

Nacimiento confusión y fobias *

Hector Garbarino
(Montevideo)

Resumen

En este trabajo, basado en la experiencia clínica obtenida con una paciente agorafóbica, se sostiene que el agorafóbico es un ser que no ha nacido enteramente, es decir, que en su fantasía sigue todavía ligado, por el cordón umbilical, a su objeto acompañante (madre). En este sentido, el agorafóbico sería un enfermo que aún no ha cortado el cordón umbilical, un ser nacido a medias.

Basado en estas consideraciones, se establece que el trauma de nacimiento comprende en realidad dos momentos traumáticos.

Un primer momento o “período de tránsito” que corresponde a la expulsión del feto por la madre, y un segundo momento o “período umbilical” que comprende el período que transcurre desde su ingreso al mundo externo hasta el corte del cordón umbilical. Se sugiere la hipótesis que el agorafóbico, y, por extensión, todo fóbico, sea un enfermo fijado al “período umbilical” del trauma de nacimiento.

Se describen dos formas de confusión mental ligadas al trauma de nacimiento. En la primera, el neo-nato sigue viviendo su experiencia postnatal, como si aún no hubiese nacido, como si todavía fuesen dos seres en uno, y no como dos seres ya separados. Esto constituiría la “confusión primaria”, de la cual sale el recién nacido mediante las proyecciones e introyecciones. Estos mecanismos estarían, en parte, motivados por el intento de salir de la

* Este trabajo fue leído, el 26 de junio de 1963, en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

confusión.

La segunda forma de confusión mental relacionada con el trauma de nacimiento o “confusión secundaria”, se produciría como consecuencia del corte del cordón umbilical, que incrementaría el instinto de muerte, y cuya proyección daría lugar a la formación del muerto-vivo. Como éste es inmediatamente introyectado, se produce la confusión de los instintos de vida y muerte, fracasando la disociación perseguida con la proyección y dando lugar a la confusión (o fusión confusa). La confusión de los instintos de vida y muerte, significando también la confusión de objetos idealizado y perseguidor, reinstala en el yo la confusión.

Se sostiene que, en el caso de la “confusión secundaria”, la proyección del instinto de muerte se vive como confusión. Este mecanismo sería predominante en los fóbicos.

En cambio, cuando la proyección del instinto de muerte “toma la forma de temor persecutorio” (Melanie Klein), tendríamos las condiciones que, con el desarrollo, darían lugar a la paranoia.

Finalmente, se sostiene que la fobia es una defensa contra la confusión mental, además de otras cosas que ya han sido descritas. Se considera que la “situación catastrófica” (Hanna Segal) temida por el fóbico es, primordialmente, la desintegración confusional, que se evita, justamente, con la disociación fóbica.

Summary

In this paper, based in the clinical experience obtained from an agoraphobic patient we support the idea that the agoraphobic is a being that is not entirely born, that is to say, that in his phantasy he still remains bound to his accompanying object (mother). In this sense the agoraphobic could be a patient that has not yet cut the umbilical cord, a being half born.

Based in these statements, we conclude that the birth trauma includes two traumatic moments. A first moment or “transit period” that correspond to the expulsion of the foetus by the mother, and a second moment or “umbilical period” that includes the period that passes since his entrance to the external

world till the umbilical cord is cut off. We suggest the hypothesis that the agoraphobic and extensively, all phobics are patients fixed at the “umbilical period” of the birth trauma.

We describe two forms of mental confusion bound to the birth trauma. In the first one the newborn continues to live his post-natal experience, as if he were not yet born, as if there were still two beings in one and not two separated beings already. This would be the “primary confusion” from which the new born comes out by means of projections and introjections. These mechanisms should be, partially, caused by the purpose of getting rid of the confusion.

The second form of mental confusion related with the birth trauma or “secondary confusion” could be caused as a consequence, of the cut, of the umbilical cord which increases death instinct. The projection of this instinct permits the formation of the dead-alive. Ah this, being immediately introjected, thus appears the confusion of death and life instincts, failing dissociation pursued in projection giving place to the confusion (or confused fusion). The confusion of death and life instincts means also the confusion of idealized and persecutory objects; then the confusion comes back to the Ego.

We sustain that in the case of secondary confusion death instinct is lived as if it were

a confusion. This mechanism prevails in phobias.

