

## **PSICOPATOLOGIA:**

### ***Pacientes con distorsión de predominio semántico\****

Samuel Arbiser

El interés en este tipo de ordenamiento psicopatológico y en este especial grupo de pacientes, pacientes con distorsión de predominio semántico, está orientado por la finalidad de hacer algunas reflexiones acerca de:

- a) Las bases metodológicas de las cuales surge este particular enfoque de la psicopatología.
- b) Una caracterización general de este grupo de pacientes y un rastreo de algunos antecedentes de la literatura analítica.
- c) Un sintético panorama general de la obra de Freud, donde se pretende mostrar la incidencia recíproca entre el abordaje de estos casos y los cambios operados en la teoría.

## **LAS BASES METODOLÓGICAS**

Con esta denominación, Liberman <sup>1</sup> distingue un vasto y heterogéneo sector de la psicopatología psicoanalítica, probablemente el más numeroso contingente de pacientes que actualmente concurren a analizarse. La denominación surge de una sistematización basada en la predominancia de la alteración en alguna de las tres áreas semióticas de la comunicación humana. Se recuerda, siguiendo a Morris, <sup>8</sup> que el área pragmática alude a la relación entre el usuario y el código; el área semántica a la relación entre el significante y el significado de un signo; y el área sintáctica a la relación de los signos entre sí, o sea a las leyes que rigen su ordenamiento. En base a esto, se distinguen los pacientes en pacientes con distorsión de predominio pragmático en pacientes con distorsión de predominio semántico y en pacientes con distorsión

---

\* Escrito especialmente para la Revista Uruguaya de Psicoanálisis

de predominio sintáctico.

En el caso que nos ocupa, el predominio de la distorsión se observa en el proceso de la significación.

Desde una perspectiva clínica, también podría decirse que los pacientes con distorsión de predominio pragmático son aquellos que se denuncian por los problemas, que tarde o temprano y en mayor o menor medida, acarrearán con el encuadre. Son aquellos pacientes a los que finalmente se hace necesario reformularles el encuadre para rescatar un tratamiento. En cambio, en los pacientes con distorsión de predominio semántico, existiría metafóricamente hablando, un divorcio entre letra y música. Ellos dan por sentado qué es curarse y cómo es el camino que el método analítico debe recorrer para lograrlo (fantasías patológicas de curación). Distorsión en el sentido de la cura y del tratamiento que lleva a una divergencia entre paciente y análisis de sus respectivos universos de significados adjudicados a los significantes. En cambio, los pacientes con distorsión de predominio sintáctico, son aquellos en los que es válida una especie de traducción simultánea. Es decir, su inconsciente pugna por expresarse y lo hace a través de los accidentes en el armado de la expresión verbal: lapsos, olvidos, actos fallidos, etcétera.

Conviene advertir de entrada, para evitar confundir este enfoque con una nueva enumeración y encasillamiento de cuadros nosológicos, que este tipo de sistematización está basado en el agrupamiento de los casos según predominancias de elementos detectables desde la semiótica, y variables en el transcurso de la evolución de un tratamiento. Un paciente con distorsión de predominio semántico, en el curso de un proceso terapéutico exitoso, evolucionará y se hará cada vez más detectable por sus accidentes sintácticos que permitirán y le permitirán reconocer más fácilmente su inconsciente.

Este particular enfoque de la psicopatología psicoanalítica, que difiere de los enfoques clásicos, pretende ser un ventajoso aporte en cuanto aspira superar la división entre la teoría y la técnica, la teoría metapsicológica y la concepción del vínculo transferencial. Está fundado en una sede de presupuestos metodológicos de los cuales interesa destacar:

1 El apoyo en el instrumental conceptual y metodológico de disciplinas afines. Fundamentalmente la semiológica, la lingüística y la teoría de la comunicación.

“La semiología es la ciencia que estudia los principios generales que rigen el funcionamiento de los sistemas de signos o códigos y que establece la tipología de éstos.”<sup>9</sup> (p. 105) La lengua constituye un caso especial de código y se le reconoce cierta autonomía a través de la lingüística, donde se estudian los signos, los significantes, los significados y la fonología de la lengua y el habla. En un circuito comunicativo el emisor envía mensajes a través de las señales que emite. En el diálogo analítico el analista debe, de los significantes que envía el paciente, armar un segundo significante que contenga el mensaje inconsciente que el analizado involuntariamente emite.

