hombre. A través de los enunciados de diferentes disciplinas podemos comprobar cómo el pensamiento racional, que se rige por las leyes de la lógica formal, ha quedado comprendido dentro de un sistema cuatridimensional más amplio. Este sistema ha sido denominado **arracional**, porque no se halla totalmente sujeto a las leyes del pensamiento lógico (8).

Pensamos, basándonos en estos conceptos, que la intervención del pensamiento lógico es la formulación de la interpretación no siempre equivale a una idéntica participación del proceso secundario, ya que este proceso secundario puede intervenir en una forma alógica o arracional.

Volviendo a nuestra comparación entre el sueño y la interpretación diremos que el carácter aparentemente absurdo e ilógico de los sueños fue deshecho por el mismo Freud, cuando demostró que no sólo poseían un sentido inteligible, sino que, además, el pensamiento racional participa regularmente en el proceso de su formación (4). Pensamos que, análogamente, la apariencia plana o bidimensional de los sueños, o de las imágenes visuales que forman muchas veces el núcleo de una interpretación, es sólo una representación que oculta su carácter cuatridimensional. La forma llamada aperspectiva (8) correspondería a

esta modalidad visual de lo arracional.

Expondremos a continuación y en puntos sucesivos las conclusiones del presente trabajo:

1) Cuando decimos que el preconscious del terapeuta se halla dotado de una especial permeabilidad que es producto de su formación psicoanalítica (2) afirmamos implícitamente que **esta formación lo dota también, a través de su entrenamiento práctico y de sus conocimientos teóricos, de una especial modalidad de censura preconscious, codeterminada, entre otros factores, por la regla de la abstinencia.**

2) Hay casos en que la censura o represión que obra a través del pensamiento racional preconscious es capaz de proporcionar, al emergente espontáneo de la atención flotante, aquel grado de coherencia suficiente para constituir una adecuada interpretación.

3) Esta capacidad del preconscious aumenta en la medida en que progresa adecuadamente la formación del analista, y proporciona las interpretaciones que consideramos mejor ubicadas en el punto de urgencia.

4) Aquellos defectos de formación que estructuran escotomas o modalidades neuróticas en el preconscious del analista, y que aparecen en el emergente de la atención flotante, se trasladan por lo general a la interpretación, a pesar de que se intente modificarlos mediante **el ejercicio de la reflexión consciente durante la formulación de la misma.**

5) Durante el transcurso de una sesión frecuentemente logramos cambiar de una manera adecuada el contenido o la forma de algunas interpretaciones inoperantes. Pensamos que este cambio, que suele atribuirse a la acción de nuestra reflexión consciente, surge en la mayoría de los casos, cuando se realiza durante la misma sesión, como resultado de una nueva intervención de nuestro

preconsciente.

6) Pensamos que el pensamiento racional consciente, cuando adquiere la forma de un razonamiento lógico de carácter deductivo, por ejemplo, también puede intervenir en interpretaciones adecuadas y exitosas, pero que no constituye sin embargo un elemento esencial durante la formulación de la interpretación, sino que por el contrario suele colocarse al servicio de una contrarresistencia excesiva. Puede entonces ser equiparado al proceso de la elaboración secundaria consciente de los sueños.

7) Pensamos que, a partir de- las consideraciones anteriores, el análisis de la situación transferencial adquiere una nueva modalidad, que se halla a “mitad de camino” entre la comunicación de la ocurrencia contratransferencial y su elaboración a través del pensamiento lógico.

Finalizaremos con las siguientes palabras de Freud (5), referidas a la orientación consciente del tratamiento: “. . . puedo asegurar que nunca tenemos que arrepentimos de habernos decidido a confiar en nuestras propias afirmaciones teóricas y habernos forzado a no disputar a lo inconsciente la dirección de la síntesis”.

## RESUMEN

En el presente trabajo, y a partir de las postulaciones de Freud, se estudia a la interpretación como un puente o “mediador” “inter-partes” destinado a atraer sobre sí, y momentáneamente, una parte o montante suficiente de aquellas catexis patológicamente transferidas sobre representaciones sustitutivas. Tal interpretación suele provocar en el paciente, y aún en el analista, la impresión de ser ilógica y absurda. Es, sin embargo, la que obtiene un efecto mutativo.

Desde este punto de vista, tomando el criterio sustentado por Freud según el

cual la interpretación es una traducción del contenido manifiesto al contenido latente, se estudia cómo frecuentemente la interpretación, al servicio de la contrarresistencia, abandona esta función de traducción “directa”, lograda gracias a la permeabilidad entre consciente o inconsciente propia del analista.

En los casos en que la contrarresistencia, que expresa y señala una resistencia análoga del paciente, disminuye esta permeabilidad de] analista, *suele* ocurrir que la interpretación surja como producto de un complicado proceso intelectual de tipo lógico, como por ejemplo un proceso deductivo o un determinado juicio crítico o diagnóstico. Cuando esta interpretación así surgida, no logra atravesar la barrera de la contrarresistencia, continúa en parte al servicio de esta contrarresistencia, y se dirige también hacia las funciones más elevadas de raciocinio del paciente. Se cumplen entonces los designios de la resistencia y se favorece la intelectualización; ya que los montantes de afecto displacenteros se distribuyen y neutralizan de esta manera, en el terreno del pensamiento, entre un número grande de representaciones ideológicas, lo cual disminuye el efecto mutativo y tiende a mantener intacta la transferencia. La interpretación adquiere así un contenido resistencial análogo al de la elaboración secundaria consciente en los sueños.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. BION, W. R.— “Aprendiendo de la experiencia”. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966.
2. CESIO, F.— “La interpretación en el aquí y ahora. Valoración de esta formulación conceptual fundada en las ideas de Freud sobre la atemporalidad de lo inconsciente”. Tratado leído en la A. P. A., octubre 1965.

3. CHIOZZA, Luis; LABORDE, Víctor y PANTOLINI, Jorge.— “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”. Publicación realizada por la A. P. A. para el “Xº Symposium y II Congreso Interno”, Buenos Aires, pág. 211; 1966.
4. FREUD, Sigmund.— “La interpretación de los sueños”, 1900. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
5. FREUD, Sigmund.— “El empleo de la interpretación de los sueños en psicoanálisis”, 1912. Biblioteca Nueva. Madrid, pág.320; 1948.
6. FREUD, Sigmund.— “Introducción al psicoanálisis”, 1916. Biblioteca Nueva. Madrid, pág. 109; 1948.
7. FREUD, Sigmund.— “El Yo y el Ello”, 1921. Biblioteca Nueva. Madrid, pág. 1217; 1948.
8. Instituto de Altos Estudios Económicos de Sankt Gallen. “La nueva visión del mundo”. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, 1954.
9. RACKER, H.— “Estudio sobre técnica psicoanalítica”. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1960.
10. RAPAPORT, D.— “Hacia una teoría del pensamiento”. Editorial Escuela. Buenos Aires, 1964.



Algunos aspectos de la importancia  
de la voz en relación  
con la transferencia-contratransferencia

GILDA S. DE FOKS

(Buenos Aires)

La voz es un elemento que nunca aparece aislado: siempre se da en una totalidad mayor que lo abarca. Para la lingüística, esa totalidad es el signo lingüístico, que tiene dos planos:

el del significante (la serie de sonidos que forman una unidad) y el del significado (la idea, la fantasía transmitida). En este sentido, la voz sería un medio para comunicar otra cosa distinta de ella misma; sería un elemento a través del cual se daría, indirectamente, la comunicación. Ahora bien, para el psicoanálisis, la voz, ese conjunto de sonidos no es sólo un instrumento de comunicación; es también lo comunicado. Así, la voz expresaría, a través de sus características y modificaciones, los afectos, los sentimientos, las fantasías. Por lo tanto, para el psicoanálisis, es un elemento más por considerar: la voz no sólo aparece como vehículo para transmitir, indirectamente, fantasías, afectos; la voz es ella misma, manifestación de una fantasía, de un afecto.

Otra característica de la voz se halla vinculada con la expuesta. Mientras la voz es un vehículo expresivo indirecto de las fantasías (inmateriales, incorpóreas), ese conjunto de sonidos, por surgir de las profundidades del organismo, es, en sí mismo, un elemento material. Pero, entre los elementos materiales, es el más “incorpóreo”, es apenas un sonido, la vibración del aire.

Es, entonces, el elemento más incorpóreo de lo corpóreo. Por otra parte, en tanto es expresión directa de una fantasía, es a la vez corpóreo e incorpóreo al mismo tiempo. En este contexto (la voz simultáneamente como elemento corpóreo e incorpóreo), quizá encuentren una integración y aclaración aún más plenas las profundas observaciones de la doctora Alvarez de Toledo (en «El análisis del “asociar”, del “interpretar” y de “las palabras”»), acerca de que la voz se mantiene como “reducto donde la identidad del sujeto con el mundo, la identidad mundo externo-mundo interno, puede continuar existiendo”. Así, por esta doble característica de corporeidad e incorporeidad, la audición es equivalente a la introyección real del objeto; la emisión de la voz es equivalente a la proyección real del objeto.

En relación con lo anterior, puede observarse que la voz sería el elemento no verbal que aparece siempre en lo verbal. En este sentido, conviene recordar la correlación entre la voz y el ademán que enfatiza lo que se dice. Pero el ademán es sólo una forma intermitente de enfatizar. La voz, en cambio, sería un “ademán” constante. Ahora bien; sobre este “ademán” se ejerce cierto control. En este sentido conviene recordar la etimología de la palabra “personalidad”, proviene de *per sonare*, que era una máscara del teatro griego, usada, para caracterizar a un personaje y que producía un tipo especial de voz. Esto, además de correlacionar la personalidad con la voz en forma indudable, indica lo que ambas tienen de control. Pero este control que se ejerce sobre la voz tiene la particularidad de permitir, si se lo considera en la interpretación, el acceso a fantasías inconscientes muy resistidas, y tanto más en la medida en que este control es más inconsciente.

Como se observa, en todas las apreciaciones anteriores, y en las siguientes también, se ha tomado a la voz sólo como sonido. Es decir, no se consideraron en profundidad aspectos relacionados con su emisión, vinculados también con el esquema corporal; ni se consideraron aspectos relacionados con la “voz interior”, problema aún debatido. Precisamente, con esta aclaración se intenta

evitar la confusión que podría sobrevenir al interrelacionar la voz con el esquema corporal, el ademán y otros elementos. Así, a pesar de considerar de importancia *fundamental* en el estudio de la voz todo el proceso de su emisión, las fantasías relacionadas con el aparato fonador, especialmente lengua, labios, nariz, garganta, como también todo lo vinculado con la voz interior, este trabajo se reduce sólo a la descripción específica de la voz como sonido ya emitido, es decir, del fin del proceso, y de las fantasías correspondientes. También se dejarán de lado otros aspectos que iluminarían aún más el tema, como ser los relacionados con la génesis y la patología de la voz.

En cambio, trataremos de ver con mayor detención algunas particularidades de la voz con respecto a la relación transferencial contratransferencial.

Ya la doctora Alvarez de Toledo había señalado la relación entre la voz y las *sensaciones táctiles*, es decir, había indicado, en última instancia, que la voz es una zona específica de contacto con los demás. En términos de la relación analítica, habría que considerar que, como no existe más *contacto* corporal permitido entre analista y paciente que el estrecharse la mano del comienzo y el fin de la sesión, la voz se convertiría entonces en el más importante elemento de contacto, en un nivel que, en cierta medida, podría llamarse *corpóreo*. *En esta misma* medida, podría aparecer, como vivencia básica subyacente a la situación descrita, la de *que la unión* sucesiva de las voces, su interacción, equivaldría a un contacto especial entre los cuerpos. Podría hablarse, entonces, *de* una fantasía de *unión*, cuyo nivel de fijación estaría determinado por la proyección predominante de las imagos internas que el paciente haga sobre el analista (madre-pecho), y, recíprocamente, por las proyecciones de las imagos del analista sobre el paciente. Así podría admitirse que esta relación configurada por la unión o sucesión de las voces en el espacio, correspondería, según lo que hemos podido observar, a *fantasías en* un nivel útero-fetal, en un nivel oral, en un nivel de coito incestuoso muy primitivo. El silencio, con respecto a esta fantasía específica de coito incestuoso, sería una forma de control del paciente,

en tanto hablar equivaldría a recrear

y actuar en la transferencia dicha fantasía. Se podría construir, en este caso, una correlación: cuanto mayor silencio, mayor dificultad para aceptar esta fantasía.

En cuanto al grado extremadamente primario que puede llegar a tener el punto de fijación relacionado con las vivencias anteriormente descritas, conviene recordar las palabras de la doctora Alvarez de Toledo: “La rápida secuencia con que se presentan las fantasías orales, anales y uretrales me hizo pensar en un primer momento que se debía a la relación que podía haber entre el momento de adquisición del lenguaje y la etapa polimorfa del desarrollo libidinoso. Pero tengo ahora la impresión de que esto está dado por una primitiva identidad de todos los orificios del cuerpo que estarían presentados, en un esquema corporal muy primitivo, por uno solo, a través del cual el individuo primitivo —que sería como una vesícula redonda con orificio de comunicación— recibiría y expulsaría de su mundo, que, en este período, es él mismo, los elementos del mundo externo”.

Las fantasías correspondientes a toda esta situación merecen, por lo tanto, la atención del analista. Ellas determinan un tipo especial de identificación proyectiva que, de no ser captada e interpretada convenientemente, puede, como cualquier otra, causar serias perturbaciones en la relación analítica y dañar las posibilidades de éxito de un tratamiento. Conviene considerar, pues, con mayor detención, las posibilidades que ofrece lo ya desarrollado.

Hemos dicho que, en relación con las voces, existiría una fantasía básica de relación entre objetos muy primarios, fantasía determinada por el entrecruzamiento o sucesión de los sonidos emitidos por analista y paciente. Ahora bien, los matices de ambas voces podrían indicar el aspecto predominante de esta fantasía en la “bipatía” que es la relación analítica. Así, cuando las particularidades de la voz de terapeuta y enfermo (tono, matiz, etc.) son muy semejantes, podría hablarse de una situación de indiscriminación entre analista y paciente, donde el analista queda identificado masivamente con el

paciente, para no sentir, por ejemplo, la impotencia por no poder superar el “muro” que lo separa de él, y se convierte así en un objeto suyo más (¿autismo transferencial?). Por el contrario, cuando la voz de uno de los miembros equilibra los rasgos muy marcados de la otra mediante sus rasgos opuestos (aguda-grave, alta-baja, opaca-vivaz, etc.), podría hablarse de una situación donde se da una disociación entre dos aspectos del paciente, uno de ellos proyectado en el analista (¿simbiosis transferencial?). En ambos casos, si bien podría señalarse la necesidad del paciente de que hablemos de esta manera, no podemos dejar de aceptar que esta situación corresponde a las contratransferencias útiles, ya que sólo así el paciente puede introyectar las interpretaciones que se le suministran, lo que, en la medida en que haya cierto margen de aceptación del analista como objeto independiente, permitirá modificar la situación. Quizá un cambio muy brusco en la voz, por el contrario, sea sumamente rechazado, agredido, desvalorizado, según los casos, por la gran persecución que provoca la libertad del analista respecto del intento de control<sup>1</sup> omnipotente del paciente, a través de una intensa identificación proyectiva.

A estas posibilidades del análisis se agregan muchas otras donde la voz funciona como elemento significativo, como, por ejemplo, la voz como elemento que rodea, recorre y penetra en el cuerpo de analista y analizado. Las dejaremos de lado, para ajustarnos a los límites de tiempo de esta lectura, y tomaremos en cambio un ejemplo concreto, donde se observa lo afirmado hasta aquí.

Se trata de un paciente con varios años de tratamiento.

Al comienzo del mismo apareció como ausente, con una falta de discriminación entre su mundo interno y el mundo externo, lo que se evidenciaba especialmente a través de la voz, mediante la cual establecía considerable distancia respecto al material que traía. Las dificultades para iniciar la modificación de su mundo interno disminuyeron cuando se analizó su voz, de cuyas características el paciente era totalmente inconsciente. Entonces a través de diversas etapas que

insumieron una considerable cantidad de sesiones, éste salió de su estado de indiferenciación entre mundo interno y mundo externo, y emergieron finalmente fantasías muy regresivas, relacionadas con una fijación a nivel prenatal, según la cual conservaba una relación con la madre donde la voz aparecía como elemento interno, y por lo tanto no hacía falta emitirla (por eso, seguramente, la falta de emoción y la desvalorización de la voz “hacia afuera”). Esas fantasías a nivel prenatal se repitieron (y modificaron posteriormente, a lo largo del tratamiento) en la transferencia, y el paciente pasó entonces de una situación de indiscriminación entre mundo interno y externo a otra, donde la analista aparecía como representante de ese mundo externo. Es interesante consignar que, en el primer período, cuando la terapeuta no podía atravesar el “muro” característico de ese estado, pasaba por distintos grados de frustración, el más intenso de los cuales se presentaba cuando procuraba “entrar” en el paciente identificándose con él, lo que se revelaba, entre otras cosas, porque su voz adquiría las características propias de la de él. Ahora bien, el cambio en el paciente se notó también a nivel de la voz, que readquirió su valor, en tanto emitirla ante la terapeuta era, en su fantasía, como emitirla antes “hacia adentro”, hacia sus objetos internos, en la situación con su madre. Pero, además, los sucesivos cambios en su pasaje gradual de la no discriminación entre mundo interno y externo (autismo) a la depositación del mundo externo en la analista (simbiosis), se reflejaron, a través de sus adelantos y retrocesos, en forma muy notable, en la voz. Por otra parte, conviene señalar que, a través del estudio de las grabaciones de las sesiones, se advierte que la voz de la terapeuta producía en ocasiones ciertos efectos en el paciente; por ejemplo, ciertas movilizaciones de sus defensas que no dependían del contenido de las interpretaciones, sino más bien, según creo, del choque con un elemento que el paciente reconocía como externo. Pero aun en este sentido hubo variaciones, puesto que a veces, según pudo verbalizar posteriormente al analizar estas circunstancias, el paciente sentía la voz de la analista como “muy estridente” (salida maníaca), o,

según sus palabras, como “apagada, igual que la mía” (hundimiento en la melancolía ante la imposibilidad de salida). Esto debía corresponder, contratransferencialmente, a los intentos frustrados ya mencionados, mediante los cuales se procuró superar el “muro” defensivo, con el agregado de algo que la analista no había advertido: a veces, no sólo su voz se parecía mucho a la de él, sino que también se diferenciaba mucho.

Por supuesto, el cambio en la situación (del autismo transferencial a la simbiosis transferencial) trajo diversas ventajas para el tratamiento, entre ellas la de permitir la verbalización de fantasías muy primitivas. El análisis y la elaboración de todo esto permitieron la adquisición de funciones y defensas yoicas menos primitivas y una progresiva integración de su personalidad. Sin embargo, cuando algún factor desequilibrante amenaza la estructura de su personalidad, aún algo endeble, aparece como señal de alarma el timbre de su voz, que se vuelve nuevamente opaca como al principio, y ausente. Así, la modificación de su voz es una especie de aura que indica el futuro comienzo de una regresión y, en algunas circunstancias, permite adelantarse a ella y superarla.

Resumiendo, he tratado de demostrar, en este trabajo, la importancia de la voz en la situación analítica. Este tema ya me había sido sugerido por la comisión de lectura cuando presenté mi trabajo de adherente a la A.P.A. (“Un caso clínico; idealización, somatización y actuación”, 1964), recomendándome que profundizara en el mismo ya que en dicho trabajo se había observado que describía diez u once tipos distintos de voces. Al procurar profundizar el tema, noté que la voz se me aparecía como el elemento menos corpóreo del organismo, casi incorpóreo, y que, como tal, en la relación analítica, permitía la configuración de determinadas fantasías, a partir del hecho real del

entrecruzamiento o sucesión de las vibraciones sonoras en el espacio. Estas fantasías podían quedar adscriptas a niveles muy primitivos, y significaban, en última instancia, la unión del sujeto-paciente con algún objeto, determinado por el tipo especial de imagen que aquel proyectara sobre el analista. Considero útil el análisis de estos hechos para el mejor manejo de la relación transferencial contratransferencial y para tener, en alguna medida, mayores posibilidades de éxito en la labor terapéutica que encaramos cada día.



Consideraciones sobre la génesis y desarrollo de la interpretación  
en el tratamiento psicoanalítico

JULIO A. GRANEL.

(Buenos Aires)

La interpretación es el instrumento específico de la labor analítica. Diversos autores han contribuido a esclarecer problemas relacionados con el concepto de interpretación, el acto de interpretar y sus consecuencias.

Freud, en sus artículos sobre técnica, dice que “la interpretación es la comunicación que se hace al paciente de aquello que el analista captó a través de las asociaciones libres” (10).

Según Freud el analista en “atención flotante” debe “intuir” captar” lo reprimido en el paciente para hacerlo consciente (10, 14).

Para Bion (5) la interpretación psicoanalítica es una “teoría especial” consecuencia de una abstracción resultante de confrontar el modelo construido por el analista con el modelo producido por el paciente.

El modelo del analista es, según Bion, resultante de un proceso que comprende: atención flotante, estado de ensueño o revene, y hallazgo del “hecho seleccionado”. El “hecho seleccionado” (concepto que Bion toma de Poincaré) es el que permite unir elementos dispersos y extraños entre sí, introduciendo orden en el desorden.

La interpretación promueve las “transformaciones” sucesivas y aditivas que caracterizan al proceso analítico.

Según Cesio, la interpretación verbaliza las identificaciones del analista con los objetos del paciente, constituyendo así la comunicación verbal de la

transferencia-contratransferencia (6, 7).

La interpretación surge en el preconscious del analista y constituye para el paciente, según Chiozza y colaboradores (9), una representación transaccional sobre la que puede transferir las cargas y de este modo desligarlas de representaciones inadecuadas.

La interpretación conduce al “insight” (toma de conciencia vivencial de la situación que está ocurriendo profundamente entre analista y paciente). El “insight” no es sólo un proceso cognitivo sino emocional, que provoca modificaciones en la distribución de las cargas (16, 17). El “insight” implica la comprensión conjunta de la fantasía inconsciente bipersonal que, de acuerdo con M. y W. Baranger, está estructurando el “campo” de analista y paciente (4).

H. Racker nos dice que la interpretación reintegra al analizado lo que él tenía disociado o rechazado, “suple así aquello que le falta al paciente” y “une de este modo lo que estaba separado” (14).

Según esta revisión bibliográfica, la mayoría de los autores se refieren a las propiedades y efectos de la interpretación.

Considero de interés abordar otro aspecto del tema, menos elaborado a juzgar por la insuficiente bibliografía: el proceso psicológico por el cual en un momento determinado de la sesión surge la interpretación dentro del terapeuta.

El analista recibe los elementos para elaborar sus interpretaciones de dos corrientes de comunicación:

- 1) El material verbal del paciente.
- 2) La comunicación no-verbal, especialmente la que tiene lugar de inconsciente a inconsciente.

Esta última comprende los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva; pero parece ser en su esencia una transferencia telepática de

pensamientos y emociones, según lo destaca un reciente trabajo de Aizenberg y colaboradores, apoyándose en conceptos de Freud e investigaciones actuales (3).

El analista tiene acceso a los impulsos inconscientes del analizado, que le llegan de las vías mencionadas, porque sus propias representaciones son excitadas por las proyecciones del paciente.

Dichos contenidos se hacen conscientes al terapeuta cuando son transferidos sobre representaciones de su preconsciente (8).

De este modo le surgen en su mente, como fantasías y pensamientos. Se encuentran los símbolos verbales que comprenden a dichos contenidos (verbalización interna) y se comunican al paciente (verbalización externa).

La interpretación debe ser así un auténtico símbolo, que integre acto, imagen y sentimiento; como es el “auténtico verbalizar”, y el “auténtico hablar” (1, 2).

El analista debe tener “permeabilidad” para sus representaciones inconscientes (disminución de las contracargas o sea de las barreras de la censura) y “sensibilidad” (capacidad para identificarse con lo proyectado por el paciente). De este modo puede aceptar en su Yo los contenidos que le transfiere el paciente y que éste rechaza.

A todo este proceso es a lo que se denomina captación o comprensión. Considero que esta explicitación debe ser completada caracterizando cuál es el estado emocional de analista y paciente, específico, necesario y condicionante para que este proceso descrito tenga lugar exitosamente; cuál es la situación que determina en cada momento la génesis de una interpretación.

Expresaré a continuación mis puntos de vista respecto de este problema.

En el Yo del analista, donde se está dramatizando el mundo interno del analizado, tiene lugar un proceso de integración y reparación de las partes disociadas y dañadas del paciente. Como resultado de este proceso, y como síntesis del mismo, se origina la interpretación.

Se puede decir entonces que

la interpretación surge en el analista en el momento en que se ha hecho en su interior una síntesis integrativa.

Para que esta integración haya ocurrido, pensamos que

debe existir en el analista un estado especial, en el cual predomina la tendencia a la unión de lo reprimido y lo disociado.

Energéticamente debe predominar el “impulso reparatorio” (derivado del instinto de vida) y la emoción dominante es la “ansiedad depresiva reparatoria”.

Como “producto” de esta situación aparece la “interpretación”.

Llegamos así a una primera conclusión:

No sólo se trata de vivenciar las partes dañadas del paciente y de ser receptivo a sus proyecciones, sino que

la interpretación implica el haber efectuado el analista dentro de él mismo, un proceso de integración y de reparación.

Estos conceptos se asocian con lo destacado por Bion, para quien la interpretación es un proceso de “creación”, una de cuyas etapas es “el hallazgo del hecho seleccionado”, por el cual se unen en un momento determinado elementos dispersos, provocando en aquel que hace “el descubrimiento” una particular emoción de tipo depresivo. Corresponde, dice, “al proceso por el cual los objetos de la posición paranoide-esquizoide adquieren coherencia y se inicia la posición depresiva”.