On the other hand, when the projection of the death instinct “takes the form of persecutory fear” (Melanie Klein) we have the conditions, that, when they develop, will cause paranoia.

Finally, we establish, that phobia is a defense against mental confusion, besides other meaning that have already been reported. It is considered, that the “catastrophic situation” (Hanna Segal) feared by the phobic is, originally, the confusional desintegration, which is eluded, justly, by the phobic dissociation.

Interés en este trabajo es reconsiderar algunas cuestiones de gran importancia para la teoría psicoanalítica, a propósito del material clínico suministrado por una paciente agorafóbica muy grave. Ya me he ocupado de la agorafobia y de algunos temas relacionados con ella en un trabajo anterior (7). Las cuestiones que desearía replantear se refieren especialmente a las angustias relativas al trauma de nacimiento, así como a las angustias que debe sobrellevar el recién nacido en sus primeras semanas de vida. Discutiré también la significación que tiene la muerte para el inconsciente, así como la función de los instintos de muerte en el momento del nacimiento. Me referiré, finalmente, a los mecanismos confusionales que, a mi juicio, subyacen a las fobias.

Estos temas han sido tratados extensamente por diferentes autores psicoanalíticos, desde Freud a nuestros días, y mi propósito no es reseñar toda la literatura psicoanalítica existente sobre ellos —lo que, por otra parte, sería ímproba tarea—, sino referirme a las enseñanzas que sobre estos temas he recogido de la paciente arriba citada. Naturalmente, cotejaré estas enseñanzas con las aportaciones que algunos autores han hecho sobre estos temas.

EL TRAUMA DEL NACIMIENTO

A medida que el análisis de esta paciente progresaba, se iba centrando más y más sobre las angustias que el nacimiento le provocaba, de modo que yo terminé por darme cuenta de mi sentimiento contratransferencial —cuando transcurrían varios años de análisis—, en el sentido de que estaba en presencia de un ser que aún no ha nacido enteramente. Creo que esta vivencia contratransferencial correspondía exactamente a una realidad vivida por la paciente. Yo me sentía como la madre que debe llevarla consigo, como si ella fuese un ser nacido a medias. Y durante un largo período procedí como tal, por no haberseme hecho consciente mi neurosis contratransferencial. Es así como yo tuve con esta paciente una conducta que no he tenido con ningún otro paciente, y lo que revela mi contratransferencia es que la tuve como si fuese la conducta indicada, como si no pudiese tener otra. Me refiero a lo que sucedía cada vez que se aproximaba el fin de año. Ella se trasladaba a una casa muy distante de la mía, antes de que yo iniciase mis vacaciones, y, como no podía

recorrer la larga distancia que la separaba de mi casa —lo que me hizo pensar que no podía cortar el cordón umbilical y éste no tenía la longitud suficiente que le permitiese llegar hasta mi casa—, yo concurría a la suya. Y lo que es más significativo aún es que le pedí que permaneciese en su casa del centro de la ciudad hasta que yo iniciase mis vacaciones, pero ella me hizo entender en seguida que esto era imposible. ¿Podemos pedir algo a un ser nacido a medias? Yo procedía como si realmente ella fuese un ser que no ha nacido completamente, que está fuera de la madre, pero que aún no ha cortado el cordón umbilical y que no puede cortarlo.

Esta vivencia contratransferencial correspondía naturalmente a una situación de la enferma que se explicita muy claramente en un sueño que tuvo precisamente uno de los días que yo concurría a su casa del balneario. El sueño es el siguiente: “Mi hermana iba en un helicóptero y un contratista amigo la seguía en su auto. El contratista tenía en su mano un mango de madera del que partía una cuerda con la cual manejaba el helicóptero. Lo hacía descender y ascender. Era un trabajo muy pesado y el contratista se fatigaba. De pronto, el helicóptero cae, mi hermana se levanta asustada, y al contratista le da un síncope cardíaco. Después, yo lo voy a ver al hospital. El hospital estaba cambiado, dividido en varios cuerpos de edificio y las salas con números en vez de nombres. Me enteraba que el contratista había muerto de un infarto cardíaco. Me perdía en el hospital.”