Prieto<sup>10</sup> (p. 182) distingue el código-lengua de los demás códigos en el sentido de que aquél brinda múltiples posibilidades en la elección de las señales para emitir un mensaje determinado. El emisor, al optar por unas señales en detrimento de otras, configura determinados estilos. Liberman, en relación con el circuito comunicacional que se establece en el diálogo analítico no sólo limita esa opción en el emisor —paciente— sino en la forma en que el receptor —analista— descodifica el mensaje y encodifica un mensaje interpretación. Todo lo cual jerarquiza el interjuego entre el estilo del paciente y el contraestilo de las interpretaciones en la estrategia para lograr el óptimo de operatividad terapéutica en los procesos psicoanalíticos.

En correlación con la psicopatología clásica se distinguen los siguientes estilos:

- a) el paciente reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso (esquizoide)
- b) el paciente lírico (cicloide);
- c) el paciente épico (con preponderancia en la dotación psicopática);
- d) el paciente narrativo (obsesivo);
- e) el paciente dramático que crea suspenso (fóbico);
- f) el paciente dramático que crea impacto estético (histérico).

Se puede considerar el tratamiento analítico como un proceso de interacción comunicativa entre paciente y analista, lo que eventualmente permite acceder a los aportes que esta disciplina, teoría de la comunicación, puede proveer. A modo de ejemplo puede citarse la aplicación que el estudio de los factores y funciones de la comunicación, realizado por Roman Jakobson [citado por Liberman, <sup>7</sup> p. 296], tiene en el diálogo analítico. Dicho autor distinguió seis factores y funciones que pueden aparecer debilitados o reforzados en el circuito comunicacional. Este circuito comprende un emisor, factor fuente, función emotiva; un receptor, factor destino, función conativa; un canal factor contacto, función pática; el factor contexto y la función referencial; el factor código y la función metalingüística y finalmente el factor mensaje y la función poética. Puede establecerse una correspondencia con los casilleros del 1 al 6 en que Liberman [ibíd] distingue las funciones del yo vinculadas a los distintos estilos: “Los estilos en 1 y 2 corresponden a mensajes centrados predominantemente en el factor fuente y la función emotiva; la diferencia entre ambos consiste en que mientras en 1 (esquizoidía) ha ocurrido una disociación entre la mente y las representaciones de los afectos ligados a estímulos provenientes del cuerpo, en 2 (cicloidía) la disociación es distinta, entre figura y Fondo. En el casillero 3 (acción) ubico los mensajes en donde predomina el factor destino y la función conativa, En 4 (toma de decisiones) ubico el factor contexto y la función referencial como predominantes en el mensaje verbal. En 5 y 6 corresponde situar el factor contacto y a la función pática. En 7 (sincronización) corresponde ubicar como predominantes - a los mensajes centrados sobre el mismo mensaje (óptimo de redundancia; por ejemplo el mensaje publicitario); esto tiene su representación en el nivel verbal cuando, como dije, predomina el factor mensaje y la función poética. Quedan fuera de esta clasificación el factor código y la función metalingüística.”

**2** La determinación de alinearse con aquellas tendencias que pretenden dotar al psicoanálisis de la autonomía y el rigor que exige para las ciencias

empíricas.

Según Popper, citado por Liberman<sup>7</sup> (p. 119), “el hombre que se encuentra desarrollando cualquier actividad científica, ya sea teórica o experimental «propone enunciados o sistemas de enunciados» y los contrasta paso a paso. En las llamadas «ciencias empíricas» el científico construye hipótesis o sistemas de teorías, «que contrasta con la experiencia por medio de observaciones y experimentos».

Sigue Liberman [Ibíd.]: “El mismo método de establecer «hipótesis o sistemas de teorías» posibles de ser contrastadas se utiliza cuando el terapeuta indaga en el diálogo de las sesiones realizadas.” Es decir, se propone corroborar o refutar hipótesis, tanto durante las sesiones, como en aquellas realizadas o por realizar.