Pero sabemos que analista y paciente funcionan en todo momento como una “unidad”; constituyendo ambos un “campo” o una “gestalt”.

Por eso debemos destacar este otro concepto:

El concepto integrativo que conduce a la interpretación está ocurriendo no solamente en el analista, sino también

**simultáneamente**, aunque en escala menor,  
en el mundo interno del paciente.

En mi opinión, cada vez que se constituye una interpretación adecuada que revela que se ha comprendido algo del drama que están viviendo analista y paciente, es porque “en una parte del terapeuta y en una parte del analizado, combinada y sincrónicamente ya se ha producido una «mínima integración depresiva reparatoria»”. Este proceso es indispensable para que pueda engendrarse una interpretación.

Deseo destacar que esto es independiente de que en el resto de su Yo el paciente esté desintegrado, paranoico, melancólico, como así también el analista puede estar en una reacción contratransferencial patológica o normal: pero insisto en que para que haya “unión” y por consiguiente “interpretación” tiene que haber una zona integrada y depresiva” de donde emergerían los mensajes recíprocos y la posibilidad de comprensión entre ambos.

Podemos formular una segunda conclusión:

Aunque aparezca en la mente del analista (más precisamente: surgiendo de su preconscious),

la interpretación es resultante del funcionamiento de una zona de contacto y unión entre analista y paciente y consecuencia y síntesis de un momento emocional de mínima integración depresiva simultánea en ambos.

Después, la interpretación al ser verbalizada y comunicada promoverá el

insight y dará lugar a más amplias integraciones.

Pero considero que este “núcleo integrativo sincrónico” de analista y paciente, es necesario para determinar una “zona de contacto” entre ambos; y para que el analista tenga “permeabilidad” y “sensibilidad”; o sea pueda identificarse con los contenidos que en ese momento le está proyectando el analizado y éstos puedan transferirse a su preconsciente. Es la base emocional para una “buena comunicación” y “condición indispensable” para una interpretación operante.

A este núcleo común de analista y paciente, donde ocurre una mínima reparación de los objetos y de donde surge la interpretación, podemos imaginarlo constituido por:

- Ansiedad depresiva con impulso a la reparación.
- Sentimiento de culpa depresiva.
- Defensas maniacas (omnipotencia, negación, idealización) al servicio de la reparación.
- Vivencias de esperanza.
- Comienzos de sublimación y simbolización.

De acuerdo con lo dicho hasta ahora, toda interpretación se fundamenta en una particular relación de unidad e identidad entre analista y paciente, que hace posible el proceso de captación y la transferencia de contenidos.

En el intento de esclarecer la naturaleza íntima de la raíz de la interpretación, tomemos como modelo para comprender la especialísima forma de comunicación entre analista y paciente, el modelo de la comunicación empática y mágica entre el Yo y el Ello fetales, según los conceptos de A. Rascovsky (15).

Existe un libre flujo de contenidos y cargas desde el Ello fetal (que es el primitivo ambiente del Yo y contiene objetos ideales, las representaciones

innatas) hacia el Yo fetal, permeable al pasaje de dichas representaciones; éstas se ofrecen en forma incondicional al Yo, proporcionando los primitivos patrones de identificación.

Esta comunicación se realiza en forma muy veloz, en mínimo espacio y mínimo tiempo, de acuerdo con las leyes de la magia simpatética.

Sabemos que toda vez que se establecen contactos con los núcleos del Yo fetal, se reactiva el pensamiento mágico y se agudizan capacidades de percepción extrasensorial. De la misma manera, el fenómeno de la transferencia-contratransferencia ocurre en forma inmediata, a gran velocidad y telepáticamente. Por eso se piensa que sigue las leyes de la magia del contacto y simpatía como las percepciones del Yo fetal.

Además, sabemos que tanto paciente como analista viven la interpretación como algo mágico. L. Grinberg lo ha enfatizado, destacando la constante participación del sentimiento mágico en la situación analítica, tanto en la transferencia como en la contra-transferencia; lo relaciona con los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva y considera que su raíz está en la necesidad profunda de conservar la relación objetal del tipo de la situación prenatal, donde el objeto y el Yo se confunden (primitiva identificación mágico-introyectiva) (11, 12).

Todo esto está también en la esencia de los fenómenos de la intuición y la empatía.

Trasladando estos conceptos al estudio del fenómeno particular y específico de la interpretación, diré que: la situación integrativo-depresiva que he señalado anteriormente implica además un “contacto con los núcleos fetales”, ya que la unión depresiva en tanto tiende al restablecimiento de la unidad del Yo “no puede concebirse si no están representados todos los niveles del desarrollo”.

En mi concepto, esta situación integrativa con inclusión de núcleos fetales, es factor fundamental de la “permeabilidad” en la comunicación entre analista y paciente. Así también en la relación interna dentro del Yo del analista mismo

proporcionaría siguiendo el modelo de la relación Yo-Ello fetales, la “permeabilidad” necesaria para la transferencia de los contenidos inconscientes a los derivados: preconscientes.

Se trata de una regresión fetal instrumental al servicio de la reparación y es necesario diferenciarlo de otras situaciones que surgen ante la emergencia “patológica de contenidos fetales” (13, 15).

Lo que destaco es un

proceso de captación que sigue el modelo de la captación entre el Yo y el Ello fetales, pero que al tener lugar en un contexto depresivo-integrativo, presenta las mejores condiciones para la comunicación.

En síntesis, la hipótesis es:

1) Cuando en el interior del analista surge una “interpretación”, es porque ha ocurrido un proceso, que enfatizo especialmente, se da simultánea y sincrónicamente en analista y en paciente y que consiste en: un “contacto instrumental” con núcleos fetales, dado a su vez en una situación depresivo-integrativo-reparatoria que permite que la captación sea completa y no parcial o distorsionada.

2) Se logra así la “unidad” e “identidad” entre analista y paciente, lo que permite la “comprensión”. Su resultado es la “interpretación”.

3) Este contexto en el que nace la interpretación, determina la “permeabilidad” y la “sensibilidad” de analista y paciente; y es factor fundamental para que la interpretación sea adecuado símbolo verbal y emocional “integrado con la fantasía a la que representa”.

## **BIBLIOGRAFIA**



1. ALVAREZ DE TOLEDO, L. G. de.— El análisis del “asociar”, del “interpretar” y De las “las palabras”. “Rev. de Psicoanálisis”. T. XI, Vol. 3, 1954.
2. PICHON RIVIERE, A. A. de y ALVAREZ DE TOLEDO, L. G. de.— La música y los instrumentos musicales. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XII, Vol. 2, 1955.
3. AIZENBERG, S.; MAROTTA, J. y PIEDIMONTE, R.— “Consideraciones acerca de la esencia del proceso transferencial-contratransferencial” (presentado en el VI Symposium de la A. P. A., 1966).
4. BARANGER, M. y W.— La situación analítica como campo dinámico. “Rev. Uruguay de Psicoanálisis”, 1V, 1, 1961-62.
5. BION, W. R.— Aprendiendo de la experiencia. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1966, cap. XIII, pág. 103.
6. CESIO, F. — La comunicación extraverbal en Psicoanálisis. Transferencia. contratransferencia e interpretación. “Rev. de Psicoanálisis”. T. XX, N° 2, abril-junio 1963.
- 7.-----.— El lenguaje no verbal. Su interpretación. “Rev. de Psicoanálisis”. T. XIV, N° 1-2.
8. CESIO, F. y col.; ABERASTURY, A.; GARMA, E.; SMOLENSKY, G. y ZAC, J.—”Transferencia y contratransferencia”. Relato al Congreso Panamericano 1966.

9. CHIOZZA, L. LABORDE, V. y PANTOLINI, J.—"Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar". (Presentado al Symposium sobre Transferencia. Contratransferencia, efectuado en A. P. A., junio 1966.)
10. FREUD, S.— "Técnica psicoanalítica". T. II. Obras completas. Trad. López Ballesteros, pág. 303-363.
11. GRINBERG, L.— Aspectos mágicos en la transferencia y en la contra-transferencia. "Rev. de Psicoanálisis", T. XV, N° 4, 1958.
12. — Aspectos mágicos en las ansiedades paranoides y depresivas. "Rev. de Psicoanálisis", T. XVI, N° 1, 1959.
13. JARAST, E. y RASCOVSKY, A.— Vivencias prenatales en la transferencia. "Rev. de Psicoanálisis", T. XIII, pág. 512, 1952.
14. RACKER, H.— Estudios sobre técnica psicoanalítica. Edit. Paidós, 1960.
15. RASCOVSKY, A.— "El psiquismo fetal". Edit. Paidós, Buenos Aires, 1960.
16. REIDY, J.; FINESINGER, J.— El rol del insight en psicoterapia. "The Annual Survey of Psychoanalysis", III, 377-382, 1952. "American Journal of Psychoanalysis", 108, 726-734.
17. ZILBOORG, G.— The Emotional Problem and the Therapeutic Role of Insight. "The Annual Survey". III, 382, 1952, New York.

La adquisición del sentimiento de identidad en el  
proceso analítico

H. GRINBERG y L. GRINBERG

(Buenos Aires)

Partimos del supuesto de que los pacientes que llegan al análisis tienen su identidad afectada, en mayor o menor grado, por los conflictos que los aquejan. Precisamente, creemos que uno de los motivos conscientes o inconscientes, por el que acuden al análisis es la necesidad de consolidar su sentimiento de identidad.

Los cuadros obsesivos y los esquizoides marcarían los extremos de una gama de trastornos de la identidad, configurando la identidad rígida y poco plástica, por un lado, opuesta a la excesivamente laxa y fragmentaria, por el otro.

La puesta en marcha del proceso que conduce a la adquisición o maduración del sentimiento de identidad coincide con el comienzo mismo del proceso analítico, en cuanto el mismo encuadre analítico (setting) provee de un continente (2) que sirve de contención y límite para *las* proyecciones que vehiculizan “pedazos de identidad”. Al mismo tiempo, ese continente será el crisol donde tendrán lugar las complejas operaciones que sufrirán esos “pedazos” hasta poder ser integrados.

Si bien es cierto que con la imagen que acabamos de describir nos referimos

más bien a las características de la identidad dispersa, propias de la esquizoidia, creemos que la noción de continente es igualmente válida para los otros tipos de perturbaciones de la identidad, que afectan a las otras formas clínicas de neurosis.

Quisiéramos aportar una imagen plástica, mencionada por E. Bick (1), que nos parece ilustrativa para la comprensión del significado de la situación analítica y de su encuadre, como límite y continente: es la que representa al analista como brazos y, más regresivamente, como una piel que contiene todas las partes del bebé-paciente.

Estamos de acuerdo con M. Mahler (11) cuando señala la importancia de la experiencia del contacto corporal placentero con la madre en que se libidiniza la superficie del cuerpo, percibiéndose esta superficie como límite entre el Yo y el mundo. Agrega que la madre debe servir de buffer frente a los estímulos internos y externos difíciles de tolerar, como condición para el establecimiento del sentimiento de identidad.

Este concepto se acerca al descrito por Bion como la capacidad de revener o ensoñación de la madre, que puede hacerse cargo de la intensa angustia de muerte del niño. Podríamos decir que la madre-analista contiene, se hace depositaria, del germen de la identidad rudimentaria del paciente, su memoria, su función sintética: el analista contiene el germen y la argamasa de la identidad del paciente.

Creemos que es con la garantía del continente-piel-análisis, que el analizado puede aceptar más fácilmente la regresión porque, en estas condiciones, implica menos riesgos.

La regresión es otro de los factores esenciales dentro del proceso de adquisición de identidad, ya que lleva al paciente a revivir distintos momentos de su evolución, que determinaron la patología de su identidad.

Tenemos en cuenta los conceptos de Winnicott (13), Kris (8) y Erikson (3) acerca de la regresión, como aplicables también al problema que estamos

estudiando. Sobre todo Winnicott es quien ha señalado la regresión como un fenómeno que forma parte de la curación, ya que permite volver atrás para deshacer el “falso self” y reinstalar, en cambio, el self auténtico.

En ciertos casos se producen regresiones especialmente intensas que recuerdan lo descrito por Erikson, como la “actitud abismal” tendiente a la búsqueda del último límite de la regresión, el “tocar fondo”, como respondiendo a la fantasía inconsciente de un nacer de nuevo, con otra identidad.

Otra de las características importantes del encuadre de la situación analítica es que determina, además, una dosis de frustración que creemos necesaria y útil, como motor de progreso, en cuanto la ansiedad que determina impulsa a la búsqueda de las capacidades potenciales del propio self. Naturalmente., un exceso de frustración sería contraproducente, ya que anularía una de las garantías básicas que debe ofrecer el encuadre analítico, en su función de marco estable y permanente. Por la misma razón, la técnica de apoyo, en ocasiones inducida por requerimiento del paciente *angustiado*, dificulta el proceso de diferenciación de la identidad propia, así como ocurre con las madres sobreprotectoras que coartan la posibilidad de independencia de los hijos.

Las relaciones objetales son trascendentales en la formación de la identidad, por la necesidad de depositarios que se hagan cargo de la angustia persecutoria y depresiva que el paciente no puede tolerar, y cuya intensidad impide al Yo estar en condiciones de organizarse y estabilizarse adecuadamente.

También *son* importantes por ser fuentes de elementos de identificaciones necesarias en la construcción de la identidad. Por otra parte, sirven de puntos de referencia indispensables para la diferenciación.

Todas estas funciones, que cumplen las relaciones objetales se realizan a través de los mecanismos de identificación proyectiva respectivamente.

Es en el escenario del proceso analítico donde estos mecanismos de identificación pueden ser mejor estudiados, a través de la relación

transferencial, así como su patología.

Debido al déficit de su sentimiento de identidad muchos pacientes pueden mostrar gran resistencia al análisis, por la fantasía persecutoria de sentirse invadidos por el analista con la amenaza de que éste les imponga su propia identidad. En otros casos, por el contrario, buscan “ser tragados” o instalarse dentro de la identidad del analista para asumir, indiscriminadamente, las cualidades adjudicadas al mismo (identificaciones maníacas) o identificándose totalmente con sus ideologías o teorías.

Estos mecanismos pueden ser tolerados y, a veces, inducidos por el propio analista que, por problemas narcisistas o contratransferenciales (muchas veces debidos a conflictos de su propia identidad), necesita tener “hijos incondicionales” que refuercen y mantengan su identidad en el mundo externo.

El proceso de elaboración también contribuye a la consolidación del sentimiento de identidad, ya que permite no sólo aceptar la pérdida de las partes infantiles del self, sino también el desprendimiento de aquellos aspectos regresivos que bloquean el camino para el establecimiento de los aspectos adultos.

Al hablar de la elaboración tenemos presente el concepto de duelo involucrado en la misma, ya que creemos que se trata de dos procesos íntimamente relacionados. Ya fue señalado (9, 61) que se puede hablar igualmente de un trabajo de elaboración y un trabajo de duelo, como referencia a la penosa labor que debe realizar el paciente en su enfrentamiento con las inevitables pérdidas y adquisición de nuevos logros. Una de las renuncias más significativas, con particular gravitación para el desarrollo auténtico del sentimiento de identidad, es la omnipotencia.

El sentimiento de autenticidad está dado, a nuestro juicio, por la capacidad de discriminación, producto de sucesivos momentos de insight que implican la toma de conocimiento directo de la realidad interna y externa.

Sobre la base de las consideraciones expuestas hasta ahora quisiéramos

plantear la idea de que la identidad sería la resultante de la interrelación de tres vínculos.

Uno de nosotros (5) había definido el sentimiento de identidad, en un trabajo anterior, como “la noción de un Yo que se apoya en la continuidad y semejanza de las fantasías inconscientes”...

Si tenemos en cuenta los conceptos vertidos por otros autores, observamos que algunos de ellos (4) acentúan, en sus definiciones sobre identidad, las semejanzas consigo mismo y las diferencias específicas con respecto al objeto, que se obtienen por comparación y contraste con los demás; otros (10) ponen el énfasis en el aspecto temporal y la continuidad de cada ser; y, finalmente, otros (3) refieren el concepto de identidad predominantemente al aspecto social, al destacar la importancia del permanente compartir algún carácter esencial con otros.

De los tres vínculos a que nos hemos referido, el primero comprende la relación entre las distintas partes del self entre sí, manteniendo su cohesión y permitiendo la comparación y el contraste con los objetos: tiende a la diferenciación self-no self. Lo denominamos vínculo de integración espacial.

El segundo apunta a señalar un vínculo entre las distintas representaciones del self en el tiempo estableciendo una continuidad entre ellas y dando la base al sentimiento de mismidad. Lo denominamos vínculo de integración temporal. Uno de nosotros (7) ha desarrollado el concepto de identidad en función de estos dos primeros vínculos, en relación al problema de la migración.

El tercer vínculo es el que se refiere a la connotación social de la identidad y está dado, a nuestro juicio, por la relación entre aspectos parciales del self y aspectos parciales de los objetos, mediante los mecanismos de identificación. Sería el vínculo de integración social.

¿Cómo se observan y evolucionan estos vínculos en el proceso analítico?

En las primeras etapas del proceso analítico el primer vínculo se da difícilmente, por el predominio de los mecanismos de disociación e

identificación proyectiva, que producen la externalización de fragmentos de objeto y de self con los vínculos y fantasías correspondientes en el analista, el cual funciona como pecho-inodoro (12), siendo en cambio precarios los mecanismos de identificación introyectiva. Por lo tanto el paciente no se siente integrado ni es capaz de discriminarse del analista (discriminación sujeto-objeto); por el contrario, las características de este primer período son de extrema dependencia que se intenta neutralizar mediante el aumento del acting out y la intensificación de defensas paranoide-esquizoide y maníacas.

Ya nos habíamos referido anteriormente, a que la vinculación de las distintas partes del self entre sí, puede establecerse y consolidarse gradualmente a través de la utilización del encuadre y el analista como continente.

En cuanto al segundo vínculo, mientras el paciente se encuentra en plena fase paranoide-esquizoide, la disociación esquizoide se produce también en el tiempo, con predominio de proceso primario, de modo que la noción de mismidad en el tiempo es muy lábil. El paciente suele hablar de su pasado, pero manteniendo su Yo anterior, o disociado de su Yo actual, o sin capacidad de prever el futuro.

En este sentido, la continuidad y regularidad de las sesiones es un aspecto del encuadre que fortalece el sentimiento de continuidad de las distintas representaciones del self en el tiempo. Por la misma razón es útil poder hacer interpretaciones-síntesis, que esclarezcan el sentido o el movimiento de todo un período de análisis.

El tercer vínculo implica la noción de pertenencia a un grupo, que en la situación analítica es el constituido por la pareja paciente-analista que reproduce el primer vínculo grupal madre-hijo.

La incorporación del padre que, en la situación analítica estaría dada por la doble connotación transferencial materna-paterna del analista, amplía los límites grupales.

La patología de esta situación es la configuración de grupos extra-analíticos



centrados alrededor de la figura idealizada del analista, como ya hemos señalado antes.

La filiación analítica es vivenciada consciente o inconscientemente por el analizado como una pertenencia a un grupo-familia.

Un paciente de uno de nosotros, expresó esta fantasía poco después de haber comenzado su análisis, del siguiente modo:

“Cómo me alivia saber que ya estoy ubicado en el territorio de Grinberg. Me sentía antes en el aire, sin saber a quién pertenecía”.

Un niño, decía en su primera sesión: “Vos, ¿de qué cuadro sos? Porque yo soy de Boca, de River, de San Lorenzo, de Racing y de Independiente”. Con eso evidenciaba la dispersión de su identidad y la necesidad de que el analista tuviera una identidad definida (un cuadro).

Estos tres vínculos que se caracterizan al comienzo del análisis, por su precariedad y falta de consistencia, se van consolidando paulatinamente, a medida que, con la evolución del proceso analítico, disminuyen las identificaciones proyectivas y aumentan las identificaciones introyectivas, brindando mayor fuerza y cohesión al Yo, con adquisición de insight, y mayor capacidad de discriminación entre mundo interno y externo, sujeto y objeto, fantasía y realidad, y con una elaboración de los duelos por aspectos del self y del objeto; es decir, todo lo que lleva a elaboración de la posición depresiva.

El sentimiento de identidad, resultante de la interacción de esos tres vínculos: integración espacial del self, integración temporal del self y la integración social, pasa por distintas crisis a lo largo de su evolución en el proceso psicoanalítico.

Estas crisis comienzan, generalmente, con marcadas características paranoide-esquizoide y se resuelven a través de mecanismos depresivos. Claro está que en los primeros períodos predominan los aspectos paranoide-esquizoide de estas crisis, especialmente cuando las pseudo-identidades, super-

estructuras y fachadas se empiezan a desmoronar. Pueden surgir entonces estados de confusión, despersonalización, o pueden manifestarse psicosis latentes, como consecuencia de la ruptura de las defensas; el suicidio sería otra eventualidad en este tipo de crisis. Las separaciones pueden actuar como factores desencadenantes de estos episodios.

Más avanzado el análisis y, sobre todo, en sus etapas finales, predominan los aspectos depresivos de estas crisis de identidad, especialmente cuando se produce la elaboración de los duelos.

Las distintas crisis descritas, que ocurren en el proceso, corresponden a las crisis que surgen desde las primeras épocas del desarrollo. A partir de la primera separación madre-hijo en el momento del nacimiento, seguida de una etapa confusional y un período paranoide-esquizoide que se resuelve en una primera posición depresiva, estos ciclos se repiten a lo largo de la vida. Así las crisis que ocurren con el destete, la culminación de la situación edípica resuelta en la latencia, la crisis puberal resuelta al final de la adolescencia y la crisis de la edad media de la vida, tal como fue descrita por Jacques, que surge por un más cercano enfrentamiento con la fantasía de muerte y se resuelve por una nueva elaboración de la posición depresiva. Un nuevo repunte de ansiedades paranoide-esquizoide se produce en la crisis de identidad de la senectud, que debería poder ser resuelta también en forma depresiva. Esto justifica la utilidad del análisis a cualquier altura de la vida, como una forma de garantizar la adquisición y mantenimiento de un sólido sentimiento de identidad, expresión de salud mental.

## BIBLIOGRAFIA

1. BICK, E. Comunicación personal.
2. BION, W. R.— “Aprendiendo de la experiencia’. Bs. As., Edit. Paidós, 1966.
3. ERIKSON, E.— Infancia y Sociedad. Bs. As., Ed. Paidós.
4. GREENACRIE, Ph.— Early physical determinants in the development of the sense of identity. “J. of Am. Psych. Assoc.”, N° 6; 1958
5. GRINBERG, L.— El individuo frente a su identidad. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XVIII: N° 4; 1961.
6. GRINBERG, L.— “Culpa y depresión”. Bs. As. Edit. Paidós, 1963.
7. GRINBERG, R.— “Migración e identidad”, A. P. A., 1965.
8. KRIS, E.— Psychoanalytic Exploration in Art. N. York. “Int. Univ. Press”, 1952.
9. LEWIN, B.— “Psicoanálisis de la exaltación”, Bs. As. Nova, 1953.
10. LICHTENSTEIN, H.—Identity and Sexuality. “J. of Am. Psych. Assoc.”.T. IX; N°2.
11. MAILER, M.—Problems of identity. “J. of Am. Psych Assoc.”. ‘1’. 6; 1958.
12. MELTZER. D.— Comunicación personal.
13. WINNICOTT, D.— Metapsychological and clinical aspects of regression within the Psychoanalytical sit-up. “Int. .J. of Psych.”, N° 36; 1955.



## Elaboración en el proceso analítico

L. GRINBER, M. LANGER, D. LIBERMAN,

E. RODRIGUE Y G. T DE RODRIGUE

(Buenos Aires)

Consideramos que la elaboración es el eje del tratamiento psicoanalítico, puesto que le confiere a éste su carácter de proceso y lo diferencia de otras psicoterapias.

Freud, en 1914, señaló que en todo análisis se entabla una lucha entre dos fuerzas; una de ellas tiende a rescatar del olvido sucesos históricos, tendencias reprimidas y a asimilar todo esto a la experiencia del paciente. La otra tendencia es a repetir (7).

Esta última fue considerada como una resistencia que había de ser mostrada al paciente sin esperar por esto que la repetición cese puesto que por el carácter “atemporal” del inconsciente, se hacía necesario un tiempo de elaboración entre lo descubierto y su completa asimilación. Es por esto que la labor analítica requiere un tiempo prolongado.

Consideramos a la elaboración como la resultante dinámica de un movimiento dialéctico entre regresión y progresión. Esta regresión que, como veremos, sirve de instrumento al Yo para la elaboración y ha sido denominada por Kris como “regresión al servicio del Yo”, la describió en su trabajo sobre “Lo cómico” (12) y en la “La inspiración” (13) cuando se refirió a la psicología del proceso de creación.

La regresión que interviene en el proceso de curación psicoanalítica ha sido

considerada por Winnicott (26) como “un sistema de defensas del Yo altamente organizado”. Winnicott señala una capacidad latente para la regresión que implica una compleja organización del Yo. Habla de una espera que, en condiciones favorables, permite aflorar las capacidades potenciales ofreciendo una nueva “chance” —a través de la relación transferencial para un desarrollo posterior que inicialmente fue dificultado por el fracaso ambiental. Erikson (3) sostiene que la regresión útil es favorecida por el estado de moratoria que lleva consigo el tratamiento psicoanalítico. Este concepto de moratoria complementa lo señalado por Winnicott.

