

Notas sobre el tratamiento de la psicopatía*

Luis E. Prego Silva

(Montevideo)

Resumen

En este trabajo describimos las características de la psicopatía; expusimos algunas de las teorías que procuran explicar la fenomenología de esta enfermedad.

Planteamos una hipótesis que difiere de las habituales sustentando la existencia de un trastorno del desarrollo que determina el establecimiento de una relación con un objeto ideal interno.

Describimos la naturaleza de ese objeto y el tipo de vínculo y como consecuencia de esa concepción, planteamos modificaciones de la técnica del análisis de psicopáticos que nos permiten entrever mejores resultados.

Summary

The characteristics of psychopathy are described in this paper and some of the theories which attempt to explain the phenomenology of this illness are discussed.

We put forward a hypothesis different from the usual ones, assuming the existence of a disturbance of the development which determines the establishment of a relationship with an internal idealized object.

We describe the nature of this object and this kind of link and, as a consequence of our hypothesis, we propose some modifications of the technique of psychoanalysis of psychopathic patients which should promise better results.

* Revisión del trabajo presentado en la A.P.U. el 16 de marzo de 1966

El psicopático es un enfermo que plantea al analista diversos problemas, tanto en el orden teórico como en el manejo terapéutico.

En este trabajo nos vamos a ocupar de este último punto, es decir, de las dificultades o limitaciones técnicas que observamos en el curso del tratamiento de psicopáticos, aunque previamente revisaremos algunos conceptos teóricos de la psicopatía.

PRIMERA PARTE

Transferencia y contratransferencia, son términos que describen un acontecer en el que el pasado y el presente del analizando y del analista se dan en un solo acto, por el simple hecho de la creación de una situación nueva y singular: la situación analítica.

En ella, el paciente relata, recuerda, revive y repite: muestra o encubre vivencias. El analista, al mismo tiempo, pone al servicio de su tarea, sus resonancias internas, las cuales se suponen modificadas por su experiencia en su análisis, utiliza las ideas del marco referencial dentro del cual trabaja y crea (o inventa) la interpretación.

Como dice Racker (28) el analista desempeña una doble función: “primero es intérprete de los sucesos inconscientes y segundo es sujeto de estos mismos sucesos”. Creemos que estos dos actos son simultáneos o se dan en todo caso en sentido inverso; es decir, que la interpretación es la consecuencia de ser primero sujeto.

Cuando el analista verbaliza su interpretación, ésta tiene diferentes destinos: es escuchada o no; es simplemente oída o no y al alcanzar al paciente, ¿qué significa para éste?

¿Comprende el contenido simbólico del lenguaje y entonces entiende el contenido del mensaje de la interpretación, o por el contrario las palabras del analista, la cualidad de la voz con que son dichas, la gesticulación explícita

(que integra a todo acto expresivo) son para el analizando la imagen de una actitud donde palabra y voz sustituyen y representan un gesto? (*)

Todos los autores que se han ocupado del tema coinciden en que, en el psicopático predomina la acción sobre el pensamiento; es decir que estos pacientes actúan porque tienen un déficit en la simbolización. Por consiguiente, nuestro lenguaje puede carecer, para él, de la significación que procuramos darle en la situación analítica y en consecuencia, fracasarían nuestras expectativas, si en realidad no se dan las condiciones requeridas para esa particular forma de comunicación.

Más adelante volveremos sobre este punto que consideramos sumamente importante.

* Susana Langer, citada por E. Rodrigué (30) dice que la gran contribución de Freud a la filosofía de la mente, consistió en mostrar que la conducta humana no es simplemente lucha por la existencia sino que también es un lenguaje. Todo movimiento, es, simultáneamente un ademán.

El análisis se define “como la situación de dos personas, indefectiblemente ligadas y complementarias, mientras está durando la situación e involucradas en un mismo proceso dinámico” M. y W. Baranger (3), y el elemento que permite que ese proceso se lleve a cabo es el lenguaje; lenguaje verbal ya que el gesto o la “actividad” que el paciente realiza en la sesión son interpretadas, es decir, son expresadas con las palabras significativas del analista destinadas a “hacer consciente lo inconsciente”.

Entonces para que esta finalidad se cumpla, en primer término, (además de que el paciente sea capaz de oír) deberá entender el lenguaje utilizado por el analista y que lo simbolizado por dicho lenguaje sea a su vez comprensible o comprendido por el analizando.

Pero si admitimos que en el psicopático hay una perturbación de la capacidad de simbolización y que su lenguaje es acción y que en consecuencia el significado de su comunicación verbal es diferente al de la nuestra, cabe preguntarse, ¿cómo puede realizarse el trabajo analítico y cuál va a ser el destino de nuestra labor?

Encontrar respuestas a estas interrogantes es, a mi modo de ver, lo que permitirá alcanzar mejores resultados en el tratamiento de estos enfermos.

Frecuentemente se repite que el psicopático es difícil de analizar.

Coincido con esa afirmación si se toman en cuenta los escasos éxitos logrados. Por ello me sentí interesado en la revisión de este criterio y para ello recurrí al material que había recogido de un psicopático que se fue sin darme ninguna explicación, el de otro que interrumpió el tratamiento dándome razones muy poco aceptables y el de un perverso al que le propuse cambio de analista en virtud de la reacción terapéutica negativa que se estableció suponiendo que quizás la superara en un nuevo intento.

Y lo que me llevó a esa revisión fue precisamente la curiosidad (y al mismo tiempo la duda) acerca de mi proceder analítico en esos casos. En otras

palabras, sentí necesidad de investigar si las dificultades que nos plantean estos pacientes corren por cuenta de la naturaleza de su proceso o si a su vez, en el analista hay algún elemento en su análisis, en sus conocimientos teóricos o en la forma en que aplica la técnica que lo lleva a “repetir” en vez de elaborar sus errores.

Ferenczi, citado por Reich (29), decía “que toda nueva experiencia nos cuesta un caso; todo lo que importa es apreciar el error y aprender algo de él”. Me pregunto si con los psicopáticos reconocemos nuestros errores y si aprendemos algo de ellos.

Llama la atención la contradicción que suscita, por un lado, el conocimiento aparentemente profundo que existe sobre esta enfermedad y por otro, los escasos resultados satisfactorios que se consiguen con el tratamiento psicoanalítico.

Entonces, ¿no correspondería revisar esos conceptos teóricos sobre la psicopatía? Y si ellos son correctos, los frecuentes fracasos, ¿no tendrían que ser imputables a errores de la técnica que empleamos con estos pacientes?

Las respuestas a esas dos preguntas, requieren un vasto plan de investigación. En este trabajo comunicamos las hipótesis de que nos hemos servido para iniciar esa investigación, así como algunos de los resultados obtenidos.

Pero antes de exponer nuestra hipótesis, las consecuencias que se derivan de ella y el material clínico en el cual se apoyan, resumiremos brevemente a) la descripción psiquiátrica de la psicopatía y b) algunas de las teorías psicoanalíticas sobre su etiopatogenia.

A) DESCRIPCION PSIQUIATRICA.

Adoptando la descripción de Clecky (8) estos enfermos se caracterizan por: 1) ejercer una atracción superficial y mostrar evidentes signos de una

buena inteligencia; 2) por carecer de delirios y de otros signos de pensamiento irracional; 3) por ser insinceros, inconstantes y antisociales; 4) porque su conducta es inadecuadamente motivada y sus actos no determinan vergüenza ni remordimiento; 5) porque no aprenden con la experiencia ni son capaces de amar, ni son responsables en las relaciones; 6) porque su vida sexual es impersonal, trivial, y pobremente integrada y 7) porque no tienen capacidad de previsión, su pensamiento omnipotente lo puede todo, por lo que su vida es fantástica y chocante”.

B) CONCEPTOS PSICOANALITICOS.

De la psicopatía los analistas se han ocupado en numerosos trabajos aportándonos diferentes interpretaciones.

Freud en 1915-16 (13) describió a los delincuentes por sentimiento de culpabilidad, considerando que este sentimiento es el que determina el acto delictivo. Diferenciaba a éstos de otro grupo de individuos “que delinquen sin culpa, porque no han desarrollado ninguna forma de inhibición moral o porque en su lucha contra la sociedad, consideran justificadas sus actitudes”. En los pacientes del primer grupo, Freud considera que la culpa tiene un origen edípico; mientras que los del segundo grupo, serían aquellas personas sin Superyo o en las cuales ha persistido el principio del placer a expensas del principio de realidad.

A pesar de la brevedad del artículo y del escaso interés de Freud por el tema, formuló una teoría acerca de la posible fenomenología de estos enfermos que se constituyó en el punto de partida de muchas otras que encontramos en ulteriores trabajos.

Abraham K. (1) en un estudio psicoanalítico de un impostor considera que el desequilibrio psíquico del paciente respondía a una estructura narcisística basándose en la fuerte ambivalencia de sus impulsos internos: Fenichel (10), Reich (29) y otros han descrito las técnicas defensivas del Yo ante un Superyo cruelmente exigente, así como las perturbadas identificaciones

introyectivas que se observan en estos pacientes: Alexander y Staub (2), Bergler (5), así como P. Greenacre (15) también les dieron importancia a la situación edípica, atribuyéndole un papel fundamental en la determinación de la psicopatología de estos pacientes, y Deutch (9) se ha referido, al estudiar al impostor, a la búsqueda de una identidad que realizan estos individuos para justificar la narcisística comprensión de sí mismos.

Desde luego que no son solamente estas las únicas teorías sobre la fenomenología de la psicopatía. Es evidente que cada una de ellas acentúa y jerarquiza un aspecto y se apoya en él para fundamentar una hipótesis interpretativa. Por no ser este el propósito del presente trabajo no nos ocuparemos de discutir las en esta ocasión, pero sí nos referiremos a otros hechos que consideramos importantes no sólo por la frecuencia con que se presentan en estos pacientes, sino por el significado que le atribuimos, como lo veremos más adelante.

Lo habitual es que la solicitud de tratamiento la haga un familiar del paciente u otra persona que los represente, sea porque la conducta del psicopático les ocasiona molestias o porque son los que toman conciencia de la enfermedad.

Raramente el psicopático adopta esa decisión por sí mismo; cuando lo hace, generalmente es porque se encuentra en dificultades y entonces, al pedir tratamiento, confía que esas dificultades que “le crean los otros” podrán atenuarse o desaparecer. Es en realidad un propósito tramposo. Se muestran como enfermos para conseguir que se les disculpe o perdone. Pero en realidad, íntimamente no se sienten enfermos.