En psicoanálisis se observa en la actualidad una alarmante tendencia a adherir a divergentes enfoques teóricos, no siempre exentos de “modas” o “ideologismos”, sin que se insinúe una concomitante tendencia integradora. Por otra parte, los trabajos clínicos adolecen de la subjetividad - del operador que los relata. Se entiende, y eso propone acertadamente —a mi juicio— el enfoque de Liberman, que una forma de superar esta brecha podría ser la reformulación de la mayor parte de los conceptos teóricos arraigados en el cuerpo doctrinario del psicoanálisis en enunciados intermedios que constituyan generalizaciones, pero que contengan en su definición los datos iniciales de la base empírica. Es acá donde las disciplinas afines antes mencionadas proveen un valioso instrumental para este fin. Lo que justifica y exige, para Liberman, que el analista actual no sólo esté “formado” analíticamente, sino “informado” en estas disciplinas.

**3** El diálogo analítico. Es éste el lugar donde se lleva a cabo la interacción correctiva, finalidad del psicoanálisis.

La propuesta de Liberman de discriminar entre dos formas de investigar en psicoanálisis explorando por un lado en la sesión el inconciente a través de sus indicios, e investigar la sesión ya realizada por el otro, pone en un primer plano el diálogo analítico como punto de partida para conceptualizar a partir de la base empírica y para formular hipótesis evolutivas de los tratamientos que se llevan a cabo a través del estudio de la sucesión de diálogos.

Para Liberman<sup>7</sup> (p. 31) el diálogo analítico se da en tres contextos de grado decreciente de inclusión:

a) la situación analítica, que “abarca el conjunto de sucesos inherente al momento por él que atraviesa la humanidad, el país, la ciudad, la zona misma donde el psicoanalista lleva a cabo el tratamiento psicoanalítico [...]”;

b) el encuadre analítico, que “incluye horarios, honorarios, papeles y funciones que el analista suele estipular antes de iniciar un tratamiento”;

c) el contexto lingüístico, que “abarca una seriación de organizaciones de diálogos en los que están comprometidos los aspectos pragmáticos, semánticos y sintácticos tanto de la lengua como del habla de la comunicación humana.

¿Cómo definir o diferenciar un diálogo analítico de cualquier otro diálogo?

Se intentará una aproximación:

Partiendo de lo más general, se puede decir que la práctica psicoanalítica, donde tiene lugar el diálogo analítico, está encuadrada en una forma especial de atención médico-asistencial. Es decir, del mismo modo que en otras actividades médicas, hay una persona que requiere —paciente— y la otra que atiende esa demanda —médico—. Ya de entrada, esto define una asimetría en este tipo de interacciones. Pero también se plantean sustanciales diferencias entre la interacción analítica, diálogo analítico, y otras interacciones médicas:

Su especial encuadre.

La patología tributada.

Los presupuestos teóricos que sustentan su práctica, destacándose entre otros:

Una concepción que relativiza la brecha entre salud y enfermedad.

Una concepción particular del desarrollo psicosexual.

Una concepción particular acerca del aparato psíquico, especialmente en lo que se refiere a la concepción de un psiquismo inconciente.

Una concepción particular en cuanto al móvil que impulsa su práctica. La revelación de lo desconocido (inconciente, disociado o proyectado) con el fin de una reestructura de la personalidad que implique una ampliación, mayor plasticidad y flexibilidad en el funcionamiento del yo en armonía con las otras instancias y con el mundo externo.

Pero lo que esencialmente caracteriza la práctica psicoanalítica es el uso de la transferencia con fines terapéuticos. Dice Liberman <sup>7</sup> (p. 83): “Aunque sean diferentes los límites que se le adjudiquen (a la transferencia); no obstante

las divergencias que puedan existir en su forma de abordaje, de concebir su evolución, todos los analistas concuerdan en estos dos puntos: *que ellos se encuentran incluidos de alguna manera en el vínculo transferencial, y que lo infantil se halla presente en cierto modo en ese vínculo*". [Subrayado por el autor.]

Liberman restringe el uso del concepto de transferencia para el psicoanálisis y para la sesión psicoanalítica en particular, no extendiéndolo a otros comportamientos fuera de la sesión.