La elaboración incluye progresión ya que, a partir de la regresión útil sobreviene una remoción en el Yo del paciente *que* lo lleva a desarrollar su capacidad de encarar nuevos modelos de respuestas, superando resistencias y abandonando paulatinamente la tendencia compulsiva a repetir modelos de descarga instintiva.

En el tratamiento analítico esto es favorecido por el “cambio ambiental” que está dado por las respuestas terapéuticas del analista. Este punto fue estudiado por Strachey (25) al considerar la naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis y al referirse al carácter mutativo que tienen sobre el Superyo del paciente las interpretaciones transferenciales. Son estas *modificaciones las* que posibilitan el desarrollo en el Yo de la capacidad de espera y la mayor tolerancia al dolor psíquico. La regresión útil es la que permite este re-hacer desde el principio, al menos idealmente hablando. Esta se produce dentro de la situación analítica, gracias a ciertos factores. Sabemos que es favorecida por el encuadre que implica límites, frustración, distancia y una cierta deprivación de estímulos psicosociales. El encuadre “infantiliza” al paciente. Pero existe otro aspecto de la situación analítica, que también induce a la regresión y del que se ha hablado menos. Este aspecto, opuesto al anterior, complementa el estado de “bebé” del paciente. El bebé, junto a los momentos de frustración o impotencia vive también otros momentos en los que es recibido, contenido, rodeado y mantenido

por los brazos de la madre. A esta situación le damos el nombre de “manutención” (22), por lo descriptivo de este término en el sentido de amparar y sostener. Al ponerse el analista durante 50 minutos cabalmente a disposición del paciente, ofrece al bebé ansioso dentro de él esta manutención, y le permite así, a través de la interpretación rectificadora y del contener su angustia sin angustiarse a su vez, la regresión útil que posibilitará la elaboración y la progresión.

Sin el complemento de la manutención, el factor frustración, límites, etc., generaría la regresión repetitiva a las ansiedades primarias, determinando una regresión perjudicial.

Sabemos que esta proviene de la neurosis del paciente, pero también es importante señalar que se refuerza si el analista no le proporciona al paciente un encuadre adecuado y también si la técnica interpretativa resulta muy desacertada. En estas condiciones cuando el terapeuta acompaña al analizado en su compulsión a repetir, conraidentificándose con él (9) intensifica en el paciente la adherencia a los puntos de fijación patógenos y como resultado de este fracaso el paciente abandona el tratamiento y compromete las posibilidades de un análisis ulterior (16).

Pasemos ahora a otro punto. Junto al concepto de regresión al servicio del Yo, consideramos la noción opuesta de una progresión en “perjuicio del Yo” (21). Esta es la causa y consecuencia de una elaboración malograda. Puede ocurrir como “fuga hacia la salud” o ser inducida por la ansiedad y el apuro del analista que perturba la manutención adecuada. Puede provenir también del momento evolutivo del paciente ya que se observa este fenómeno con bastante frecuencia en adolescentes que “quemar etapas” a expensas de un desarrollo armónico integral del Yo. Es justo lo opuesto de la moratoria que debe ofrecer el análisis para facilitar la regresión útil.

Todo el self sufre el peso de estas ganancias no consolidadas. A veces deben pagar un precio elevado por tales “progresos” y la caída puede llegar a ser estrepitosa. En los adultos, el colapso suele tomar la forma depresivo-

melancólica, mientras que en gente más joven y en adolescentes aparecen episodios esquizofrénicos relacionados con “logros” escolares. A menudo, esta “caída” suele ser menos catastrófica permitiendo una recuperación; como secuela del perjuicio queda cierta coartación de las capacidades latentes. Todavía no nos queda claro porqué este “progreso en perjuicio del Yo” ocurre; pero creemos que ésta es un área donde mayor conocimiento en el tema de la autonomía del Yo puede dar fruto.

Desde ya la elaboración ocurre en y forma parte integral de la situación analítica. Sin embargo no se da únicamente en el diván sino también, entre sesión y sesión. Uno de nosotros (18) se ha dedicado al estudio de los progresos en la elaboración realizando un cotejo comparativo y sistemático del material de distintos períodos tomando determinadas variables básicas.

Dijimos antes que la regresión útil en la situación analítica induce y mantiene la elaboración. Queremos añadir ahora que fuera de la vigilia, durante los períodos del dormir con sueños y del dormir sin sueños se incrementan las posibilidades de regresión útil y de esa manera permite que la elaboración continúe su movimiento progresivo. Este tema merece ser desarrollado con más detalle.

Se interpreta a menudo al paciente la elaboración fuera de sesión como la actuación de su parte de niño, envidioso o celoso de la unión gratificadora y fructífera de su parte adulta con el analista. Sin embargo, podemos concebir también otro significado de este fenómeno. Siendo la elaboración un proceso intrapsíquico, muy relacionado con el duelo y con los avances en la posición depresiva puede concebirse que se efectúa con más facilidad fuera de la sesión. El marco natural de ciertos momentos de “insight” es unipersonal. Es el de uno consigo mismo (21). Este es el marco, incidentalmente, donde se produce la elaboración en el dormir.

La elaboración se asemeja e incluye al duelo. Ambos procesos tienen en común la necesidad de aceptar una realidad no deseada, y la frustración



concomitante. Ambos conducen a un incremento del “insight” y del juicio de realidad (15). Ambos traen aparejado sufrimiento, son penosos en sí. El duelo involucra a la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente todas las funciones del Yo. Comprende el sufrimiento provocado por la pérdida del objeto o partes del “self” (9) y también el enorme esfuerzo psíquico de recuperación del ligamen con la realidad. En el duelo la realidad triunfa finalmente y sobreviene la resignación, pero demanda como en la elaboración un gasto de tiempo y de energía psíquica muy grande (8).

Así como existe un trabajo de duelo que incluye una serie de reacciones tendientes a la aceptación de la pérdida y readaptación del Yo frente a la realidad, también podría hablarse de un trabajo de elaboración que comprende todas las reacciones que llevan a cambios sustanciales en las actitudes del Yo frente a sus conflictos.

La elaboración incluye el duelo por las partes infantiles perdidas y la posibilidad de recuperación de los aspectos excluidos del Yo (debido al funcionamiento *excesivo y patológico* de los mecanismos de defensa, especialmente el de la identificación proyectiva). Otorga la posibilidad de renunciar a lo infantil que debe modificarse ineludiblemente durante la evolución. Aumenta el vínculo con la realidad y el conocimiento.

Por todos estos procesos el Yo surge fortalecido. Dispone ahora de una mayor cantidad de energía. La elaboración lleva *consigo cambios* importantes *en la economía del Yo*, que recupera energía invertida en contracatexis y bloqueada en las partes anteriormente perdidas. La elaboración aumenta las funciones autónomas del Yo por poner a su disposición esa cantidad considerable de energía.

Uno de los motivos por el cual la elaboración demanda tal gasto de tiempo y energía reside en el hecho de la existencia de una “entropía” psíquica, que puede homologarse al concepto de “viscosidad” de la libido. Esta consiste en una fuerza que tiende hacia la irreversibilidad de las relaciones objetales “catec-

tizadas” y en muchos casos impone un margen de posibilidades muy estrecho al proceso de elaboración. Este concepto de “energía fijada” en forma irreversible aparece en diferentes partes de la obra de Freud, en 1905 (5) la llama viscosidad de la *libido*, en .1916 (4) la denomina “entropía psíquica” y mantiene este concepto en escritos ulteriores.

La entropía psíquica se opondría de esta manera al proceso de elaboración, y se ha relacionado este concepto proveniente de la segunda ley de la termodinámica con el de instinto de muerte. ¡Tanto el dolor, implícito en la elaboración, como la adquisición de nuevos conocimientos del “self” y de sus objetos relacionan a la elaboración con el vínculo K descrito por Bion. No podemos entrar aquí en una descripción detallada de las ideas complejas de Bion al respecto, pero quisiéramos tomar lo esencial de ellas. Bion describe el vínculo K (búsqueda de conocimiento) como relación comensal entre sujeto y objeto, por la cual ambos se benefician. Da como modelo la relación madre-lactante: cuando existe el vínculo K entre ellos, el lactante proyecta en el pecho su miedo a morir y éste se lo modifica de tal manera que pueda reintroyectarlo como una parte de su personalidad ahora tolerable y estimulante para su crecimiento (ya usamos implícitamente este concepto, al hablar de *manutenición* en la situación analítica). En contraste con este vínculo, existe otro, K en el cual la relación comensal y, consecuentemente el conocimiento, se encuentran imposibilitadas por el ataque envidioso del niño que lo lleva a despojar al pecho de todo lo bueno y a “una afirmación envidiosa de superioridad moral, sin ninguna moral” (2).

Esto provoca en el niño-paciente un odio a cualquier tendencia a buscar la verdad, a establecer un contacto con la realidad o con el conocimiento, en resumen destruye la posibilidad de elaboración. Esta destrucción puede ser manifiesta o no, y lleva el análisis a diferentes vicisitudes:

- 1) a una progresión falsa, en perjuicio del yo; o

- 2) a una “incapacidad para aprender de la experiencia” (2) o
- 3) a un “acting-out” total (24) o
- 4) a un falso “insight” intelectual y concreto (14) que si el analista no lo advierte determina un análisis interminable y “corrupto” (20, 17).

En relación con este último punto creemos útil acotar algo que se refiere a un aspecto específico de la elaboración en los análisis didácticos.

En un relato en el cual participamos dos de nosotros (1), recalcamos los aspectos específicamente a elaborar en el transcurso y la finalización del análisis didáctico.

El futuro analista debe haber elaborado su “identidad analítica”. Logrará eso cuando se haya identificado con su propio analista didáctico, pero sin imitarlo, sino pensando y expresando su pensamiento por su cuenta y siendo capaz de reconocer sus fuentes, similitudes y diferencias y los integrantes que, en la evolución del conocimiento, pueden suplantar en cualquier momento una verdad establecida. Encontramos aquí una variante específica del vínculo K en análisis. Tiene que haber hecho el duelo por su situación de dependencia y manutención para que pueda convertirse de bebé que toma, en pecho que da y brazos que contienen. Conspiran contra este logro que abarca identidad, conocimiento, cambio genuino y progresión útil y no perjudicial para el Yo, la envidia, la culpa persecutoria (9) y la energía fijada a los objetos infantiles. El deseo de invertir la situación niño-padre, de vencer su poder y de triunfar sobre él, constituye uno de los núcleos más importantes que perturban la elaboración del duelo del candidato en el final de su análisis. Surge la culpa persecutoria también en un nivel más primitivo, que lleva a la necesidad de elaborar las fantasías envidiosas de robo y despojo de su analista madre-matriz-pecho o de la pareja combinada.

El duelo por la omnipotencia infantil proyectada en su analista, las ambiciones de un progreso sin límites son elementos de la elaboración del duelo

en el futuro analista. A veces todo esto permanece inmutable como fantasía de inmortalidad por el “proyecto” de un análisis interminable, que a veces es compartido por el propio analista.

Volvamos ahora a la elaboración en el proceso analítico en si. Su logro trae aparejado, además de lo ya expuesto (adquisición de conocimiento, aumento del sentido de realidad, recuperación de partes perdidas del self y, aumento de las funciones autónomas del Yo) una mayor capacidad de creación. La elaboración en el tratamiento analítico, combina procesos creadores tal como ocurren en el arte, procesos de invención comparables a los de la tecnología y descubrimientos de objetos y de hechos hasta ahora ignorados, al igual que en las ciencias de la naturaleza. Además entre analista y analizado surge el pasado, no sólo como repetición, sino como una creación nueva, a la cual aplicamos el término de “actualidad” (21) y que nos ofrece el campo en el cual se desarrolla la elaboración. Arte, invención y descubrimiento forman una síntesis que a manera de “bisagra” establece nuevas “temporalidades” en la mente de nuestros pacientes (19). El corolario de todo esto es la configuración de unos límites más amplios en la extensión del mundo externo e interno, y al mismo tiempo una diferenciación más precisa entre ambos.

La elaboración significa para el paciente un proceso en el cual se va articulando un cúmulo de percepciones secundarias y que tiene como consecuencia un enriquecimiento de su capacidad de pensar, una ampliación de su proceso imaginativo. Adquiere de esta manera un carácter acumulativo, y esto aumenta las posibilidades perceptivas en el tiempo y en el espacio. El descubrimiento del pasado significa a la vez el establecimiento de un nuevo presente (la actualidad) en el cual está el germen del proyecto, o sea el futuro.



## BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ D E TOLEDO, L.; GRINBERG, L. y LANGER, M.— Fin de análisis. (Relato al Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Méjico. 1964).
2. BION. W. R.— “Learning from experience”. London, W. Heimann O. Medical Books, Ed. 1 960. Chapter XXVII y XXVIII.
3. ERIKSON. E. H.— Reality and Actuality. “J. Amer Psa. Ass’n.”, Vol. X pág. 415-474 1962.
4. FREUD, S.— An Infantile Neurosis. “The Standard Edition”, Vol. XVII.pág 116.
5. FREUD, S. “Obras completas”. Una teoría sexual. Biblioteca Nueva Madrid. Vol. 1: pág. 831-2; 1948
6. FREUD, S.— Análisis terminable e interminable. “Rev. de Psicoanálisis”. Bs.As., Vol. IV. 2: pág. 224: 1947
7. FREUD, S. — “Obras completas”. Recuerdo, repetición y elaboración escritos técnicos (1914). Ed. Biblioteca Nueva Madrid, T. II: pág .345:1948.
8. FREUD, S.— “Obras completas”. Duelo y melancolía. Ed. Biblioteca Nueva Madrid. 1948.
9. GRINBERG, L.— “Culpa y depresión: Estudio psicoanalítico”. Bs. As. Edit.

Paidós, 1903.

10. GRINBERG, L. ——— Perturbaciones en la interpretación por la conraidentificación proyectiva. “Rev. de Psicoanálisis”, Bs. As. enero-junio. T. XIV: N° 1-2; 1957.
11. KLEIN, M.— “Envy and gratitude”. Tavistock .Publications Limited, London 1957.
12. KRIS. E.— “Psychoanalytic Explorations in Art”. International Universities Press, Inc. New York, pág. 197-8, 220-1 1952.
- 13 . KRIS, E.—Idem. p. 60-1, 291 y sig.
14. KRIS, E. — Acerca del “insight” psicoanálisis. “Rev. Uruguay de Psicoanálisis”, IV: 1962-62.
15. LEWIN, B.— Psicoanálisis de la exaltación”. Nova. Biblioteca de Psicoanálisis, Bs. As., pág. 75-8; 1953.
16. LIBERMAN, D. ——— “Entropía e información en el proceso terapéutico”. (Comunicación presentada en el Symposium sobre Proceso Analítico.) A.P.A ,1966.
17. LIBERMAN, D. ——— Identificación proyectiva y conflicto matrimonial. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XIII. Vol. 1: pág. 1.
18. LIBERMAN, D “La comunicación en terapéutica psicoanalítica”. Eudeba. Bs. As., pág. 35 y 136; 1962.
19. LIBERMAN, D. ——— “La comunicación en terapéutica psicoanalítica”. Eudeba. Bs. As., 1966. 2ª edición, (en prensa). Cap XI. (Ver relato al IIV

Congreso Latinoamericano, Río de Janeiro, 1962. Comunicación extraverbal y situación analítica.)

20. MELTZER, D. — Comunicación personal.

21. RODRIGUE, E. y RODRIGUE, G. T. de. — El contexto en la transferencia. “El contexto del proceso analítico contexto. Cap. X. (En prensa)

22. RODRIGUE, G. T. de. — Consúltese referencia al relato del II Congreso Panamericano sobre “El proceso analítico”.

23. RODRIGUE, E. — El contexto del descubrimiento. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XVI, N° 2: Bs. As. Abril-junio. pág. 101.

24. ROSENFELD, H. — “Psychotic Status”. The Hogarth Press and the Inst. of Psycho-Analysis. N° 65: pág. 200-17: London, 1965.

25. STRACHEY, J. — Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis. (Rev. de Psicoanálisis”. Vol 4: pág. 951: Bs. As. 1948.

26. WINNICOTT, D. W. — Metapsychological and clinical aspects of regression within the psicho-analytical set-up. “The International Journal of Psych.”, Vol. X XXVI, Part. I: pág- 16; 1955.



## Proceso analítico y esquema referencial

LUIS RASCOVSKY

(Buenos Aires)

El proceso analítico abarca el estudio y conocimiento de los múltiples, variados y complejos fenómenos que intervienen en la constitución y desarrollo de lo que denominamos situación analítica y por ende constituye una ampliación o una reapertura, tendiente a ampliar los significados ya concentrados bajo esta última designación.

La palabra proceso así lo está indicando puesto que significa, dicho abreviadamente, el conjunto de acontecimientos que tienen lugar por ejemplo en un juicio y por extensión al juicio mismo. En consecuencia con la expresión proceso analítico queremos denominar todos los acontecimientos psíquicos (vivencias) que tienen lugar, desarrollo y desenvolvimiento durante dicho procesamiento y que involucran a ambos componentes de la situación analítica: paciente y terapeuta. Su estudio abarca por consiguiente múltiples aspectos y es desde ya muy extenso. El propósito concreto de esta comunicación es tomar solamente uno de estos aspectos que se refiere al esquema que cada analista considera que maneja en el ejercicio de su labor. No supongo que mi experiencia tenga validez concluyente ni que mis observaciones sean exhaustivas, sino que las considero más bien una introducción al problema en consideración. Por otro lado, no llevan ningún fin polémico y sí sólo exponer conclusiones a las que he llegado a través de la experiencia de varios años de labor terapéutica y didáctica.

Podríamos delinear al proceso analítico como el conjunto de fenómenos vivenciales que se establecen y experimentan entre paciente y terapeuta desde que el primero va en procura del segundo a fin de buscar su cooperación con el fin de reconstruir o reestructurar aspectos enfermos de su personalidad. Esto involucra un esquema referencial de los propios conceptos de enfermedad o deterioro, así como el estudio de una serie de fenómenos psíquicos intercurrentes, cada uno de los cuales tiene para ambos participantes un marco referencial determinado. Este marco referencial es un vínculo o relación intelectual y afectiva que se establece con una forma de pensar y sentir sintónica entre el self y uno o más objetos representados o contenidos en el esquema.

Desde su iniciación y aún antes, los esquemas referenciales de ambos personajes de la situación, básicamente son los siguientes: uno de ellos piensa y siente que está enfermo y que aquél a quien acude- no solamente está sano, sino además capacitado para comprender y subsanar lo que a él le acontece. Este esquema referencial es compartido por el terapeuta que siente y piensa lo mismo que su paciente.

Estos esquemas coincidentes sufrirán variadas mutaciones en el decurso del proceso. Más aún, desde- su iniciación esta identidad de esquemas puede no existir, cuando por ejemplo, el analista siente antipatía, molestia, excesiva preocupación no sólo por la persona física del analizado, sino por el tipo de trastorno que éste presenta. Verbigracia, a este analista no le agradan los pacientes melancólicos o deprimidos, o el otro siente rechazo por las personalidades psicopáticas, o al otro le fatigan o no entiende a los delirantes, obsesivos, etc.

El esquema referencial no está constituido solamente por un enlace o unión con un sistema de pensamiento o de estructuras intelectuales o de teorías científicas, sino que en cada individuo y en la medida de sus capacidades está referido a su modo de pensar, sentir, vivir en relación a su propio self y del

mundo social que integra y en el que a la vez está contenido. Sus cosas y sus no cosas, materiales, espirituales, narcisistas o sociales, políticas, económicas, amadas, odiadas, despreciadas o envidiadas, etc., no son meras existencias reales o fantaseadas, sino que a la vez reflejan su incidencia a través del marco referencial del Yo. Tanto el esquizoide como el maníaco o el depresivo, el fóbico o el obsesivo, el histérico o el psicópata, se muestran con sus respectivos esquemas referenciales.

Establecida la existencia de esquemas referenciales, tanto del paciente como del analista, veamos qué acontece con los mismos.

Señalamos que de entrada la identidad de esquemas puede no existir. Esto no permite un buen “rapport” o acercamiento. Es evidente que ello revela que el terapeuta en este aspecto no es tan sano como el esquema referencial supuesto del paciente lo concebía, ya que el trastorno evidenciado en el enfermo es un aspecto negado o reprimido en el terapeuta que reaparece en el enfermo y teme reintroyectar. Esta situación es inmediatamente captada por parte del paciente e induce una variante en el marco referencial que tiene de su analista y de sí mismo. En el caso de no darse esta situación inicial y el balance o identidad entre ambos esquemas posibilite la iniciación del trabajo, la propia labor analítica, los fenómenos de la transferencia y contratransferencia harán surgir de inmediato el problema por más oculto que quiera mantenerse. El primitivo esquema coincidente, puede mantenerse mediante mecanismos de negación e idealización, pero en el obligado acontecer analítico de intercambios de objetos internos y externos y de identificaciones proyectivas, el analista pasará a ser depositario alternativamente de uno o varios de estos objetos internos arcaicos y dependerá de su grado de salud y de su “esquema referencial”, el destino que hará jugar a esta identificación proyectiva y su manejo puede decidir el curso y desarrollo del proceso.

Veamos ahora qué puede acontecer con el marco referencial que el analista puede introducir a través de la interpretación en el desarrollo del proceso

analítico. Todos estamos de acuerdo en que el instrumento básico de la labor analítica es la interpretación. Ella debe tener a su cargo desentrañar todos los elementos que obstruyen o a veces facilitan hacer consciente lo inconsciente, superar las resistencias, discriminar realidad y fantasía, pasado, presente y futuro, etc., a través de las defensas. Pero, ¿qué es interpretar?, cómo, qué y cuando. ¿Al comienzo luego, más tarde, e-n diálogo y de acuerdo a qué y a quién? Por supuesto que es al material y dentro de la situación analítica. ¿Pero estamos plenamente seguros que en el diálogo establecido y en nuestras interpretaciones, por más ajustados al contexto del proceso que nos hallemos, no introducimos un marco referencial además del propio a la situación que se está desarrollando?

La utilización de esquemas en forma rígida o estereotipada de parte del analista, constituye una técnica defensiva frente al peligro transferencial-contratransferencial. La firme adhesión al mismo, lo aleja defendiéndole de aproximarse y unirse- más con el paciente, y es como si el terapeuta sólo le permite al enfermo participar, en condición de tercero, aceptando la unión del analista con su esquema, que es vivido como la unión de ambos padres o subrogados. La hostilidad del paciente, manifiesta o no ante esta imposición es la resultante agresiva y a la vez defensiva de sus más intensos deseos de unión y posesión recíproca con el terapeuta —mamá o papá— sin terceros que la interfieran.

He meditado durante mucho tiempo en la influencia que tales esquemas pueden ejercer en el curso del proceso analítico, sus ventajas e inconvenientes, etc., en cuanto a su utilización y también he procurado investigar su dinámica y economía, permitiéndome así una mayor comprensión del fenómeno.

Es indudable que en la formación de todo analista, los esquemas referenciales de su analista didáctico principalmente, como así el de sus controles, profesores, etc., configuran por identificación esquemas para el nuevo analista que a veces quedan estables y rígidos, o sufren con el correr del tiempo,

cambios que van adecuándose a las necesidades y nuevas experiencias en el proceso de aprendizaje, hasta llegar a la constitución de un esquema referencial individual, propio o independiente, vivido así subjetivamente, que por ende tendrá mayor fluidez y abandonaría su carácter rígido o estereotipado.

Los esquemas analíticos se conciben, crean y desarrollan en el ámbito de un proceso analítico y pueden perdurar o ser modificados mediante el análisis de las identificaciones correspondientes y sus motivaciones.

Pude observar en el tratamiento con varios pacientes y especialmente útil me fue la cooperación de un enfermo muy inteligente, pero con una difícil caracteropatía, que ya había hecho fracasar un análisis anterior, que todo esquema que quiera introducirse a través de la interpretación que no sea un producto concebido, creado y desarrollado durante el proceso con la participación de ambos, paciente y terapeuta, e-s vivido como un cuerpo extraño, ajeno, alienado al proceso analítico.

El esquema referencial debe ser la resultante de la relación transferencial-contratransferencial; es decir, el producto de la interacción recíproca entre terapeuta y paciente en base a que el primero mediante sus conocimientos técnicos procura que el paciente a través de sus defensas y mecanismos se enfrente con sus ansiedades y objetos internos, mediante la pantalla proyectiva actualizada en la figura del analista configurándose así marcos referenciales concebidos, creados y desarrollados en la situación actual y dinámicamente operante del proceso analítico. Esta creación, esquema o construcción, es vivenciada, tanto por el paciente como por el terapeuta, como algo que integra el contexto de un descubrimiento logrado mediante una concepción, unión o coito entre terapeuta y paciente en los distintos niveles y roles objetales en que puedan identificarse.

Todo marco o modelo referencial que no sea así concebido, es vivido por el paciente como un artificio ajeno al proceso, lo experiencia como una alianza o pareja de su analista con su esquema, a la que es forzado a participar como

observador de una escena primaria lleno de rencor, celos y envidia.