La hermana la representa a ella, y el contratista, que es una persona que ella contrató para que le arreglara la casa —alusión al contrato analítico para arreglarla a ella—, me representa a mí. La situación de estar ligados ella y yo a través del cordón umbilical —la cuerda— me fatiga a mí (voy hasta su casa, etc.). La caída del helicóptero —el corte del cordón— termina por matarme (el infarto cardíaco que ya mató a la madre). Las salas del hospital con números en vez de nombres es una referencia a las salas de recién nacidos y la división en varios cuerpos de edificio a la fragmentación del yo temprano. La muerte del contratista —mi muerte— provoca su confusión: se pierde en el hospital.

Por consiguiente, nacer significa para ella destruir (matar) a los padres. No puede nacer —cortar el cordón— sin destruir. La vivencia original primitiva no es su muerte —queremos decir su muerte-vida— con el nacimiento, sino la

muerte del objeto del que ella se separa. En adelante, toda separación del objeto es vivida como muerte.

Necesita vitalmente de alguien junto a ella —o algo, que haga las veces de alguien, como un tapado o una silla¹—porque separación implica muerte y confusión (el muerto-vivo confusional)²

Si nace crea el muerto-vivo y entra en confusión —el hospital que no reconoce porque alberga el objeto muerto— ya que muerte y vida aparecen entonces confundidas.³

Con la agorafobia —no separación, no nacimiento— evita la psicosis confusional. Ante la amenaza de la confusión que le traerá el nacimiento, la paciente restablece su unión umbilical con la madre. La permanente unión con el acompañante tiene el carácter de una unión fetal a través de un cordón umbilical. El acompañante asegura al sujeto que no habrá nacimiento —corte del cordón—. En este sentido, decimos que el agorafóbico es un ser que no ha nacido enteramente.

Cuando yo hice consciente mi neurosis contratransferencial y la elaboré con ella, no concurrí más a su casa, y la enferma se agravó. Yo me transformé en la madre que la obliga a nacer, cortando el cordón umbilical y, de este modo, la expuse a “la crisis confusional. Y, efectivamente, la enferma “entró en trance” (expresión del esposo para significar la inminencia de “la crisis”), y me manifestó que su esposa no volvería nunca más a mi consultorio. Debía salvar mi vida —y la suya— que yo ponía en inminente peligro.

A esta situación se refieren dos sueños que voy a relatar, que fueron soñados por la paciente con pocos días de intervalo uno de otro. El primero es

¹ La enferma, durante algunas sesiones, se hizo acompañar por su tapado en el diván, y durante mucho tiempo, por una silla de mi consultorio, que ella acercaba hasta el diván.

² El síntoma agorafóbico tenía también el mismo significado (entre otros). Si ella abandonaba su Casa para trasladarse hasta la mía, le sobrevenía gran angustia porque no sabía si su casa seguía subsistiendo. Entonces, se sentía desorientada, ya no sabía más dónde estaba su casa y “sí estaba en alguna parte”. La angustia era tan intensa que la obligaba a volver a su casa para comprobar que aún estaba allí.

³ En relación con esta angustia que le procura el nacimiento existe un antecedente de interés y es su permanencia en el útero materno por un tiempo anormalmente largo. La enferma asegura que su nacimiento se produjo a los once meses de embarazo.

el siguiente: “Estoy en X (el lugar alejado), me iban a visitar un visitador médico y una enferma. Esta era una mezcla de una pariente viva y de otra pariente que ya está muerta. La enferma tenía una insuficiencia cardíaca. Yo pensaba que esto era mejor, porque así no caminaba. Me hablaba de un hijo que se le había muerto.. . (en este momento la enferma interrumpe la comunicación de su sueño y se va del consultorio. Volvió cuando la sesión terminaba, para manifestarme que se había ido porque temió la «crisis»).”