Otras veces y no son pocas, en nuestra experiencia, dicen que desean analizarse porque aspiran ser analistas (*).

Así pues, estos pacientes o son enviados al análisis o lo deciden ellos,

* Esto confirma lo que dice MELTZER. El considera que estos pacientes vienen al tratamiento para perfeccionarse y no a curarse (comunicación personal del Dr. Eduardo Kalina).

sucediendo esto último raramente. Pero en ambos casos la aceptación o la decisión esconde, a veces apenas, el propósito de eludir comprometerse en el tratamiento. Son éstos, el tipo de pacientes que al decir de M. Baranger (4) “juegan al análisis, pero no se juegan en el análisis”.

Con frecuencia ni siquiera se hacen cargo del pago de los honorarios.

Su comportamiento en la entrevista es también bastante característica. Habitualmente dicen no saber por qué se les ha exigido que asistan a la consulta ya que a ellos no les sucede nada anormal. Cuando nos relatan lo que ya nos han informado quienes solicitaron el tratamiento, lo hacen con naturalidad, sin darle importancia a ningún hecho. Todo lo que les sucede es explicable ya que ante tales circunstancias “cualquiera habría procedido igual”. Son los otros, los responsables de su conducta. Otras veces niegan toda sintomatología y procuran mostrarse sanos.

El paciente A. me dijo en la primera entrevista: “yo no soy un enfermo, soy un sinvergüenza. Pero si Ud. quiere tratarme, no tengo ningún inconveniente en probar”.

El paciente B. también en la primera entrevista me dijo que le habían sugerido la conveniencia de analizarse porque eso mejoraría su rendimiento comercial. “Y decidió hacerlo sólo por eso”. Sin embargo su historia estaba cargada de actos perversos y de actividades antisociales a los que nunca les reconoció ninguna significación patológica.

C. una joven de 21 años, había hecho un serio intento de suicidio, su conducta era sin duda alguna, la de un psicopático; sin embargo, me manifestó que había venido a verme porque se lo habían exigido y además, porque le recomendaron que se analizara con un hombre (antes había estado en tratamiento con una analista), pero agregó: “A decir verdad, no sé de qué tengo que curarme”.

Mayores dificultades crean aquellos casos en los cuales aparentemente no se evidencian signos de psicopatía. La historia relatada por el paciente

corresponde a la de un trastorno neurótico y parecen realmente interesados en la solución de sus problemas. Es más tarde, en el curso del tratamiento cuando recién comienza a sospecharse la verdadera naturaleza de la enfermedad.

No obstante, cuando se tiene experiencia, creemos que siempre es posible descubrir los signos de la psicopatía ya en la primera entrevista y uno de los índices que facilita ese “descubrimiento”, me refiero a los pacientes *del último grupo*, lo da una particular vivencia contratransferencial que nos hace sentir la distancia y la inautenticidad de ciertos contenidos del relato.

Por el contrario, el analista inexperto puede ser “enceguecido” por la capacidad de seducción, también característica de estos enfermos y el “descubrimiento”, cuando se hace, es generalmente bastante tarde, muchas veces, cuando ya se ha perdido al paciente. Creemos que esta situación es debida a la intensidad con que en estos casos, se juegan los mecanismos de identificación proyectiva; tema del cual nos ocuparemos más adelante.

Un elemento que no falta nunca, al menos en los casos que he tratado, es la búsqueda de un tipo de relación al que he llamado la “alianza psicopática” con la que procuran conseguir la complicidad del analista y en consecuencia la denigración de la situación psicoanalítica.

Un paciente que durante mucho tiempo ocultó un material importante, cuando lo relató en una sesión me dijo: “Esto es una cosa muy delicada; nadie sino yo y ahora Ud., lo sabe. Si ahora habla de esto, aparecerá como mi cómplice y si lo calla, es un encubridor. Ahora sí, siento que lo tengo agarrado”.

En suma, durante el análisis de psicopáticos sentimos siempre que no hemos logrado, salvo en raras ocasiones, un total contacto con ellos. En todos los casos tenemos la convicción de que hay algo que permanece evitado o sustraído del material que nos traen; que ponen entre ellos y nosotros, una distancia difícil de acortar.

Este es un tema, el de la distancia en la relación analítica con el

psicopático, del mayor interés, ya que en él quizás podamos descubrir algunos de los mecanismos que J. Mom (26) ha descrito en los fóbicos. En el paciente Z., este hecho adquiere gran significación. Él decía sentir que “la boca se le ponía dura” frente a algunas personas y que tenía que interrumpir bruscamente la conversación para que no se le notara “el síntoma” como él lo llamaba. Indudablemente lo que temía era que se descubriera su alcoholismo y se fue del análisis, también bruscamente, para mantener la distancia que le aseguraba la protección del “secreto” (*).

Resumiendo: de la amplia bibliografía disponible, podemos concluir que al psicopático se le considera un enfermo cuyo trastorno se origina muy tempranamente y que perturba seriamente su desarrollo. Para la mayoría de los autores citados, el conflicto básico es la situación edípica y sus consecuencias son un anormal y permanente conflicto entre Yo y Super Yo.

Los aportes de Melanie Klein y su escuela, abren nuevas posibilidades para la comprensión de estos enfermos.

La descripción de las primeras etapas del desarrollo, con sus ansiedades psicóticas y las defensas correspondientes y fundamentalmente la importancia que a través de su obra adquieren las relaciones objetales, nos permiten encarar el problema del psicopático con una visión diferente.

No vamos a repetir aquí, por conocidas, sus ideas acerca de esas primeras etapas del desarrollo. Solamente tomaremos como referencia, aquellos puntos que han de servirnos para la hipótesis que sustentamos en este trabajo.

Si la psicopatía es la consecuencia de una perturbación del desarrollo psíquico, coincidiendo en esto con la mayoría de los autores, lo que realmente importa es poder aclarar el momento, la forma y las causas que las determinan, y que dan lugar al modo de vivir psicopático.

Aunque no creemos estar en condiciones de dar una respuesta definitiva a

* Este material corresponde a un paciente de Vida M. de Prego

todos los problemas que nos plantean estos tres puntos, consideramos, no obstante, justificado exponer la hipótesis con la que estamos realizando una investigación sobre el tema y comunicar algunos de los resultados obtenidos.

En una conversación con el Dr. Garbarino, me preguntó si yo consideraba a la psicopatía como una enfermedad o como una defensa. Y esa pregunta nos llevó a replanteamos una serie de problemas aún no resueltos.

¿Qué quiere decir enfermedad y qué quiere decir defensa?

Enfermedad psíquica es el resultado de un conflicto en el que, ante ansiedades específicas, se desarrollan o entran en juego defensas también específicas, configurando una organización dinámica que se expresa a través de síntomas característicos.

Defensa es, según A. Freud (12), un término empleado por S. Freud en 1894 para describir “las luchas del Yo contra ideas y aspectos dolorosos e insoportables” y más tarde en 1926 lo utiliza de nuevo “como designación general de todas las técnicas de que se sirve el Yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis.

Sabemos que el concepto de defensa ha ido modificándose con el desarrollo de la teoría psicoanalítica y que los descubrimientos de M. Klein han aportado un conocimiento muy fecundo sobre el tema.

Pero la distinción entre psicopatía como enfermedad o como defensa nos enfrenta ante un hecho complejo.

Es fácil descubrir y describir al psicopático como enfermo; no lo es tanto cuando durante el análisis de cualquier paciente encontramos defensas de tipo psicopático.

Esta situación es, a nuestro modo de ver, mucho más frecuente de lo que se piensa. Aún más, sostenemos que en ciertos momentos del tratamiento todo paciente utiliza mecanismos de defensa psicopática, cuando el Yo no es capaz

de tolerar la intensidad de las ansiedades psicóticas, ni la angustia depresiva, porque no se ha alcanzado una suficiente organización del Yo o porque la regresión que determina el tratamiento psicoanalítico le son intolerables.

Expondremos ahora nuestra hipótesis y luego el material clínico de algunos de nuestros pacientes en el cual dicha hipótesis se apoya.

HIPOTESIS

Consideramos que el psicopático mantiene una relación con un objeto ideal interno mediante la cual consigue evitar o eludir parcialmente todo incremento de cualquier tipo de ansiedad que su Yo no es capaz de tolerar.

Si bien esta situación protege a su Yo inmaduro, al mismo tiempo dificulta u obstaculiza su desarrollo normal; es decir, por un lado impide que se produzca una desorganización psicótica (por persistencia o incremento de ansiedades paranoides-esquizoides) y por otro le impide también el pasaje a la posición depresiva porque el Yo tampoco puede tolerar ansiedades depresivas.

De este estado de estancamiento sale, aparentemente, a través del desarrollo de conductas en las que predominan la identificación proyectiva y las defensas maníacas.

¿Cuáles pueden ser entonces los motivos por los que el Yo del psicopático tiene esa particular dificultad para estructurarse?

1.º) Es posible que en este tipo de pacientes exista un montante de agresividad constitucionalmente alto; 2.º) que las ansiedades persecutorias que se incrementan en el momento del nacimiento, adquieran una singular intensidad, ya que en ellos, al menos en nuestra casuística, los partos han sido muy laboriosos y traumáticos y 3.º) que las primeras relaciones objetales hayan configurado experiencias desfavorables, por el tipo de madre que tienen casi todos los psicopáticos y cuya característica es la incapacidad de “revenge” que ha descrito Bion.

Estos tres factores —particularmente los dos últimos— los he encontrado en todos los psicopáticos que he analizado.

La coexistencia de tales circunstancias dificultan el desarrollo del Yo.

Como sabemos, el mecanismo de defensa más apropiado y el primero que utiliza el bebé para librarse de ansiedades persecutorias, es la proyección. Y a

su vez, la intensidad y duración de la misma, se constituye en otro elemento de debilitamiento del Yo, puesto que partes de él se proyectan con los objetos.

Todo esto es ya bien conocido, pero no nos aclara cual puede ser la naturaleza de ese objeto ideal al que le atribuimos una importancia fundamental para comprender la fenomenología de la psicopatía.

M. Klein dice “que quizás el bebé alucine un estado prenatal”, período en el que solamente existe una situación de fusión perfecta con una fuente nutricia que lo satisface permanentemente.

Aunque Freud no hace ninguna mención a ese “estado prenatal”, parece admitirlo en cierto modo cuando dice “que estrictamente hablando, el individuo no ha nacido completamente; no nació del todo puesto que yendo todas las noches a la cama, gasta por así decirlo la mitad de su vida en el seno materno”.