Daré un ejemplo suficientemente ilustrativo. Un paciente frente a cuyo silencio reiteradamente le interpretaba de acuerdo a mis esquemas referenciales se exasperaba, reforzando su resistencia a cooperar, tratándome con suma hostilidad o si no redo-blando aún más su silencio. Advertido de lo que acontecía, resolví cambiar mi actitud abandonando mis interpretaciones y aproximándome más a mi enfermo; en mi intento de que él mismo me ayudara a buscar los motivos de su silencio, le dije simplemente:

“Pero algo debe estar usted diciéndome con su silencio que yo no puedo detectar”; a lo que el paciente respondió de inmediato y con gran vivacidad: “Ya lo creo, que me deje usted estar en silencio o usted no sabe apreciar todo lo que el silencio puede expresar. No solamente rabia; la música no existiría sin silencios. Cuanto más me venga con sus interpretaciones, menos va a obtener algo de mí”. No voy a exponer aquí (pero puedo poner a disposición de quienes lo deseen) el valioso material que se fue elaborando con respecto al silencio en esa y ulteriores sesiones, como símbolo abstracto en su doble significación y las variables a que daba lugar cuando el símbolo se enlazaba a un objeto personalizándose o el objeto se transformaba en el símbolo mediante su despersonalización, como asimismo los múltiples roles que tales identificaciones implicaban en las situaciones triangulares a que daban lugar la tríada silencio-paciente-terapeuta, incluidos y excluidos. Percibí de inmediato todo su rencor, que aunque provenía de varias fuentes, básicamente se debía a no sentir que yo estaba incondicionalmente solo con él, sino que contrariamente, yo estaba unido con mis interpretaciones-esquemas y quería obligarlo a escuchar y observar esa unión. En base a ello y otras asociaciones, así lo interpreté, uniéndolo históricamente al recuerdo de la lactancia del hermano menor, quien recibía en silencio todo el amor-leche de su madre y cuya concepción y nacimiento constituyó un elemento clave en el desarrollo de su caracteropatía. La fantasía inconsciente, que yo con mis interpretaciones

perturbaba, era de invertir la situación y ser él el lactante feliz al pecho silencioso de la madre analista y no el niño mayor a quien yo le imponía presenciar mi unión con el hermano interpretación o esquema.

Una observación frecuente en la supervisión de candidatos y aun de terapeutas ya graduados y con mayor experiencia, es el impacto que sufren frente a los esquemas referenciales de un colega o analista de cierto prestigio con el que se han puesto en contacto. Por ejemplo, con la llegada del Dr. D. Meltzer, los fenómenos transferenciales relacionados con los días de la semana y fines de la misma, como así el modelo de la “mamy-toillet” o el seno conteniendo el pene paterno, adquirieron una prevalencia esquemática referencial preponderante. No dudo que éstos hayan sido concebidos por el Dr. Meltzer en colaboración con sus pacientes, es decir, creados dentro del proceso desarrollado entre ambos. Pero querer llevar esta creación a otros análisis en forma reiterada, en momentos en que esto se está procesando solamente en la mente del analista, constituye un error con toda la implicación a la que antes nos hemos referido. Así como en este ejemplo, puede hacerse extensivo a otros esquemas, sean éstos más o menos generalizados, cuando son usados en forma indiscriminada o estereotipada.

Las personas, pacientes o terapeutas, con estructuras yoicas deficitarias o muy necesitadas de apoyo narcisístico o de convivencia simbiótica o parasitaria, aceptan estas pseudoidentificaciones que en general tienden a favorecer la resistencia al análisis mismo. Esto que de por sí entorpece, dificulta y prolonga una buena labor analítica, encuentra muy a menudo máxima expresión en los análisis didácticos, en donde junto a mecanismos defensivos de negación, idealización y racionalización, se intenta una falsa fusión objetal con el terapeuta. Si esta fusión es consentida por motivos contratransferenciales y no elaborada, conduce ulteriormente a la formación de círculos o grupos en los que está incluido manifiestamente el idealizado líder en la persona real del analista didáctico como objeto externo o en forma encubierta en la figura de un sublíder

y siempre en ausencia de estas modalidades, en forma de un objeto internalizado psíquicamente real. Tales grupos se sienten poseedores de la única verdad y de la total comprensión del misterioso secreto de todo lo que constituye la esencia y los pormenores del proceso analítico, negándolo por supuesto en todos los que con ellos pueden disentir. Tales grupos tienden más a la creación de controles, hegemonías, luchas, disociaciones, etc., que a una verdadera y proficua tarea de investigación científica.

El problema es fácil de observar, pero difícil de resolver. Hay muchos elementos nobles en favor de la utilidad de los esquemas referenciales, como asimismo hay muchos elementos espúeos que se incrementan con su sistematización y abuso.

Cuando el terapeuta se ha liberado de una tal situación, podrá dirigir el proceso a su cargo reformulando cuantas veces sea necesario sus esquemas y que éstos finalmente constituyan elaboraciones propias al curso del proceso analítico.

Las deducciones emanadas de la aplicación de esquemas referenciales rígidos, a pesar de su aparente utilidad y de su convincente certeza subjetiva, son posibles de ser invalidadas como una resultante ajena o espúea al proceso analítico mismo.





# La construcción de símbolos en las fobias

EDUARDO H. ROLLA

(Buenos Aires)

Este trabajo se basa en observaciones sobre pacientes cuyos mecanismos de defensa contra las ansiedades depresivas y paranoides, se han centralizado alrededor de la constelación agorafobia-claustrofobia. Por la similitud clínica y dinámica que esta constelación presenta con las paranoias sistematizadas, en cuanto a un punto único de ruptura con la realidad, he propuesto para dicha constelación la denominación de fobias sistematizadas, que usaré en adelante.

En la constelación denominada histeria de conversión, el control del objeto persecutorio se hace en el propio cuerpo, con una dinámica basada en los elementos del proceso primario, es decir, condensación y desplazamiento; esto opera también en el control del sentimiento de pérdida y, por otra parte, en relación con los rasgos de la etapa perversopolimorfa; la pluralidad de las zonas que pueden proveer la posibilidad de reemplazar, evolutivamente, la negación por una forma más instrumentada de la disociación esquizoide, cual es la represión. En el reconocimiento del propio cuerpo, habría de sobrevenir la comprobación de la pérdida de la bisexualidad, que también puede ser reprimida, en tanto que la masturbación genital puede ser vivida en términos de ecuación simbólica como un fenómeno de no pérdida. Clínicamente se evidencia en el signo de la *“belle indiférence”*, que en un contenido manifiesto, aparece referida como una aceptación de la castración. Igual tipo de frigidéz afectiva sirve para el control de los objetos idealizados, que pueden ser desglosados de la condensación y proyectados, y controlados en su dinámica por la seducción.

El uso de la condensación y el uso del cuerpo como “ubicación geográfica” del objeto persecutorio, significan una mayor atención dedicada al cuerpo y, por ende, un suministro sensorio-perceptivo importante para la integración del esquema corporal; esto debiera traer también, como consecuencia, perturbaciones menores en el área del pensamiento; sin embargo, dado que las áreas de gratificación son utilizadas casi indistintamente, y que se construye una fuente de gratificación bastante organizada a través de la masturbación, en la zona genital, es decir, que hay una genitalización precoz, el pensamiento, como representación mental del esquema del cuerpo, adquiere características de un funcionamiento con lagunas, que cínicamente se evidencia por los olvidos, las confusiones, las distracciones, las amnesias y la dificultad de la aceptación del tiempo horario. Como trataré de mostrar en seguida, el otro elemento que conforma el funcionamiento del aparato del pensar en relación con el esquema corporal, es justamente esa predominancia de los factores sensorio-perceptuales sobre los elementos motores que en esta primera etapa de la fase perversopolimorfa, sirven más que todo para sustentar la fantasía de la descarga motora inmediata, y muy escasamente para los desplazamientos, al contrario de lo que sucede en las fobias.

En las fobias sistematizadas, que ubico evolutivamente en la segunda etapa de la fase perversopolimorfa, el “cuerpo” se completa con el uso de la actividad muscular para los desplazamientos (reptación, puesta de pie, marcha). El esquema corporal se amplía con las adquisiciones especiales que produce tal uso de la motricidad, y entonces la identificación proyectiva adquiere una modalidad diferente, en tanto que las sensorio-percepciones con “trozos del cuerpo” donde son percibidas, pueden ser “abandonadas” en lugares de espacio que se alcanzan con el desplazamiento, y en objetos que también se alcanzan del mismo modo. Por lo tanto, múltiples sensorio-percepciones son proyectadas, consideradas como del no-self, un no-Yo corporal, y el aparato mental se

recarga con el trabajo de la notación, al mismo tiempo que comienza la creación de un mundo animístico. El sujeto ha de recordar dónde 'dejó' sus objetos perturbadores, es decir, comienza en base a la memoria el control mágico omnipotente de los objetos proyectados y sus correspondientes depositarios. Al mismo tiempo comienza el control de la distancia óptima. Quien haya observado pinturas impresionistas, comprobará una analogía que puede servir como modelo:

tal pintura, mirada desde muy cerca, produce un efecto de dispersión, difusión y confusión; retirándose de la pintura, se alcanza, en un momento dado, la distancia óptima en que dicha pintura toma su forma y su significado.

Si en el esquema dado para lo conversivo, el aparato del pensar tenía "lagunas" (parálisis anestésicas), en las fobias sistematizadas el aparato del pensar corresponde a un espacio, no-Yo corporal, del cual puede tomarse distancia, y que se halla poblado de objetos depositarios (animados) que contienen las sensopercepciones que representan la cualidad psíquica de la relación objetal correspondiente. No es un espacio bizarro, sino un espacio exótico; los objetos no son una microconstelación multiplanetaria, sino que son definidos en su estructura y, por lo tanto, menos terroríficos que los anteriores; la ansiedad se instituye también en el objeto, con la cual el sujeto guarda una relación objetal, en tanto que es un guardián que "mide" la distancia óptima, y evita la seducción que contienen (proyección de la anterior seducción histérica, la tentación), atraer al sujeto a una proximidad que se haría peligrosa, en tanto que los objetos podrían ser reintroyectados incontroladamente. En el fenómeno conversivo, la parte del cuerpo depositaria del conflicto está presente en el mismo; en el fenómeno hipocondríaco, la parte del cuerpo depositaria del conflicto está en el objeto depositario, el cual al ser reintroyectado incontroladamente junto con sus contenidos proyectivos, debe ser re proyectada de inmediato en alguna parte del cuerpo, como primer paso para una posterior re proyección al espacio; pero mientras "permanece" en el cuerpo, es tratada

como directamente en el espacio, es decir, alienada del self, constituyendo por lo tanto un núcleo ambiguo, psicótico.

Esa seducción, fascinación, produce en el fóbico permanente tentación de acercamiento a los objetos depositarios, que configuran objetos deseados; en otras palabras, el Ello, el cuerpo, como dijimos las partes disociadas del mismo, en especial elesensoperceptuales. La tentación, con su signo libidinal tan predominante, constituye el único punto de ruptura con la realidad que el fóbico sistematizado nos presenta. Como en esa etapa de la fase perversopolimorfa no se ha efectuado aún el renunciamiento de la bisexualidad, y la masturbación de la zona genital sigue siendo la principal fuente de reaseguramiento, entre los objetos proyectados junto con las sensopercepciones, se hallan en el objeto depositario contenidos objetos “parejas combinadas”. Decir que aún no se ha renunciado a la bisexualidad, es decir también que el trabajo de discriminación y diferenciación es aún muy precario; por lo tanto, el acercamiento erotizado al objeto buscado se convierte, si se traspasa la distancia óptima, en un objeto con contenidos de “Superyo”, o sea que, de buscado, se convierte en algo temido y el acercamiento se transforma en fuga.

Dadas esas características, lo instintivo tiene aspectos muy primitivos, aspectos biológicos, animales; esto debe fundamentar la elección posterior de modelos que sustenten las fantasías zoofílicas y zoofóbicas, y que contribuyen a las características exóticas del mundo animista.

Pienso que en niveles más profundos, ese mundo animista es más terrorífico que el representado por los caballos de Juanito o los lobos del hombre de los lobos. Esas eran representaciones más específicas, centradas alrededor de fantasías orales; diríamos, eran ya una elaboración de las fantasías más primitivas de fusión violenta entre el objeto deseado-temido y el Yo. En las fobias sistematizadas, la genitalización o fase genital previa, marca el paso de la situación perversopolimorfa en tal forma, que las fantasías no pueden centrarse

alrededor de lo oral o lo anal, y tienen eminentes características exóticas.

He observado que durante el proceso analítico, llega el momento en que un fóbico sistematizado, habiendo depositado su self protético en el analista, puede desprenderse de su objeto acompañante (fetiche). Se anima entonces a hacer incursiones por el espacio en busca de objetos reales que deben tener características exóticas, significándole adecuados depositarios de sus fantasías-condensaciones, imágenes adecuadas para representar los objetos, afectos, ansiedades y partes del Yo que contienen esas fantasías.

Si la situación se da con buena participación del aparato consciente, el sujeto podrá vivenciar experiencias emocionales que son toleradas y que antes no lo eran. Por lo tanto, puede permitir reintroyecciones que finalmente se convierten en elementos asimilables que reconstruyen, en lo posible, vivencias de esquema corporal, disminuyendo consecuentemente la perturbación del pensamiento.

Como esta reparación del Yo significa también el duelo y la elaboración en posición depresiva, comienza entonces el verdadero trabajo de construcción de símbolos, no de simbolizaciones, o sea, que también se pone en marcha el funcionamiento de la capacidad de abstracción.

Presentaré un caso que considero típico. Se trata de un paciente que presentaba una grave fobia sistematizada. Lo analicé por once años continuados. Le había interpretado en múltiples oportunidades la instrumentación de sus fantasías homosexuales como una defensa tenaz contra la fuerte ansiedad paranoide. Por ejemplo, su carraspeo intenso en las sesiones, como fantasías de felacio; su fisura anal que hacía crisis cíclicas, con gran dolor y perturbación en la defecación, y la necesidad de untarse con pomadas (masturbación anal), como respuesta a interpretaciones “penetrantes”. Pero sin duda faltaba algo dentro de lo polimorfo y dentro del trastorno del esquema corporal.

A los nueve años de tratamiento, decidió hacer un viaje al África, que incluía un safari. Analizando los propósitos y fantasías relacionados con el

viaje, se vio que África representaba lo exótico, “por la vegetación, sus habitantes, sus costumbres, y por lo desconocido”. Es decir, las partes desconocidas de su esquema corporal.

En cuanto al safari, sus fantasías se centraban alrededor de la caza del rinoceronte. Decía que esto era para expertos, es decir, para analistas o analizando muy adelantados. Que “de todos los bichos extraños del África”, el que más le apasionaba por su contextura tan grotesca, era el rinoceronte.

A su regreso (una parte importante del trayecto lo había hecho solo), pudimos ver las fantasías que completaban su experiencia emocional.

Dijo que la caza del rinoceronte tenía aspectos “especiales”: que habla que pararse correctamente con el fusil, que ese bicho tan extraño, que tiene los dos ojos como dos agujeros en las mejillas, las orejas como si fueran dos trompetas y, sobre todo, ese cuerno tan extraño que parece que sale de adentro de la boca, viene saltando” al encuentro del cazador. Dijo que corría galopando como si estuviera realizando un coito.

El cazador debía estar muy atento, con la mirada muy alerta y disparar su fusil justo en el momento preciso; la distancia debía ser la exacta, porque si se disparaba el fusil antes de tiempo, seguramente por el movimiento del animal se erraba el tiro y entonces había que escapar desesperadamente; si se esperaba mucho tiempo y el animal estaba muy cerca, también probablemente se erraría el tiro y entonces el animal “arremetería furioso, violento, arrollador, y seguramente clavaría el cuerno dentro del caño del fusil”.

Esta última asociación de ideas, nos permitió completar el aspecto de la instrumentación de las fantasías homosexuales, que no nos había sido posible hasta ese momento del análisis. Estaba bien clara la imagen de un pene penetrado, un coito uretral, que ligado a las fantasías edípicas, significaba el encuentro del pene del padre dentro de la vagina de la madre, no ya dentro del vientre, sino de la propia vagina, que penetrarla retaliativo dentro de su propio pene. Localizábamos por fin, el lugar que en sus fantasías había ubicado “su”

vagina.

Con la interpretación de este aspecto de su homosexualidad uretral, pudo elaborar otros aspectos de su ansiedad paranoide (a través de aspectos transferenciales), ya que pudo burlarse de que yo había precisado que él hiciera un viaje a lugares tan exóticos, porque si no, yo nunca habría podido comprender ese aspecto de su disociación. Es decir, la parte secreta de su técnica de evitación.

Sus fantasías de triunfo, desprecio y control del objeto analista, dieron paso a la aparición franca de fantasías paranoides con respecto a dicho objeto analista, y pude mostrarle cómo yo había funcionado secretamente para él, como un no-Yo corporal, partes de su propio cuerpo, que sí sentían, y en relación con ellas también había proyectado su ansiedad, que puesta en mí era vivenciada como un objeto, con el cual él mantenía una vinculación.



## BIBLIOGRAFIA

1. GARBARINO, H.— Nacimiento, confusión y fobias. “Rev. Urug. Psico.”. T. V. N° 23: pág. 251; 1963.
2. MOM, J.— Consideraciones sobre el concepto de fobia en relación con algunos aspectos de la obra de Melanie Klein. “Rev. de Psic.”. 19, 1-2: 26; 1962.
3. MOM, J.— El Yo y su control a través de los objetos en la agorafobia. “Rev. Urug. Psic.”, T. IV, N° 3: pág. 465; 1961-62.
4. ROLLA, Edgardo H.— Secuencia, comunicación y aprendizaje. “Rev. de Psic”, T. XIX: N° 3; junio-sep. 1962.
5. ROLLA, Edgardo H.— Un sueño y un lapsus en el curso del psicoanálisis de un fóbico. “Rev. de Psic.”, T. XVII, N° 4: pág. 480; oct-dic. 1960.
6. ROLLA, E. H. y GRINBERG, L. — Anorexia nerviosa y claustrofobia. “Rev. de Psic.”, T. XII: N° 4; ü,-t.-d ir. 1956.
7. ABERASTURY, Arminda y otros.— “Teoría y técnica del psicoanálisis de niños”. Ed. Paidós, Bs .As., 1962.
8. WINNICOTT, D. W.— Metapsychological and clinical aspects of regression within the Psycho-analytical set-up. “The International Journal of Psych.”, Vol. XXXVI, part I: pág. 16; 1955.

9. ROLLA, Edgardo H.— “Uso de modelos mentales y de la dosificación de la interpretación en el estudio y tratamiento de las fobias”. Leído en la A. P.A. en marzo de 1966.

El uso de defensas maníacas  
en una obra teatral:  
“O Pagador de Promesas”

MARCELO BLAYA \*

(Porto Alegre)

INTRODUCCION

En este trabajo me propongo examinar el contenido de una obra teatral del punto de vista de las defensas maníacas empleadas por el personaje central. Trátase de “O Pagador de Promessas”, de Dias Gomes (Premio Nacional de Teatro, 1960; Premio de la Asociación Paulista de Críticos Teatrales para la Mejor Obra del Año, 1960; Premio Gobernador del Estado, 1960). Más tarde transformada en película cinematográfica fue premiada con la Palma de Oro en el Festival de Cannes, 1962.

Mi objetivo inmediato es el destacar las defensas maníacas y, particularmente, el papel de la omnipotencia. Freud (1914) separó dos tipos de omnipotencia: una **primaria**, característica del modo de funcionar del inconsciente, del primitivo y de los niños pequeños y una **secundaria**, observable en las reacciones psicopatológicas en general. El raciocinio pionero de Freud le permitió entrever las relaciones entre ambas, pero quedó limitado

---

\* Candidato en formación, Sociedad Psicoanalítica de Porto Alegre; libre docente de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina de Porto Alegre; fundador y director de la Asociación Encarnación Blaya. Clínica Pinel. P. Alegre

por el punto de vista predominantemente energético aunque considerase la importancia de las relaciones de objeto. Más tarde fue posible profundizar y ampliar nuestros conocimientos sobre el proceso evolutivo en los primeros meses de vida. Un mejor conocimiento de las angustias características de este período y de las defensas empleadas para proteger al Yo temprano permitieron un mejor conocimiento de la importancia de las relaciones objetales y de la organización del mundo interno y sus conexiones con la realidad exterior. Gracias a estos adelantos fue posible comprender las diversas etapas evolutivas por las que pasa la omnipotencia en sus manifestaciones defensivas. De igual forma se pueden delinear las etapas evolutivas y con estas relacionar los fenómenos regresivos. Así se estableció una conexión y continuidad entre los fenómenos característicos de la omnipotencia primaria, adaptativa y evolutiva y la omnipotencia secundaria, regresiva, pero igualmente adaptativa.

## EL TEMA DEL DRAMA

El primer acto se inicia frente a una iglesia de Santa Bárbara, en una ciudad de Bahía. Vemos llegar **Zé-do-Burro** acompañado de Rosa, su mujer. De inmediato somos informados que está pagando una promesa, cargando una cruz de madera, tan pesada como la de Jesús, hasta la iglesia. Como todavía es de madrugada ésta se encuentra cerrada y la pareja se prepara a esperar que abra. Entran en el escenario Marli, una prostituta que vuelve de sus tareas y su **gigoló, Bonitão**. Pronto aparece el interés de **Bonitão** por Rosa cuando se ofrece a alojarla en un hotel pues **Zé**, cansado como está después de su caminata de veinte y cuatro horas, no se permite abandonar la cruz por miedo a que se la roben y no pueda así pagar su promesa. **Bonitão** no sólo le consigue el hotel, sino que tiene con Rosa relaciones sexuales con el objeto de llevarla a la prostitución para mantenerlo a él. Cuando la iglesia se abre **Zé** explica al cura

que hizo *una* promesa para salvarle la vida a Nicolau, su burro. Nos enteramos entonces que **Zé** está casado hace ocho años con Rosa, la niña con quien acostumbraba a robar frutas a los vecinos y que la pareja no tiene hijos. Hace seis años **Zé** tiene un burro que es su mejor amigo. Cree que el animal está dotado de un alma humana y por seguirlo a todas partes le han dado el nombre de **Zé-do-Burro**. En un día de tempestad el burro fue herido por una rama de árbol derrumbada por un rayo. **Zé** trata la hemorragia con heces de vaca, pero el médico llamado le ordena a **Zé** que saque el excremento de la herida. La hemorragia se reinicia y el médico termina, desesperado, pidiendo a **Zé** que corra y traiga más heces de vaca para hacer estancar la sangre que corre. Al día siguiente el animal está con fiebre y no come, no bebe, enflaquece y parece que se morirá. **Zé** llama un rezador (curandero) que, como el médico, nada puede hacer. Finalmente va a un **canbomblé** de Iansan, la diosa del rayo y de la tempestad, identificada como Santa Bárbara católica. La **máe-de-santo** (sacerdotisa) del culto confirma que el burro fue herido por Iansan y que será necesario aplacarla con una *obrigação* o promesa. **Zé** propone llevar una cruz tan pesada como la de Cristo a la iglesia de Santa Bárbara y distribuir sus tierras entre los que son más pobres que él. Al día siguiente el animal amanece curado. Después de haber distribuido sus tierras y esperado por el día de la santa, **Zé** se pone en camino para cumplir con lo prometido. La caminata para llegar a la puerta de la iglesia fue de cuarenta y dos kilómetros y ahora, frente a ella, conversa con el cura. Cuando éste lo acusa de estar siendo tentado por el diablo, queriendo hacerse pasar por un nuevo Jesús y ofreciendo promesas a las entidades diabólicas del **candomblé**, **Zé** se siente perplejo. Lo deja muy irritado el cura por no ver y actuar según su punto de vista. Insiste y encuentra la misma resistencia por parte del sacerdote. Pierde la actitud humilde cuando éste, enojado, le dice que terminantemente no entrará a la iglesia y desafiante le responde que la iglesia no es del cura sino de Dios y que entre la opinión del sacerdote y la de Santa Bárbara, prefiere quedarse con ésta.

El segundo acto ocurre en la mañana del día de la santa y muestra personas que simpatizan con **Zé** y su promesa y otras que lo consideran loco u oportunista y buscan sacarle provecho a su actitud empeñada. Niégase a salir del frente de la iglesia, discute con el policía, déjase usar por un periodista ávido por publicidad, se entera de la aventura de Rosa con Bonitáo y a todo responde con su decisión testaruda de cumplir con su promesa, de convencer a los que lo contrarían, a que se dejen dominar por él. En la medida en que fracasan sus propósitos queda más desesperado y en el ímpetu del momento tiene ganas de tirar una bomba contra la iglesia o ayunar hasta su muerte frente a la misma. Viene un monseñor mandado por el obispo y autorizado a desobligarlo de su promesa, pero **Zé** no lo acepta diciendo que prometiera a la santa y no al obispo.

El tercer acto se inicia con una **roda de capoeira**, devotos de Iansan que practican una lucha-danza acompañada por el berimbau, instrumento musical primitivo de origen africano con una sola cuerda. Los **capoeiras**, simpatizantes y amigos de **Zé**, perciben la intención de la policía de prenderlo e insisten con él para que se escape, lo que no acepta, pues no puede alejarse de la iglesia y de la promesa. Cuando llega el comisario y quiere llevarlo a la fuerza, **Zé**, lo desafía diciéndole que “solamente muerto me llevan de acá”. La policía cerca el lugar, se arma una algarabía con policías y **capoeiras** y un tiro es disparado. Cuando se dispersan, en fuga, **Zé** está muerto en medio de la plaza frontera a la iglesia. Con los policías fugitivos y el cura amedrentado, los **capoeiras** toman el cuerpo de **Zé**, lo ponen en la cruz como un Jesús crucificado y con él entran a la iglesia

## LA ADAPTACION

Para mejor comprender la situación presentada en la obra dividí el examen de la misma en cuatro partes diferentes:

- 1) la adaptación de **Zé** antes del accidente con el burro;

- 2) la desadaptación con la inminencia de la muerte;
- 3) la solución a través de la promesa;
- 4) el fracaso en el cumplimiento de la promesa.