Este autor define el concepto de transferencia refiriéndolo a la disposición que el paciente trae, por sus series complementarias, y que es sólo desencadenado por el estímulo provocado por el método analítico que incluye la situación analítica, el encuadre y los elementos lingüísticos del contexto verbal. La disposición a hacer transferencias está determinada, asimismo, por las características personales del analista, la teoría que subyace y el enfoque especial que hace de cada paciente. El registro e investigación de la sucesión de diálogos permitirán concluir acerca de si la interacción inherente a esos diálogos es promotora de la formación de nuevas combinaciones estilísticas por efecto de las revelaciones (terapéutica) o reforzadora de los estereotipos (iatrogénica) y permitirán hacer las rectificaciones necesarias.

A mi juicio, esta concepción de la transferencia supera el dilema entre los que, por un lado, la conciben como proyecciones en una pantalla impertérrita y los interaccionistas de las escuelas derivadas de la teoría de la comunicación, para quienes toda manifestación conductual es respuesta sólo a una acción en la red interpersonal, descartando —por imposible de abordar objetivamente (para ellos)— la red intrapersonal.<sup>12</sup> (Ver el párrafo titulado "El concepto de la caja negra".)

## **UNA CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS PACIENTES CON DISTORSIÓN DE PREDOMINIO SEMÁNTICO**

Liberman <sup>7</sup> (p. 703) caracteriza a estos pacientes como aquellos "que Concurren a la terapia psicoanalítica presentando una disposición a crear en el terapeuta la falsa creencia de que se está llevando a cabo un diálogo psicoanalítico con manifiesto sentido terapéutico". "[...] el analizando cree que está

cumpliendo con la regla fundamental tal cual él la concibe y el terapeuta cree estar interpretando, pero ni uno ni otro realizan tal cosa.”

En “Inhibición, síntoma y angustia” (t. XI), Freud (1926) en el Apéndice A, describe cinco formas de resistencia: tres dependientes del yo, una del ello y una finalmente del superyó. “La quinta (resistencia) —la del superyó— últimamente descubierta, es la más oscura, aunque no siempre la más débil, y parece provenir de la conciencia de culpabilidad o necesidad de castigo. Esta resistencia desafía todo esfuerzo y por lo tanto toda curación por medio del análisis.” [ibíd., p. 70.]

Esta última es el tipo de resistencia preponderante en el grupo de los pacientes que nos ocupa. En cambio, en los pacientes con distorsión de predominio pragmático, - en general pacientes de pronóstico más grave, el tipo -de resistencia preponderante es la del ello (compulsión de repetición; tal cual Freud la conceptualiza a partir de 1920). En los pacientes con distorsión de predominio sintáctico, psiconeurosis clásicas, los más accesibles al análisis, los tipos de resistencia más en juego son los del yo: resistencia de represión, la ventaja secundaria de la enfermedad y la de transferencia.

La estructura superyó-ideal del yo, especialmente este último, constituye la sede de la cual depende el particular código ético de cada persona, su “sistema de valores”. Este “sistema de valores” implica una “lógica de preferencias”, que interviene en el proceso de codificación, es decir, en la adjudicación de significados a cada significante (área semántica).

El sentido alude a la direccionalidad. De acuerdo con esa direccionalidad se da la significación. El yo es la instancia psíquica que interviene en el juicio de realidad, o sea, en la decisión acerca de la ausencia o presencia de estímulos. El ideal del yo es el que interviene en la adjudicación del sentido que se da a esa realidad. Según una conocida redondilla de Ramón de Campoamor, citada por Liberman, sería el “color del cristal con que se mira”. Por lo tanto estos pacientes, en los que predomina la distorsión en el área semántica, adjudican a su padecimiento, a su proyecto de curación, al analista y al método analítico un sentido muy distinto del que le adjudica el analista. Esto lleva irremediabilmente a un malentendido básico en la relación analítica que puede esterilizar largos y esforzados tratamientos si cursa inadvertidamente

**Sólo la detección de la distorsión, del malentendido, en el estudio del**

diálogo analítico permite revertir el proceso llevándolo a recuperar un sentido terapéutico. Si así ocurre, se observa cómo un proceso analítico aparentemente fluido y armónico en la sesión y tormentoso fuera de ella, invierte sus términos: se hace tormentoso en la sesión, con la emergencia de intensas- reacciones transferenciales negativas, y se produce una notable mejoría fuera de la misma, que el paciente sólo tardíamente reconoce ante el analista. Esto ocurre si el analista no cae en la trampa de tomar textualmente como asociaciones libres sus mensajes verbales y atiende en forma global a un conjunto de elementos paraverbales y extraverbales para recibir los mensajes que el paciente inadvertidamente emite y formular sus conjeturas interpretativas.