El mismo sentido parece tener lo que dicen Nacht y Viderman (27), al describir una situación que han observado en algunos pacientes en la cual “éstos no experimentan otra cosa que un deseo de unión absoluta; una necesidad de un retorno al mundo original. Dicho estado de unión perfecta con el objeto, que a no dudarlo, precede al nacimiento y desaparece con él, es una experiencia que, si bien no deja rastros en la memoria inconsciente, tal como la concebimos, de cualquier modo perdura en todo individuo como una marca indeleble”.

Según estas observaciones en todo individuo habría una tendencia a retornar a una situación muy primitiva en la que, el Yo se reencontraría con un objeto con el cual se sintió fusionado e indeferenciado.

Al describir Grinberg (16) los distintos tipos de identificación proyectiva: la normal de M. Klein, la patológica de Bion, la esquizofrénica de Meltzer, propone la posibilidad de que exista otro al que él denomina identificación proyectiva de modalidad fetal “basada en un splitting por el cual, una parte del self del feto podría proyectarse en el interior de la madre. Esto podría ser la base del

sentimiento de indiferenciación Yo - No Yo, característico de los primeros momentos de la vida post-natal”.

Estamos de acuerdo con este autor, sobre la existencia de tal tipo de identificación proyectiva y creemos que ella tiene gran importancia en la psicopatía. El material clínico de los pacientes lo confirma.

El objeto al que se refieren, no puede ser diferenciado ni admiten que se lo separe de su propio self.

Uno de mis pacientes lo dice en estos términos: “Me siento completo y feliz cuando estoy a oscuras y en mi cama y con las manos en mis genitales. Así siento que lo tengo todo y que no necesito nada. Siento rabia cuando la gente se me impone como una realidad. Me basta mirarlos, mejor aún miran fotografías de mujeres y entonces siento que las meto dentro de mi mente. A partir de entonces ellas nada tienen que ver con la realidad. Las incorporo con la mirada, se mezclan con mis fantasías, forman parte de mí y son mi principal fuente de placer. Sin embargo sé que necesito ir a buscar en la realidad nuevas imágenes, pero sólo para nutrirme con los ojos. . . no se esfuerce, doctor, no es posible que Ud. tenga nada mejor que lo que tengo para ofrecerme... sin embargo.., también lo necesito a Ud., porque lo miro y porque lo oigo y me llevo su imagen y su voz para que se junten con partes mías”.

Este ejemplo muestra claramente que el paciente, en la cama, a oscuras, estimulándose y sintiéndose estimulado, logra preservar la ilusión de una unión en la que él se siente fusionado con un objeto que tiene mucho de sí mismo.

Decimos que preserva la ilusión, en cuanto sabe que necesita “ir a buscar” con la mirada, al objeto que lo nutra. Ese objeto, como tal, es después de todo, nada más que una cosa de la cual extrae lo que necesita para asegurar su bienestar; no existe nada más que como eso y por tal razón, no podríamos hablar de una relación, con el significado que le damos habitualmente al término. Es, en todo caso, una forma particular de relación.

Vemos también que la mirada, en esta situación juega un papel primordial. Con la mirada va hacia el objeto y toma de él su esencia; la incorpora y la

fusiona de tal modo dentro de sí que puede desconocer luego el origen de las sensaciones o sentimientos que experimenta. Es decir no las vincula al objeto mirado.

Es como si correspondiera a un tipo de situación muy arcaica, próximo al concepto de Rascowsky de la visión bidimensional del feto.

Este mismo paciente que durante mucho tiempo evitó mirarme durante las sesiones, la primera vez que lo hizo, experimentó una intensa angustia porque vio mi imagen proyectada sobre la pared, “como un retrato sin tercera dimensión”; yo era para él una “imagen plana que se confundía con la superficie que rodeaba el consultorio en el cual él se sentía aprisionado, confuso y angustiado”.

Pero entre el psicópata y sus objetos existe a su vez mi vínculo. “Vínculo narcisista formado por una parte del self y otra que contiene un objeto-pecho mutilado por la avaricia y la envidia”. (Grinberg [loc. citi]) : Ese vínculo, según dicho autor, “no ha podido ser metabolizado por el Yo y queda aislado como un cuerpo quístico que conserva latentemente su violencia, peligrosidad y persecución. No interviene en los restantes procesos yoicos pero absorbe una cantidad apreciable de energía de las contracargas del Yo destinadas a mantener su aislamiento para que no invadan el resto del Yo”.

A nuestro modo de ver, ese vínculo con un objeto interno ideal, se realiza con una parte del Yo, mientras que otra, que denominamos parte libre del Yo, es capaz de establecer el tipo precario de relación, que mencionamos más arriba, con objetos que le proporcionan satisfacciones y que le aseguran la preservación de la vida, pero que no pueden ser sentidas de otro modo que como lo fueron las relaciones con el primer objeto. (*)

* A pesar de las características de objeto malo, que adquiera el pecho (sea por la actitud de la madre hacia su bebé, o por lo que éste proyecta en el pecho) no debemos olvidar que, a pesar de todo en cuanto alimenta, le asegura la vida del lactante, por más desfavorable y penosa que sea. Ese objeto malo, pero al mismo tiempo dador de vida, lo encontraremos repetido en la aceptación, más que en la elección, que el psicópata hace de los objetos en los cuales va a buscar satisfacción para sus necesidades. Y en la mayoría de los casos, ese es el único tipo de objeto que es capaz de aceptar porque le faltó, en los primeros meses de su vida la experiencia de elección.

En realidad en la historia de los psicopáticos que hemos analizado, siempre existió una madre sin la capacidad de “reverie” y de “holding” a la que ya nos hemos referido.

“Entre los mecanismos utilizados por el psicopático, dice Grinberg, puede mencionarse una combinación de mecanismos maníacos y un particular tipo de disociación para mantener aislados “los cuerpos enquistados” del resto del self.”

Esta disociación se manifiesta, en algunos casos, en una forma muy evidente y con rasgos muy típicos del perverso y del psicopático. Un homosexual que analizamos, nos refería que habitualmente leía mientras mantenía la relación homosexual con su partenaire; “mientras mi cuerpo está en eso, nos decía, yo puedo disfrutar con la lectura; mi mente y mi cuerpo funcionan como dos entidades independientes que no se molestan aunque se complementan. El hecho es que, cuando procedo así, obtengo mucho más placer y me siento mucho más poderoso que las personas que sólo pueden hacer una sola cosa por vez”.

Aquí solamente queremos llamar la atención sobre las características y consecuencias de esta disociación del Yo en la psicopatía. Sabemos que el Yo es primeramente un Yo corporal y en la medida en que se desarrolla, se incrementa el Yo mental, predominando entonces, éste sobre aquél.

En el psicopático, este proceso sufriría una perturbación dando lugar a la coexistencia de uno y otro Yo, capaces de funcionar casi independientemente. Esto es, precisamente lo que distingue a sus manifestaciones clínicas. La actuación de sus impulsos, realizada predominantemente con el Yo corporal y que apenas tolera cualquier tipo de postergación, coexiste con una actividad mental, a veces de muy estimable calidad.

En cuanto a la naturaleza del objeto interno ideal, con el cual el psicopático se mantiene en íntima y permanente relación, consideramos que corresponde a la imagen de un pecho interno idealizado.

No conocíamos el trabajo de Grinberg, que mencionamos varias veces en esta publicación, cuando leímos el nuestro en la A. P. U. Me satisfizo encontrar que mis ideas sobre este punto, se corroboraban. El lo expresa así:

“La defensa maníaca se organiza principalmente a través de la identificación proyectiva dentro de otro **objeto interno que representa la imagen de un pecho idealizado** (*), omnipotente e inagotable y desde dentro del cual dirigen identificaciones proyectivas, omnipotentes y desvalorizantes hacia los objetos externos.”

La disociación da lugar al tipo de relación que describimos por la cual, los objetos externos son utilizados como cosas para servir a fines concretos, siendo luego abandonados sin la menor consideración.

El **momento** en que esta situación tiene lugar, debe corresponder al primer contacto del lactante con el pecho, el cual adquiere desde el comienzo atributos terriblemente persecutorios, contribuyendo a ello tres factores: un sufrimiento excesivo durante el parto; (como hemos dicho, en la mayoría de nuestras historias clínicas encontramos antecedentes de partos distócicos); un monto de agresividad constitucionalmente alto (se han señalado en estos pacientes rasgos de la serie epileptoide). Zac (35) Liberman (25); así como por las dificultades aportadas por la madre (falta de amamantamiento o lactancia en malas condiciones por ansiedad de la madre e incapacidad de “revene”), lo que también encontramos con frecuencia en los antecedentes de estos enfermos.

Winnicott (34) describe una condición que es muy semejante a la que estamos planteando. El describe, una condición que se da muy precozmente, debida a una perturbación en el proceso de adaptación al ambiente, lo que da origen a una modificación en la organización del Yo.

Cuando la relación del niño con la madre es favorable, el Yo de éste se

* El subrayado es nuestro.

desarrolla normalmente, por lo que es capaz de experimentar los impulsos del Ello. Pero cuando dicha relación no es adecuada, “no hay un verdadero establecimiento del Yo, sino que en su lugar se desarrolla un pseudo self que es el resultado de innumerables reacciones ante una sucesión de fracasos de adaptación”. Para este autor, el pseudo self forma parte del verdadero self, pero éste permanece oculto, recubierto, “sostenido por el falso self como la madre sostiene al niño inmediatamente después de nacer; mientras que el falso self puede alcanzar una ilusoria integridad, el verdadero self sufre a su vez un empobrecimiento por falta de experiencia y por la cantidad apreciable de energía de las contracargas del Yo destinadas a mantener la aislación” que hemos mencionado más arriba.

La parte libre del Yo, que es la que entra en contacto con el mundo exterior, adopta en su relación características muy variables según sus necesidades y según sean las circunstancias y ello contribuye a darnos ese sentimiento de inautenticidad tan frecuente en estos pacientes.

Creemos que es a esta situación a la que se refiere M. Baranger (4) cuando describe un complejo proceso al que denomina “mala fe” y que define “como una situación o estructura psíquica desvaneciente, oscilante entre mentira y sinceridad; se presenta como una fuga ante la angustia y como rechazo de la elección comprometedora de uno mismo y de sus objetos; implica una situación de inautenticidad del Yo frente a sus personajes internos y frente a sus objetos impidiendo todo contacto real del primero con los últimos”.