El autor acierta al darnos una sola indicación respecto al pasado de **Zé** y Rosa: el de la voracidad expresada en el interés común por el robo de frutas. Eso se confirma en el contrapunto entre **Zé-Rosa** y **Bonitão-Marli**, pareja igualmente caracterizada por su excesiva voracidad, lo que los aproxima. La técnica de controlar partes de uno mismo en otro lleva especialmente a la formación de parejas cuyo ajustamiento se hace en bases neuróticas. Aquí también se deben buscar las raíces de la esterilidad del matrimonio: dos años fueron suficientes para que fracasase el arreglo entre ellos. Una hipótesis es la de que la ausencia de hijos, consecuencia probable de las bases neuróticas del apareamiento, reactiva, como acostumbra pasar, fantasías inconscientes de peligrosidad y destructividad del interior del propio cuerpo. **Zé** se enfrenta con una situación de fracaso en el casamiento y una reactivación de la angustia paranoide

y depresiva, lo que lo lleva a la relación con el burro. Se debe comprender, por lo tanto, que el nuevo par atiende a necesidades fundamentales para el equilibrio de **Zé**. Gracias a la disociación de su Yo y de sus objetos y de la proyección de aspectos “buenos” en el burro, **Zé** busca salvar esas partes de la destrucción que fantasea reinar dentro de su cuerpo. Frazer (1922), en su estudio clásico sobre el animismo, muestra cómo la identificación proyectiva, nombre que, claro, no usa, es empleada entre los pueblos primitivos como medio de adaptación. Dice Frazer que “en la opinión de los pueblos primitivos el alma puede ausentarse temporariamente del cuerpo sin causar su muerte. Tales ausencias temporarias del alma se creen hechas con grandes riesgos, pues el alma ausente está sujeta a una gran variedad de desastres en manos de enemigos. Si la seguridad del alma pudiese ser garantizada durante esas ausencias no habría razones por las que ella

no continuase ausente por tiempo indeterminado; en verdad se podría desear, teniéndose en cuenta la seguridad personal, que ella no volviera más al cuerpo”. **Zé** actúa de esa manera con el burro. Un objeto altamente idealizado y partes del Yo son colocados en seguridad cuando son puestos afuera de uno mismo. Como consecuencia debe garantizar la integridad del propio burro para cuidar de su alma “buena

La posibilidad inmediata de muerte del animal reaviva en **Zé** las angustias persecutorias y depresivas relacionadas con el miedo de la destrucción de las partes “buenas” del Yo y de su objeto idealizado-necesario-persecutorio. En ese momento se reavivan las defensas maníacas capaces de proteger al Yo de esas angustias intolerables. El modo como **Zé** trata al médico, al curandero y a la misma Iansan-Santa Bárbara es básicamente idéntico. Aun pareciendo necesitar de ellos, los busca humilde y suplicante, vemos luego cómo esta actitud esconde, en verdad, el engaño, el triunfo, el desprecio y el control sobre los objetos externos e internos. El médico termina usando la medicina de **Zé**, el curandero fracasa y es despreciado como inútil y la propia santa, de quien **Zé**, se acerca suplicante, acaba teniendo la misma suerte. Pero la promesa restablece el equilibrio perdido.

Gracias a ella **Zé** engaña a la santa poderosa y restablece el control y el equilibrio que anteriormente había conseguido tener con el burro. Pero nótese que ahora ni la santa, ni el burro, tienen ningún papel de importancia. En términos dinámicos la situación muestra un empobrecimiento del Yo expresado en la división de las tierras patrimoniales y en el aparente engrandecimiento que hace de la santa. Pero en el plano interno se puede entrever lo que adelante se hará más claro y evidente: la promesa misma muestra cómo el Yo está identificado con la divinidad-Jesús, como se ve en su contenido manifiesto: cargar una cruz tan pesada como la de Jesús, dividir sus bienes entre los pobres.

La readaptación al nivel maníaco depende en gran parte de la posibilidad de cumplir con la promesa. Se trata de un nivel adaptativo en el cual el Yo



mantiene una relativa relación con el mundo externo y donde el esfuerzo mayor es dirigido a imponer a los objetos externos los valores de su fantasía inconsciente y omnipotente, controlándolos, triunfando sobre ellos, negando la dependencia en relación a los mismos y tratándolos con desprecio. Transformados en símbolos vacíos gobernados por él Yo, puede éste alcanzar el fin principal que es la negación de la dependencia en relación al objeto, de la importancia de éste. Cuando niega esa relación quedan negados los sentimientos persecutorios y, principalmente, depresivos, que resultan de las fantasías de ataques voraces al mismo. En la obra eso se hace gracias a la manera empecinada e irreconciliable cómo **Zé** trata los objetos externos, obligándolos por medio de maniobras, donde en un momento es humilde y en el siguiente violento, a que se porten de acuerdo con sus fantasías omnipotentes. Gradualmente y a medida que fracasan esos intentos de obligar al mundo externo a someterse —cuando fracasa el cumplimiento de la promesa— empiezan a surgir más claramente los aspectos destructivos igualmente omnipotentes. Es que aparece una amenaza al Yo que no cuenta más con sus defensas maniacas bien sucedidas. **Zé** dice:

“Hace como dos horas que intento comprender. . . pero estoy mareado, como si me hubieran pegado una patada en medio de los ojos. Ahora no entiendo nada... Parece que me han vuelto al contrario y veo las cosas al revés de lo que son. El cielo en lugar del infierno. . . el demonio en lugar de los santos”. Al fracasar su tentativa de convencer a los objetos externos, cuando no consigue imponer la fantasía omnipotente que domina su mundo interno a los demás, éste se desorganiza todavía más y **Zé** entra en un estado confusional en el cual no puede determinar donde está lo “bueno” y lo “malo”, pues uno se transforma en lo otro de modo instantáneo. También la referencia a la patada entre los ojos, que hace recordar la rama que hirió al burro en la cabeza, nos hace pensar que ahora está también identificado con su parte atacada.

Aparece entonces una vuelta a las soluciones omnipotentes primitivas y el

deseo de atacar y destruir al objeto idealizado, arrojar una bomba contra la iglesia simultáneamente con el deseo de dejarse morir de hambre frente al templo. En la confusión existente entre “bueno” y “malo”, Yo y objeto, **Zé** intenta obligar al objeto a obedecerle, amenazándolo y amenazándose. A medida que el Yo se desorganiza por el fracaso de las defensas maníacas, aumenta la alienación con la realidad externa y surge más claramente el nivel primitivo de omnipotencia a que llega, regresivamente. Cuando siente que fracasa su intento con Santa Bárbara-Iansan hace con ésta lo que antes hiciera con el médico, el curandero y el cura: “Santa Bárbara me abandonó... No... aunque ella me abandone..., yo debo ir hasta el final... aunque ya no sea por ella. . . que sea para quedarme en paz conmigo mismo”. El objeto es despreciado y tratado como inútil; lo que realmente importa es el Yo y es para defenderlo de la culpa y de la persecución devastadora que el mecanismo de identificación introyectiva es aún más reforzado y **Zé** se vuelve cada vez más Jesús, Dios, autosuficiente y capaz de negar su dependencia en relación al objeto necesario y atacado. La identificación llega a su punto máximo en el cuadro final. Cuando lo quieren llevar a la policía dice: “Ahora lo decidí. Solamente muerto me llevan de acá”. Lo que realmente no pasa. En un supremo acto de preservación de su defensa maníaca más primitiva, la identificación con Dios, aquella que estaba presente desde el comienzo de la promesa pero que solamente ahora quedó completamente a descubierto, consigue su intento y paga su promesa, triunfando, muerto, sobre sus “perseguidores” que huyen aterrorizados y culpados.

Como el camello en la historia que cuenta Freud, **Zé** fue más vivo que su conductor arrojándose al precipicio, muerte segura, para no enfrentarse con el león.

## **BIBLIOGRAFIA**

FREUD, S (1914).— “On narcissism: An Introduction”. Standard Editions, v.  
14. Londres: Hogarth Press.

FRAZER, J. G (1922). — “The Golden Bough: A Study in Magic and  
Religion”. New York: The Macmillan Co., 1963.

El significado del contado epidérmico  
en relación con el primer objeto

KATTRIN A. KEMPER

(Río de Janeiro)

El presente relato se basa en ilustración casuística, cuyo principal material clínico ya fue, en parte, citado en el trabajo “Anotaciones sobre la determinación pregenital de la perversión” (1). Se trata de un hombre de 37 años, casado, de formación académica en el fin del tercer año de tratamiento. El análisis hizo evidente, como muestra el citado trabajo, que la perversión del paciente, que se manifestaba a través de una intensa y obsesiva atracción sexual por los pies de las mujeres, correspondía, en su determinación remota, a la nostalgia del contacto con el primer objeto, poseído apenas parcialmente. El paciente, criatura no deseada de una madre emocionalmente ausente, se acuerda que desde muy pequeño (probablemente desde el inicio del segundo año), observaba durante horas, a la distancia, los pies de la madre, pisando una máquina de coser. La sexualización —según Fairbairn, la desafectivación (2)— de este contacto parcial se reveló en el presente caso, por el hecho de que el paciente sólo consiguió la eyaculación por manipulaciones con los pies de objetos deseables.

En la práctica analítica se revela, cada vez más, cómo disturbios remotos en la relación con el primer objeto, dan por resultado intensas reacciones autísticas y acentuadas relaciones parciales. Este hecho se reveló de manera obvia en la prehistoria del paciente, por las siguientes manifestaciones: hasta los 18 años, en ocasiones en que se sentía solo, el paciente se chupó a menudo el dedo gordo

del pie, a pesar de la extrema dificultad, con intensas sensaciones masturbatorias. La “distancia autística” y la relación parcial se tornaron más obvias, cuando el paciente tenía placer sexual, fuera de lo común, si su mujer, telefoneando o leyendo una revista, es decir, emocionalmente ausente, permitía que él manipulase sus pies. Se trata de manifestaciones que revelan tanto la superposición, en la mujer del paciente del imago de la madre que, como ya fue dicho, era vivenciada como emocionalmente ausente, como también, la sexualización del contacto emotivo.

Los límites de la buena relación con el primer objeto, en términos de contacto epidérmico, se muestran como una línea reveladora constante en muchas manifestaciones específicas. Por ejemplo, el paciente se dedicó en una “identificación autística”, a los animales peludos. Se apegó a su perro como si éste fuese parte de él, tratándolo de modo más cariñoso que a las personas con las cuales convivía en su ambiente.

Este aspecto autístico se reveló también, de manera clara, por la dedicación del paciente a sus conejos. Cuando ellos murieron después de una grave enfermedad, reaccionó con desesperación, como si hubiera perdido objetos insustituibles.

Observé también, en otros casos, rechazos compactos sufridos en el contacto epidérmico, percibidos a través de influencias atmosféricas en la relación con el primer objeto: madres desinteresadas y ausentes. Por ejemplo, en dos casos de análisis infantil se manifestaba, por un lado, horror ante el contacto epidérmico y, por otro, intensas manifestaciones de carácter autístico. El primer caso, niño de 2 años y 8 meses, tenía reacciones epileptoides de origen psicogénico y reacciones fóbicas. En el segundo caso, niña de 3 años y 2 meses, había mutismo psicogénico completo. La madre del niño (primer caso), no se permitía el contacto íntimo y libre con su pequeño hijo por razones de angustia y culpa. Por ejemplo, quiso abortarlo. La madre de la niña (segundo caso), revelando un cuadro patológico mixto con reacciones delincuentes y psicóticas,

nunca entró en un verdadero contacto con la hija. La madre del primer caso demostró, por el interés y colaboración en el tratamiento del hijo, el deseo y la disposición de entrar en convivencia profunda con él. La madre de la niña, mostraba también la falta de contacto con la hija, impidiendo constantemente el progreso terapéutico, no soportando en la niña, el intenso deseo de enlazarse afectivamente a la terapeuta.

Considerando nuestras experiencias clínicas, nos permitimos la hipótesis de trabajo de que reacciones autísticas intensas y acentuadas relaciones parciales encuentran su determinación más remota en la insuficiencia o ausencia de *contacto*, especialmente el contacto epidérmico en la relación con el primer objeto. La experiencia analítica va mostrando, cada vez más, cómo compactas reacciones autísticas y pronunciados contactos parciales derivan, básicamente, de grandes limitaciones en la primera relación objetal (3, 4, 5, 6). En casos que presentan disturbios graves de la relación con el primer objeto, se hace evidente, sobre todo, cómo no fue conseguida la confianza inaugural en el mundo — llamada por Ericson “basic trust” (Urvertrauen) (7)—, la necesidad vital de percibir y sentir como sólidamente “existente” el “objeto de expectativa”.

Volviendo al presente caso, nos referimos en seguida a los datos anamnésicos y a *las manifestaciones* simbólicas, en los cuales se transparentan diversas sensaciones, imágenes y *maneras* de vivenciar, que muestran aspectos específicos de la relación con el primer objeto. La sexualización del contacto emotivo conseguido apenas parcialmente, se revelaba ya en el séptimo año del paciente, como demuestra el siguiente recuerdo: cuando la abuela, una de las tres figuras maternas desde el nacimiento del paciente, empujó con los pies la espalda del niño, este acto fue sentido como sensación sexual. Esta elaboración reactiva del paciente se volvió más evidente cuando él, a los 9 años de edad, jugando, mientras tenía los pies de la madre “pisando la máquina” a la vista, asió los pies toscos y sucios de una niña y, por la primera vez, vivenció como si hubiera tenido una eyaculación. Esto sucedió varias veces hasta que, con 14

años, en las mismas circunstancias, con los pies de la joven en su rostro, tuvo la primera eyaculación real. Después de adulto, el paciente conseguía erección y eyaculación, observando mujeres que **pisaban** tubos de pasta, de contenido blanco y cajas de *cigarrillos colocadas por él en las filas del ómnibus o en lugares similares*. El paciente alcanzó aún más intensa movilización sexual, cuando comió migas de pan blanco, colocado dentro de zapatos de mujeres y **pisado** durante algunas horas.

Se trata de manifestaciones que revelan aspectos orales sexualizados, como consecuencias del contacto parcial: póngase atención en la correspondencia entre el recuerdo del paciente que observaba durante horas los pies de la madre que pisaban la máquina de coser y la satisfacción sexual al observar mujeres que **pisaban** tubos de contenido blanco y cajas de cigarrillos.

Queremos repetir, con la intención de comprender las manifestaciones simbólicas del paciente, de acuerdo a la línea desarrollada en el trabajo ya citado, que en casos de determinaciones principales en el plano arcaico, es decir, casos sometidos a graves frustraciones en la relación con el primer objeto, encontramos manifestaciones simbólicas que exigen, para ser comprendidas, la traducción del contenido manifiesto en el contenido latente del símbolo (8). La comprensión de las manifestaciones simbólicas se basa, principalmente, en el concepto de que el sujeto, en el símbolo, se confunde con el objeto (9), o de que la parte puede representar simbólicamente el todo (“pars pro toto”). Estos aspectos simbólicos expresan frecuentemente la relación del sujeto (criatura pequeña) con el primer objeto (madre).

El análisis del paciente reveló, a través de la atracción y apetencia sexual por los pies, un reflejo simbólico de su situación infantil; quiero decir, de la carencia emocional frente a la madre distante y expectativa de encontrar en los pies maternos (“pars pro toto”) el contacto emotivo del cual tenía sed. La fijación parcial revela, en el caso actual, la defensa contra la imposibilidad de encontrar en la madre, debido a falta de afecto, un objeto total. La parte, los

pies, pasan a sustituir y simbolizar el todo: madre total. En nuestro concepto del caso aludido, ya expresado en un trabajo anterior, la fascinación por los pies, se basa, primariamente, en mayor grado, en la expectativa decepcionada y frustrada del contacto emocional, en la falta de confianza primitiva, que en la actividad libidinosa instintiva desviada (10). Vemos que las imágenes y sensaciones en torno a los pies de la madre, siendo ellos la representación del objeto parcial en el plano pregenital, encuentran posteriormente un significado simbólico en las movilizaciones genitales. Además del hecho de que tubos de pastas (de contenido blanco), cajas de cigarrillos y pan blanco, aunque constelando momentos de satisfacción sexual, corresponden a símbolos de carácter oral, también revelan en el caso aludido, graves frustraciones en la falta de contacto epidérmico en la relación con el primer objeto, como ya vimos en la “identificación autística” del paciente con animales peludos. Esta concepción parece afirmarse en la comprensión simbólica de las siguientes manifestaciones:

El paciente exigía, como prueba de contacto emotivo, que la *primera* enamorada y, más tarde, su mujer, pisasen y matasen bichos de caparazón duro: escarabajos y tortugas pequeñas que simbolizaban, en este caso, a la madre ausente e ignorante, que no ofreció cariño y dulzura de brazos y manos protectores. Odio arcaico simbolizado a través del acto de pisar y matar, es decir, excluir, bichos de caparazón, representando la parte de la madre de cáscara *gruesa*, se reveló también de manera *simbólica* en el siguiente sueño:

El paciente estaba sentado en una tabla grande, encima de una gallina de aspecto enojado. Esta, a pesar de gritar mucho, al final quedó completamente aplastada. El significado simbólico de la gallina-madre, encuentra una ilustración decisiva cuando al paciente, en intensa vivencia de abandono, sueña lo siguiente:

“Estuve con tres mujeres (el paciente tenía tres figuras maternas). Sentí un tremendo apetito de pies. Una de ellas estaba con los pies sucios. Las otras dos eran difusas. Después de agarrar *los* pies de la primera, cambié para los pies de



*las otras y, como en éxtasis, comí, mordí y engullí aquellos pies, cambiando de una para otra”.*

El paciente, que no conocía literatura correspondiente, describió la sensación principal en el sueño como orgasmo epidémico, revelando así que los aspectos orales-canibalísticos, la intensa voracidad evidenciada en este sueño, se basan también en las graves frustraciones sufridas en el contacto epidérmico. Una forma también de orgasmo epidérmico era descrita por el paciente, cuando a su pedido, su mujer le acariciaba la espalda. Mientras ella lo hacía, él emitía gruñidos de placer, audibles para otras personas.

Si la parte del análisis a que nos referimos hasta ahora revelaba las condiciones remotas de la perversión del paciente, SU contacto parcial con el primer objeto y su sexualización, van a evidenciarse en la parte que sigue — especialmente a través de las fases de regresión productiva—, la desexualización de los objetos parciales y el inicio de la búsqueda del objeto total.

Hasta el momento actual, vimos en varias ocasiones COMO la sintomatología del paciente se prendía, en su determinación más remota, a disturbios intensos sufridos en el contacto epidérmico. Semejante concepción se volverá aún más obvia en la parte que sigue, donde el análisis puede ser caracterizado por la fase de desexualización de los pies.

El paciente llega a alcanzar, de manera general, la plena satisfacción sexual, teniendo necesidad de los pies apenas en el juego preparatorio de la relación sexual. Además, los pies fueron adquiriendo cada vez más la categoría de objetos de relación cariñosa. El paciente los besaba y los acariciaba, demostrando de esa manera la nostalgia del niño pequeño con el objeto bueno. Los actos realizados ponían en evidencia la búsqueda del contacto epidérmico. El paciente buscaba los pies de su mujer para apoyarse, calmarse y sentirse protegido. Por ejemplo, el paciente superó su insomnio durante días, en los cuales, por cualquier motivo, se sentía perturbado y deprimido, acostándose, en

la noche, en la cama de matrimonio, en posición inversa a la de la esposa, para sentir los pies de ella en el rostro. La frustración de este contacto era, a veces, ya temida durante el día, cuando la mujer usaba medias de goma, hecho registrado, confusamente, como hostilidad contra él. Después de un día de temida frustración del contacto bueno, el paciente se apoderaba de modo obsesivo de los pies. Cuando no conseguía esta unión, no dormía en toda la noche. La intensidad, a esta altura del análisis, de la búsqueda del contacto epidérmico, se manifestó cuando el paciente, con sensaciones de desamparo, apretaba los pies de su mujer contra sus propios párpados, partes corporales de alta sensibilidad. El paciente sentía en estas manipulaciones, a pesar de los dolores, algo de carácter calmante que le daba seguridad. El material siguiente, memorizado y resentido, en esta época, demuestra cómo la percepción óptica estaba, en el presente caso en correlación íntima con experiencias hechas en el contacto epidérmico:

En una situación tentadora con una mujer de la vida, de aspecto maternal, el paciente reaccionó, frente a un estímulo intenso para la relación sexual, con una inflamación ocular diagnosticada como conjuntivitis. Esta enfermedad, tratada sin resultados permanentes, y que se mantuvo durante algunos años, mostraba su determinación psíquica, en el aspecto simbólico, por la mejoría que se manifestó inmediatamente después del casamiento (conjunctio), y cuando él volvió, después de una larga ausencia, para la ciudad donde vivía la madre. Restos de conjuntivitis desaparecieron definitivamente cuando el paciente comenzó a sentir, durante el análisis, a la terapeuta, como objeto bueno. En otras comunicaciones alrededor de aspectos especiales de los ojos, el paciente dice que detesta los de tamaño grande (como los propios), prefiriendo ojos pequeños y que sentía una especial atracción por las mujeres que usan anteojos de lente grueso (hecho que no encontró ninguna justificación objetiva en las personas de las relaciones ambientales de la infancia o de la actualidad). Estas comunicaciones nos permiten aun otras comprensiones simbólicas. El paciente

necesitaba defenderse contra percepciones amplias y nítidas (aversión contra ojos grandes y preferencia por los de tamaño pequeño), especialmente como consecuencia de experiencias hechas en la relación con una madre, en sentido transfigurado, altamente miope, quien no percibió (vio) la necesidad que tenía su pequeño hijo de contacto de carácter protector.

El paciente trajo, en esta época del análisis, las siguientes anotaciones hechas por él, a veces en estado de intensa revivencia y muy ilustrativas para el tema en cuestión: “Cuando me dedicaba a colocar miga de pan humedecido en forma de masa, dentro del zapato de alguna joven, recuerdo cómo me gustaba examinarlo (es decir, verlo) después de pisado, con el fin de encontrar (¡ver!) las marcas de la piel de los pies. Cuando las encontraba (veía!), redoblaba mi placer. La sensación era de real **garantía de que el pie había estado en contacto con el pan, sin sombra de duda**. Parecería ridículo, porque si ella (la joven) había calzado el zapato, era claro que había pisado el pan; sin embargo, aun siendo así, sentía un placer mayor cuando veía las huellas. A veces me quedaba mirando mucho tiempo el pan. (El paciente cuando niño observaba durante horas los pies de la madre, pisando el pedal de la máquina de coser.) Cuando colocaba pan en el zapato de mi esposa, y entonces podía colocar bastante porque ella tenía conocimiento del hecho, lo ponía de manera que hubiese marca de los dedos y de los espacios entre ellos. Cuanto más blando el pan, mejor, pues así se moldeaba en él la forma del pie. Cuando la joven o la mujer se sacaba los zapatos por cualquier razón, tenía que levantarme y **encontrar una manera de mirar**, para asegurarme de que el pan continuaba ahí. A mi esposa le pedía que moviera los pies, que se sacara y se pusiera los zapatos, o se quedara con el pie a medio calzar dentro del zapato, de modo de poder mirar **el pie efectivamente en contacto con el pan**”.

Podemos concluir de estas comunicaciones y del hecho que el paciente no necesitaba más comer el pan pisado, que, elaboradas las determinaciones orales, aparecen con mayor nitidez las necesidades vitales de contacto epidérmico.

La correspondencia íntima entre percepciones ópticas y contacto epidérmico, se tornaba transparente, durante el proceso transferencial, de la siguiente manera: el paciente, que hasta entonces desviaba la vista de la terapeuta en la movilizaciones de contacto íntimo, sintió en el final del tercer año de análisis, en una ocasión en la cual estuvo muy conmovido, nostalgia de ser mimado, imaginando que si la terapeuta lo abrazase algunas veces, ya no sentiría más la necesidad de desviar los ojos. El material que sigue revela también la correlación entre percepción óptica y buen contacto en el plano transferencial y, sobre todo, cómo la sexualización de la relación emotiva encontró decisiva revisión:

El paciente se quejó de reacciones ftofóbicas perturbadoras, especialmente cuando dirigía su auto. En la primera parte del análisis, era frecuente la necesidad obsesiva del paciente de mirar los pies de las mujeres en la calle, cuando dirigía el auto, de tal manera que estaba en constante riesgo de perder el control de la dirección. Las reacciones ftofóbicas e imágenes correspondientes —resultado de la regresión compacta en que cayera el paciente— fueron interpretadas principalmente, en el sentido de que él, inundado de experiencias remotas hechas con el primer objeto, temía ver claro. En el transcurso de esta sesión, al final de la cual el paciente se sintió bien relacionado con la terapeuta, fue posible la alusión (11) en el sentido de que no sería imposible que las sensaciones ópticas específicas se modificasen luego. En la hora siguiente, el paciente comunicó como, cayendo en la reacción opuesta, no sufría más de sensaciones ftofóbicas, sino que, por el contrario, había pasado a necesitar mirar intensamente a las personas. Así le aconteció, según expreso, una cosa horrorosa”. Contó que vio en un restaurante a una mujer atrayente por su aspecto suave. Mirando excesivamente los ojos de la mujer, mientras proyectaba su necesidad interna, tuvo la impresión de que ella le correspondía. De repente, la mujer reaccionó con un ataque histérico, haciendo un escándalo al sentir repentinamente que le había faltado el respeto. Frente a este

acontecimiento, el paciente se quedó profundamente consternado; él, que se sintiera atraído apenas por el fantasiado aspecto suave de la mirada de la mujer, sin segundas intenciones, había sido rechazado de manera grosera. Tal fue la intensidad de la decepción del paciente, que en el mismo día provocó otro rechazo, ahora de su mujer. El trabajo interpretativo de ese material acentuó la revivencia de sensaciones y acontecimientos “de aquel tiempo”: el anhelo intenso de una mirada dulce, no encontrada en la madre ausente y rechazante; como también la revivencia y revisión en el plano transferencial. El aspecto de revisión, se evidenció en esta sesión cuando el paciente dice: “Yo, sé que buscaba sus ojos; pero ella, la mujer del restaurante, no era usted”.