También es necesario hacer explícito al paciente que el analista es otra persona que observa, piensa y conjetura y que sólo puede ayudarlo en la medida en que tenga conciencia que sin su cooperación el analista no puede hacer nada. En cambio, si la distorsión pasa inadvertida, estos pacientes logran inocular en el analista su polo perceptual, haciendo que sea éste quien sienta los efectos o conflictos por ellos, o que se conviertan en una “máquina pensante despojada de afectos”<sup>7</sup> (p. 725). La primera opción se da en los pacientes de estilo lírico (depresivos) y la segunda en los casos de pacientes de estilo reflexivo (esquizoides).

También el otro grupo de pacientes, los pacientes con distorsión de predominio pragmático inoculan, pero a diferencia de los anteriores, lo hacen proyectando su polo motor. Hacen decir o hacer cosas al analista, si es que éste no lo advierte.

Los pacientes con distorsión de predominio semántico conforman un grupo que contiene una gran variedad de cuadros nosológicos. Los más estudiados son los pacientes de estilo lírico, descritos por Melanie Klein<sup>6</sup> en “Una contribución a la psicogénesis de los estados manioacodepresivos» (1934), y los pacientes de estilo reflexivo (esquizoides) cuya clásica descripción puede leerse en el capítulo “Factores esquizoides de la personalidad” (1940)<sup>2</sup> de Fairbairn. Asimismo, se incluyen en este grupo los pacientes conocidos como organoneuróticos y aquellos que padecen de diátesis traumática, o sea, propensos a los accidentes.

Sin embargo, desde la perspectiva de las dificultades en su abordaje terapéutico cuando se pretendía aplicar la regla fundamental y los esquemas vá-

lidos hasta entonces para la psiconeurosis, conviene recordar dos trabajos.

Se trata del trabajo <sup>1</sup> de Karl Abraham: “Una forma particular de resistencia contra el método analítico” (1919) y del de Joan Riviere: “Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa” (1936).<sup>11</sup>

El primero de los trabajos mencionados, un verdadero ejemplo en cuanto a claridad expositiva y aguda penetración clínica, se refiere al tropiezo en la práctica analítica con un tipo especial de resistencia “crónica” contra la asociación libre, distinta de las descritas hasta entonces.

“Tienden más bien a hablar de una manera continua e ininterrumpida, y algunos de ellos se niegan a permitir la menor interferencia del analista. Pero no se abandonan a las asociaciones libres [...]”

“[...] al médico no acostumbrado a reconocerla, los pacientes le parecen demostrar una extraordinaria ansiedad y una incansable disposición para ser psicoanalizados [...]”<sup>1</sup> (p. 231.)

Al respecto dice Liberman: “La distorsión semántica se detecta porque es inconcebible, por principio, que se pueda aceptar el diálogo analítico y las frustraciones inherentes al método de una manera tan confortable como lo hace este tipo de pacientes”.<sup>7</sup> (p. 727)

Siguiendo con Abraham: “Estos pacientes son particularmente sensibles a cualquier cosa que lesione su amor propio. Son propensos a sentirse “humillados” por todo hecho establecido en su psicoanálisis y están continuamente en guardia contra tales humillaciones [...]”<sup>1</sup> (p. 232)

Partiendo de estas observaciones clínicas y de algunas especulaciones, este autor concluye en que la peculiaridad resistencial de estos casos reside en un incremento del narcisismo, común denominador de una gran variedad de cuadros y sintomatologías.

“El análisis de estos pacientes presenta considerables dificultades. Ellas residen en parte en la fingida complacencia con la que los pacientes encubren su resistencia [...]”<sup>1</sup> (p 236)

Reconoce este autor, que el conocimiento que Freud aportó en 1914 al tema del narcisismo, permitió el abordaje de estos casos y una modificación sustancial en cuanto al pronóstico.

“Por lo tanto, aunque debo comenzar por llamar la atención sobre las dificultades del tratamiento, desearía como conclusión hacer una advertencia contra el peligro de hacer una prognosis totalmente desfavorable para los

casos.” (ibíd.)