Considera la autora que las introyecciones que se integran en la estructura del Yo y que contribuyen a la formación de su carácter, en el caso de la mala fe, “proporcionan máscaras y no rasgos”.

El psicopático no sabe realmente quien es ya que en su proteiforme pseudoadaptabilidad al medio, se presenta siempre con el aspecto que puede gustar a los demás y lo logra en la mayoría de los casos por su enorme poder de seducción.

El paciente A. que había realizado una serie de robos, utilizó como recurso habitual diversas identidades con las cuales aseguraba la conquista de sus víctimas. Pero como lo vimos en su análisis, necesitaba crearse una identidad no sólo para que se la creyeran los otros, sino para él mismo, puesto que tenía una gran confusión acerca de quién y cómo era él.

El paciente D., que era un proyectista, no podía dibujar por una inhibición neurótica, utilizando a otra persona a la cual le “dictaba” los dibujos, llegó a dudar, en algunos momentos, si era él o el otro el proyectista y en todo caso cuál podría ser su verdadera identidad ante quienes debían conocerle.

El problema de la simbolización.

Sobre las perturbaciones de los procesos de simbolización en el psicopático, existe consenso general.

Sin embargo como símbolo y **simbolismo** son fenómenos que han sido interpretados de distinta manera en la literatura analítica, creo conveniente mencionar algunas ideas sobre los mismos para ubicar su significación dentro del marco referencial con que trabajo.

Freud utilizó la expresión simbolismo al referirse a la histeria, donde el símbolo era considerado como un sustituto de una idea traumática. Más tarde reaparece en su obra “La Interpretación de los Sueños” en la que a través de sucesivas ediciones, pasa de una simple mención en algunos párrafos en 1900, hasta dedicarle un capítulo especial en 1914.

El símbolo aparece entonces “como una variedad de la familia de las formas de representación indirecta (integrada por la metáfora, el símil, la metonimia, la alegoría, etc.). E. Rodrigué (30) Jones (19) le adscribe seis atributos diferentes: representación de material inconsciente, independencia de factores condicionantes individuales, base evolutiva, conexiones lingüísticas, paralelos filogenéticos y significación constante.

Para Freud, por ser el símbolo más inconsciente, por poseer una significación pre-fijada y por su carácter universal, difiere de todas las otras formas de representación por lo que los denominó elementos “mudos” del sueño “por no poseer ese halo de significación que permite inferir indirectamente el sentido de los otros elementos oníricos mediante la asociación de ideas” (14).

Los trabajos psicoanalíticos ulteriores, más que ahondar en la investigación de la génesis del símbolo, mostraron la preocupación por encontrarles nuevos significados, con lo cual se perdió, en parte, su carácter de constancia.

Tiempo después, Melanie Klein, al describir las primeras etapas del desarrollo, contribuyó con nuevos aportes para la comprensión de la génesis del símbolo y del proceso de simbolización.

Para ella, éste se forma por la identificación total entre dos objetos que en la realidad son diferentes, siendo la finalidad de la simbolización la de la elaboración de la angustia.

“El simbolismo no sólo constituye el fundamento de toda fantasía, sino que sobre él se construye también la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general”. Destaca esta autora “que las fantasías sádicas dirigidas contra el interior del cuerpo de la madre constituyen la relación primera y básica con el mundo exterior y con la realidad; y más adelante concluye que “el desarrollo del Yo y la relación con la realidad dependerán del grado de capacidad del mismo, en una etapa muy temprana para tolerar las primeras situaciones de angustia” (21).

Los factores expuestos más arriba (condiciones del parto, mala o inadecuada actitud de la madre, monto constitucionalmente alto de agresividad y escasa tolerancia de la ansiedad) son los que, al coincidir en la historia del psicopático, determinan la perturbación de los procesos de simbolización dificultando el desarrollo del Yo.

Si recordamos una vez más que el Yo “es antes que todo un Yo corporal” y que “la acción es anterior al pensamiento y la palabra” podemos comprender

por qué en estos enfermos no sólo son tan frecuentes los actings sino que al mismo tiempo su lenguaje tiene un sentido de acción.

La Comunicación en el Psicopático.

Los hechos que acabamos de mencionar, confieren un carácter particular y propio al psicopático.

Dijimos que mientras una parte del Yo se mantiene en relación con un objeto idealizado interno, la otra (Yo "libre") toma a su cargo las funciones necesarias para asegurar la subsistencia del individuo, valiéndose de las personas no como tales, sino como cosas (quizás no muy diferenciadas de sí mismo).

Ante una necesidad, estos enfermos tratan de asegurarse del objeto que los sirva inmediatamente. Una vez satisfechos, ese objeto pierde valor para ellos.

Los objetos-cosas los utilizan no sólo para lograr una disminución de sus pulsiones libidinosas sino para proyectar en ellos los impulsos destructivos y todos aquellos sentimientos que amenacen desde dentro su equilibrio siempre inestable.

De esta situación se infieren consecuencias importantes que deben ser tenidas en cuenta en el tratamiento psicoanalítico; el psicopático establece con el analista una relación particular.

Lo acepta en la medida en que siente que puede utilizarlo de acuerdo a sus necesidades: como objeto-cosa para su satisfacción libidinosa o como depositario de su agresividad; es él quien procura regular la distancia.

Si la interpretación es sentida como algo bueno, la toma como si incorporara un alimento; si por el contrario la vive como algo malo y tiene esta propiedad todo aquello que amenaza su equilibrio, la rechazará valiéndose de diversos recursos que tienen por finalidad anular al analista: no entienden o no escuchan la interpretación o la discuten (que es un modo de fragmentaria o

deshacerla con su sadismo oral) y cuando estos medios no son suficientes, se valen de la fuga, hecho que con frecuencia observamos en estos pacientes.

De esta descripción parecería desprenderse que es imposible analizar a psicopáticos. Sin embargo, no creemos que las dificultades que nos presentan sean insuperables si en nuestra labor somos capaces de “ponernos a tono”, según la expresión de Balint.

A través de los acting-out y con su lenguaje-acción en la sesión, nos dan un material que se nos ocurre que lo tendríamos que ver como si se diera en un consultorio con dos compartimientos: uno, en el que está el diván (que no siempre usan para reclinarse) y el otro, (el ambiente exterior) como si fuera una gran sala de juego, donde el psicopático realiza con sus personajes-juguetes-cosas toda clase de actos en los cuales él juega a su vez sus diversos roles. Cuando nos lo informan en la sesión, ya no es el tiempo en que la acción tuvo lugar e interpretarlo, tratando de presentizarlo; es casi siempre un esfuerzo inútil y siempre una tarea difícil.

Para ilustrar esta situación, transcribe lo que nos dijo uno de estos pacientes:

“Ayer domingo, estaba en el jardín de mi casa, con mi familia; de pronto sentí deseos sexuales. Entonces me fui al baño porque recordé que allí había un objeto que podía utilizar para mis propósitos. Introduje ese objeto en mi ano a la vez que me masturbaba. Me desilusioné porque no obtuve lo que esperaba conseguir. De todos modos, cuando todo terminó, me preocupé de que no quedaran rastros, limpiando cuidadosamente cada cosa. Cuando salí del baño ya era otro, quizás el que antes había estado en el jardín, y ahora que le estoy contando esto, tampoco sé dónde están los otros dos personajes. No sé, aquí le hablo pero no siento nada.”

Esta es la forma habitual con que los psicopáticos nos refieren sus actings. Son sucesos pasados que casi no tienen que ver con el que los relata; se valen de los objetos como cosas, sin dejar de reconocer lo que son en sí, porque no son enajenados (aunque el psicopático, en el momento de la acción, quizás

pierda esa noción de diferenciación del objeto-cosa-símbolo) al mismo tiempo muestra claramente la imposibilidad que tienen de vivenciar con el lenguaje en la sesión, lo que significó el acto afuera y en otro momento.

Muchas de las características de la comunicación del psicopático, son muy similares a la de los pacientes narcisistas, por lo cual procuraremos reseñar sus semejanzas y diferencias.

Narcisismo.

Según Freud, la vida sexual del niño comienza con el auto-erotismo y el narcisismo.

En estas fases, la libido se dirige al propio cuerpo.

La diferencia entre autoerotismo y narcisismo reside en que en el primero, no existe todavía un Yo, pero como su formación es un proceso progresivo, al aparecer éste, la libido es narcisista, por lo cual, las dos fases tienden a fusionarse.

Parecería que en el período al que corresponden estas ideas de Freud, se sostuviera que en la edad temprana, el lactante no establece relaciones objetales.

El ulterior desarrollo psicoanalítico modificó, en parte, estos conceptos, pero fue principalmente con Melanie Klein y su escuela cuando se vio que existen relaciones objetales desde el momento del nacimiento y se reconocieron la importancia y vicisitudes de las mismas.

De acuerdo a la concepción Kleiniana “el autoerotismo se basa en fantasías relativas a un pecho interno “bueno” gratificador (pezón-madre) que es proyectado en una parte del cuerpo del bebé mismo, que se convierte entonces en representante del pecho”, P. Heimann (17). El narcisismo surge más tarde, cuando existe un Yo más evolucionado; esto significa que la percepción está más desarrollada y que, en consecuencia, interviene más el principio de la realidad.

“Los estímulos dolorosos no pueden ser tan fácilmente negados y proyectados, como en la fase anterior, hay menos posibilidades de gratificación alucinatoria y la frustración se siente más que antes. Creo que esto sustentaría la impresión de que hay una diferencia entre autoerotismo y narcisismo y explicaría la observación de que en este último estado hay un elemento más fuerte de agresión que en el autoerotismo” (18).

Mientras que en el autoerotismo el individuo se mantiene en contacto con el objeto idealizado interno al cual trata como Yo, en el narcisismo, **se aleja** del objeto externo malo y se vuelve hacia el objeto interno.

Esta situación es la que nos permite comprender la razón de la dificultad con que nos encontramos al analizar a pacientes narcisistas.

Si las diferencias entre uno y otro estado dependen del grado de desarrollo del Yo, podemos admitir que, en algunos momentos el proceso evolutivo, han de coincidir y/o sucederse alternativamente los signos del autoerotismo y del narcisismo ya que la organización del Yo en las primeras etapas, como lo dice M. Klein, experimenta, bajo la influencia de la ansiedad, fluctuaciones de avance y retroceso, que en el último caso, adquieren el carácter de desmoronamiento del Yo por lo cual coexistirán o predominarán los signos de uno u otro estado.