El análisis del paciente demostró cada vez más, material que revelaba de manera ilustrativa, el presente tema: “Referente al significado del contacto epidérmico en la relación con el primer objeto”. La afirmación de nuestro concepto de que disturbios graves de contacto epidérmico corresponden no sólo a una parte básica de fijaciones orales, como también se reflejan en vivencias diferentes de las de carácter oral (1), encuentra apoyo también en el siguiente material. Una vez más el paciente expresó a través de imágenes, sensaciones y vivencias escritas por él (anotaciones traídas para la sesión), como se fueron modificando las manifestaciones de carácter oral-canibalesca (vide pág. 293), ya había hablado del orgasmo epidérmico sentido entonces, poco después, se manifestó la nostalgia intensa del contacto epidérmico con el objeto bueno y la prueba categórica de que él lo necesitaba.

El paciente escribió: “Fui a la playa con mi esposa. Estábamos solos. No me sentía bien. Un poco deprimido. Había pescado tres peces pequeños de piel lisa y brillante. Me vino la idea de que M. pisara los peces. No quise pedirselo. En vez de esto, puse una capa de arena por encima de los peces, disimulándolos. Me levanté y abracé a M. procurando conducirla para donde estaban los peces. Conseguí hacerlo hasta que ella los pisó. Sentí placer y excitación no sexual. Como por encanto la depresión desapareció. Me sentí alegre y animado. En la

vuelta para casa, coloqué los peces en el suelo del auto, al frente del asiento en que M. estaba sentada, con la esperanza de que los pisara. Ella estaba con unas sandalias de goma negra. No le pedí que los pisase. En vez de esto, le pedí que buscara mis cigarros en el asiento de atrás. Haciéndolo así, tendría que estirar las piernas y quizás pisase los peces. Fue realmente eso lo que aconteció. Al llegar a casa vi, con excitación, marcas de la suela de la sandalia en la piel del pez. Esto me causó placer, como si fuera una prueba indiscutible de que ella realmente los pisara”.

Comunicaciones como estas y otras similares, revelan en qué forma la revisión de las experiencias hechas en el remoto contacto epidérmico, intensificaron la búsqueda de las percepciones ópticas del paciente. Ese fenómeno demuestra la necesidad absoluta de controlar y garantizar (ver), lo que realmente fue percibido y sentido en el contacto epidérmico. Las intensiones del paciente al ver objetos pisados, ya no correspondían a una acción simbólica de carácter odioso y aniquilante como anteriormente,<sup>\*</sup> sino que, por el contrario, comenzaron a expresar la nostalgia y la garantía de obtener al fin el “sentido contacto bueno”. El paciente, que en plena actividad perversa colocaba miga de pan blanco en los zapatos de las mujeres, comiéndolo con intensas sensaciones sexuales, sintió en esta fase de profunda regresión productiva, una fuerte conmoción cuando vio en el pan pisado por su mujer, las líneas (engramas) epidérmicas del pie. La sensación del paciente al sentir el pan pisado en su mano correspondió a la de un bienestar en el contacto epidérmico.

La importancia decisiva del contacto epidérmico con la madre, considerando de manera especial la relación simbiótica de las primeras semanas de vida (12), ha sido remarcada tanto por las observaciones de Spitz, como por las de Harlow. Spitz relata en “Hospitalismo de la primera infancia” (13), cómo recién nacidos y niños de algunos meses, hospitalizados, en comparación con

---

\* Ver la insinuación del paciente para que la primera enamorada y su mujer pisaran y mataran pequeños animales de cáscara gruesa (escarabajos y tortugas).

niños de la misma edad no abandonados, manifestaron señales obvias de reacciones autísticas y depresivas, a pesar de recibir todo el cuidado necesario para un desarrollo biológico favorable. Como consecuencia de la correlación psicofísica, los abandonados mostraron también un desenvolvimiento físico retardado. Estas observaciones permiten concluir que figuras sustitutas, las enfermeras, que cumplían su tarea en una forma rutinaria, no como una función materna, no hacen posible, sobre todo, el contacto epidérmico en sus transmisiones y captaciones atmosféricas en el sentido de una muda comunicación y tranquila confirmación.

Harlow 114), relatando la forma correspondiente de hospitalismo en los **macacus Rhesus**, considera, de manera más concreta, la necesidad vital de contacto epidérmico, en los siguientes experimentos, a los que Spitz se refiere en “Contribución al autoerotismo” (4).

Primero: macacos de algunas semanas y meses, separados de las madres, criados en jaulas, mostraban un desarrollo satisfactorio si tenían a su disposición, una imitación materna de piel suave que era buscada por los pequeños animales como objeto para agarrarse [Anklammerungsobjekt (15)], especialmente en situaciones sentidas como amenazadoras. Segundo: otro grupo de macacos, del mismo tipo y edad, vivían en las condiciones correspondientes a las del grupo 1, y tenían a su disposición una imitación materna hecha de alambre con una fuente de leche visible (mamadera al alcance). En situaciones de susto y en las cuales los macacos pequeños parecían sometidos a sensaciones de desamparo, los del grupo 1 se agarraban a la imitación materna de piel suave, como si buscaran amparo, mientras los del grupo II no buscaban la fuente de leche (el seno de alambre), en situaciones correspondientes, sino que manifestaban reacciones de pánico.

Encontré una ilustración conmovedora de la importancia existencial del contacto epidérmico en el libro de Lois Crisler, “Aullamos con los lobos” (16).

---

Los Crislers, como revela la publicación, pareja apasionada por la naturaleza y por las criaturas primitivas, vivieron durante diez meses en la Antártica de Alaska, con el objetivo de conocer y establecer contacto con los lobos salvajes. Ellos encontraron lobos recién nacidos y los llevaron para su refugio con la intención de cría Lois Crisler describe la preocupación por conseguir la se vivencia de los recién nacidos, refiriéndose a una lobezna relación con su marido, en el siguiente párrafo: “Ella (la lobezna) estaba sentada de cabeza baja, vuelta contra la pared, y temblaba. Cris dice: «Ella quiere morir». El se tendió en cama con la parte superior de su cuerpo desnuda. Tomó la lobezna en sus brazos, apretándola contra su cuerpo desnudo y caliente. Después de dos horas, la lobezna obtuvo nuevas fuerzas para vivir, y, sediente, bebió leche. Poco después se aproximó gateando, de Cris, se arrastró para su regazo, le tiró la barba, le lambió el lóbulo de la oreja, terminando por dormirse una vez más en sus brazos”.

Nuestra hipótesis, de que las experiencias remotas he en el contacto epidérmico en la relación con el primer objeto son de decisiva influencia en las relaciones objetales, encuentra también confirmaciones en el lenguaje popular. La expresión “sentí un escalofrío”, corresponde a sensaciones epidérmicas que tanto pueden estar en función de un inmenso susto intensa repugnancia, como pueden también corresponder a profunda conmoción. Descripciones populares como “ellos de manos dadas”, “de cuerpos enlazados o confundidos”, se refieren a sensibles contactos epidérmicos, transmiten relaciones íntimas hasta el contacto absoluto. La necesidad del ser humano de “estar con el otro” [Mitsein (17)] en el aspecto de sentirse amparado, consolado, comprendido y conducido fleja el contacto epidérmico, en sus determinaciones remota dichos populares, como “lanzarse al cuello o a los brazos”, “si el brazo protector” y la “mano cariñosa, comprensiva y confiante”. El lenguaje popular describe, de



manera simbólica, personas de sensibilidad limitada, como paquidermos o callosos mientras que se refiere a las reacciones muy sensibles así: “en la flor de la piel”. Como la percepción sentida —la primaria percepción sensorial— ultrapasa, en la búsqueda objeto, la nostalgia profunda y la entrega incondicional de ser humano al “otro”, otras percepciones sensoriales, como por ejemplo, la visual, es ilustrada por la expresión popular “amor ciego. Dichos populares como “no puedo oler, oír o ver, cierta persona” (referencia a percepciones sensoriales), corresponden a aversiones menos intensas que la exclamación no soporto que me toque”. El lenguaje popular se refiere a reacciones psicósomáticas (lenguaje corporal) a través de denominaciones como, por ejemplo, “sentirse paralizado” en función de un susto intenso o de “sentirse helado o rígido como un muerto”. La declaración popular de “ser alérgico” a alguien con quien el individuo no tiene nada en común, refleja la importancia absoluta de contacto epidérmico en la relación objetal.

No sólo el lenguaje popular considera las percepciones hechas en el contacto epidérmico como teniendo consecuencias en las relaciones objetales. También el lenguaje de los poetas y filósofos lo hace. Como ejemplo tenemos la ilustración de Schopenhauer (18), a través de su parábola de los puercoespín, de como el contacto epidérmico se puede volver doloroso y llevar a una fría distancia.

## PALABRAS FINALES

En la literatura psicoanalítica encontramos consideraciones referentes al aspecto de experiencias hechas en el contacto epidérmico —sin clasificar las concepciones de categoría oral— por Isaacs (19), Winnicott (12), Lebovici (20), Alexander (21), Bowlby (22) y Krapf (23).

Las experiencias específicas hechas en el contacto epidérmico, en relación

con el primer objeto, corresponden, a nuestro criterio, como revela el caso presente, a influencias decisivas, tanto para la formación de la estructura como para la del síntoma. Creemos que la subordinación de las experiencias, hechas en el contacto epidérmico, a las de categoría oral, puede, limitando percepciones y diferenciaciones sensibles, limitar también, en cierta forma, el procedimiento terapéutico. No hay dudas de que las hipótesis levantadas necesitan sobre todo de mayor acervo de experiencias clínicas comprobantes. Pero de cualquier manera, podemos inferir que aquello que no fue concretamente sentido en el contacto epidérmico, contribuyó para la vaguedad de imágenes hechas en subsecuentes contactos humanos.

Traducción de **Gaby Kemper.**

## BIBLIOGRAFIA

1. KEMPER, K.A.— Anotações sôbre a determinação pregenital da perversão. “V Congresso Psicoanalítico Latino-Americano”, 2; México,1964.
2. FAIRBAURN, W.R.D.— “Estudio psicoanalítico de la personalidad”. Buenos Aires, Ediciones Herme.
3. SPITZ, R.— Desenvolvimento emocional do recém-nascido. “Bibl. Bras. de P.S.A.” Vol I 1960.
4. SPITZ, R.—.—— Ein Nachtrag zum Problem des transitional. “Stuttgart Klettverlag, Psyche”, 5; 1954.
5. WINNICOTT. D. W.—- Transitional Object Phenomeno.International Journal.P.S.A.“ XXXIV; 1953.
6. SECHEHAYE M. A.— Die symbolische Wunscherfüllung”. Bern Huber, 1955.
7. ERICSON, E. H.—“Kindheit und Gesellschaft”. Stuttgart, Klettverlag. 1961.
8. JUNG, C.G.— “ Wandlungenund Symbole der Libido”.Wien, Leipzig, Deuticke, 1932.
9. FREUD, S.— “Studium über Hysterie”, Vol.I.

10. GREENACRE, P.—Pregenital Patterning. “International Journal P.S.A.”.1933. Futher Considerations regarding fetishisme. P.S.A.Study of the child. 1955.
11. KEMPER, K. A.— L’interprétation par allusion. “Rev. Française de P.S.A.”, Vol. I; 1965.
12. WINNICOTT, D. W.—Promäre Mütterlichkeit. “Stuttgart, Klettverlag, Psyche”, 1960.
13. SPITZ, R.—Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. “The P.S.A. Study of the child”, Vol. I; 1945.
14. HARLOW, H. F.— Primary affectional Patterns in Primates. “Amer. J. Orthopsychiatry”, Vol XXX; 1960.
15. HERMANN, J.— Sich anklammern. Auf-Suche-Gehen. “Int. Z.P.S.A, Vol. XXII.
16. CRISLER, L.— “Wir heulten mit den Wölfen”.München. Deutscher.Tsachenverlang, 1962.
17. HEIDEGGER, M.— “Sein un Zeit Jahrbuch für philosophische u. phaenomenologische Forschungen”.
18. SCHOPENHAUER, A.— “Aforismos”. Citado por Freud: “Psicología das massas e do Ego”.
19. ISAACS, S.— The nature and Function of Phantasy. “International

Journal P.S.A.”, 1948.

20. LEBOVICI, S.— Die Aspekte der frühen Objektbeziehungen. “Stuttgart Klettverlag Psyche ”, April-Juni, 1956.

21. ALEXANDER, F.— Über das Spiel. “Stuttgart Klettverlang, Psyche”.

April—Juni. 1956.

21. BOWLBY, F.— Über das Wassen der Mutter-Kinder-Bindung. “Stuttgart Klettverlang. Psyche’. Vol XIII, 1959-1960.

22. KRAPF, E. — Über Kalte und Wärmeerlebnis in der Übertragung. “Stuttgart Klettverlang, Psyche” , 1956.

Consecuencias del fracaso de la  
defensa maníaca

VIRUINIA LEONE BICUDO\*

(San Pablo)

SUMARIO

- 1) DEFENSA MANIACA ACTUANTE EN EL DESARROLLO  
PSIQUICO Y EN LA ADAPTACIÓN AL PRINCIPIO DE LA  
REALIDAD
- 2) FRACASO DE LA DEFESA MANIACA Y CONSECUENCIAS  
PATOLOGICAS.
- 3) DETERMINANTES DEL. FRACASO DE LA DEFENSA  
MANIACA.
- 4) RESUMEN.

---

\* Mestre en Ciências Sociais .Membro Efectivo de la Sociedade Brasileira de Psicoanálise da Escola de sociología e Política, Instituto da U.S.P. Prof, de Psicologia de la Facultad de Ciencias Médicas de los Hospitales de la Santa Casa de São Paulo.

## **1) DEFENSA MANIACA ACTUANTE EN EL DESARROLLO PSÍQUICO Y EN LA ADAPTACION AL PRINCIPIO DE LA REALIDAD**

La ambivalencia que caracteriza particularmente al neurótico obsesivo deriva del hecho de que los síntomas obsesivos sirven al mismo tiempo a dos fines antagónicos. El neurótico obsesivo procura repetidamente una solución para sus conflictos por medio de la cual el Yo sea protegido de amenazas de aniquilamiento. Cuando, sin embargo, un ritual obsesivo se desvaloriza, puede suceder una de las tres hipótesis: 1) el establecimiento de un nuevo ritual; 2) una regresión patológica; 3) un aumento de “insight” seguido de nuevos patrones mas integradores.

Una de las características que nos parece peculiar de la defensa maníaca, no compartida con ningún otro mecanismo psíquico de defensa, consiste en el hecho de que al fracasar en su fin primordialmente protector, la defensa maníaca se adhiere a los fines del instinto de muerte, quedándose el individuo expuesto a fines destructivos. Con el objetivo de esclarecer este-punto de vista, deseamos en primer lugar conceptualizar la defensa maníaca, cuando bajo la primacía de la libido integradora, contribuye-, por consiguiente, a la función defensiva de preservar el desarrollo psíquico y las funciones del Yo en la adaptación del self al principio de la realidad.

Según Melanie Klein, durante el desarrollo psíquico la defensa maníaca actúa: a) a través de la negación de la realidad psíquica y, por consiguiente, del mundo exterior; b) a través de la omnipotencia de lo “bueno” que o se incorpora al Yo, idealizándolo, o que incorporado a los objetos, los idealiza; c) a través de

la omnipotencia de lo “malo” introyectado en el Yo o proyectado en los objetos externos, resultando en el primer caso en masoquismo y rebajamiento de la autoestima y, en la segunda circunstancia, en sadismo y denigración de los objetos.

La exaltación de las cualidades buenas del self o de los objetos para superar la amenaza proveniente de las cualidades malas del Yo y de los objetos, es la atmósfera emocional provista por la defensa maníaca durante todas las etapas del desarrollo psíquico.

Como sucede con todos los mecanismos psíquicos, la defensa maníaca es movilizada por la angustia conectada con fantasías inconscientes amenazadoras de la preservación del Yo, de los objetos. Durante la posición esquizoparanoide, las angustias más urgentes están ligadas a la preservación del Yo, predominantemente frente a las amenazas provenientes del instinto de muerte. En ese período del desarrollo, la angustia persecutoria del niño surge de las fantasías de ser devorado, chupado, vaciado, envenenado, ahogado, quemado. Debido a la identificación proyectiva, los objetos frustradores pasan a contener las partes malas del self, adquiriendo así las cualidades de objeto perseguidor. En esa situación, la defensa maníaca es movilizada para mantener omnipotentemente la proyección de cualidades negativas en los objetos y las positivas en el Yo. El “splitting” que predomina en ese periodo primitivo del desarrollo es entre el Yo y los objetos externos, en el sentido de que todo cuanto es deseable es sentido como perteneciendo al Yo y todo cuanto es indeseable es no-Yo. Así protegido por la defensa maníaca impidiendo la percepción de las realidades internas y externas, el Yo realiza las modificaciones necesarias para la sustitución gradual del principio del placer por el principio de la realidad con el mínimo de sufrimiento. En ese aspecto la defensa maníaca es comparable al dormir: el niño no soporta sino rápidos contactos con la realidad despertándose apenas para las lactadas y cuando despierta alterna entre contactos con la realidad psíquica y fuga en la defensa maníaca.



Las proyecciones y las reintroyecciones son los medios predominantes de comunicación entre el mundo interior y exterior del niño, a través de los cuales el aparato psíquico va estructurándose y diferenciándose en Yo, Superyo y objetos internos. Siempre que los estados de tensión aumentan, en el proceso de sustitución del principio del placer, se acentúa el recurso a L defensa maníaca, esto es, la negación y omnipotencia.

A pesar de estar protegido por los mecanismos psíquicos, el Yo tiene que tolerar un quantum de tensión y de angustia debido a las cualidades del Ello incompatibles con la realidad externa, tales como el determinismo de los impulsos en la búsqueda de satisfacción, sin reconocimiento sobre sus fines (vida-muerte) sin noción de tiempo. La omnipotencia del Ello, regido por el principio del placer, condiciona frustraciones inevitables y el Yo tiende a acusarse de inferioridad y de incapacidad, sentimientos de los que se libra a través de la identificación proyectiva, en tanto que valiéndose de la defensa maníaca consigue librarse de sentimientos de culpa.

Con el progreso alcanzado por la percepción de la realidad total de los objetos, el sentimiento de culpa entra en la esfera perceptiva, pero en forma de angustia persecutoria. Idealizado por la defensa maníaca, el Yo se siente víctima del egoísmo, de la envidia y de la voracidad de los objetos, que le inculcarían culpa para así forzar al Yo a beneficiarlos. Bajo esa protección de la defensa maníaca, el self consigue superar las angustias ligadas a la culpa persecutoria, abriendo así camino para soportar las culpas del Yo por sus ataques contra lo bueno y asegurándose del miedo a la pérdida por la activación de mecanismos reparatorios. Las angustias definidas por el miedo del Yo a proseguir en sus fines de reparación atenúanse por la defensa maníaca a través del optimismo que se extiende del Yo a los objetos. En re-sumen, de acuerdo con las contribuciones de Klein, durante la posición esquizoparanoide la defensa maníaca proporciona condiciones internas para la tolerancia de las angustias paranoides, mientras que en la posición depresiva la actuación de la defensa

maníaca hace posible tolerar las angustias ligadas al miedo de perder el objeto amado. Hasta aquí, por tanto, estuvimos describiendo el papel de la defensa maníaca imbricada con otros mecanismos de defensa movilizados para los fines de crecimiento normal. Pasamos a considerar las consecuencias del fracaso de la defensa maníaca.

## **2) EL FRACASO DE LA DEFENSA MANIACA Y SUS CONSECUENCIAS PATOLOGICAS**

Por condiciones endógenas y/o exógenas, puede formarse un Yo débil para tolerar la angustia, así como los mecanismos de defensa pueden fracasar en su objetivo económico. El fracaso de las defensas psíquicas en la posición esquizoparanoide, deriva en el predominio de impulsos destructivos amenazadores para un Yo narcisista y en el hecho de mantenerse, en gran parte, bajo el dominio del principio del placer en confabulación con un Superyo deformado. Por la exclusión maníaca del principio de la realidad y consecuentemente por los ataques destructivos dirigidos contra capacidades y funciones del Yo, el self es expuesto a peligros reales. Acompañando al fracaso del *Yo*, del Superyo y de mecanismos de defensa, la defensa maníaca se adhiere al instinto de muerte, en el sentido de que la negación y omnipotencia pasan a actuar en favor de fines destructivos. Un apoyo a este punto de vista, que haré más explícito, es encontrado en la literatura psicoanalítica en trabajos sobre la manía, hipomanía y sobre la psicosis maníacodepresiva. Los autores que en el pasado estudiaron la manía, la calificaron como un estado de excitación anormal, de furor, de irresponsabilidad, en que los enfermos se consideran como el centro del mundo. Las características apuntadas por los estudiosos del pasado ya daban evidencias sobre la destructividad del maníaco, su narcisismo, la negación de la realidad y el sentimiento de omnipotencia en el Yo o en los

objetos.

Con el desarrollo del psicoanálisis se ampliaron los conocimientos sobre la defensa maniaca. Explicando el placer del chiste, Freud lo definió como consecuente a la liberación de energías sometidas a inhibiciones, lo que fue básico para su formulación de la manía en “Duelo y melancolía”. En su trabajo “Totem y tabú”, consideró los ciclos de la horda en función de los ciclos maníacodepresivos, correspondiendo la sumisión de la horda al tabú, a la depresión y la rebelión, y la fiesta a la manía. Vio en la manía la expresión de un triunfo, por la fusión del Yo con el Superyo, sobre el objeto causador de sufrimiento, al cual una vez destruido, el Yo se dispone a abandonarlo.

Los elementos que Freud puso de relieve, fueron el placer por la liberación de energías prohibidas, motivando sentimientos depresivos o maníacos; la fusión entre Yo y Superyo y el narcisismo en el triunfo sobre el objeto destruido, concluyendo que se trata del placer ligado al triunfo por la liberación de energías destructivas, atacando el self a través de la depresión patológica o proyectivamente a través de la manía. Cuando Freud dice que la manía es un triunfo sobre el objeto destruido, podemos agregar que la depresión es un triunfo de los objetos atacados sobre el Yo. El triunfo tiene siempre un sentido destructivo.

Algunos autores definieron la manía dando énfasis a la regresión al principio del placer. Entre ellos Ferenczi, Saussure y Katan.

Katan discute el problema de la reparación en el proceso maníaco bajo la vigencia del principio del placer. Aquí se hace necesario distinguir entre el proceso maníaco y la defensa maniaca como proceso normal, considerándose el primero como un fracaso del mecanismo, razón por la que el resultado es la enfermedad y no la reparación. La regresión al principio del placer en el proceso maníaco, no solamente se opone al principio de la realidad, sino también a los fines de la reparación. En el proceso maníaco, el enfermo está dominado por la fantasía de matar los objetos perseguidores, subyaciendo la angustia perse-

cutoria. Así se realizan los fines del instinto de muerte, esto es, de satisfacer con placer la fantasía de morir sin perseguidores; y cuando se halla bajo un estado de depresión mórbida, el suicidio puede ser la satisfacción del instinto de muerte por la actuación de la fantasía de morir sin culpa. Tanto en el homicidio violento o a largo plazo, como en el suicidio, la muerte triunfa sobre las fuerzas de la vida.

Radó y Helena Deutsch destacaron el narcisismo como factor de mayor importancia en el maníaco y en el depresivo. Para Radó la manía es la satisfacción de deseos narcisistas, por medio de la técnica oral, procurando aumentar la autoestima de un Yo narcisísticamente injuriado. Podemos ver que este concepto implícitamente se refiere al sadismo oral contra el Yo, visto que la autoestima injuriada sólo puede derivar de autodepreciación. De acuerdo con Radó, la necesidad de satisfacción narcisística del depresivo, lo convierte en dependiente del objeto amado para la satisfacción de su autoestima y menos dependiente de sus realizaciones. Considera el hambre como el punto de fijación más profundo de las depresiones, encadenándose en sucesión los sentimientos de pérdida, rabia, culpa expiatoria, perdón, configurando así la situación de la crianza: hambre, rabia, amamantamiento. El punto de fijación en la manía está en el placer interno de ser amamantado, creando un tipo indiferenciado del objeto que lo satisface.

Helena Deutsch, señalando la tendencia del maníaco para vivir narcisísticamente como si no hubiese muerte y así volver a la eternidad, nos da elementos para ver en la regresión narcisística la negación de la realidad que conduce a la satisfacción del propio contenido negado, esto es, el deseo de morir, pues vivir como si no hubiese muerte es paradójicamente descuidar la vida.

Varios autores destacaron el papel del instinto de muerte o de los impulsos destructivos en la psicosis maníacodepresiva. Federn afirma que en la melancolía el instinto de muerte acrecienta su cualidad destructiva al dolor, y

aumentando el sufrimiento crea el peligro de suicidio. En contraste con el melancólico, dice Jacobsen, el maníaco expulsa sus objetos interiorizados y vive el conflicto fuera del campo psíquico. De acuerdo con Chattergi, el maníacodepresivo tiene necesidad de subyugar su debilidad causada por la fantasía de que fue desprovisto por la madre. Esta fantasía es compensada por la incorporación oral-sádica de la madre agresiva; si lo hace con éxito, resultará el estado megalomaniaco en caso contrario, la agresión será dirigida contra el self. El deseo de muerte proyectado, forma los delirios persecutorios, y cuando es reintroyectado se traduce en el delirio de ser envenenado, en la fantasía de regresión intrauterina, etc.