Los dos personajes que van a su casa me representan a mi y veremos que también a ella. Yo soy “el visitador”, el que la visita en su casa, y soy también el enfermo que tuvo un hijo muerto durante el tratamiento de ella.⁴ Por consiguiente, yo soy el muerto-vivo —condensación del pariente vivo y del pariente muerto—. Pero como yo ya no voy más a su casa de X, la primera parte del sueño es un encubrimiento de la situación real, en verdad, ella es también “el visitador médico” (entró en la sesión treinta minutos después de iniciada, habiendo permanecido ese tiempo en un lugar próximo “para tranquilizarse”) que entra, me cuenta el sueño y se va. Y es también la enferma con insuficiencia cardíaca que no puede caminar (venir a mi consultorio, desprenderse del acompañante). Por lo tanto, ella es también el muerto-vivo (identificada con mi hijo recién nacido y muerto), y entra en confusión. Para evitar la confusión, se retira de la sesión, presa de gran angustia. **Debe a toda costa mantenerme vivo para evitar la confusión, y para mantenerme vivo, no debe nacer (cortar el cordón).**

El segundo sueño expresa directamente este peligro que se cierne sobre mí, y sobre ella si yo la obligo a nacer: “estoy con mi amiga A. Yo sabía que ella se iba a morir y sabía también que ella sabía que se iba a morir”. La amiga A, una amiga muerta, nos representa a ambos.

DISCUSION DE ALGUNOS CONCEPTOS TEORICOS

Los dos momentos traumáticos del trauma de nacimiento

⁴ Alusión a la muerte de un hijo mío ocurrida durante el trabajo de parto, estando ella en tratamiento.

Creo que no ha sido suficientemente distinguido que el trauma de nacimiento es en realidad un fenómeno complejo, que implica dos períodos diferentes, cada uno de ellos significando un momento traumático cualitativamente diferente. Un primer período que consiste en el pasaje o tránsito de la vida intrauterina a la extrauterina, para lo cual el feto debe atravesar el canal vaginal, y un segundo período que transcurre desde su ingreso al mundo externo hasta el corte del cordón umbilical. El corte del cordón constituye el segundo momento traumático del trauma de nacimiento, ya que con él se interrumpe el suministro constante por parte de la madre, completándose la separación que constituye el nacimiento.⁵

El primer momento traumático está constituido por la separación de la madre —aún incompleta— y su “caída” en el mundo externo. Llamaremos al primer período “período de tránsito” y al segundo “período umbilical o simbiótico”.

En mi opinión, esta distinción es útil y da cuenta de algunos hechos observados en la patología mental. La regresión puede detenerse preferentemente, como en nuestra paciente, en este segundo período, o puede ir más allá y alcanzar el primer período.⁶

Además, pienso que a cada uno de los momentos traumáticos del nacimiento corresponden angustias confusionales específicas, como veremos en seguida.

⁵ Mercedes Garbarino use ha hecho notar que este segundo período es el único período de la vida —por breve que sea— en que el ser se halla en una verdadera relación simbiótica, ya que encontrándose afuera de la madre recibe de ella, de una manera constante, el flujo sanguíneo.

⁶ En realidad, el agorafóbico oscila entre uno y otro período, en distintos momentos de su análisis.

Las dos formas de la confusión mental ligadas al trauma del nacimiento⁷

Como hemos visto por el material clínico, separación —“muerte del objeto-confusión del yo”—, son procesos interdependientes. La mayor angustia del yo —mayor que la angustia de muerte— es la angustia de confusión. Me planteo —teniendo en cuenta el material clínico suministrado por esta paciente— si la muerte, con la significación que tiene para el adulto de aniquilación total del yo, existe en el recién nacido, o si la fantasía de muerte no consistiría más bien — si estos puntos de vista son exactos— en una confusión con respecto a la vida y la muerte, en una muerte-vida mezcladas confusamente.⁸

Me siento inclinado a creer con Freud, y contrariamente a lo que sostiene M. Klein, que la bipolaridad de los instintos no significa necesariamente que la muerte, como aniquilación total del individuo exista para el inconsciente —o para el recién nacido—. Pienso, más bien, como ya he dicho, que la fantasía de muerte para el recién nacido sea una muerte-vida, no una muerte total.

Entonces el yo proyectaría el instinto de muerte —y el instinto de vida— al producirse el nacimiento, no para evitar su aniquilación total, su muerte, como dice M. Klein (10), sino para salir de la confusión de él y del objeto (de él y de la

⁷ Otto Rank (19) fue quien estableció que el nacimiento constituye una situación traumática y que la angustia que origina es la base de toda situación de angustia posterior. Refirió esta angustia a la separación producida por el nacimiento, basándose en la idea de Freud de que para el niño “estar muerto” es “estar ausente” (separado, desprendido).