Hemos dicho que en el psicopático existe una profunda perturbación en la estructura y desarrollo del Yo, por consiguiente, hemos de admitir que en estos enfermos se reconozcan rasgos autoeróticos y narcisistas simultáneamente.

Así, durante el tratamiento, la distancia que mantienen con el analista, no es sólo expresión de su hostilidad sino de la indiferencia por el objeto externo. La preservación del objeto idealizado interno y de su relación con él, constituye su única finalidad.

Otra de las consecuencias del estado autoerótico se reconoce por la escasa aceptación de la realidad, lo que se hace posible mediante la negación y la omnipotencia.

Cuando en el análisis, a estos pacientes se los enfrenta con la realidad o dicho en otros términos, sienten amenazado su estado autoerótico (unión con el objeto idealizado interno), experimentan angustias que no pueden tolerar.

Una joven que analicé luego de haber interrumpido el tratamiento con otro analista después de un severo intento de suicidio y que estuvo precedido de otro menos grave, volvió a repetir conmigo al cabo de un tiempo, la misma conducta, es decir, nuevo intento de suicidio y fuga del análisis, expresó a su familia que había decidido no analizarse mas ya que en él, sólo había encontrado muerte, puesto que antes, nunca había tenido tales pensamientos”.

En este caso como en otros, hemos podido comprobar la intensidad del horror a la realidad que siente el psicopático, por lo cual, habrá de considerarse la necesidad de desarrollar recursos técnicos adecuados para el manejo de estos enfermos.

Otra paciente que está evolucionando lenta pero favorablemente, me relató un sueño en el que se muestran muy claramente las características de los objetos así como la relación con los mismos.

El sueño es el siguiente: “Me encontraba en un hermoso parque inmenso. Estaba sola, pero me sentía bien. A lo lejos veía una fuente en la que el agua era de un bellissimo y luminoso color verde. Me acerqué a ella y me senté en su borde, pero cuando me disponía a beber, me retiré espantada. El agua estaba llena de algas y de organismos que le conferían esa tonalidad. El agua era intomable; estaba podrida.”

“En ese parque había también a lo lejos un convento. Yo quería ir hacia él. Cuando llegué, me de cuenta que era una mezcla de museo y colegio. Al mismo tiempo que se enseñaba, se exponían piezas antiquísimas de civilizaciones perdidas. Entre ellas se encontraba una talla de madera. Era una mujer cuyos rasgos no pude ver, pero que se me ocurrió conocida. Tenía en el vientre un hueco, porque se le había desprendido una piedra valiosa que todos buscaban.”

“Los investigadores del museo-convento-escuela la hallaron. Era una esmeralda. Cuando la trajeron y la colocaron, la talla cobró vida, pero por pocos minutos, ya que luego se desintegró.”

El análisis de este sueño que tiene una gran riqueza de contenidos, nos

permitió, fundamentalmente, poner en evidencia la fragilidad de los objetos; la transformación de los mismos cuando la paciente procura tomar contacto con ellos.

Al acercarse, el agua no es fresca y hermosa sino sucia y podrida; el convento (retiro para un estado de unión con Dios) es un colegio y museo; así vive al análisis, como una experiencia de aprendizaje e investigación de civilizaciones perdidas, su remota historia. Allí encuentra a la talla incompleta que se desintegra luego de vivir por unos minutos, cuando se la une con la piedra que había perdido.

Yo soy el sacerdote, maestro y arqueólogo que desentierro y preparo para la exhibición las piezas valiosas; el que encuentro la esmeralda que en definitiva la va a matar.

He mencionado aquí solamente los aspectos que interesan de la interpretación para ilustrar las situaciones a que me estoy refiriendo acerca de la psicopatología del psicopático. Desde luego que este sueño nos dio la posibilidad de acceso a otros contenidos que no corresponde mencionar ahora.

Autoerotismo y narcisismo, especialmente este último, son temas que aún requieren mayor investigación para resolver muchas contradicciones que subsisten en la teoría psicoanalítica.

Al ocuparme de ellos en esta ocasión, lo he hecho con el propósito de señalar que éstos son uno de los tantos problemas con que nos encontramos durante el análisis de psicopáticos.

Quedan en este sentido, más preguntas que respuestas y es quizás por ello que la revisión del material clínico me haya despertado tanto interés.

Uno de los pacientes sobre cuyo material clínico hicimos la mayor parte de las observaciones de este trabajo, es un hombre de 31 años, el cual, por las particulares características de su actividad delictiva, fue extensamente comentado en la prensa.

El secreto profesional que nos impone absoluta discreción en la utilización del material clínico que recogemos en nuestra labor analítica, nos obliga a ser aún más extremadamente cautelosos en este caso particular, ya que, de no proceder así, sería muy fácil su identificación.

No puedo evitar pues, la supresión de importantes aspectos de su historial y del contenido de muchas sesiones, reconociendo que esto afectará, lamentablemente, la claridad de la exposición, dificultando a su vez la comprensión del caso. Confío en la buena disposición del lector, al cual solicito su confianza toda vez que encuentre que la interpretación de los hechos no aparece sustentada por el material correspondiente.

A pesar de este inconveniente, creo que se justifica presentarlo, aún en forma incompleta, 1.º) porque no abunda en la literatura psicoanalítica, análisis de delincuentes; 2.º) porque en él se muestran los rasgos más típicos del psicopático; 3.º) porque ilustra muy claramente la forma en que cursan habitualmente el tratamiento de estos pacientes; y 4.º) porque la forma y el momento en que él interrumpió el análisis nos servirá para revisar algunas de las causas por las que fracasamos frecuentemente en nuestro intento de analizar a los psicopáticos.

Presentaremos luego otro material, también de psicopáticos, cuya evolución favorable la atribuimos a modificaciones de la técnica del qué y cómo interpretar.

Este es el principal motivo que me determinó a escribir este trabajo; es decir exponer dichas modificaciones de la técnica y sus posibles consecuencias.

ANTECEDENTES DE A.

A. es el primer hijo de un matrimonio de buena situación socio-económica. Fue amamantado hasta que su madre se embarazó nuevamente, naciendo este hermano dos años después y cinco años más tarde el último.

Desde muy temprano se le reconocieron los siguientes rasgos: poco

afectivo, exigente e intolerante ante toda demora en la gratificación de sus deseos. Siempre manifestó una notable tendencia a -la fabulación: “Sus cuentos eran como sueños y su vida transcurrió también en un sueño. Cualquier situación la resolvió con una mentira o con múltiples ardides que utilizó siempre con eficacia para evitar castigos y para conseguir lo que deseaba”.

Sorprendió a todos la extraordinaria capacidad de seducción, acerca de la cual la madre dijo más de una vez “que su hijo tenía un temible poder magnético”.

En la escuela, fue líder, especialmente en deportes; se le consideró buen estudiante, seguramente por indulgencia de sus maestros.

Cuando terminó secundaria pasó a trabajar en la empresa del padre iniciándose en un cargo modesto, ascendiendo rápidamente. “Su habilidad era diabólica; -parecía un titiritero manejando -muñecos que le respondían dócilmente y aunque su comportamiento era desconcertante, se le dejaba hacer porque sabían que él siempre encontraba una solución inesperada a cualquier problema..” En el trabajo cometió algunas maniobras dolosas a las que no se les dio importancia ya que con su eficacia superaba las pérdidas que sus robos pudieran ocasionar.

A los 27 años se casó con una joven, amiga de la madre, y por la cual ésta sentía mucho afecto. Al año nace un hijo. Coincidiendo con este hecho, le pide dinero al padre para pagar un aborto de una compañera con quien tenía relaciones desde años atrás.

Cuando este hecho se supo, su esposa se divorció. En esa decisión jugó un papel muy importante la madre del paciente.

Apenas se le planteó el divorcio, A. huyó de su casa y del trabajo y se instaló en el extranjero acompañado de su amante. Realizó varios trabajos de poca importancia y regresó a Montevideo cuando había nacido un hijo de esa unión. El padre restableció las relaciones que estuvieron interrumpidas durante

el año y medio que estuvo ausente y comienza a darle una cantidad de dinero para cubrir sus necesidades básicas.

En este momento comenzaron sus robos.

Los robos.

Solamente robó a mujeres y en circunstancias muy particulares, cuyos detalles no podemos referir.

Utilizó falsas identidades en cada ocasión, eligiéndolas de acuerdo a las características de sus víctimas. Lo que más le interesaba era seducirlas con su habilidad, cultura o experiencia. Se maravillaba al ver como poco a poco, “conseguía que la otra entraba en una situación que parecía un trance hipnótico”. Entonces realizaba el robo.

El padre decidió que iniciara un tratamiento analítico, contra la voluntad de la familia que “lo consideraba muerto para ellos”.

La primera entrevista.

A. me relató sus robos, sin ninguna emoción, repitiéndome casi sin variantes lo que yo sabía a través del familiar al que encomendaron la presentación del enfermo y la solicitud de tratamiento.

Me dijo que él no se consideraba un enfermo, sino un sinvergüenza

Aunque me impresionó desagradablemente y consideré que las circunstancias no eran favorables, me interesó el caso teniendo en cuenta que no es frecuente la oportunidad de tratar a un delincuente. Al menos esas fueron las razones aparentes que me impulsaron en ese momento.

Comenzamos al día siguiente en base a 4 sesiones semanales y para hacer más clara la exposición dividiré el año y medio que duró el análisis en 4 períodos: 1.º) comienzo y tácticas de reconocimiento; 2.º) alianza psicopática; 3.º) aproximación a su mundo interno y 4.º) fuga.

1º) Comienzo del tratamiento.

Durante el primer período que duró más o menos dos meses y medio, A. se mantuvo en la actitud de quien informa, repitiendo conmigo las confesiones que hizo ante la Policía. Al mismo tiempo era evidente su interés por conocer lo que él llamó “la técnica de juego” al referirse a mis interpretaciones. Dijo que desconocía en que consistía el tratamiento, pidiéndome frecuentemente que se lo explicara; no obstante, dijo más tarde que estaba informado pues, desde que se le anunció la entrevista conmigo, leyó todo lo que pudo sobre psicoanálisis.

Las interpretaciones que durante ese período, procuraban hacerle tomar conciencia de enfermedad y a disminuir su confianza, ya que me consideraba un empleado de su padre al cual servía para conseguir lo que no pudo hacer la familia con él, fueron sistemáticamente rechazadas.