La pérdida del objeto externo como factor desencadenante del episodio melancólico, fue punto de vista de Freud, Abraham, Klein y de otros. Schilder, refiriéndose a las consecuencias de la pérdida, afirmó que toda vivencia desagradable priva primero al Yo de cargas emocionales y provoca un sentimiento de insuficiencia y rebajamiento. Se considera que tal vivencia significa la pérdida de objetos y de partes del Yo. La oscilación, por consiguiente, entre estado depresivo e hipomaniaco, a nuestro modo de ver, depende de la angustia más actuante: cuando el self se siente deprimido, angustiado por la pérdida del objeto amado, la defensa maníaca consistirá en la idealización del objeto y denigración del Yo, y cuando la angustia es por la pérdida de partes del Yo, la defensa maníaca estará inflando el Yo, idealizándolo y concomitantemente denigrando los objetos. El fracaso de la defensa maníaca existe en las dos situaciones, pues en ambas el Yo está desprotegido, sea en la melancolía, cuando sus capacidades son atacadas internamente, sea en la hipomanía, cuando es atacado externamente por la desvalorización de los objetos, sea cuando el Yo se alía al sadismo del Superyo, tornándose melancólico, sea cuando se alía a los impulsos del Ello desenvolviéndose la manía.

El papel del instinto de muerte ligado a la defensa maníaca, puede ser

también claramente deducido de lo que escribió Durval Marcondes cuando al tratar de la comprensión psicoanalítica de la manía, afirmó: “la manía es un sistema de Yo inflado, omnipotente, lidiando con falsos objetos, débiles y desvalorizados...”

Ese proceso de desvitalización es uno de los ingredientes significativos de la omnipotencia y en la manía tiene un papel de la más alta relevancia. La manía es una de las técnicas de reducción del objeto al estado de cosa... El maniaco roba al otro su humildad y juega con ella degradándola y matándola”.

La aproximación al problema desde el punto de vista estructural ha sido hecha por varios autores, comenzando por Freud, que explica la manía como el resultado de la fusión del Superyo con el Yo. Refiriéndose al punto de vista estructural, Abraham calificó el Superyo como severo en la melancolía y flojo en la manía. Así, dice Abraham, la retirada del Superyo en la manía permite al narcisismo entrar en una fase positiva de placer y al Yo, no consumido por los objetos introyectados, volverse para el exterior. Este acto placentero de tomar nuevas impresiones, está relacionado con un acto igualmente placentero de evacuarlas tan luego las haya recibido.

Fenichel destacó el triunfo como característica de la manía y la mala conciencia como característica de la depresión. El triunfo es tanto más intenso cuanto más rápida la transición de sumisión a la libertad, a través de la cual el Yo recobra el dominio sobre el Superyo o se une a él en la participación de su poder. Radó también consideró la melancolía como el resultado de un Yo desesperado, sometido a un Superyo visto como pecho bueno desaparecido. En tanto el pecho bueno es introyectado en el Superyo, el pecho malo es introyectado en el Yo. El ataque maniaco expulsa el objeto malo por un acto anal y así el Yo permanece libre de su amor masoquista.

Según Saussure, en la manía verdadera hay una regresión del Superyo y entonces el Ello fluye sin resistencia dentro del Yo, quedando regido por el

principio del placer y por consiguiente habiendo una fusión entre el Yo y Superyo. Vemos en esta circunstancia en que el Ello fluye en un Yo regido por el principio del placer más una fusión entre el Yo y el Ello, que entre Yo y Superyo. Como causa de la depresión mórbida, Helen Deutsch, considera la sensación de pérdida debida al funcionamiento relativo del Superyo. Definió la felicidad originándose en la creación de la unidad Yo no-Yo, siendo al Yo indiferente con quien realiza esa unión, si con las tendencias instintivas o con su Superyo, situación ésta alcanzada por la fuerza fijadora de la libido. Diríamos, todavía, que el resultado no es el mismo para el Yo.

Entre los autores que estudiaron la defensa maníaca, Elizabeth y Ángel Garma, llamaron la atención sobre el aspecto particular de la defensa maníaca atendiendo a los fines del instinto de muerte por intermedio de un Superyo engañoso. Sobre el asunto, Garma se pronuncia en los siguientes términos... “Las fiestas o triunfos maniacos constituyen un engaño en los comportamientos aparentes del Yo, por la liberación del dominio del Superyo, porque son sólo liberaciones aparentes y que, además de esto, tienen como finalidad esencial y no solamente como consecuencia accidental, imponer al Yo renuncias de realizaciones libidinosas y sufrimientos tanáticos, por sumisión del Yo a un Superyo muy sádico... En todos los síntomas maniacos existe un doble placer del Yo: el de la sumisión masoquista a su Superyo y el haber encontrado una fórmula engañadora, de apariencia libidinoso, que permite al Yo realizar lo anterior, sin que -su parte consciente, que ansía bienestar, lo perciba. . .

El autoengaño del Yo parece ser característico de la manía y de otras neurosis con comportamiento maniaco. En resumen, Garma concluye que una de las fuentes de los autoengaños del maníaco proviene de las racionalizaciones estratificadas culturalmente y transmitidas a través de las generaciones, apoyadas por el instinto de muerte y sus derivados como envidia oral primaria y no integrada. La conceptualización de Garma es una contribución valiosa, evidenciando y haciendo énfasis en el aspecto engañoso de la defensa maníaca

fracasada.

Contribución de alcance profundo que caracteriza una posición maníaca anterior a la posición esquizoparanoide, encuéntrase en los trabajos de Matilde y Arnaldo Rascovsky. En la posición maníaca, afirma Rascovsky, encontramos un conjunto de mecanismos básicos para la relación con el mundo interno inicial y que después serán complementados para la integración con la realidad exterior, partiendo de la posición esquizoparanoide. “Cuando un grado suficiente de esta integración se vuelve imposible o las exigencias narcisistas del Yo exigen el abandono de la realidad exterior, resurgen estas formas soterradas de adaptación primitiva de funcionamiento inicial... Creemos que esta negación (del feto) o desconocimiento inicial de la realidad exterior, constituye un prerequisite indispensable para favorecer el desarrollo ontogénico y además de eso fundamenta la mayor parte de los mecanismos concomitantes de este período, tales como omnipotencia, idealización, etc. Esta cualidad perceptiva (de carácter visual interno) predomina totalmente en la posición maníaca... El proceso secundario y la mayor parte del Superyo, resultante de la introyección de los objetos externos, no existe todavía en la situación fetal, ya que toda la influencia sobre el Yo es ejercida por el Ello”.

Los trabajos de Rascovsky traen valiosos esclarecimientos para comprender la manía como fenómeno regresivo a través del cual se da una fusión entre el Yo narcisista y el Ello. A nuestro modo de ver, la regresión patológica deriva del fluir el Ello dentro del Yo, contaminándolo con sus características de omnipotencia, de omnisciencia, de determinismo absoluto y atemporal, en procura de satisfacciones instintivas (principio del placer), en cuanto al principio de la realidad es descuidado y los objetos son despreciados como inexistentes. Según Rascovsky, la manía es el retorno a la omnipotencia fetal. De acuerdo con ese punto de vista, vemos al maníaco actuando como si todo en la realidad exterior estuviese provisto para las satisfacciones del Yo, razón por la que se comporta como si fuese omnisciente y omnipotente, cualidades éstas que caracterizan los



impulsos instintivos que sólo reconocen el “conocimiento” y la potencia otorgados filogenéticamente y ontogenéticamente.

### 3) DETERMINANTES DEL FRACASO DE LA DEFENSA MANIACA

Como es característica de todo mecanismo psíquico, la defensa maníaca primariamente es movilizada por angustia y por los fines de la libido, con el sentido de preservar el Yo y los objetos, de lo que depende la sobrevivencia. Aliada a otros mecanismos psíquicos de defensa predominante en cada etapa del desarrollo psíquico, la defensa maníaca a través de la negación y de la omnipotencia provee el ambiente emocional interno necesario para disminuir la tensión.

Estímulos internos, regidos por el principio del placer y presiones externas regidas por el principio de la realidad causan en el Yo, desde el inicio, un estado de tensión y de angustia ligados a fantasías inconscientes. Son las fantasías inconscientes acompañadas de angustia, las que movilizan los mecanismos de defensa

Los procesos de crecimiento y de madurez psíquica implican la formación de un Yo capaz de tolerar un quantum de angustia por frustración, para aceptar la sustitución del principio del placer por el principio de la realidad. Siendo el principio del placer resultado del imperativo absoluto de los impulsos instintivos, su modificación depende de la evolución de la libido. El predominio del instinto de muerte y sus derivados, como la envidia y la voracidad, impiden el progreso de la libido, consecuentemente manteniéndose el Yo eminentemente narcisista y bajo la regencia del principio del placer. Si primariamente el principio del placer rige tanto los instintos de vida como el de muerte, puede tornarse precozmente cualidad negativa cuando la defensa maníaca, fracasando,

se alía solamente al instinto de muerte y a sus derivados. Como consecuencia de esta conexión, la sobrevivencia se torna amenazada, desde que la regencia del Yo por el principio del placer pasa a corresponder a la realización de los fines del instinto de muerte, contrariamente a la regencia del principio de la realidad que conduce a la realización de los fines de la libido.

Es específico del fracaso de la defensa maníaca su adhesión al principio del placer ligado al instinto de muerte y a las cualidades del Ello, tales como la omnipotencia, el absolutismo y la omnisciencia de los impulsos instintivos, la inexistencia del sentido del tiempo y espacio. A través de la negación de la realidad, a través de la omnipotencia, del triunfo y del desprecio por lo relativo, la defensa maníaca, en su proceso patológico, valoriza precisamente las fantasías inconscientes derivadas de las cualidades del Ello y particularmente del instinto de muerte, las cuales enmascaradas de fines libidinosos se infiltran en el Yo (enfatuado o denigrado), en el Superyo (sádico o perfeccionista), en los objetos (denigrados o idealizados).

Los puntos de fijación de la libido determinan si la manía se refiere a la angustia por un Yo narcisísticamente perseguido (por objetos proyectivamente identificados como envidiosos y voraces) o si está ligada a un Yo denigrado por sentimientos de culpa proyectivamente impuestos por objetos idealizados. Prevaleciendo la fijación de la libido narcisística, la manía parece favorecer las satisfacciones de un Yo egoísta, arrogante O humillado en la melancolía, en consonancia con un Superyo sádico y perfeccionista. Aquí nos fundamentamos en las conclusiones de Garma, que nos esclareció sobre la adhesión de la manía, en la realización de los fines del instinto de muerte, con un Superyo comprometido, que bajo la apariencia de estar al servicio de fines libidinosos engañosamente lleva al Yo placenteramente a satisfacer el instinto de muerte.

El proceso de los mecanismos psíquicos de defensa, dejando el Yo y sus objetos expuestos a la destructividad del instinto de muerte y sus derivados, constituyen una de las causas de los disturbios psicógenos. De acuerdo con

Freud, la enfermedad psíquica en general es al mismo tiempo una lucha por la cura. Así, por ejemplo, en la esquizofrenia, cuando el mecanismo de división (splitting) fracasa en separar amor de odio, el splitting continúa actuando a través de la fragmentación en partes minúsculas del Yo y de los objetos, con el intento de disminuir las angustias del Yo de aniquilamiento por objetos fantaseados como teniendo proporciones descomunales. Este recurso alivia al Yo durante un período, no consiguiendo, sin embargo, impedir que el Yo sea inundado por la angustia de aniquilación por una cantidad infinita de minúsculos perseguidores. Cuando todavía se trata del proceso de la defensa maníaca (regresión, negación y omnipotencia), la tentativa de cura, a nuestro modo de ver, no se da porque, una vez fracasada, la defensa maníaca se alía a los fines destructivos, conforme ya intentamos demostrar. El Yo es expuesto a peligros por la defensa maníaca fracasada cuando: la negación es simplemente un ataque a la percepción, la omnipotencia sustituye el principio de la realidad y el principio del placer se liga a los fines del instinto de muerte bajo la severidad de un Superyo sádico, perfeccionista y engañador.

#### 4) RESUMEN

Pensamos haber dejado claro nuestro punto de vista sobre:

1) Una distinción entre las características de la defensa maníaca cuando está al servicio de los fines de la libido durante el desarrollo psíquico (así como en toda la vida del individuo) y las características de la defensa maníaca cuando fracasa en sus fines de preservar la vida del Yo y de los objetos. Como mecanismo psíquico operando normalmente, la defensa maníaca concurre para disminuir los estados de tensión y de angustia persecutorias durante la posición esquizoparanoide y angustias depresivas en la posición depresiva. En condiciones patológicas, la defensa no solamente fracasa en su objetivo de preservar la vida del Yo y de sus objetos, sino que los expone a peligros.

2) Son factores determinantes del fracaso de la defensa maníaca, la negación y la omnipotencia cuando operan para el triunfo del instinto de muerte, como consecuencia: de la regresión de la libido al narcisismo, del restablecimiento del principio del placer, predominando sobre el principio de la realidad, de la sumisión del Yo a un Superyo arcaico, por eso sádico y perfeccionista.

3) Lo que tiene de peculiar, a nuestro modo de ver, el fracaso de la defensa maniaca, es que esta defensa pasa a servir a los fines del instinto de muerte y del principio del placer, y como dice Garma: en complicidad con un Superyo engañador y, de acuerdo con Rascovsky, en consecuencia de una regresión a la posición maníaca.

## Las educción en la psicopatía

OLGA ALFONSO, LAURA A. DE DEMARIA,

AIDA FERNANDEZ, CARLOS MENDILAHARSU,

VIDA M. DE PREGO, LUIS E. PREGO, CELIA P. DE PIZZOLANTI,

GLORIA M. DE PIZZOLANTI y CARLOS SOPENA

(Montevideo)

Diversos autores que se han ocupado de investigar la estructura de la psicopatía, han descrito una serie de características cuya coexistencia permite su individualización.

Queremos enfatizar aquí una de ellas, que consideramos muy frecuente en estos enfermos y a la que adjudicamos importancia porque compromete de modo muy directo la labor del analista: nos referimos al poder de seducción de psicopático, con el que logra manejar de un modo muy particular a las demás personas y eventualmente a su terapeuta.

La hipótesis de nuestro trabajo es que de esta manera el psicopático trata de establecer una defensa frente a sus núcleos envidiosos. De ahí su necesidad de ubicarse en el papel de actor omnipotente, o de hacer actuar al otro —actuar a través del otro— por identificación proyectiva, un personaje inerme, fascinado (y/o horrorizado) que es como si fuera una parte de sí mismo.

Se ha insistido en afirmar que ciertos pacientes captan, de modo más o menos consciente, los intereses o gustos personales del analista, lo que puede

reflejarse en el tipo de material que aportan. Pensamos que el psicopático está permanentemente al acecho de estos “puntos débiles”, con el propósito de seducirlo y paralizarlo. Es el caso de un paciente que al regreso de un viaje al extranjero, narra la visita que realizara a una importante exposición de máquinas, con el fin de adquirir algunas para su empresa. Las describe con lujo de detalles y reiteradamente ofrece al terapeuta la posibilidad de verlas, poniéndolas a su disposición para cualquier trabajo que deseara realizar. Llama la atención esta insistencia por cuanto su analista tenía un interés muy especial en este tipo de máquinas (hecho que el paciente desconocía), por lo que lamentó no poder aceptar el ofrecimiento.

Suponemos que mediante esta actitud el paciente quería evadirse de una situación de tensión interna que le resultaba intolerable. Un rasgo típico del psicopático es su necesidad de descarga inmediata de las tensiones, mediante una actuación en la que faltan los procesos simbólicos del área mental y cuyos efectos recaen, predominantemente, en los demás. Por el empleo de un proceso de identificación proyectiva masiva, el paciente psicopático suele establecer una relación que puede volverse esclavizante para el analista.

Veamos algunos ejemplos que consideramos ilustrativos, extraídos del material de psicopáticos en tratamiento analítico. El paciente B es un hombre de 24 años, que por encontrarse en situación económica precaria —lo que le hacía difícil el pago de honorarios— hablaba de deshacerse de cosas valiosas, disponiéndose a vender, también, varias monedas de oro. Da detalles de los trámites que debe realizar, de las preocupaciones que tuvo, etc., y aparece entonces en su analista el vehemente deseo de comprárselas, como si quisiera retener algo que siente que se pierde. Relatando posteriormente su sentimiento contratransferencial, refiere haber sentido que “un río de oro se estaba perdiendo”.

Otro caso: C, de 14 años, traía en un bolsillo del pantalón, en muchas oportunidades, un puñado de dólares revueltos y arrugados. Habitualmente, jugueteaba con ellos durante todo el tiempo de la sesión, mientras los ofrecía en

venta al analista, rebajando el precio para tratar de convencerlo, o bien hablando de llevarlos a un cambista amigo para obtener la mejor cotización de plaza. En un momento dado, luego de intentar deslumbrarlo —como lo hacía regularmente— hablando de grandes cantidades de dinero, de cajas con monedas de oro, etc., el analista sintió, de una manera inundante, que C tenía en su bolsillo una enorme moneda de oro, muy luminosa, que podía obtener fácilmente y por mitad de precio. Fue un sentimiento tan intenso como fugaz. El terapeuta tomó conciencia del hecho, aunque tuvo tiempo de fantasear la actuación viéndose con la moneda en su poder. ¿Qué sucedió en ese momento en la relación bi-personal? El analista asumió la parte voraz, envidiosa de C, experimentando el impulso de apoderarse del objeto idealizado. De inmediato se sintió invadido por una oscura vivencia de horror; esa moneda resplandeciente lo destruía como analista, era el objeto perseguidor destructivo que lo aniquilaría con sólo tocarlo.

También el paciente C, quien a pesar de su corta edad posee dotes excepcionales para la pintura, trajo a su analista, en varias oportunidades, cuadros realmente hermosos. Sin embargo, predominaba en ellos, un color marrón sepia, que había logrado mediante la mezcla de ciertos materiales —una invención suya— y que representaba heces omnipotentemente destructivas. La envidia de C era muy evidente, tanto a través de sus relatos como de sus actos. En el curso de pocas sesiones destruyó a dentelladas tres relojes de pulsera y en una ocasión, arrebató el cuaderno de apuntes del analista y lo destrozó, comiendo algunos de los pedazos y colocando los otros entre sus ropas.

En este ejemplo, como en los anteriores, el paciente quería postularse a sí mismo, como objeto magnificado en sus aspectos idealizado y perseguidor y ubicar en el analista el papel del niño hambriento y horrorizado. En el mismo momento en que C trataba de fascinar al analista exhibiéndole unos preciosos zapatos nuevos, pisoteaba el diván, rayándolo y ensuciándolo.

## RESUMEN

Planteamos, como hipótesis que surgieron a través de vivencias contratransferenciales en el análisis de algunos pacientes psicopáticos:

a) Que la seducción del analista, que intenta el psicopático, es un mecanismo de defensa que le permite ubicarse en el papel de objeto digno de envidia y depositar en el terapeuta su parte envidiosa, resultando así destructivo para el objeto, bajo la apariencia de algo muy apetecible.

b) Que esta seducción —de características especiales— es posible porque pone en funcionamiento micro-núcleos-psicopáticos del propio analista, lo que configura una situación similar a la que ocurre en las elecciones de objeto de tipo narcisístico, donde la atracción tiene lugar porque el otro —el objeto— representa algo de lo que se quisiera ser, o más bien, de lo que fue —o es— una parte de uno mismo.

Siguiendo a Freud, también podemos decir de estos pacientes, que... “Análogamente, en la literatura, el tipo del criminal célebre y el del humorista, acaparan nuestro interés por la consecuencia narcisista con la que saben mantener apartado de su Yo todo lo que pudiera empequeñecerlo. Es como si los envidiáramos **por saber conservar un dichoso estado psíquico, una inatacable posesión de la libido, a la cual hubiéramos tenido que renunciar por nuestra parte**”.



## BIBLIOGRAFIA

FREUD, S.— “Los delincuentes por sentimientos de culpabilidad”. Obras completas. T. XIII. Ed. Americana. Buenos Aires.

FREUD, S.— “Introducción al narcisismo” . Obras Completas, T. XIV. Ed .Americana, Buenos Aires.

GRINBERG, L.—Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XV N° 4; 1958.

GRINBERG, L.—Psicopatología de la identificación y contraidentificación proyectivas y de la contratransferencia. “Rev. de Psicoanálisis”, T. XX: N° 2; 1962

KLEIN, M.— “Envy and Gratitude”. Ed. Tavistock Publications, 1957.

Características de la relación con el analista  
en algunos pacientes psicopáticos

OLGA ALFONSO, AIDA FERNANDEZ  
GLORIA M. DE PIZZOLANTI, LUIS E. PREGO SILVA. VIDA M. DE  
PREGO y CARLOS SOPENA

(Montevideo)

El propósito que nos determinó a presentar este trabajo es el de tratar de esclarecer el carácter de la relación que el psicopático establece con el analista, basándonos para ello en el material clínico recogido durante el tratamiento analítico de algunos de estos pacientes.

En cuanto el psicopático no se considera un enfermo, no podemos pensar que recurra o admita que se le envíe al analista para tratarse. Cabe preguntarse entonces, qué buscan estos pacientes en el análisis y qué pretenden hallar en la persona del analista; lo que equivale a decir: cuál es el vínculo que han de establecer con él.

Uno de los rasgos que caracteriza a estos pacientes, es el uso excesivo de la omnipotencia, como mecanismo de defensa, mediante el cual compensan sus múltiples incapacidades y limitaciones. Mientras puedan valerse de esta defensa, el analista poco o nada tiene que ver con ellos, siendo solamente depositario de aspectos destruidos-desvalorizados, pero que pueden, en un

momento del tratamiento, presentarse como muy perseguidores, y haciendo surgir ansiedades persecutorias. Tratarán entonces de establecer con él una “alianza psicopática” con cuya ayuda piensan que serán capaces de enfrentar y manejar a los demás en quienes masivamente son proyectadas sus partes necesitadas.\*

Mientras tanto, la parte del paciente que procura el establecimiento de la alianza psicopática es la que seductoramente simula analizarse y conquistar así el interés y la adhesión del analista.

San los “regalos” que le hacen a éste y que no se limitan a mostrar capacidad de “insight”, colaboración e interés por el tratamiento, sino que también, procuran atraer al análisis a otros miembros de su grupo, los que representan para el paciente sus propios aspectos enfermos.

Sin embargo, pronto se reconoce que más que capacidad de “insight”, se trata de un falso o pseudoinsight; en vez de colaboración hay una aparente participación en el trabajo y que su convicción en los beneficios del análisis, que procuran hacer extensivos a otros, no es tal, sino que les sirve para engañar, frustrando al analista. Es el caso del paciente A, que en una sesión en la que manifestó mucha ansiedad porque se había peleado con la madre, expresó que ésta no lo comprendía, que estaba loca, que lo atacaba siempre. Formula entonces la siguiente fantasía: “Usted me interpreta a mí, pero sería muy bueno que mi madre viniera a atenderse también. Que se acostara en el cuarto de al lado, en otro diván, con equipo trasmisor. Usted, hablaría con un micrófono y los dos escucharíamos lo que usted dice; a ella le haría mucha más falta”.

---

\* Uno de los autores de este trabajo denominó “alianza psicopática” a aquellas situaciones en las cuales el paciente considera que ha conseguido comprometer al analista con un material que une desde ese momento a ambos. En ese caso, el paciente era un delincuente que había estado en prisión por los delitos de los que se confesó autor. Sin embargo, le refirió a su analista otros delitos que la Justicia desconocía, y luego agregó: “Ahora usted conoce algo que lo convierte en mi cómplice; ocultándolo, es un encubridor”.

Si esta situación no ha sido comprendida a tiempo, y, por lo tanto, no es adecuadamente interpretada, tan pronto como sientan la amenaza de enfrentarse con sus aspectos necesitados e indefensos (endebles), transformarán toda la situación para asegurar el fracaso del analista y de quienes creyeron en el tratamiento.

Ilustraremos con algunos ejemplos clínicos esta situación:

El paciente A, de 15 años, fue llevado al análisis por una clara conducta antisocial con hurtos reiterados y fugas del hogar. En un período de su tratamiento, caracterizado por una aparente buena relación con su analista, se preocupó durante varios días del regalo que deseaba hacer a su madre, con motivo de su cumpleaños, así como también de la fiesta que quería que el padre preparara por ese motivo. Ese día, a la hora del almuerzo, la madre descubre que le falta determinada cantidad de botellas de whisky que habían sido sustraídas por el hijo y vendidas a diferentes familias, dentro del edificio de apartamentos en el cual viven.

La buena relación con el analista-madre, el insight progresivo que estaba mostrando en sus dificultades de relación, se quiebran sorpresivamente con esta actuación, mantenida en secreto. De esta manera, destruye una vez más el establecimiento de la unión objetal que se trataba de realizar.

Una situación similar, es decir, de aparente buena relación con el analista, se repite en el caso de un joven, también llevado al tratamiento por numerosos robos (por los cuales estaba en un reformatorio) y que trataba de volver al lado de su madre. Cuando se logra que ésta lo acepte nuevamente en el hogar, el mismo día en que es llevado a la casa, roba una sevillana, forzando un mueble de la madre, por lo cual es conducido otra vez al reformatorio.

El ataque al vínculo-analista bueno expresaría la incapacidad de lograr la propia integración, ya que esa integración presupone el reconocimiento de la separación entre sujeto y objeto —necesitado y *por* eso valorado, pero

envidiado— y *su* incapacidad para vincularse con los aspectos buenos del mismo ya que, al ser atacados por envidia, se destruyen convirtiéndose entonces en perseguidores.