El segundo de los trabajos mencionados, <sup>11</sup> el de Joan Riviere (p. 122), como su título lo indica, enfoca estos casos, que denominará neurosis de carácter difíciles, desde el punto de vista de la reacción terapéutica negativa. Esta autora discute, al principio, el -concepto desde la perspectiva que hace Freud de él en “El yo y el ello”, cuando lo refiere al sentimiento inconciente de culpa, extendiéndolo ella por su parte a los casos difíciles en general o a los fracasos terapéuticos. Pero reconoce que estos fracasos y estas dificultades “[...] pueden ser debidas a la falla del analista de comprender el material e interpretar al paciente con la necesaria amplitud [...]” (p- 125) Refiriéndose a las resistencias narcisísticas, a las que alude Abraham en el trabajo recientemente mencionado, asocia estos cuadros con las consideradas inaccesibles neurosis narcisísticas por Freud.<sup>5</sup> (p. 152)

Al preguntarse acerca del narcisismo intenta conciliar el concepto de narcisismo secundario de Freud con la relación del yo con los objetos internalizados; lo cual ya implica un salto a las concepciones teóricas kleinianas como instrumento teórico inherente al abordaje de estos casos. Desde esta nueva perspectiva plantea “[...] que cuando las resistencias narcisísticas son muy pronunciadas y traen como consecuencia la característica falta de visión interna y ausencia de resultados terapéuticos, esas resistencias son en realidad una parte de un sistema de defensa muy bien organizado contra un estado depresivo más o menos inconciente y que el enfermo maneja como una máscara o disfraz para ocultarlo”.<sup>11</sup> (p 125) La defensa específica de la depresión la constituye la reacción maníaca, cuyas características esenciales son la omnipotencia y la omnipotente negación de la realidad psíquica, “la cual lleva, desde luego, a una apreciación distorsionada y defectuosa de la realidad externa. (p. 126) Compárese con las apreciaciones de Liberman, antes mencionadas, acerca de la distorsión del sentido de la realidad, dependiente del sistema superyó - ideal del yo.

Joan Riviere considera de suma importancia en la defensa maníaca para evitar un miedo especial, la ansiedad depresiva, a la omnipotencia y al control omnipotente, con los cuales estos pacientes controlan el análisis, a veces de manera tan encubierta que pasa inadvertido para el analista: mientras controlan evitan estar expuestos al analista y al análisis que los puede llevar a la temida

ansiedad depresiva.

“Sugiero que la tendencia común a controlar el análisis y al analista que nosotros vemos a menudo en los pacientes, está más extendida de lo que suponemos, porque se halla muy enmarcada y disfrazada por la subordinación superficial y esto forma parte de una actitud defensiva general extremadamente importante —la defensa maníaca—, que debe ser comprendida como tal.” (p. 130)

Relaciona la reacción terapéutica negativa con la reacción maníaca y la ansiedad que ésta encubre, en cuanto el no mejorar permite lograr un equilibrio, un status que resguarda contra un temido cambio. Temido en cuanto “no tiene fe en su mejoría”. (p. 131) Para el paciente: “La verdad psíquica detrás de estas negaciones omnipotentes es que los peores desastres ya han tenido lugar; es ésta la verdad que no quiere que el analista ponga en descubierto y que no permitirá que ni él mismo ni el analista la comprendan. No intenta lograr ninguna “mejoría”, ni cambio, ni desea terminar el análisis, porque no cree posible que ningún cambio o disminución del control por su parte puedan traer más que el verdadero desastre para todos.” (p. 132)

Luego describe detalladamente la posición depresiva y sus efectos, adscribiéndole la responsabilidad final en este tipo de defensas.

Finalmente se detiene en los penosos conflictos vinculados a la reparación de los objetos internos y externos y en los dilemas que implica el decidirse a afrontarlos. Dilemas que terminan expresados en la reacción terapéutica negativa.

## **UN SINTÉTICO PANORAMA GENERAL DE LA OBRA DE FREUD**

La evolución de las conceptualizaciones en psicoanálisis, en especial siguiendo a Freud a través de su obra, puede esquematizarse de diversas maneras, de acuerdo con el punto de interés que se desee destacar.