Su actitud habitual en esta etapa fue la siguiente: mientras le interpretaba, parecía escucharme con respetuosa atención, pero al terminar yo, él proseguía con el tema, sin haberme tomado en cuenta; otras veces, me interrumpía para decirme que se le había ocurrido una cosa que, si no me la contaba en ese momento, se le iba a olvidar.

Al mostrarle el significado de -esa conducta, siempre respondió igual: “No lo entiendo, doctor, usted- me pidió que le dijera todo lo que se me ocurra mientras esté aquí y si no se lo digo, va a pensar que lo estoy engañando”.

Durante este período muchas veces me sentí incómodo e impotente; tenía la sensación de encontrarme ante una situación sin salida y dudaba qué fuera posible proseguir con un esfuerzo que sólo me conduciría a un fracaso.

2º) Alianza psicopática.

Inesperadamente, A. me dijo que se había decidido a relatarme algo de su vida que guardó en secreto hasta ahora, porque consideraba que éste era el momento de sacarse un peso de encima. Me refirió entonces otro tipo de robos

que cometió durante un tiempo.

Estos robos los realizaba en circunstancias tales que le aseguraban una absoluta impunidad. Su víctima quedaba paralizada por la trampa en la que él las hacía entrar.

Al proceder así, se veía libre de ser denunciado. Por otra parte, ninguna preocupación por sus actividades delictivas persistió mucho tiempo.

Una vez realizado cada uno de estos robos, repetía la misma conducta: compraba chocolate y entraba en un cine quedándose hasta el final de la última función. Luego comía algo en cualquier bar y regresaba a su casa. El dinero sobrante, lo reservaba para la próxima "conquista".

Cuando me relató estos hechos, me dijo: "¿Se da cuenta, doctor, que ahora Ud. es poseedor de un secreto peligroso? Ud. se ha convertido en mi cómplice." Creyó haber logrado, lo que desde el primer momento buscó afanosamente; establecer una situación que denominó la "alianza psicopática", mediante la cual el paciente procuró convertirme en un símil de sí mismo, transformarse en una cosa que estuviera a sus expensas y a su servicio; dejarme inerme.

Cuando se lo hice ver, repitiéndolo en varias sesiones, me respondió que nunca había depuesto su desconfianza, que comprendía que algunas cosas que le decía eran ciertas y que en algunas sesiones se había sentido tenso e incómodo; "por eso tuve que arrastrarlo a mi juego; si ahora es de mi bando, no se me va a escapar. Estoy cansado de que me fallen y ahora sé que Ud. no podrá hacerlo".

La soledad de estos pacientes y el carácter persecuidor del medio (o que han puesto en él) se me presentó en este caso con una dramática claridad.

En vez de rabia sentí lástima por él. Quizás este sentimiento contratransferencial se debió a la intensidad de la identificación proyectiva utilizada por el paciente en este momento, sintiéndose invadido por sus

aspectos más necesitados de amor,

Procuré hacerle ver su necesidad de tener algo, aunque fuera desvalorizado y destruido (como lo fueron sus primeros objetos) para evitar el insoportable sentimiento de vacío, de estar solo en un mundo atemorizador. Interpreté también su envidia, con la cual me destruía como analista y le señalé su debilidad: si era su cómplice y estábamos ante una amenaza común, juntos, tendríamos que burlar la persecución a la que estábamos expuestos, desde ese momento, los dos, porque él solo no era capaz de tolerar esa situación.

Mediante la alianza psicopática le era posible identificarse proyectivamente, atacarme, hacerme copartícipe de su temor, degradarme y al mismo tiempo esclavizarme, como él se sentía esclavizado por su inermidad. El era como el padre parálítico y me paralizaba obligándome a que me pusiera a su servicio.

Creo haber conseguido, en parte, que estas interpretaciones fueran comprendidas ya que nos permitió acercarnos a su:

3º) **Mundo Interno.**

Hasta entonces yo sabía muy poco de sus actividades actuales, de sus relaciones con su compañera e hija, ni dónde ni cómo vivía.

Me dijo que pasaba casi todo el tiempo leyendo o durmiendo; y que tenía escasas e insatisfactorias relaciones sexuales con su mujer. Pero lo más interesante fue la descripción de su vivienda.

Vivía en una pieza de una casa de pensión ocupada por prostitutas y ladrones, donde había frecuentes peleas. Habitualmente la policía hacía razias, dejando la casa vacía. En estas ocasiones, A. experimentaba gran ansiedad, procurando pasar inadvertido.

Aunque pretendió justificar la elección de la casa, porque no disponía de dinero para pagar algo mejor, pudo comprender que en realidad, era una

manera de “colocar” afuera, su mundo interno.

Vimos también que este hecho estaba relacionado con una situación que vivió en su infancia: cuando A. tenía seis años su padre se enfermó gravemente y quedó durante mucho tiempo seriamente incapacitado. Las funciones del padre las tomó la madre y las ejerció con extrema energía y agresividad; se convirtió en una figura muy temida por todos y particularmente por nuestro paciente.

Aunque A. no recuerda este período, dice conocerlo por los frecuentes comentarios que oyó en la familia y cuando lo relató en el análisis, lo hizo con un claro resentimiento hacia su padre “porque me falló cuando más lo necesitaba” y hacia su madre “porque era una máquina calculadora”.

Mientras estábamos analizando este material, sucedieron dos hechos importantes: 1) A. empezó a experimentar una necesidad impulsiva a salir por la noche, recorriendo cafés donde se reunían gentes de mal vivir. Se instalaba allí y permanecía horas, observando la conducta de las prostitutas y las actitudes de los clientes. Rechazando toda compañía, bebía y comía hasta el amanecer, regresando a su casa para dormir hasta la hora de la sesión (en la tarde). 2) El otro hecho me pareció aún más interesante. Siempre me había llamado la atención la dificultad que tenía este paciente para recordar episodios de su infancia.

Según él, las cosas las deducía en base a lo que veía en las fotografías: “Si en una de ellas estoy con una bicicleta grande y si es cierto lo que me dijeron, la bicicleta chica con la que está mi hermano, debe ser la que tuve antes...” “Si mi madre está con un bebe en brazos, supongo que debo haberla visto embarazada...” etc.

En este momento del análisis se interesó por esos “olvidos” pidiéndole a su padre que le trajera el álbum familiar para “completar su historia”. En una de esas sesiones me dijo:

“mire doctor, si estas fotos empezaran a moverse, creo que mi pasado comenzaría a vivir”.

4º) **La Fuga.**

Habían transcurrido 15 meses de análisis y teníamos la impresión de que se estaban superando dificultades que al principio nos hicieron dudar de los resultados de nuestra labor.

En este período se produjeron algunos cambios: se mudó a un apartamento donde vivían los tres (él, su mujer y su hija); se empleó en una fábrica, trabajando en una tarea muy inferior a la que le correspondía a sus aptitudes. Sin embargo la comunicación conmigo, volvió a hacerse distante y difícil, recurriendo a su modalidad de relatar, sin prestar mayor atención a las interpretaciones; sorpresivamente comenzó a faltar, perdiendo todo contacto con él hasta por dos semanas. Cuando regresaba, su justificación era banal. Sin que lo sospechara un día dejó de venir definitivamente.

Al citar al familiar, con quien tuve el primer contacto, para informarle lo que pasaba, éste se sorprendió ya que A., tampoco les había dicho nada sobre la interrupción del tratamiento.

Lo que nos decidió a escribir este trabajo, como lo dijimos más arriba, fue el propósito de comunicar el resultado de la revisión del material clínico de psicóticos próximo al momento en que se interrumpe el tratamiento.

Queríamos aclarar cuántos de esos fracasos eran imputables a la naturaleza de la enfermedad y cuántos correspondían a nuestro modo de trabajar con ellos.

Aunque todavía las ideas que nos indujeron a introducir modificaciones técnicas, tienen el carácter de hipótesis, nos sentimos estimulados a proseguir la investigación ya que hemos obtenido resultados que parecen muy promisorios.

Hemos referido la intolerancia de- estos pacientes para cualquier modificación de “su estado de equilibrio” y también hemos descripto los recursos que utilizan para protegerse de ansiedades persecutorias. Se han

mencionado también las alteraciones del Yo y del proceso evolutivo que esas defensas determinan.

Volvamos pues a la pregunta inicial: ¿por qué se fue este paciente?

No cabe duda que, luego de un período de defensa, permitió que se estableciera una situación analítica con características particulares; es cierto también que pudo enfrentar aspectos de su estructura interna, traduciéndose en algunos cambios; se hizo changador y dejó de ser un individuo improductivo que sólo recibía dinero-leche de un padre-enfermo-mutilado.

Pero llegó hasta un punto y no soportó más la “carga” del análisis.

Consideramos que esta fuga estuvo determinada por interpretaciones que no comprendió en su significación simbólica sino que las sintió como actos o acciones en vías de consumarse. Nuestras interpretaciones fueron sentidos por él como lenguaje-acción que es a su vez el carácter que tiene el lenguaje en el psicopático. Yo era el patrón tiránico que le exigía sobrellevar un peso superior a sus fuerzas.

En esos días, él venía directamente del trabajo, con ropa de obrero y con las manos destrozadas por la tarea que realizaba. En una ocasión me pidió que le permitiera permanecer sentado “porque tenía la espalda rota”. Interpreté su pedido como un intento de eludirme. No reconocí que en ese momento, lo que en realidad estaba sucediéndole era que se sentía abrumado por el peso de las interpretaciones y que nos reclamaba capacidad de “revenue”.

El se encontraba en la situación que describe Bion (6) en estos términos: “si el niño siente que está agonizando, pueden surgir esos mismos sentimientos en la madre. Una madre bien equilibrada puede aceptar esos temores y responder en forma adecuada. Es decir, en forma que permita sentir al infante que recibe su personalidad atemorizada de vuelta pero en forma en que pueda ser tolerada. Si la madre no puede tolerar esas proyecciones, el niño está reducido a continuar identificándose proyectivamente con frecuencia e intensidad creciente. La reintroyección es afectada con similar fuerza y

frecuencia. . . el niño del ejemplo se comporta como si sintiera que se ha formado un objeto interno que tiene las características de una ávida-vagina-pecho que despoja de su bondad todo lo que el niño recibe o da, dejando solamente objetos degenerados-destruidos”.

Ante la amenaza de sentirse en tal situación, el psicopático, llegado este momento, retorna a su actitud anterior o huye.