Si admitimos que el ataque sádico al pecho sería el prototipo de los ataques a todos los demás objetos que sirvan como vínculos, podemos ver que la identificación con ese objeto destruido, y por eso muy perseguidor, incapacita al psicopático para enfrentar su mundo interno. Asumir ese objeto destruido lo precipitaría en la melancolía y la muerte.

Planteamos la hipótesis de que la relación buscada con el analista sería la de un cómplice idealizado, en tanto que omnipotente, con el que trata de establecer una alianza para adquirir más poder; y escapar así, mediante un mecanismo de negación, a la realidad interna y externa que no puede manejar.

El enfermo se ve compelido a destruir todo otro vínculo que no sea ese; porque al mismo tiempo que quiere hacer la alianza psicopática, está corrompiendo, denigrando y destruyendo envidiosamente al analista bueno. Lo mismo hace el chico que roba la sevillana o el que roba y vende las botellas de whisky.

## RESUMEN

Se plantean algunas consideraciones respecto al carácter especial del vínculo que el psicopático establece con el analista.

Aparece como un rasgo predominante el uso excesivo de la omnipotencia,

como mecanismo de defensa, mediante el cual niegan la enfermedad y la angustia, proyectando sus aspectos necesitados en el afuera y tratando de establecer, con el analista, una “alianza psicopática” que les permita lograr más poder.

Si no consigue su propósito, ante la amenaza de enfrentarse con sus propios aspectos necesitados y dañados, intentará por todos los medios de hacer fracasar el tratamiento analítico.

El ataque al vínculo con el analista-objeto-bueno expresaría la incapacidad de lograr la propia integración, ya que ésta presupone el reconocimiento de la separación entre sujeto y objeto-necesitado y por eso envidiado y su incapacidad para vincularse con los aspectos buenos del mismo, ya que, al ser atacados por envidia, se destruyen convirtiéndose en perseguidores.

## La importancia de la fantasía del cuerpo en los análisis de niños

MERCEDES F. DE GARBARINO

(Montevideo)

La identidad infantil es —según mi criterio— un proceso previo necesario para un buen pasaje por la adolescencia; ello facilitaría la identidad definitiva y, por lo tanto, la buena ubicación del hombre en el mundo adulto. Quiero destacar la importancia que en la infancia, como por supuesto en las restantes etapas de la vida, tiene la fantasía o vivencia del propio cuerpo, y la síntesis de éste con las otras instancias del self para el logro de la identidad.

Pese a la variabilidad de roles que asume el niño y que van a incidir sobre la estructura de su identidad, creemos que tal identidad existe. Si no fuera así, opino que podríamos hablar de una anormalidad del desarrollo infantil: la falta de identidad infantil estaría determinada por una situación patológica.

A propósito de lo dicho, voy a comentar el caso de una niña en la que una marcada disociación entre mente y cuerpo, y la negación de éste, determinaba una conducta característica. Si bien no podremos hablar de falta de identidad ni de estado de confusión, la niña no presentaba el comportamiento común a todas las niñas de su edad: no le gustaban los juegos motores, le costaba y a veces se negaba a hacer gimnasia en la escuela, no quería realizar deportes y todo lo que implicara el uso de su cuerpo, y si por *alguna circunstancia* se veía obligada a “usarlo” lo hacía a costa de un enorme esfuerzo e incluso angustia. En el análisis, exceptuando el primer período en el cual realizó el tipo de actividad común a su edad, se dedicó a juegos de mesa escribiendo, dibujando; llegaba y retiraba de su cajón el material necesario para su tarea, y pasábamos toda la sesión sentadas, jugando y sin movernos para nada.

Se trata de una niña nacida con fórceps bajo que motivó una fractura de cráneo que desaparece alrededor del mes de edad. A los seis años, por tratarse de una niña muy irritable, con mala relación con la madre y dificultades escolares, se le hace un electroencefalograma que dio como resultado alteraciones de tipo epiléptico. Se le medica e inicia su psicoanálisis.

El material de los primeros meses de análisis estuvo en relación con su cuerpo, vivido en forma persecutoria, a través de su nacimiento y fractura. Ya en la primera sesión, rompe y corta papeles, trozos de plasticina, etc., preguntando constantemente “¿esto se rompe?”. Frente a cada cosa rota, comenta “esto no sirve, se rompe, traeme otro”, o “¿cómo hacemos para que no se rompa?”. Al interpretarle que es una parte de ella rota, su cabeza que se rompió, me contesta: “no, un a parte no, me rompieron toda”, y entra en un estado de excitación ansiosa. El contenido latente de este material sería: “me rompieron, por lo tanto son malos” “tú haceme sin roturas” o “¿cómo podríamos hacer para rehacerme sin roturas?, y también podríamos agregar en relación a su problema escolar “no marchó en la escuela porque estoy rota, no sirvo

Esta fantasía de “yo no marchó en la escuela porque estoy rota” y su consecuencia “no podré progresar hasta que tú me hagas entera”, se vio muy claramente en otra sesión con el siguiente material: trae unas semillas de árbol y me pide que les quite la cáscara pero “sin romper lo de adentro que es la flor” nacimiento). Estas fantasías, opino, significaban dos cosas que considero muy importantes en el núcleo de los conflictos de esta niña.

Por un lado, la fantasía que tenía sobre su fractura y electroencefalograma. Lo dañado no era su cabeza: todo su cuerpo era el destruido. En este sentido, fue muy importante el período de su tratamiento en que se vivió nacida de mí como de una madre que la construía con materia fuerte, que no se rompía ni destruía.



Pasó algunas sesiones pidiéndome objetos de diferente material (vidrio, plástico, cartón, etc.) y los probaba, ya sea tirándolos contra el suelo o prendiendo fuego y sometiéndolos a su acción; simultáneamente me preguntaba “¿esto resiste?”, “¿esto no se deshace?” o “¿de qué material está hecho esto?, ¿sirve para la escuela?”.

El otro aspecto de que hablaba, que también se ve en este material y que ofrece más interés para lo que nos ocupa en este trabajo, es la confusión entre cuerpo y mente. No podía pensar, aprender, es decir, no podía usar su mente, porque para ella la mente era precisamente eso concreto, material, que le habían destruido al nacer (me rompieron toda).

Este conflicto alrededor de su nacimiento se vio a través del trabajo interpretativo en todas sus vicisitudes. Así, esto que al principio fue tan persecutorio se pudo posteriormente relacionar con la propia agresión de la niña convirtiéndose en la fantasía “me rompieron porque yo rompí a mamá”. Luego, algo que favoreció la relación con la madre fue su deseo de ser castigada por ésta puesto que se sentía sumamente culpable de la agresión hacia ella. Jugábamos a las escuelas o a madre e hija, y me pedía —en mi rol de madre o maestra— que le pegara con una escoba. Yo trataba de simular el castigo y ella me insistía en que fuera “de verdad”; por último, ella me daba varios escobazos, diciéndome “a ver si así me pegás de verdad”.

Por esta época se logró en la conducta de la paciente, un cambio que — pienso— fue consecuencia del trabajo analítico realizado en base a estas fantasías. Logró un normal rendimiento escolar, su conducta se hizo menos agresiva, y la relación con su madre, como ya dijimos, también había mejorado.

Pero esta mejoría se obtuvo merced a una marcada disociación entre mente y cuerpo, con una valoración y buen manejo de la mente y una ubicación de todo lo malo y perseguidor en el cuerpo, al tiempo que realizaba una negación del mismo. Primero trató de manejar la situación a través de un período

masturbatorio con un contexto netamente maniaco; una vez vencida la defensa maniaca aparece una enorme rivalidad y envidia conmigo (la madre). Como vemos, la niña trató de asimilar su cuerpo por medio de la masturbación (acompañaba sus actos masturbatorios con fantasías en las que asumía el rol materno). Pero el incremento de la envidia por la madre impidió una buena identificación con ella. Fue a partir de este momento que inicia el período de quietud en las sesiones. Interpretamos esto como la imposibilidad de identificarse con la madre y asumir su cuerpo como tal, y su defensa o salida de esta situación a través de la exclusión del cuerpo.

Estábamos tratando de ver por qué excluía su cuerpo, cuando me trajo de su casa una serie de “Vademecums” de varios laboratorios. Me hacía copiar, o en ocasiones me dictaba, toda la bibliografía que sobre medicamentos antiepilépticos contenían esas publicaciones. Se le interpretó que así expresaba que no podía traer su cuerpo al análisis porque temía que yo no lo pudiera manejar o no lo quisiera aceptar, ya que permitía que tomara medicamentos controlados por un médico.

También se relacionó con un problema de horarios que se venía planteando hacía varias sesiones. No habíamos podido concretar el cambio porque, si bien éste era sugerido por los padres, el padre proponía una hora y la madre otra hora distinta.

Recordó que sus padres estaban de acuerdo en que ella debía concurrir a un club deportivo para hacer gimnasia y algún deporte, a lo que ella se negaba en forma terminante.

Se le interpretó que rechazaba algo que significaba acuerdo, unión entre padre y madre, y mantenía las dos horas diferentes que significaban padres en desacuerdos. No traer su cuerpo era separar madre-cuerpo (la madre es médica) de su padre-Yo-mente (el padre es filósofo). Por otra parte, hacer deporte o gimnasia era asumir su cuerpo, identificarse con la madre, cosa que no podía

hacer por envidia. En este período, esta envidia se vio en función de la profesión de su madre: ser doctora equivalía a manejar y dominar el cuerpo.

Se vio posteriormente esta disociación a través de distintos materiales, pero cada vez que yo quería incluir su cuerpo en la sesión y en la relación conmigo, reaccionaba con enfermedades orgánicas que le impedían concurrir a las sesiones.

Por último, se decidió a utilizar su cuerpo, pero con mucho miedo. Dio vuelta la mesa y empezó a caminar haciendo equilibrios sobre un barrote de la misma. Era un juego que evidenciaba el peligro a que exponía a su cuerpo, tal es así que en un momento dado tuve que sostenerla para evitar que cayera.

Juega luego con tipos de signos diferentes: ceros y cruces, que encierra dentro de cuadrados y trata de unirlos. Esto es interpretado como su deseo de unir vagina-cuerpo (los ceros) y pene-mente dentro de ella (cuadrados) y así sentirse completa.

A partir de este momento, y hasta el final de su tratamiento, hace una serie de dibujos a través de los cuales se pudo seguir paso a paso la asunción de su cuerpo con todos sus detalles: clítoris, pechos, vagina, etc., e incluso aceptó y esperó su menarca y la posibilidad futura de tener hijos, con actitud constructiva.

En resumen, queremos destacar con la enseñanza que nos proporcionó este caso, lo siguiente:

- a) la importancia de la integración del self y la identidad en la infancia, para desde allí poder aceptar el futuro self e identidad adulta;
- b) la necesidad de la inclusión del cuerpo para obtenerlo, y
- c) algo que si bien no está ni siquiera mencionado, lo propongo como un tema de futura investigación: la importancia de la identificación corporal con el padre del mismo sexo.



## La figura parental combinada

GILBERTO KOOLHAAS

(Montevideo)

La figura parental combinada es una fantasía inconsciente que imagina el pene del padre dentro del cuerpo materno y representa una combinación de madre y padre en una sola persona (6). Esta fantasía surge al iniciarse la posición depresiva. El comenzar la madre a ser percibida como objeto total, implica la percepción de ella como individual, separada del niño, y teniendo relaciones con otro: el padre (9). Los impulsos agresivos y libidinosos se transfieren ahora del pecho al segundo objeto parcial.

El concepto figura parental combinada, de por sí formula la **relación entre posición depresiva y situación edípica**, relación que permanece oscura en la literatura kleiniana. **Este trabajo es un intento de esclarecer dicha relación introduciendo el esquema corporal en la metapsicología de Melanie Klein.**

El concepto “objeto interno” es eje y base de la psicología kleiniana. A mi modo de ver, mucha discusión se torna confusa por la hipóstasis que este concepto ha sufrido, o sea, por atribuirle un carácter sustancial. El **adjetivo “interno” no indica una localización, sino que se refiere al proceso de internalización constitutivo del objeto interno. La diferencia** entre objeto interno y **objeto externo** no es una mera diferencia de lugar. Cuando el **objeto** interno es proyectado afuera, sigue siendo un objeto interno, sigue siendo un objeto perteneciente al mundo interno del inconsciente.

El objeto interno es una realidad psíquica, formada por la fantasía

inconsciente. La fantasía inconsciente es la interpretación afectiva del ego corporal de las sensaciones que surgen en la relación instintiva con el otro cuerpo: el objeto externo.

En el comienzo el objeto externo es exclusivamente el pecho, objeto parcial. Por el conflicto de sentir impulsos, tanto agresivos como libidinosos hacia el mismo objeto, se origina el proceso de disociación, idealización y negación, permitiendo al *ego*, según la formulación de Hanna Segal, emerger del caos y organizar su experiencia. Este ego, es el ego corporal. Organizar la experiencia es función del esquema corporal.

**Melanie Klein (4) explícitamente relaciona sus hallazgos sobre la posición esquizoparanoide durante los tres primeros meses y el aparecer de la posición depresiva después del tercer mes, con el cambio evolutivo del cuerpo del lactante.** Ella cita a Margaret Ribble, que describe que el niño en los tres primeros meses, debido a la incompletitud de su cerebro y sistema nervioso, está en continuo peligro de desorganización funcional vivida como peligro de muerte.

El proceso de splitting es una fantasía inconsciente, tiene calidad de proceso primario. Al organizar la experiencia del ego corporal, constituye la vivencia de unión con la madre.

De manera que el objeto disociado es un objeto interno, mientras que el objeto parcial es un objeto externo. Segal define que el objeto total contrasta tanto con el objeto parcial como con el objeto disociado. Esto implica que el surgir **de la relación con el objeto total, o sea la posición depresiva, es un doble acontecer: externo e interno.** Es un cambio en la percepción del objeto y es un cambio en el ego. Al percibir la madre como separada e individual, percibe sus relaciones con el padre. El niño descubre su dependencia de ella y sus celos: situación edípica. Al disminuir el splitting, el ego experimenta su ambivalencia y culpa: angustia depresiva.

Melanie Klein señala este doble aspecto de la angustia depresiva. La angustia de pérdida del objeto, cito a M. Klein, tiene dos orígenes:

uno externo: la dependencia completa;

otro interno: el temor de haber destruido la madre con sus impulsos sádicos.

Desde el principio, dice M. Klein, hay una continua interacción entre ambas angustias, correspondiente a la interacción entre realidad externa e interna (5).

Precisamente esta interacción es la relación dialéctica entre la experiencia evolutiva y el conflicto psíquico; expresa el diálogo de los sentimientos del ego corporal con el cuerpo materno.

**El deseo y el odio en la relación con el objeto parcial entran en diálogo cuando aparece el objeto total. De este diálogo nacen emociones de culpa, de pena y deseo de reparación que son los elementos fundamentales del sentimiento de amor, sentimiento que estabiliza la relación con el objeto total.**

La interacción entre realidad externa e interna acontece mediante el cuerpo. Si la posición psicótica es una configuración (9), o sea una unidad estructurada de relaciones objetales, angustias y defensas, es necesario pensarlas desde el cuerpo. Es el cuerpo el que tiene una relación objetal. Es el cuerpo que experimenta angustia.

Es el cuerpo que origina fantasías inconscientes como defensa contra la angustia experimentada en la relación con el objeto externo.

Los elementos de la posición psicótica estructuran una experiencia del cuerpo del niño en su relación con el cuerpo de la madre. Hay fundamentalmente dos experiencias: la de unión con el cuerpo materno y la de separación. **Al establecerse la posición esquizoparanoide, se constituye la**

**experiencia de unión. Al elaborarse la posición depresiva, se elabora la experiencia de separación.**

Dos fragmentos de dos sueños de un paciente esquizofrénico ilustran estas experiencias. En uno de ellos se encuentra adentro de la casa del analista y en otro se encuentra afuera. El primer sueño es después de una sesión en la cual fantaseaba con dos horas diarias de análisis. Sueña que se termina la sesión. El analista se va y él se queda. Agarra un disco con música de Liszt y va al interior de la casa. Con el disco asocia la música que su madre tocaba antes de dormir cuando niño y su fantasía de grabar las sesiones o sea de eternizar la gratificación oral. Disocia un objeto malo: la hora con fin, y un objeto bueno: la hora sin fin. Niega el objeto malo frustrador (el analista) e idealiza el pecho gratificador (el disco), lográndose así la fantasía intrauterina adentro de la casa.

Meses más tarde el paciente sueña que se interrumpe la sesión porque el analista debe salir. El paciente se encuentra fuera de la casa en el jardín y ve con angustia el analista con una mujer en un coche que anda mal por tener la rueda floja. Aquí se anuncia la posición depresiva. Ahora la interrupción de la sesión no es negada: es sentirse fuera de la casa, separado de la madre, lo que significa estar frente a la escena primaria. Con la rueda floja asocia la venganza de un mecánico que dejó sueltos los tornillos después de cambiarla. La angustia es tanto depresiva por su ataque a la pareja en coito: el auto dando tumbos, y persecutoria por el temor de volverse loco en el análisis: el mecánico que afloja los tornillos.

El sueño segundo expresa claramente la relación entre la posición depresiva y la situación edípica.

**En cambio de la posición esquizoparanoide en depresiva es el cambio de una situación de dos cuerpos en una situación de tres cuerpos.** La evolución del ego a través de las posiciones psicóticas se articula con la evolución de la constelación edípica. Esta articulación abre una perspectiva sobre **un síndrome de transición en el que se relacionan la situación edípica**



## **temprana, la defensa maníaca y el segundo objeto parcial.**

La figura parental combinada surge cuando el niño percibe el objeto total, persistiendo aún la relación con el objeto parcial. La percepción del objeto total aparece después del tercer mes porque recién entonces empieza el niño mismo a ser un objeto total; comienza el juego de la mano en el campo visual relacionando sensaciones visuales y propioceptivas. El niño comprende que posee un interior al llevar cosas a la boca, observa Winnicott (10), y, también comprende ahora que la madre tiene un interior.

Es en este período que entra en la etapa polimorfo-perversa. Fantasías libidinosas y agresivas de carácter oral, anal y uretral se dirigen ahora hacia el contenido de la madre, hacia su interior. Por la organización oral del instinto los impulsos polimorfos tienen la finalidad de incorporación motivo de la equivalencia pene-heces-niño. Esta equivalencia muestra que el pene es un pene fantasma, onírico en la expresión de Merleau-Ponty.

Por estos cambios evolutivos después del tercer mes, la relación con la madre origina una nueva realidad psíquica. Por un lado, la madre es vivida separada del niño con su propio interior, pero la fantasía inconsciente con el segundo objeto parcial anula a su vez la separación y la angustia de pérdida de la madre en cuanto el pene es vivido simultáneamente adentro de la madre y adentro del niño.

El pasaje de la relación con el primer objeto parcial hacia la relación con el segundo objeto parcial —y esta es mi hipótesis— transforma la defensa esquizoide contra la angustia de aniquilación en defensa maníaca contra la angustia de pérdida, **la negación omnipotente con el pecho idealizado se transforma en el control omnipotente con el pene idealizado.**

Melanie Klein (7) postula como mecanismo general de las muchas formas de la defensa maníaca, el dominio sobre los padres internalizados. Ilustra esta defensa con un sueño donde el paciente está en posesión del pene del padre y

puede ahora invertir la situación del niño frente a la pareja orinando para ambos.

“Todos los aspectos del desarrollo contribuyen hacia el proceso de modificación de la angustia y por esta razón las vicisitudes de la angustia pueden ser sólo entendidas en su interacción con todos los factores evolutivos. En este sentido el complejo edípico ayuda al niño a superar la posición depresiva. Cuando por el propio desarrollo disminuye la intensidad de la figura parental combinada, aumenta la capacidad de concebir ambos padres como dos individuos separados, lo que implica la mejor comprensión de la relación entre ambos” (4). Al disminuir la defensa maníaca de controlar, inmovilizar y separarlos, recién puede surgir culpa y esperanza de poder unirlos de una manera feliz: reparación y elaboración de la posición depresiva. **El niño renuncia a sus deseos edípicos no por angustia de castración (angustia persecutoria), sino inspirado por los sentimientos de la posición depresiva.**

La situación edípica genital implica que el niño recién ahora se identifica con su propio sexo y experimenta su cuerpo separado del de sus padres, en tanto que durante la situación edípica pregenital esto es imposible. Si Melanie Klein comprueba que la figura parental combinada es causa de angustia de carácter psicótico, es —en mi opinión— porque impide la integración del esquema corporal. Esta integración recién da la experiencia del cuerpo propio, fundamento del sentido de identidad.

Sylvan Keiser (2) ha descrito angustias **psicóticas del cuerpo** frente al orgasmo: **la angustia de disolverse o desaparecer o explotar desintegrándose, manifestación de una defectuosa organización de los límites psíquicos de la imagen corporal.** Los orificios del cuerpo, como zonas erógenas, tienen una importancia básica en la organización de estos límites. Sylvan Keiser distingue dos causas de límites defectuosos: 1º) la

introyección inadecuada de los objetos; 2º) la represión de sensaciones de los orificios por su agresividad. El enfoque kleiniano nos permite ver estas dos causas como una sola: la fijación de la situación edípica temprana que se caracteriza por los impulsos pregenitales agresivos que originan la figura parental combinada.

En trabajos anteriores he descrito **casos donde se manifiesta la relación entre la persistencia de la figura parental combinada y la angustia por la pérdida de los límites** (8). Mencionaré brevemente:

**Un caso de histeria de conversión.**— El priapismo interrumpe repetidamente el sueño de un paciente. Este priapismo defiende al paciente contra la regresión oral del dormir, angustiante por la agresión. Un símbolo onírico, un hombre hecho de nieve (recuerdo de inviernos europeos de su infancia), simbolizaba:

1º) la figura parental combinada. No era ni hombre ni mujer;

2º) el síntoma mismo: la erección fría. La erección era sentida como rigidez de todo el cuerpo, por la ecuación falo-cuerpo del regreso oral en el cual debía congelar sus límites corporales contra el temor de ser diluido y absorbido, inmovilizando al mismo tiempo la pareja.

**Un caso de agorafobia.**— La angustia hacía crisis en la zona de la ciudad donde circulan prostitutas. Tenía que ponerse zapatos pesados contra una sensación vertiginosa, guantes contra parestesias en las manos y lentes oscuros por el mareo en los ojos, disfrazándose, según la propia asociación del paciente, como el Hombre Invisible de la novela de Wells. El temor de volverse invisible y desaparecer, se relacionaba con la visión de la figura parental combinada. Su punto ciego, decía el paciente, era el genital femenino. Pensaba que las mujeres orinan por el ano, tratando de volver invisible a la madre fálica, fantasía que hacía su aparición en un lapsus linguae.: “vagina piscia”, al querer decir “piscina vacía”.

**Un caso de neurosis obsesiva.**— El paciente sufría de una duda obsesiva al vestirse de mañana. Revisaba una y otra vez si no se había puesto la camiseta al revés, sus calcetines de afuera adentro. La necesidad compulsiva de establecer los límites de su imagen corporal separando adelante y atrás, adentro y -afuera, estaba dirigida contra una angustia de desintegración tratando de separar a ambos padres. La obsesión empezó después de interrumpir un coito por un dolor punzante en el ano. Este síntoma lo asociaba en la sesión con un recuerdo infantil que encubría la figura parental combinada: un juego de infancia con soldaditos de plomo que iban pinchados en el lomo del caballo.

Los psicólogos americanos Cleveland y Fisher (1) exploraron el carácter de los límites de la imagen corporal (the Body Image Boundary) con el Rorschach, comparando el índice de respuestas-barrera y de respuestas-penetración. Encontraron una falta de nitidez y una tendencia hacia una angustia de desintegración, no por un defecto real del cuerpo, sino por imágenes parentales inestables. Ellos muestran como el proceso de socialización por los mecanismos de internalización se traduce en los atributos del límite corporal.

**El límite de la imagen corporal hace manifiesta la dimensión psicológica del esquema corporal. Su organización exige la solución del complejo edípico mediante la elaboración de las angustias psicóticas.**

## BIBLIOGRAFIA

1. FISHER, Seymour and CLEVELAND, Sydney.— “Body image and Personality”. D. Van Nostrand Company, Inc. New York, 1958.
2. KEISEIR, Sylvan .— Body-ego during Orgasm. “The Psychoanalytic Quarterly”, Vol. XXI: N° 2; 1952.
3. KLEIN, Melanie.— “Love. hate and Reparation’. Hogarth Press, London 1937.
4. KLEIN, Melanie.— The Emotional Life of the Infant. “Developments in Psychoanalysis”. Hogarth Press, 1952.
5. KLEIN, Melanie.— The Theory of Anxiety and Guilt. “Developments in Psychoanalysis”. Hogarth Press, 1952.
6. KLEIN, Melanie.—.— “The Psychoanalysis of Childrens”, Hogarth Press. 1960.
7. KLEIN, Melanie.—.— “Psychogenesis of Manic-Depressive States”, 1935.
8. KOOLHA AS. Gilberto. ——— Priapismo. “Revista Urug. de Psicoanálisis”. Vol. 1: 1956.  
  
-----El origen psicótico de la neurosis. “Revista Urug. de Psicoan”. Vol. 2: N° 4: 1958.

-----Las fantasías inconscientes de los procesos mentales conscientes.

“Revista Urug. de Psicoan.”. T. VI :N<sup>o</sup> 1: 1964.

9. SEGAL. Hanna.— “Introduction to the work of Melanie Klein”. Heinemann. London, 1964.

10. WINNICOTT. D. W.— Desarrollo emocional primitiva. “Rev. de Psicoan”. V. 4 Buenos Aires, 1948.