Melanie Klein (10) aceptó estas ideas, es decir, que la angustia de nacimiento es una angustia de separación, pero agregó que el nacimiento incrementa la actuación del Instinto de Muerte dentro del organismo, lo que es sentido como amenaza de aniquilación, forzando al yo a la proyección del Instinto de Muerte. Este, proyectado, toma la forma de temor persecutorio.

León Grinberg (9) señaló que la angustia de separación provocada por el nacimiento tiene también una calidad depresiva, a la vez que persecutoria, considerando que el nacimiento supone un ataque a la “identidad del yo fetal”.

En nuestro medio, Gilberto Koolhaas (12) sugirió que el nacimiento desencadena también angustias de naturaleza confusional. Koolhaas refirió estas angustias a la envidia oral, siguiendo las ideas de M. Klein. Yo coincido con G. Koolhaas que el nacimiento comporta también angustias confusionales, pero explico de un modo diferente la aparición de estas angustias y describo además dos calidades diferentes de las mismas.

⁸ La fantasía del suicidio de mi paciente está justamente destinada a procurarse el yo activamente la muerte vivenciada como aniquilación total, para evitarse la “otra muerte” mucho más angustiante para ella, la muerte a medias o la muerte-vida. Pero aún con el suicidio, no está segura de adquirir la muerte definitiva, y le angustia pensar que quedará expuesta a la “crisis” —la muerte-vida— aún después de muerta.

madre), vivida con gran angustia. Proyecta para diferenciarse y salir de la confusión en que lo sume el nacimiento.⁹

Cuando lo que estaba junto y formando una unidad —madre y feto unidos por el cordón umbilical y uno dentro de otro— se separa y se corta el cordón, podemos suponer que el neo-nato, enfrentado a un cambio tan profundo y sustancial, no se adapta a él inmediatamente, sino que, por el contrario, sigue viviendo como si todavía fuesen dos seres formando una sola unidad. Esta vivencia causa confusión, es decir, lo que ya está separado se vive como aún fusionado (vivencia de confusión). Llamamos a esta forma de confusión “confusión primaria”. De esta confusión sale el neo-nato mediante las proyecciones e introyecciones. Al proyectarse se diferencia y reconoce la separación de la madre, proceso que naturalmente se hace muy gradualmente.¹⁰

Con la interrupción de la relación simbiótica con la madre —corte del cordón— se produce la “confusión secundaria”, incrementándose la confusión original (primaria) y causando la máxima angustia al yo.

Con la ruptura de la relación simbiótica,¹¹ al interrumpirse el flujo

⁹ Proyección e introyección son procesos que se producen desde el nacimiento (M. Klein) y que están determinados por la condición alísmica de la situación de nacimiento como separación del feto de la madre. La proyección e introyección constituyen ya una primera diferenciación del yo y no yo, por rudimentaria que ésta sea. Pensar de otro modo implicaría invalidar la propia existencia de estos procesos.

¹⁰ Podemos imaginar este proceso si lo relacionamos con ciertas vivencias correspondientes a la vida adulta. Nos sucede algunas veces que al despertar tenemos dificultades en ubicarnos en la vida de vigilia y salir del estado de dormir. Pasamos por un momento de confusión. Este se vuelve más evidente si nos despertamos con una pesadilla. Nos cuesta reconocer que estamos despiertos y que ya salimos de la vida onírica. Confundimos la vigilia con la vida onírica. Oreo que estas vivencias repiten “la pesadilla” del nacimiento, la confusión consiguiente entre la vida prenatal y la postnatal. Lo mismo nos sucede cuando despertamos en un lugar que no es habitual, por ejemplo después de un viaje —el viaje representando el tránsito a través del canal vaginal—. Pero la analogía va más allá, proyectándonos en —e introyectándonos— el mundo externo.