Muchos analistas son pesimistas en cuanto a lo que pueda lograrse con el psicopático. Las razones de los mismos son atribuidas: 1) **a la falta de conciencia de enfermedad**; 2) a la naturaleza misma del cuadro cuyas características son la **insinceridad, la indiferencia por el otro**, a quien utilizan como una cosa y no como un objeto, lo que crea en el tratamiento una particular dificultad porque el “otro” en esta situación es el analista; 3) por **la tendencia a la actuación, por la falta de interés por cambiar** (consecuencia de lo primero) etc.

Desde el punto de vista psicoanalítico, este escepticismo se apoya en la incapacidad para la transferencia; en la distancia a que mantienen al analista, para protegerse de la angustia que les ocasionaría la reintroyección de todo lo que han colocado afuera mediante la identificación proyectiva.

Se agrega a ello el déficit de simbolización, limitando nuestra actividad ya que la palabra es, por excelencia, nuestro instrumento operacional.

Sin embargo, la falta de conciencia de enfermedad no es atributo exclusivo del psicopático; lo hallamos también en otros cuadros clínicos. La insinceridad también existe, en mayor o menor grado, en casi todos o todos los casos, con intensidad y frecuencia variables. La indiferencia y la tendencia a la actuación son rasgos típicos en ciertos períodos, por ejemplo en la adolescencia. La falta de interés por el cambio o el miedo al mismo, está siempre presente en todo analizando. En cuanto a la incapacidad para la transferencia, sobre la cual tanto se ha insistido, creemos que debe ser objeto de una revisión, ya que indudablemente en estos pacientes hay transferencia, si bien ella adquiere características propias. La distancia a que mantienen al analista no es diferente, en muchos aspectos, a la actitud del fóbico, cuando el terapeuta se

convierte en el objeto fóbico y finalmente la oposición a aceptar lo que el analista se esfuerza en hacerles ver, así como el déficit de simbolización lo vemos en otros cuadros psicopatológicos.

Las dificultades con que nos encontramos en el análisis de psicopáticos se deben a la forma en que todas estas características se presentan ante el tratamiento y además, porque seguramente empleamos nuestros esquemas referenciales y nuestro proceder técnico sin adaptarlos a una situación diferente y por muchos aspectos particular.

Por ejemplo, todos los que hemos trabajado con estos enfermos, sabemos que no son en absoluto indiferentes a la actitud del analista. Muy por el contrario, nos ha llamado la atención lo extremadamente sensibles que son ante cualquier cambio; soportan mal un atraso en la hora de comienzo de la sesión, no toleran modificaciones de días u horas, perciben, y lo señalan inmediatamente, o al menos acusan el impacto, si algo está distinto en el consultorio o si el analista interpreta en forma o con voz diferente.

Uno de estos pacientes nos dijo en un período en que estuve con una afonía prolongada: "Usted me está matando con esa ronquera

En consecuencia, si bien para toda situación analítica, el mantenimiento del setting es un requisito fundamental, en el caso del psicopático, estas exigencias deberán observarse con el máximo de rigurosidad.

Sin embargo al punto al que le atribuimos la mayor importancia en el análisis de estos enfermos, se refiere a la técnica del **cómo** y el **qué** interpretar.

Estos pacientes tienen una enorme intolerancia para la angustia y al interpretar debemos estar permanentemente atentos a cualquier signo de la misma, dosificando nuestra intervención de acuerdo, más a lo que puedan aceptar, que a lo que estemos viendo en el material.

Una intervención a destiempo, una verbalización inadecuada y aún la

urgencia para interpretar, es, en la mayoría de los casos, el resultado de identificaciones masivas del paciente que nos llevan a “actuar” con las palabras, como ellos lo hacen, ya que su lenguaje es acción.

Por su déficit de simbolización, nuestras palabras, muchas veces adquieren un sentido en virtud de la forma en que son dichas, más que por el significado de las mismas.

M. Klein al referirse al análisis de Dick en su trabajo “la importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo”, dice que tuvo que construir un lenguaje para comunicarse con el niño. En otras ocasiones y a veces al mismo tiempo, vemos lo que H. Segal señala: “La inhabilidad en el uso de símbolos del paciente, que fue constantemente interpretado probablemente constituyó la más grande dificultad técnica a lo largo del análisis” (33) y Rosenfeld (32) a su vez señala “la importancia técnica que tiene la modalidad del esquizofrénico de vivenciar las palabras del analista de una forma concreta”, cosa que también vemos en el psicopático.

En este sentido dice Rodrigué (31) “que en el caso de la interpretación tomada como un acontecer concreto, el símbolo no es equiparado con el objeto o suceso en cuestión sino con el acto que connota. El paciente interpreta mal la intención y no al sentido de nuestro relato. En esos casos creo que nuestras palabras son tomadas como señales de alarma de la temida acción expresada por ellas” y Bion (7) a su vez, ha encontrado que “gran parte de la comunicación interpersonal en colectividades, carece de significación simbólica ya que el sonido emocional de las palabras tiene prioridad sobre el sentido de las mismas”.

Estas observaciones de los autores mencionados, encuentran su confirmación durante el análisis de psicopáticos. De ahí que consideremos que la forma y el momento de verbalizar la interpretación, tenga un valor primordial. De no proceder así, corremos dos tipos de riesgos: o no se nos entiende, o por el contrario, y esto es aún peor, estamos generando una angustia contra la cual el paciente se defiende sin que hayamos sido capaces de reconocer el por qué de la respuesta observada.

Con una paciente que llevaba tres años de análisis y con la cual no habíamos logrado mayores resultados, comenzamos a modificar nuestra técnica en base a las consideraciones expuestas.

a) En primer término, procuramos prestar la mayor atención a las vivencias contratransferenciales, evitando intervenir cuando nos sentíamos impulsados a interpretar, haciéndolo recién cuando se había podido resolver ese sentimiento de urgencia. De ese modo controlábamos la actuación a la que nos impulsaba la paciente.

b) En segundo lugar, interpretamos cautelosamente para no promover en ella una ansiedad que no estuviera capacitada a tolerar en ese momento. De ahí el uso de frases de tanteo mediante las cuales nos aproximábamos sin provocar un aumento de resistencia.

c) En tercer término, nos asegurábamos que las palabras o frases utilizadas fueran claramente comprendidas. Por eso le pedíamos que nos dijera qué sentía o qué se le ocurría al oírnos dándole mucha importancia al tono de voz con que respondía, así como a la inclusión de nuevas palabras o a la simple repetición de las utilizadas por nosotros.

Esta paciente es una poyen de 18 años que pertenece a una familia muy perversa. La madre es una prostituta y el padre, hombre inteligente y de exitosa actividad comercial, permanece horas con revistas pornográficas excitándose en la cama, sin preocuparse que su hija lo vea masturbándose.

Ella a su vez tuvo relaciones sexuales incestuosas con un tío y luego ha continuado manteniéndolas con diversos amigos y en alguna ocasión con desconocidos, sin manifestar la menor preocupación y sin ansiedad aparente al referirlas en el análisis.

Mientras que por un lado su rendimiento como funcionaria es inobjetable, siendo muy estimada por sus superiores, por otro, está vinculada a grupos psicopáticos con los cuales realizan múltiples actos perversos.

No habíamos logrado hasta entonces otra cosa que información sobre sus

actividades, y las interpretaciones no parecieron ser tomadas en cuenta, salvo en algunas ocasiones en que tuvo cierto insight (seudo insight). El rasgo más notable de todo este período fue la falta de ansiedad tanto en sus actividades como durante las sesiones. En realidad no teníamos la sensación de que estuviera realizando un análisis.

Al modificar la técnica del como y del que interpretar, nos sentimos, a su vez, más interesados por el modo en que ella nos respondía, no sólo a las palabras empleadas, sino a la forma en que las decía. Descubrimos que muchas de las interpretaciones, no eran comprendidas. Nuestra labor se orientó entonces a asegurarnos que el lenguaje de nuestra comunicación, sirviera realmente para comunicarnos.

En una ocasión la paciente nos dijo: “Noto que hablo de manera diferente; parece que estoy aprendiendo a hablar y esto se debe a que Ud. habla diferente.”

Lo que no había sucedido en todo el tiempo anterior, comenzó a darse en este período. La paciente estaba más interesada en su análisis y esto se tradujo en un cambio del material así como en el de su conducta general.

Como confirmación de este cambio se decidió a abandonar su casa familiar, trasladándose a otra que alquiló y que según su descripción, carecía de las más elementales comodidades, estando además en mal estado de conservación.

Al referirse a su casa, hizo este comentario, en una de las sesiones de este periodo: “Anoche no pude dormir; es horrible sentir el ruido de las ratas comiendo el piso y las corridas de las cucarachas por las paredes y por los pocos muebles que tengo. Siento un miedo atroz, estoy sola. Aunque he puesto veneno por todas partes, no consigo exterminar a esos animales asquerosos. El domingo me desperté sobresaltada y vi a una enorme cucaracha caminando sobre uno de mis brazos. Creí enloquecer.”

A continuación nos describió una serie de trastornos que estaba padeciendo en esos días: molestias digestivas, cefaleas y “un zarpullido que

tengo entre las piernas y en los genitales que no puedo atribuirlo a ninguna enfermedad orgánica”.

“Mi cuerpo está como mi casa; o mi casa es como mi cuerpo. Creo que cuando elegí esa casa, sin darme cuenta estaba tratando, una vez más, de poner las cosas sucias afuera, arreglándome, como he hecho hasta ahora, para que las cosas que me hacen sufrir las haga provenir del exterior. Sin embargo puedo comprender que soy yo la que está llena de inmundicias, que toda mi vida ha sido así y que sólo es posible cambiar si nos dedicamos a limpiar todas esas porquerías.”

No sólo fue capaz de insight sino que fundamentalmente pudo experimentar angustia, hecho que no había sucedido en el curso de su análisis.

El que fuera capaz de experimentar y tolerar angustia, fue un hecho de gran valor ya que nos mostraba las modificaciones que se habían operado desde que comenzamos a utilizar una técnica diferente.

De ahí en adelante la paciente hizo evidentes progresos y sólo reaparecían esporádicamente sus viejos recursos cuando las interpretaciones provocaban cantidades de angustia que su Yo aún no podía tolerar.

Con esta paciente, así como con otro que aún está en análisis, también un psicopático, se nos hizo claro que el requisito que debíamos cumplir en nuestra labor, era el de “dosificar” la cantidad y calidad de las interpretaciones, adecuándolas a su capacidad individual de tolerancia.