Se entiende que el grupo de pacientes que nos ocupa, pacientes con distorsión de predominio semántico, si bien representan un conglomerado heterogéneo de pacientes tienen en común el hecho de que su abordaje conformó un punto crítico en la evolución del cuerpo conceptual psicoanalítico, en cuanto constituyeron buena parte de los pacientes inaccesibles al beneficio de la terapia analítica en un momento dado. Son gran parte de las llamadas neurosis

narcisísticas. En 1924, en “Neurosis y psicosis”, Freud propone la siguiente síntesis psicopatológica, *psiconeurosis*: conflicto entre el yo y el ello; *psicosis*: conflicto entre el yo y la realidad externa; y *neurosis narcisísticas*: conflicto entre el yo y el superyó.<sup>5</sup> (p. 152)

Se pretende decir que en el desarrollo de las ideas analíticas pueden esquematizarse dos grandes etapas. La primera de ellas recorrida exclusivamente por Freud, y una segunda en la cual si bien éste sentó las bases más firmes e incontrovertidas, fue continuada por diversos autores e incluso a través de líneas divergentes.

La primera etapa abarca desde los primeros trabajos de Freud sobre la histeria hasta que culmina, a mi entender, en la mitad de la segunda década de este siglo con los trabajos de Metapsicología, coronación de todo un sólido edificio conceptual. Esta etapa tiene su propia patología tributaria, las psiconeurosis clásicas: histeria de angustia, histeria y neurosis obsesiva. Su teoría Instintiva- reposa *en la oposición* entre los instintos sexuales y los instintos de conservación. Su aparato psíquico, en el cual lo fundamental es el clivaje entre Conciente e inconciente (Prec. e Inc.) y su instrumento técnico básico, cual es la libre asociación. (En el caso Dora describe la transferencia como resistencia y las resistencias de la ventaja secundaria de la enfermedad.)

Una detallada descripción de las resistencias a la libre asociación puede observarse en el temprano trabajo de Freud “Psicoterapia de la histeria” de 1895<sup>3</sup> (p. 152), cuando aplicaba el método catártico. Entonces buscaba “sorprender al yo” con el artificio de la presión en la frente para hallar la ocurrencia que pusiera en la pista del recuerdo subyacente, responsable del síntoma.

En su importantísimo trabajo de síntesis: “Introducción al psicoanálisis” (1916-1917), en el capítulo “Resistencia y represión” (t. V), nuevamente - describe -en forma detallada las resistencias a la libre asociación y la resistencia transferencia, acá ya como un valioso instrumento de la técnica.

“Sin embargo, no debemos condenar irrevocablemente a las resistencias de este género, pues a pesar de todo, contienen siempre importantísimos datos de la vida pretérita del enfermo, y nos los revelan además en una forma tan convincente, que constituyen uno de los mejores

elementos auxiliares del análisis, siempre que por medio de una acertada técnica se los sepa orientar favorablemente.” (Ibíd., p. 51) “[...]”

“[...] Finalmente, caemos en cuenta de que la supresión de estas resistencias constituye la más importante función del análisis, y al mismo tiempo, la única parte de nuestra labor que, de lograrla llevar a buen puerto, podrá darnos la certidumbre de haber prestado al enfermo un verdadero servicio.” [Ibíd., p. 55]

“[...] Contra la penetración del proceso psíquico hasta la conciencia, ha debido elevarse una violenta oposición que le ha forzado a permanecer inconciente, adquiriendo como tal la capacidad de engendrar síntomas. Idéntica oposición se manifiesta en el curso del tratamiento contra los esfuerzos encaminados a transformar lo inconciente en conciente, y esta oposición es lo que advertimos en calidad de resistencia. A este proceso patógeno, que se manifiesta a nuestros ojos por intermedio de la resistencia, es que - damos el nombre de “represión”.<sup>3</sup> [Ibíd., t. V, p. 58]

Con esto se pretende puntualizar el lugar central que ocupa en todo este período en la teoría, la concepción de la represión que, como se ha expresado, parte de los tempranos trabajos de Freud y culmina en los de Metapsicología de 1915, “La represión y lo inconciente”. En consecuencia, la represión constituye una pieza básica, enclavada en el clivaje del psiquismo entre conciente e inconciente y como contraparte de la resistencia que se manifiesta en la clínica, introduce en psicoanálisis el concepto dinámico.