¹¹ En tanto el feto recibe de un modo ininterrumpido el flujo sanguíneo de la madre, podemos considerar su Instinto de Vida como teniendo su fuente primordialmente en la madre. Con el corte del cordón, se moviliza masivamente el Instinto de Vida en el feto —a la vez que el Instinto de Muerte—, y son ambos masivamente proyectados. La madre, de un ser que suministraba en forma constante su vida al feto —a través del flujo de sangre umbilical— se transforma ahora en un ser que se la suministra únicamente en forma periódica —a través del “flujo de leche” de la lactancia—. Esta nueva condición obliga necesariamente al feto a movilizar su Instinto de Vida, de modo que su fuente está ahora, primordialmente en él mismo. Pero en situaciones patológicas puede regresar a la anterior condición y sentir, como mi paciente agorafóbica, que la fuente de su vida reside primordialmente en el objeto acompañante. Este se vuelve entonces **vital** para él. Restablece así un vínculo simbiótico, por identificación proyectiva masiva de su Instinto de Vida en el objeto acompañante, que se vuelve el

sanguíneo umbilical, el Instinto de Muerte recibe un nuevo incremento (ya había sido movilizado al separarse el feto del vientre materno). El sujeto puede entonces sentir, al proyectar su Instinto de Muerte incrementado, que aniquila al objeto, dando lugar a la formación del muerto-vivo, el cual es inmediatamente reintroyectado. La muerte del objeto equivale entonces a la confusión del yo (confusión secundaria).

Para decirlo de otro modo, **la continuidad de las vivencias prenatales en la vida postnatal constituiría la confusión mental primaria con la angustia consiguiente**. En cambio, **la confusión secundaria sería el resultado de la ruptura de la simbiosis madre-hijo¹² y proyección consecutiva del Instinto de Muerte**. La proyección del impulso destructivo, destinada a separar —disociar— vida y muerte —y, de este modo, permitir al Instinto de Vida realizar su tarea de unificación del yo—, las vuelve a juntar al crear el muerto-vivo y la confusión secundaria se instala,¹³ ya que la confusión de los Instintos de Vida y Muerte equivale a la confusión del objeto, pecho perseguidor y pecho idealizado. La reintroyección reinstala en el yo nuevamente la confusión. El vínculo positivo con el pecho, al afianzar el Instinto de Vida, y, por consiguiente, debilitar el Instinto de Muerte, permite romper el círculo vicioso, y, en definitiva, disociar vida y muerte y los objetos correspondientes.

Si los procesos de proyección e introyección no se producen normalmente —por motivos diversos, pero que condicionan en último término un incremento del Instinto de Muerte— estarían dadas las condiciones para que se produzca un punto de fijación en este período. Para escapar a la angustia insoportable de Confusión, el yo restablece entonces la unión umbilical con la madre. La tarea esencial del recién nacido —que es salir de la confusión en que sume al neo-nato la fusión previa del feto y la madre— se ve entonces perturbada. Los fóbicos serían sujetos que tendrían un tal punto de fijación. Volveremos sobre ello más adelante.

depositario de su vida.

¹² La aparición de confusión mental a consecuencia de la ruptura del vínculo simbiótico ha sido señalada por J. Bleger (3).

¹³ Esta forma de confusión, ligada al segundo momento del trauma de nacimiento, se origina del mismo modo que el señalado por Rosenfeld, como un fracaso de la disociación.

Dice M. Klein que el Instinto de Muerte es proyectado en parte hacia el exterior y “toma la forma de temor persecutorio, al relacionarse inmediatamente con el objeto externo primario, el pecho de la madre”. Basándome en el material clínico de mi paciente, sugiero la hipótesis que la proyección del Instinto de Muerte, en el momento del nacimiento, pueda vivirse también como confusión. Según que predomine una u otra situación, tendríamos las condiciones básicas que darían lugar con el desarrollo en el primer caso, a la paranoia, y, en el segundo, a las fobias.¹⁴

Los mecanismos confusionales subyacentes a la fobia.

Su punto de fijación

En un trabajo anterior (7) he expresado el punto de vista que la fobia es una defensa contra la confusión mental (además de otras cosas que han sido descritas). Empezó por llamarme la atención la existencia de evidentes mecanismos confusionales en un paciente que padecía de una histeria grave a forma agorafóbica. Describí la existencia en este paciente de un “núcleo confusional”, constituido por partes del yo y partes de objeto, vivas y muertas y mezcladas de una manera confusa. Consideré que este núcleo estaba proyectado y controlado en el espacio agorafóbico, en su “zona de seguridad” [J. Mom (15)] y que el enfermo con su agorafobia evitaba fundamentalmente la reintroyección de este núcleo que le provocaba la temida “crisis confusional”.