Este paciente utilizó durante parte de su tratamiento tres tipos de recursos destinados a regular nuestra comunicación: faltaba a la sesión siguiente, cuando en la anterior había experimentado angustia; o llegaba tarde, reduciendo la sesión a veinte o veinticinco minutos o, si llegaba en hora, se dormía al promediar la mitad de la sesión.

En realidad estos pacientes se comportan como bebés que vomitan la leche o rechazan el pecho cuando sienten que lo que se les está dando es

inadecuado sea por la calidad o por la cantidad.

Sobrepasar esas “dosis” implica un riesgo de fracaso, sea porque el paciente abandona el tratamiento o lo que quizás sea peor, porque consiguen neutralizarlo. Y esto se evita cuando se ha logrado la comprensión del significado simbólico del lenguaje empleado por el analista y fundamentalmente cuando se regulan las interpretaciones, adecuándolas a la capacidad de tolerancia de angustia del paciente.

De lo contrario, las interpretaciones serán tratadas como cosas, sin valor por parte del paciente o por el contrario, tendrán para ellos el significado de lenguaje-acción, que es, por otra parte la forma en que ellos manejan el suyo propio.

Precisamente, nos dispusimos a escribir este trabajo, cuando, al revisar el material de psicopáticos, creímos comprender el motivo por el cual habían fracasado sus análisis.

Como dijimos el psicopático es un paciente difícil por las razones ya expuestas, pero, a su vez, a esa dificultad se agregan, seguramente, errores técnicos que contribuyen a que se reiteren dichos fracasos.

Una de las causas, se debe a que el psicopático no está en condiciones de comprender todo el significado simbólico del lenguaje empleado en la interpretación por el importante trastorno del pensamiento que los caracteriza y además, por la particular intolerancia a la angustia que es otro de los rasgos que distinguen a estos pacientes.

A. abandonó el tratamiento porque no soportó la “carga” de las interpretaciones. Al venir a las sesiones dolorido, con las manos deshechas por el trabajo que había aceptado, nos estaba expresando la forma en que vivía el “trabajo analítico” y nos pedía clemencia. Cuando nos decía que no podía permanecer acostado, o cumplir con las exigencias de horarios, o tolerar todo el tiempo de la sesión, en realidad nos estaba advirtiendo que, si bien ya existía una buena actitud para analizarse, se encontraba en el límite de su capacidad y que exigía que el analista asumiera el rol de una madre que fuera capaz de experimentar los sentimientos de agonía o muerte del hijo, aceptándolos y

respondiéndole adecuadamente.

En la medida en que sintió que no lo conseguía, viviéndolo como un abandono del analista, entonces él también hizo lo mismo; nos abandonó, interrumpiendo el tratamiento sin mediar ninguna explicación.

Algo semejante aconteció con la paciente que dijo a su familia que “había dejado el análisis porque en él sólo encontraba muerte y que antes y ahora, con su decisión, se sentía mejor”.

Los intentos de suicidio de esta paciente, tal como lo vimos en el análisis, fueron actos de agresión a sus padres, al sentirse frustrada por ellos y los repitió con los dos analistas a los cuales no pudo diferenciarlos de aquellas figuras terroríficas que las vivió como perseguidores y frustrantes, ya que exigían de ella, lo que no estaba aún en condiciones de soportar.

Al revisar la manera de proceder en estos casos me llamó la atención el hecho de que no hubiera comprendido la necesidad y el reclamo de “holding” que me hacían.

No creo que la conducta analítica que mantuve se debiera solamente a una adhesión excesivamente rígida a los principios técnicos del marco referencial utilizado.

En estos pacientes, como dijimos, son muy intensos los procesos de identificación proyectiva. En ellos “el aspecto inductor de las identificaciones proyectivas presentan propiedades psicopatógenas específicas. Son el producto de una elevada carga de tensión que produce una intrusión violenta de la identificación proyectiva en el objeto, anulando sus contracargas e impidiendo a la función amortiguadora y a la función sintética del Yo adoptar las medidas adecuadas para no caer sometidos a su influencia” (Grinberg).

Cuando el analista, por falta de experiencia, no es capaz de percibir esta situación, es víctima de una paralización o es llevado a desempeñar el rol del objeto y las cargas proyectadas, como el hipnotizado hace lo que una parte del

paciente le está imponiendo.

Puede ser ésta la circunstancia en la cual, como lo dije antes, el interpretar del analista adquiere el carácter de un actuar impulsivo, es decir, procede como estos pacientes: actuando más que pensando; ya que la palabra, en ese caso, es más un acto que la expresión de un pensamiento.

Creemos que este es uno de los peligros a los que está expuesto el analista al tratar a psicopáticos.

Recordemos una vez más, que las características que distinguen a estos enfermos son: el trastorno del pensamiento, la intolerancia a las frustraciones y su tendencia a la acción, debida a la disociación del Yo que ya mencionamos.

Este carácter del Yo del psicopático determina así una modalidad conductual muy específica durante el análisis ya que las interpretaciones pueden ser recibidas por el Yo corporal (promoviendo respuestas que se expresan con actos) o son recibidas por el Yo mental donde se neutralizan si ponen en riesgo dicha disociación o no se comprenden por sus trastornos del pensamiento.

Esta es otra de las razones por las que nuestra labor debe estar primordialmente dirigida a resolver esa disociación lo cual solamente se conseguirá .si por un lado se facilita el desarrollo de la capacidad de simbolización (en realidad presupone desarrollar un Yo más unificado y más fuerte) y por otro, si al mismo tiempo se evita la aparición de cantidades excesivas de la angustia que genera este proceso. Ello sólo es posible si el analista manifiesta una buena capacidad de “holding” y como consecuencia de ella formula sus interpretaciones dosificándolas de acuerdo a la tolerancia del paciente.

Ayudarlos a que comprendan nuestro lenguaje, mostrarles que no nos anima ninguna urgencia y fundamentalmente, que asumimos el rol de la madre con capacidad de “revene” que no tuvieron; constituyen la base de una modelidad técnica que nos promete mejores resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAHAM, K. — Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría. Ed. Horme. Bs. As.
2. ALEXANDER, F. y STAUB, H. — El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico. EM. Biblioteca Nueva. Madrid; 1935.
3. BARANGER, M. y W. — La situación analítica como campo dinámico. “Rev. U. de Psicoanal.” T. IV. N.º 1; 1961-62.
4. BARANGER, M. — Mala fe, identidad y omnipotencia. “Rev. U. de Psicoanal.” T. y. N.º 2-3; 1963.
5. BERGLER, E. — The basic neurosis. “Grune & Stratton Inc.” N.Y.; 1949.
6. BION, W. R. — A theory of thinking. “Int. J. Psycho-Anal.” Vol. XLIII; 1962.
7. . — Group Dynamic: a review. “Int. J. Psycho-Anal.’ XXXIII; 1952.
8. CLECKY, H. — The mask of sanity. St. Louis; 1950.
9. DEUTCH, H. — The Impostor. “Psycho-Analytical Quarterly’ Vol. XXIV. N.º 4.
10. FENICHEL, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. E. Nova. Bs. As.; 1957.
11. FERENCZI, S. — Citado por Reich, W.
12. FREUD, A. — El Yo y los mecanismos de defensa. Ed. Paidós. Bs. As.; 1949.

13. FREUD, S. — Los delincuentes por sentimientos de culpabilidad. “Obras completas” T. XVIII. Ed. Americana. Bs. As.
- 14.-----, — Interpretación de los sueños. “Obras completas” T. VI VII. Ed. Americana. Bs. As.
15. GREENACRE, P. — Trauma Desarrollo y Personalidad. Ed. Hormé. Bs. As.
16. GRINBERG, L. — Contribución al estudio de las modalidades de la identificación proyectiva. “Rev. Psicoanal.” T. XXII. N° 4; 1965.
17. HEIMANN, P. — A contribution to the problem of sublimation and its relations to the process of internalization. “Int. J. PsychoAnal.” Vol. XXIII; 1942.
- 18.-----, — Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia. “Desarrollos en Psicoanálisis”. Ed. Hormé. Bs. As.; 1962.
19. JONES, E. — The theory of symbolism. Citado por Rodrigué. E.
20. JOSEPH, Betty. — Some characteristics of the psychopathic personality. “Int. J. Psycho-Anal.” Vol. XLI parte 4-5; 1960.
21. KLEIN, II. — Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. ‘Desarrollos en Psicoanálisis’. Ed. Hormé. Bs. As.; 1962.
- 22.-----, — Algunas conclusiones teóricas relativas a la vida emocional del lactante. “Rev. U. Psicoanal.” T. II. N.º 3; 1958.
- 23.-----, — La importancia en la formación de símbolos en el desarrollo del Yo. “Contribuciones al Psicoanálisis”. Ed. Hormé. Bs. As.; 1964.
- 24.-----, — Observando la conducta de bebés. “Desarrollos en Psicoanálisis”. Ed. Hormé; 1964.
25. LIBERMAN, D. — La comunicación en terapéutica psicoanalítica. Ed.

Eudeba. Bs. As.; 1962.

26. MOM, J. — Algunas consideraciones sobre el concepto de distancia en las fobias. "Rev. Psicoanal." T. XIII. N.º 4; 1956.
27. NACHT, S. y VIDERMAN, S. — The pre-objet universe to the transference situation. "Int. J. Psycho-Anal." Vol. XLJ; 1960.
28. RACKER, E. — Aportación al problema de la contratransferencia. "Rev. Psicoanal." T. XII. N.º 4; 1955.
211. REICH, W. — Análisis del carácter. Ed. Paidós. Bs. As.; 1952.
30. RODRIGUE, E. — Revisión del simbolismo. 1.ª parte. "Rev. Psicoanal." T. XII. N.º 4; 1955.
- 31.-----, — Revisión del simbolismo. 2.ª parte. "Rev. Psicoanal." T. XIII. N.º 1; 1965.
32. ROSENFELD, U. Observaciones sobre el conflicto del Superyo, en una forma aguda de esquizofrenia. "Rev. de Psicoanal." T. X. N.º 3; 1953.
33. SEGAL, H. — Some aspects of the analysis of a schizophrenic, "Int. J. Psycho-Anal." Vol. XXXI; 1950.
34. WINNICOTT, D. W. — On transference. "Int. J. Psycho-Anal." Vol. XXXVII; 1956.
35. ZAC, J. — Consideraciones acerca de la psicopatología de la psicopatía. "9.º Simposium de la A.P.A."; 1964.