Sin embargo, en 1914, con “Introducción al narcisismo”, se inicia otra etapa que inaugura un escalonamiento conceptual derivado del - acceso de pacientes narcisistas o del abordaje de la vertiente narcisista de los pacientes.

Si bien en 1910 Freud apela al concepto de narcisismo para explicar la elección de objeto homosexual y en 1911, en Schreber, lo describe como una fase intermedia entre el autoerotismo y el amor objetal, en 1914 aparece este concepto, como libido del yo sentando las bases de la estructura yoica y del ideal del yo.

En 1917, a través de “Duelo y melancolía” adquiere nueva dimensión el ya conocido concepto de identificación que luego sistematiza ampliamente en 1921 en el capítulo VII de “Psicología del yo y análisis de las masas”

En 1920, la aparición del, en ese momento novedoso, concepto del instinto de muerte, constituye una significativa pieza conceptual para el armado en

1923, a través de “El yo y el ello”, de lo que se conoce como la “segunda tópica”. Además, permite una revisión del viejo concepto de masoquismo, en el que se explaya detalladamente en 1924 con “El problema económico del masoquismo”. Este último trabajo presenta un interés especial para el tema que nos ocupa en - cuanto que la reacción terapéutica negativa se incluye como una manifestación, en los tratamientos, del masoquismo moral, una de las formas en que evoluciona el masoquismo erótico. Previamente, en “El yo y el ello”, la reacción terapéutica negativa había sido exhaustivamente tratada en relación con la acción del superyó en el sentimiento inconsciente de culpa.

Mientras tanto, y es lo que se desea enfatizar en la esquemática y apretada descripción de toda esta etapa, hay un desplazamiento del concepto de represión desde su lugar central en la teoría a un lugar más descentralizado, aunque siempre significativo. En relación con esto puede observarse cómo se vuelve al concepto de defensa (1926) <sup>3</sup> [t. XI, apéndice A, apartado C de “Inhibición, síntoma y angustia”], concepto y denominación que había sido abandonado luego de “Las neurosis de defensa” y Las nuevas aportaciones a las neuropsicosis de defensa” (1894-6).

Sería importante insistir en que sólo se trata de un desplazamiento del acento de la represión y de la primera tópica. La represión, luego de “Inhibición, síntoma y angustia”, es un importante mecanismo de defensa entre otros. Asimismo el clivaje entre consciente e inconsciente se mantiene dentro de la estructura de un aparato psíquico más complejo. Aquí, como en otros temas de la vasta obra de Freud, puede verse cómo los conceptos se van integrando en nuevas concepciones sin descartarse.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABRAHAM, KARL: *Psicoanálisis clínico*. Ed. Hormé.
2. FAIRBAIRN, RONALD W.: *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Ed. Hormé.
3. FREUD, SIGMUND: *Obras completas* Santiago Rueda, tomos V y XI.
4. FREUD, SIGMUND: *Obras completas*. Biblioteca Nueva, tomo 1: 1973 -
5. FREUD, SIGMUND: *Standard Edlttott 'Forno XIX,*
6. KLEIN, MELANIE: *Contribuciones al psicoanálisis*. Ed. Hormé.
7. LIBERMAN, DAVID: *Lingüística, interacción comunitaria y proceso psicoanalítico*. Editorial Galerna.

8. MORRIS, CHARLES W.: *Signos, lenguaje y conducta*. Ed. Losada.
9. PRIETO, LUIS J.: *La semiología*, en "El Lenguaje. La Comunicación". *Tratado del lenguaje* dirigido por André Martinet. Ed. Nueva Visión.
10. PRIETO, LUIS J.: *Mensajes y señales*. Ed. Seix Barral S. A., Barcelona.
11. RIVIERE, JOAN: "Revista de Psicoanálisis". Tomo VII, nº 1. *Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa*.
12. WATZLEWICK, BEAVIN y JACKSON: *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Tiempo Contemporáneo.

Recibido el 19 de abril de 1978

**SAMUEL ARBISER**, médico, miembro adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina, ha trabajado también en el campo de la psicoterapia de grupo y se interesa en la articulación del psicoanálisis con la ciencia social, Sus trabajos han versado principalmente sobre el tema de la psicoterapia de grupo, y han aparecido en revistas argentinas especializadas.

Dirección: José E. Uriburu 1252, 79 "A"; Buenos Aires.