Este punto de vista se ha afianzado en mí al analizar esta otra paciente agorafóbica, de modo que ahora me gustaría sostenerlo de un modo más explícito y definido. Los trabajos de J. Mom (13, 14, 15, 16 y 17) acerca de las fobias constituyeron mi punto de partida. Jorge Mom señaló que el fóbico necesita diferenciar para evitar que las partes no diferenciadas se juntaran, lo cual significaría la locura o la desintegración. Desde mi punto de vista, me parece que el fóbico necesita diferenciar para mantener separado aquello que, si se juntara, llevaría a la confusión. Enloquecer para el fóbico es,

¹⁴ Estas dos líneas de desarrollo me fueron sugeridas por el Dr. J. Mom

esencialmente, confundirse. Con la fobia mantiene la disociación para evitar la confusión.¹⁵

Por consiguiente, pienso que las angustias subyacentes a las fobias son fundamentalmente de carácter confusional, y que estas angustias confusionales son concomitantes a las angustias esquizoides de desintegración, señaladas por E. Segal (18). Por consiguiente, “la situación catastrófica” que el sujeto evita con la formación de la fobia sería primordialmente una situación de desintegración confusional.¹⁶

Freud (6), al estudiar la fobia de Juanito, estableció que el punto de fijación para las fobias debía ubicarse en la etapa fálica, siendo la fobia un intento de resolver angustias ligadas al complejo de Edipo.

A. Aberastury (1) señala que el punto de fijación de las fobias se encuentra en la fase genital previa, descrita por la autora, correspondiendo a la segunda mitad del primer año de vida, donde se originan las primeras fobias a los animales. El conflicto que las determina estaría siempre, según Aberastury, en relación con angustias edípicas y el incremento del complejo de castración y su punto de fijación seguiría estando en la fase fálica.

En mi concepto, como ya he dicho, las fobias estarían relacionadas más profundamente con angustias confusionales que subyacen a los mecanismos esquizoides de defensa, y su punto de fijación considero que debe retrotraerse al trauma de nacimiento,¹⁷ y más específicamente al período umbilical del

¹⁵ El mecanismo de la confusión mental es aquí el mismo que el señalado por Rosenfeld (21).

¹⁶ Creo que la paciente de Hanna Segal se defendía con su fobia a las multitudes también de angustias confusionales y no únicamente de angustias esquizoides. La organización a que ella pertenecía reunía partes buenas de su yo y de sus objetos —St. John’s Wood— y partes malas de su yo y de sus objetos —Hampstead— y el peligro mayor, pienso yo, era que estas partes se juntaran y la confundieran. Intentó separarlas al pretender eliminar de los puestos importantes de la organización a la gente de Hampstead. Cuando se enfrentó a la multitud para hablar a favor de su marido, que ella hizo proponer como candidato a la presidencia (el marido era de St. John’s Wood, como su analista) “sintió pánico” porque se vio “rodeada de una multitud hostil y vacía”, es decir, que la disociación había fracasado y las partes malas del yo y de los objetos habían invadido a las buenas y las habían destruido, con lo cual la paciente ya no podría diferenciar más las partes buenas de las malas (Rosenfeld). El pánico significaba su angustia confusional y la fobia un intento de restablecer la disociación. Al exclamar: “Oh, pero yo no soy partidaria de él” volvía a separar lo que estaba en peligro de juntarse y llevarla a la confusión.

¹⁷ Por distintos Caminos, he llegado a una conclusión similar a la de Otto Rank, quien sostuvo que las fobias estaban relacionadas con las angustias referidas al trauma de nacimiento, conclusión que fue combatida por Freud en “Inhibición, síntoma y angustia”. A mi juicio, Otto Rank, de un modo intuitivo, llegó a conclusiones que hoy podemos fundamentar y desarrollar, basándonos en las aportaciones a la teoría psicoanalítica de la escuela kleiniana. Mi punto de partida fueron las fobias y la observación de que constituían un mecanismo defensivo contra angustias confusionales. Fue sólo posteriormente que me pareció que estas angustias confusionales debían adscribirse al trauma de nacimiento.

trauma de nacimiento. El análisis de mi paciente, me condujo a suponer que el agorafóbico es un ser “umbilical”, es decir, un recién nacido que quiere permanecer “acordonado” a sus objetos, ligado a ellos por el cordón umbilical,¹⁸ y que teme su desprendimiento —corte del cordón— porque caería en la confusión.¹⁹

Sugiero entonces la idea que el agorafóbico —y, por extensión, todo fóbico— sea un enfermo fijado al trauma de nacimiento, y, preferentemente, al período umbilical del trauma. Me ha parecido evidente en mi paciente, y creo haberlo documentado con el material clínico que he presentado, que la agorafobia constituía una regresión a la “etapa umbilical” del trauma de nacimiento, como una defensa contra la confusión mental. La fobia sería, en último término, un intento de resolver angustias confusionales ligadas al período umbilical del trauma de nacimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. ABERASTURY, Arminda.—“ Profilaxis del prejuicio racial en el niño”, en “Psicoanálisis del anti-judaísmo”. Revisión bibliográfica. Buenos Aires, 1963.
2. BARANGER, Madeleine.— “Homosexualidad y confusión”. Trabajo no publicado.

¹⁸ Este concepto se corresponde con el de “distancia” señalado por J. Mom (13) como característico de las fobias. Este autor estableció que el fóbico necesita siempre mantener una “distancia externa” con el objeto, como expresión de su necesidad de mantener separados los aspectos buenos y malos. Lo que Jorge Mom observó fenoménicamente, yo lo explico de un modo histórico y genético al considerar que la “distancia” que debe mantener el agorafóbico entre sus aspectos buenos y malos es la que corresponde a su cordón umbilical.

¹⁹ El agorafóbico debe desplegar una gran habilidad para poder vivir a la vez como un adulto y como un recién nacido umbilical, debe ingeniarse de mil maneras para poder mantener Conjuntamente estas dos situaciones vitales tan disímiles desde todo punto de vista.

3. BLEGER, José.— La simbiosis. "Rev. Psa. Bs. As.", T. XVIII, Nº 4, 1961.
4. FREUD, Sigmund.— "Una teoría sexual".
5. .— "Inhibición, sin toma y angustia".
6. - - - -.— "Análisis de la fobia de un niño de 5 años".
7. GARBARINO, Héctor.— "Un núcleo confusional: el muerto vivo". Trabajo no publicado.
8. GARBARINO, M. F. de.— Disociación y confusión: evolución del mecanismo disociativo y surgimiento de estados confusionales en el momento de la reintroyección. "Rev. Urug. de Psic.", T. IV, Nº 3, 1961-1962.
9. GRINBERG, León.— "Aspectos normales y patológicos del duelo". Relato oficial al IV Congreso Psicoanalítico. Río de Janeiro, 1962.
10. KLEIN, Melanie.— Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. "Rev. Psa. Buenos Aires", T. VI, Nº 1, 1948.
11. .— "Envidia y gratitud" en "Las emociones básicas del hombre". Bibl. de Psic. Edit. Nova.
12. KOOLHAAS, Gilberto.— El origen psicótico de la neurosis. "Rev. Urug. de Psic.", T. II, Nº 4, 1958.
13. MOM, Jorge.— Algunas consideraciones sobre el concepto de distancia en las fobias. "Rev. Psa. Buenos Aires", T. XIII, Nº 4, 1956.
14. .— Algunas consideraciones sobre interpretación de las fobias. "Rev. Psa. Buenos Aires", T. XIV, Nº 1-2, 1957.
15. .— El yo y su control a través de los objetos de agorafobia. "Rev. Urug. de Psic.", T. IV, Nº 3 1961.1962
16. .— *Aspectos teóricos y técnicos en las fobias y en las modalidades fóbicas.* "Rev. Psa. Buenos Aires", T. XVII, Nº 2, 1960.

17. .— Consideraciones sobre el concepto de fobia en relación con algunos aspectos de la obra de M. Klein. “Rev. Psa. Buenos Aires”, T. XIX, Nº 1-2, 1962.
18. SEGAL, Hanna.— Nota sobre mecanismos esquizoides subyacentes en la formación de la fobia. “Rev. Urug. de Psic.”, T. IV, N9 3, 1961-1962.
19. RANK, Otto.— “El trauma de nacimiento”. Edit. Paidós, Buenos Aires.
20. RASCOVSKY, Arnaldo.— “El psiquismo fetal”. Edit. Paidós, Buenos Aires.
21. ROSENFELD, Herbert.—Nota sobre la psicopatología do estados confusional en esquizofrenias crónicas. “Rev. Urug. de Psic.”, T. II, Nº 4, 1958.